

# GUÍA DE REFERENCIA DE LA JUSTICIA REPRODUCTIVA PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

una guía para el reportaje sobre el aborto y la comunidad latinx

2017



## INTRODUCCIÓN

La intención de esta Guía de Referencia de la Justicia Reproductiva Para los Medios de Comunicación, es que sea usada por los miembros de los medios de comunicación que buscan aprender o expandir su conocimiento acerca de la justicia reproductiva. No es la intención de esta guía ser una enciclopedia que incluya todo lo relacionado con los temas dentro de la justicia reproductiva, ni es su intención limitar la cobertura de los asuntos aquí resaltados. Esperamos que esta sea una invitación a iniciar la conversación que dará como resultado discusiones y reportes más diversos acerca del aborto y la justicia reproductiva de forma más amplia.

Los miembros de los medios de comunicación tienen un tremendo poder para definir el entendimiento del público sobre los temas de la justicia reproductiva. Al cubrir historias acerca de la salud y los derechos reproductivos, los periodistas pueden hacer tres preguntas para explorar las posibles implicaciones de la justicia reproductiva.

1. **¿Están las mujeres de color, la gente joven, los inmigrantes, la gente LGBT y las comunidades de bajos ingresos siendo desproporcionadamente afectadas en una forma que amerite más exploración?** ¿Están ciertas comunidades o

## IN THIS GUIDE

<a href="#">Introducción</a>	1
<a href="#">Acerca del género y los latinos/latinas/latinxs</a>	2
<a href="#">¿Cuál es la diferencia entre salud reproductiva, derechos reproductivos y justicia reproductiva?</a>	4
<a href="#">Enfoque central: El aborto</a>	5
<a href="#">América Latina y el Caribe: Datos acerca del acceso al aborto</a>	6
<a href="#">Las comunidades latinas de los Estados Unidos y el aborto</a>	7
<a href="#">Aborto con medicamentos (la pastilla abortiva)</a>	8
<a href="#">Reportar acerca del aborto y la ley</a>	9
<a href="#">La Enmienda Hyde y otras prohibiciones de financiamiento</a>	9
<a href="#">Rosie Jiménez: La primera víctima de Hyde</a>	10
<a href="#">Las opiniones de lxs latinxs respecto al aborto</a>	11
<a href="#">El acceso de lxs latinxs jóvenes al aborto</a>	12
<a href="#">Vergüenza, estigma y salud reproductiva</a>	13
<a href="#">Juventud, aborto, estigma</a>	13
<a href="#">Trabajo de organización en contra del poder de elegir</a>	15
<a href="#">Terminología</a>	16
<a href="#">Notas Finales</a>	17

## Acerca del género y los latinos/latinas/latinxs

A lo largo de este «enfoque central» incorporamos lenguaje neutro de género para discutir el aborto y los asuntos reproductivos. En otras palabras, decimos «persona embarazada», en vez de «una mujer embarazada». Hacemos esto porque los hombres transgénero y las personas que no se apegan a un rol convencional de género (GNC, por sus siglas en inglés) también pueden estar embarazadas. Al mismo tiempo, estamos conscientes que usar lenguaje neutro de género no siempre resalta el impacto desproporcionado de las políticas del aborto en las mujeres, el sexismo institucionalizado, y los muchos esfuerzos para subestimar la autodeterminación y la autonomía de todas las mujeres, incluyendo a las mujeres transgénero. Además, la mayoría de estadísticas citadas utilizan el término «mujer» debido a los límites actuales de la recolección de datos en cuanto a su relación con la identidad de género. Por lo tanto, todas las estadísticas citadas usan la terminología de la encuesta original, la serie de datos de salud o la fuente original.

El término «latinx» ha cobrado vigencia entre los activistas, académicos y la generación del milenio (*millennials*), mientras que otros Latinos/as no necesariamente se identifican con esta terminología. El término «latinx» se refiere a una persona de origen o descendencia latinoamericana. La «x» hace que el identificador masculino latino y el identificador femenino latina, sean de género neutro y no binario. El término «latinx» va más allá del término latin@, el cual ha sido usado para incluir ambas identidades masculinas y femeninas, desafiando el carácter binario de género en el idioma español. Al dejar de lado la estructura a/o, latinx integra la diversidad de géneros que con frecuencia son activamente borrados de muchas conversaciones de salud y derechos reproductivos. Este término se pronuncia «latinex» e incluye las numerosas personas de descendencia latinoamericana cuyas identidades de género fluctúan a lo largo de diferentes puntos del espectro, desde agénero o no binario, al género que no se apega a los roles convencionales, género *queer* y género fluido.<sup>1</sup> Para incluir a todas las identidades de género, a lo largo de este guía, usamos latinx para referirnos a alguien de la comunidad latina. Cuando se citan datos acerca de la comunidad latina, usamos el término originalmente usado por las encuestas o los datos citados. Por lo tanto, también usamos los términos hispana/o(s), latinos, latinas y latin@s en este documento.

poblaciones sufriendo una diferencia significativa en resultados en comparación con otras?

2. **¿Quiénes son los expertos de las comunidades afectadas por las disparidades sistémicas que pueden ser las fuentes de información o proporcionar una perspectiva de primera mano para la historia?** Los expertos pueden ser académicos o profesionales, pero deberían también incluir gente de las comunidades afectadas con experiencia propia en este tema.
3. **¿Cuáles son los factores históricos que contribuyen a las disparidades sistémicas y los resultados desproporcionados?** En muchas instancias, incluyendo la ley, las políticas públicas y la intervención del sistema de salud, los legados del racismo y el colonialismo han creado disparidades que proporcionan un contexto crítico para comprender los resultados de hoy.

Los derechos reproductivos y la salud enfrentan ataques constantes en los Estados Unidos, sin importar el partido político en el poder; sin embargo, en ambos niveles, tanto estatal como federal, los políticos conservadores de alto perfil tienen la firme voluntad de desmantelar los derechos básicos a los servicios de salud. Estos esfuerzos, combinados con una fuerte actitud anti-inmigrante, significan que es crítico desarrollar un entendimiento sólido de cómo los servicios de salud reproductiva impactan, sobre todo, a lxs latinxs y las comunidades inmigrantes. (Ver barra lateral, «[Acerca del género y los latinos/latinas/latinxs.](#)»)

La cobertura en los medios de comunicación de los temas de derechos y salud reproductiva con frecuencia se centra en la controversia que rodea el derecho legal al aborto. Este enfoque limitado deja fuera muchas de las experiencias y prioridades de las mujeres de color, la gente joven, las comunidades inmigrantes, las familias LGBT y otras personas que son afectadas por la amplia variedad de asuntos relacionados a la justicia reproductiva.



## Definiendo la Justicia Reproductiva

*Forward Together* y nuestros socios coautores de esta guía (la Coalición de California para la Libertad Reproductiva, las Latinas de California para la Justicia Reproductiva, la Organización de Colorado para la Oportunidad de las Latinas y los Derechos Reproductivos y el Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva) definen la justicia reproductiva como el hecho de que:

la jus • ti • ci • a re • pro • duc • ti • va

**Todas las personas tengan el poder social, político y económico y los recursos para tomar decisiones saludables por sí mismas y sus comunidades acerca de su género, sus cuerpos, su sexualidad y su familia.**

Desde el acceso al aborto, hasta los derechos de las personas encarceladas y los recursos para las familias jóvenes, la justicia reproductiva abarca la gama de estos temas. Aunque la justicia reproductiva es expansiva, es más que un recipiente para una serie de temas; es un marco analítico y un movimiento social para la autodeterminación.

El marco de la justicia reproductiva fue creado en el 1994 por mujeres de raza negra, líderes de la justicia social, después de haber asistido a la Conferencia de Población y Desarrollo (de las Naciones Unidas) en Cairo, Egipto. Estas mujeres observaron a las activistas internacionales usando un marco de derechos humanos (incluyendo la justicia económica, el derecho a la educación, los derechos humanos y el derecho de vivir libre de violencia) para promover los mismos derechos por los que ellas estaban luchando en los Estados Unidos. Estas líderes del movimiento unieron sus ideas de «derechos reproductivos» y «justicia social» para crear el concepto de «justicia reproductiva», como una forma de los derechos humanos de «ver la totalidad de las vidas de las mujeres».<sup>2</sup> Los activistas de la justicia reproductiva tratan el aborto, y otros servicios de salud reproductiva, como algo similar a los recursos a los que



todos los seres humanos tienen derecho—tales como los servicios de salud, educación, vivienda y alimento—en una sociedad equitativa y democrática.<sup>3</sup> La justicia reproductiva proporciona una estrategia para comprender que la salud reproductiva y las decisiones deben tener un contexto, y que centrar las

voces de aquellos que carecen de representación es un factor crítico para definir el problema, plantear soluciones y liderar el movimiento para el cambio. (Ver barra lateral, «¿Cual es la diferencia entre salud reproductiva, derechos reproductivos y justicia reproductiva?»)

## ¿Cual es la diferencia entre salud reproductiva, derechos reproductivos y justicia reproductiva?

El marco conceptual de la salud reproductiva se centra en la prestación de servicios de salud. El enfoque se basa en proporcionar servicios para comunidades históricamente marginadas a través de la creación de clínicas de salud reproductiva que presten servicios a bajo o ningún costo, así como servicios culturalmente apropiados. Las comunidades marginadas enfrentan una falta de acceso, no solo a los servicios de salud reproductiva, sino también a todos los servicios de salud. Para muchas mujeres, los servicios de salud reproductiva son su primer y tal vez su único encuentro con el sistema de salud.<sup>4</sup>

**La habilidad de cualquier mujer de determinar su propio destino reproductivo está directamente ligado a las condiciones en su comunidad, y estas condiciones no son solo un asunto de elección y acceso individual.**

El marco de los derechos reproductivos en un modelo legal y de abogacía que sirve para proteger el derecho individual de la mujer a los servicios de salud reproductiva, con un enfoque en conservar el aborto legal y aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar. Los grupos luchan por «el derecho a elegir» de la mujer y «el derecho a la privacidad», a través de varios medios legales, de abogacía y políticos.<sup>5</sup>

El marco de la justicia reproductiva está fundado en el reconocimiento de las historias de opresión reproductiva y el abuso en las comunidades de color. Este marco usa un modelo cimentado en organizar a las mujeres, niñas y gente GNC para cambiar las desigualdades estructurales del poder. El tema central del marco de la justicia reproductiva es un enfoque en nombrar y eliminar el control y la explotación de los cuerpos, la sexualidad y la reproducción de las mujeres como una estrategia efectiva de controlar a las personas, especialmente a las mujeres de color, la gente de color trans y GNC, y sus comunidades.<sup>6</sup> En respuesta a la transfobia y especialmente a la trans-misoginia dentro de los movimientos de la salud y los derechos reproductivos, las personas que abogan en favor de la justicia reproductiva han hecho el esfuerzo de expandir el marco para incluir a las personas trans y GNC.

«La justicia reproductiva es una estrategia positiva que enlaza la sexualidad, la salud y los derechos humanos con los movimientos de justicia social al colocar el aborto y los temas de la salud reproductiva en un contexto más amplio del bienestar y la salud de las mujeres, las familias y las comunidades. La justicia reproductiva propone que la habilidad de cualquier mujer de determinar su propio destino reproductivo está directamente ligado a las condiciones en su comunidad, y estas condiciones no son solo un asunto de elección y acceso individual. Este es un contraste con los mensajes tradicionales de derechos reproductivos. La justicia reproductiva aborda cuestiones de control de la población, autodeterminación corporal, derechos de los inmigrantes, justicia económica y ambiental, soberanía y militarismo e injusticias criminales que limitan los derechos humanos individuales debido a la opresión de un grupo o de una comunidad.<sup>7</sup>





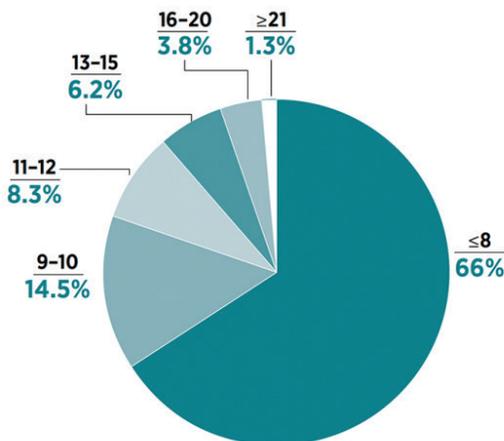
## ENFOQUE CENTRAL: EL ABORTO

### Datos del aborto inducido en los Estados Unidos <sup>8</sup>

- De todos los embarazos de las mujeres de los Estados Unidos en 2011, un 45%—casi la mitad— fueron no planeados. Aproximadamente cuatro de cada diez de estos embarazos fueron interrumpidos por un aborto.

### CUANDO TIENEN ABORTOS LAS MUJERES\*

**Dos tercios de los abortos ocurren en la 8ª semana del embarazo o antes; un 59 por ciento ocurren en las primeras 12 semanas, 2013**



\*En semanas desde el último período menstrual.

Gráfica reproducida del sitio de internet del Instituto Guttmacher disponible en: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>

- Las hispanas representaron el 25% de los procedimientos de aborto en el año 2014.
- Entre el 2008 y el 2011, las tasas de aborto cayeron casi un 13%.
- Un aborto durante el primer trimestre conlleva un riesgo mínimo—menos del 0.05%—de las mayores complicaciones que ameriten cuidados hospitalarios, siendo uno de los procedimientos médicos más seguros.
- De los servicios de abortos prestados en el 2014, un 59% de las pacientes también había tenido por lo menos un nacimiento.
- En el 2014, el 75% de las pacientes de aborto eran pobres o de bajos ingresos; un 26% tenía ingresos del 100-199% del nivel federal de pobreza; un 49% tenía ingresos de menos del 100% del nivel federal de pobreza (\$15,730 para una familia de dos personas).
- En el 2014, un 90% de todos los condados de los Estados Unidos no tenía clínica, y un 39% de las mujeres en edad reproductiva vivía en esos condados.
- En 2011, un 84% de las clínicas reportaron hostigamiento antiaborto: Un 80% reportó manifestaciones, un 53% reportó haber tenido 20 manifestaciones o más en un año, y un 47% reportaron haber recibido llamadas de acoso, con un 3% reportando haber recibido al menos una amenaza de bomba.

Circunstancia para el aborto legal	Países en esta circunstancia
Prohibido totalmente, o sin excepción legal explícita para salvar la vida de la mujer	Chile, República Dominicana, El Salvador, Honduras, Nicaragua
Para salvar la vida de la mujer	Brasil (a), Guatemala, México (a, d, g), Panamá (a, d, f), Paraguay, Venezuela
Para preservar la salud física (y salvar la vida de la mujer*)	Argentina (a), Bolivia (a, c), Costa Rica, Ecuador (b), Perú
Para preservar la salud mental de la mujer (y todas las razones mencionadas arriba)	Colombia (a, c, d)
Razones socioeconómicas (y todas las razones mencionadas arriba)	Belice (d)
Sin restricción relacionada con la razón	Cuba (f), Puerto Rico, Uruguay (f)

\*Incluye a los países con leyes que se refieren simplemente a las indicaciones de «salud» o «terapéuticas», las cuales pueden ser interpretadas más ampliamente que la salud física. NOTAS: Algunos países también permiten el aborto en casos de: (a) violación, (b) violación de una mujer mentalmente discapacitada, (c) incesto, o (d) impedimento fetal. Algunos países restringen el aborto al requerir: (e) Autorización del esposo/a, o (f) autorización de los padres. En México (g) el aborto legal está determinado a nivel estatal, y la categorización listada aquí refleja el estatus de la mayoría de las mujeres. Los países que permiten el aborto por motivos socioeconómicos o sin restricciones en el motivo del aborto, tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre); el aborto puede ser permitido después de la edad gestacional especificada pero solo con base en los motivos prescritos.<sup>12</sup>

## América Latina y el Caribe: Datos acerca del acceso al aborto

Entender las perspectivas y las experiencias de lxs latinxs acerca del aborto en los Estados Unidos, requiere un entendimiento del contexto del aborto en América Latina y el Caribe. El Instituto Guttmacher reporta que «más del 97% de las mujeres en edad de tener hijos en América Latina y el Caribe, viven en países en donde el aborto está restringido o totalmente prohibido».<sup>9</sup> Cuando se reporta acerca de varias comunidades latinas, es importante considerar la legalidad y las actitudes acerca del aborto en sus países de origen y permanecer abiertos para observar cómo la ley y la cultura pueden afectar las creencias personales, particularmente para los inmigrantes recién llegados.

Para muchos inmigrantes latinxs recién llegados, el acceso a un aborto legal en los Estados Unidos

es algo completamente nuevo. Adicionalmente, las opiniones y las experiencias acerca de la salud reproductiva y el acceso al aborto deben ser consideradas en el contexto del uso de los servicios de salud reproductiva, el cual incluye el aborto.

- La incidencia de la inducción del aborto no quirúrgico con Misoprostol está aumentando en toda América Latina y el Caribe.
- Al menos un 10% de las muertes maternas anuales en Latinoamérica se deben a abortos inseguros.
- Un estimado de 760,000 mujeres en Latinoamérica y el Caribe son tratadas anualmente por complicaciones durante o después de un aborto inseguro.<sup>10</sup>

La mayoría de los países en Latinoamérica tienen restricciones muy específicas para el aborto legal. México es el país más grande de origen de las



mujeres inmigrantes en los Estados Unidos.<sup>11</sup> En México, la legalidad del aborto varía por estado o condado, y por lo tanto alguna gente cree que el sistema funciona de la misma forma en los Estados Unidos.

Como se muestra en la tabla en la página 6, los países y territorios en Latinoamérica y el Caribe pueden ser clasificados en seis categorías, de acuerdo a las circunstancias bajo las cuales el aborto es legal.

## Las comunidades latinas de los Estados Unidos y el aborto

Lxs latinxs en los Estados Unidos se enfrentan a obstáculos considerables para acceder a los servicios de aborto. Las latinas, en particular, tienen la tasa más baja de cobertura de seguro de salud en comparación con las mujeres en cualquier otro grupo racial o étnico. Por décadas, lxs latinxs han sido el grupo racial y étnico con la menor cobertura de salud. Debido a la Ley de Seguro de Salud a Bajo Precio (ACA por sus siglas en inglés), más de cuatro millones de personas latinas han obtenido seguro de salud, bajando así la tasa de personas sin seguro de la comunidad latina de más de un 40 por ciento a un 31 por ciento aproximadamente.<sup>13</sup> Lxs latinxs enfrentan barreras adicionales para acceder a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la falta de opciones de seguro a bajo precio, la pobreza, la falta de servicios cultural y lingüísticamente apropiados, el miedo de ser detenidos por las autoridades de inmigración y las prohibiciones para el acceso al aborto para las mujeres detenidas por cuestiones migratorias. Las latinas tienen más probabilidades de trabajar en los sectores de la economía con salarios bajos, incluyendo los servicios y la agricultura y las compañías pequeñas, las cuales tienen menos probabilidades de ofrecer cobertura de salud para sus empleados.

Mientras que no todxs lxs latinxs son inmigrantes, una gran porción de los inmigrantes en los Estados Unidos provienen de países latinos, y entender la intersección de la inmigración y la salud reproductiva es un contexto importante.

- Las mujeres inmigrantes constituyen el 13% del total de la población de mujeres de los Estados

Unidos,<sup>14</sup> sin embargo sufren algunas de las barreras más persistentes para acceder a los servicios de salud reproductiva integrales, tales como el acceso a los anticonceptivos o a las visitas consistentes con los proveedores de servicios de salud.<sup>15</sup>

- Las mujeres representaron el 46 por ciento de los 11.4 millones de inmigrantes no autorizados en los Estados Unidos en el período del 2008 al 2012.<sup>16</sup>
- En los Estados Unidos, aproximadamente un 45% de l@s inmigrantes latin@s y un 55% de l@s latin@s no ciudadanos no tienen seguro de salud,<sup>17</sup> incluso después de la implementación de la Ley de Seguro a Bajo Precio.

**Las latinas, en particular, tienen la tasa más baja de cobertura de seguro de salud en comparación con las mujeres en cualquier otro grupo racial o étnico.**

- Las políticas federales hacen casi imposible el acceso a los servicios de aborto en las instalaciones de detención de inmigración, a pesar del hecho de que muchos de los detenidos son mujeres en edad reproductiva y que el 60–80% de las mujeres centroamericanas sufren de asalto sexual al cruzar la frontera de Estados Unidos–México<sup>18</sup> y dentro de las mismas instalaciones de detención.

Debido a que los inmigrantes son un grupo diverso como cualquier otro, los reporteros deberían evitar escribir acerca de las comunidades inmigrantes como si fueran de una región, religión o cultura, y en su lugar, notar el amplio rango de estatus

## En América Latina las mujeres han estado usando Misoprostol para abortos seguros autoadministrados durante más de dos décadas.

migratorios, y por consiguiente, la disparidad de opciones de servicios de salud que diferentes poblaciones tienen a sus disposición. Cuando se reporte acerca de diferentes comunidades latinas, es importante considerar la legalidad y las actitudes acerca del aborto en su país de origen, para permanecer atento a cómo la legalidad y la cultura pueden afectar las creencias personales o la participación en los servicios de salud reproductiva aquí. (Ver barra lateral, «[Aborto con medicamentos \(la pastilla abortiva\)](#).»)

### ABORTO CON MEDICAMENTOS (LA PASTILLA ABORTIVA)

El aborto con medicamentos, o el aborto con pastillas (píldoras) puede ser un método seguro y eficaz cuando se toma de acuerdo con las recomendaciones basadas en pruebas. En los Estados Unidos algunas personas pueden obtener los medicamentos por medio de un proveedor de salud local. Otras personas viven en partes del país en donde los medicamentos no están disponibles, o donde no existen proveedores de servicios de aborto cerca. En estos casos, algunas personas obtienen los medicamentos por sí mismxs a través de otros medios y los usan efectivamente por sí mismxs.<sup>19</sup>

Los proveedores de servicios de salud reproductiva, las organizaciones basadas en la comunidad y los defensores de la salud y los derechos reproductivos en los Estados Unidos, han reportado acerca del uso del Misoprostol para autoadministrarse un aborto fuera de la clínica.<sup>20</sup> En América Latina las mujeres han estado usando Misoprostol para abortos seguros autoadministrados durante más de dos décadas.<sup>21,22</sup> A medida que el uso del Misoprostol aumentó a través de Latinoamérica, el uso de los métodos altamente inseguros e invasivos disminuyó gradualmente.<sup>23,24</sup>

Aunque el aborto basado en la clínica será siempre un componente esencial de los servicios de aborto, algunas personas embarazadas buscan abortos con medicamentos fuera del sistema formal de salud.<sup>25</sup>

La distancia, el costo, las barreras del idioma, las restricciones para el aborto y los puestos de revisión de

inmigración son solo algunos de los obstáculos que pueden evitar que lxs latinxs accedan a una clínica de aborto. Necesitamos expandir el acceso a una gama más amplia de opciones del aborto para que nuestras comunidades ganen nuevamente el control sobre su salud y sus vidas.<sup>26</sup>

Cuando una persona ha decidido tener un aborto, debería poner fin a su embarazo en una forma oportuna, segura y a bajo precio. Sin embargo, los políticos antiaborto en todos los Estados Unidos han aprobado calladamente leyes que empujan al aborto fuera del alcance, al restringir el uso de los abortos medicados y promulgando requerimientos que obligan a las clínicas que proveen servicios de aborto a cerrar. Esto significa que la gente en muchos lugares de los Estados Unidos, no tienen casi ninguna opción para obtener servicios de aborto por parte de un proveedor de servicios médicos capacitado. Como muestra la historia, cuando el aborto es estigmatizado, tiene un precio alto o es puesto fuera del alcance por los políticos, existirán personas que buscarán poner fin a sus embarazos por sí mismxs. Durante los últimos dos años, muchas mujeres han sido condenadas por delitos graves, incluyendo asesinato, y sentenciadas a prisión después de haber tratado de poner fin a sus propios embarazos y después buscar ayuda médica. Esto ha ido demasiado lejos. Ninguna persona debería tener miedo de ser arrestadx por poner fin a su propio embarazo o por buscar ayuda médica en esta situación.<sup>27</sup>





## REPORTAR ACERCA DEL ABORTO Y LA LEY

Los defensores de la justicia reproductiva promueven la habilidad de ejercer los derechos reproductivos, no simplemente tener estos derechos sólo de nombre. Reportar el precedente legal como *Roe versus Wade* debería incluir las formas en que este derecho está siendo reducido y el impacto en diversas comunidades.

### Derechos legales, pero acceso limitado

En 1973 con la decisión de *Roe versus Wade*, la Corte Suprema de los Estados Unidos encontró que las mujeres, en consulta con sus médicos, tienen el derecho constitucional protegido al aborto en las etapas tempranas del embarazo—eso es, antes de viabilidad, lo cual se estima aproximadamente en las 24 semanas de gestación<sup>28</sup>—libre de la interferencia del gobierno. A pesar de esta decisión revolucionaria, muchas mujeres de los Estados Unidos nunca han tenido un acceso real. Las políticas a nivel estatal, tal como los períodos de espera, la exclusión de la cobertura del aborto en *Medicaid* y otros planes de seguro de salud, las leyes de participación de padres y la regulación dirigida hacia los proveedores del aborto (conocidas como leyes TRAP), y barreras similares, desproporcionadamente afectan a las mujeres jóvenes, las mujeres de bajos ingresos y la gente que vive en las comunidades rurales, al limitar su habilidad de encontrar y poder pagar un aborto seguro y legal.

Desde la aprobación de la Enmienda Hyde en 1976, el congreso ha implementado prohibiciones que niegan la cobertura del aborto, efectivamente negándole el acceso al aborto a la gente que califica para *Medicaid* y *Medicare*, las familias militares, los empleados federales y sus dependientes, los voluntarios del Cuerpo de Paz, las poblaciones nativo americanas, las mujeres en prisiones federales y en centros de detención de inmigración y los residentes del Distrito de Columbia.

**Incompleto:** *Roe versus Wade* garantizó el derecho al aborto.

**Más preciso:** A pesar de la decisión histórica en *Roe versus Wade*, la cual otorgó el derecho al aborto legal, existen muchas barreras, especialmente para aquellas personas que viven en la pobreza, en las áreas rurales o en los estados que han usado estrategias múltiples para restringir el acceso al procedimiento.

### La Enmienda Hyde y otras prohibiciones de financiamiento

El Congreso aprobó la Enmienda Hyde por primera vez en el 1976 (solo tres años después de *Roe versus Wade*); la enmienda se renueva anualmente en el proceso federal de asignaciones presupuestarias. La Enmienda Hyde prohíbe el financiamiento federal para la cobertura de *Medicaid* para los servicios de aborto, excepto cuando una persona resulta

embarazada como resultado de una violación o incesto o cuando el embarazo pone en peligro la vida de la persona. Aunque *Medicaid* cubre un rango de cuidados pre y postnatales, el Congreso prohíbe que *Medicaid* cubra el aborto en casi todas las circunstancias, y el aborto es el único procedimiento médico prohibido de esta forma en *Medicaid*. Los estados pueden optar por suplementar el financiamiento de *Medicaid* con fondos del estado para proporcionar cobertura del aborto para las personas beneficiarias de *Medicaid*, aunque pocos lo han hecho. Las reautorizaciones anuales del Congreso de los Estados Unidos de la Enmienda Hyde han variado en permitir el aborto para los embarazos que ponen en riesgo la vida o aquellos causados por violación o incesto.

Negar la cobertura del aborto tiene un efecto profundamente dañino en las personas y sus familias, particularmente aquellos que ya luchan para ganarse

el sustento. (Ver barra lateral, «[Rosie Jiménez: La primera víctima de Hyde](#).») Para aquellas personas que califican y se inscriben en *Medicaid*, el costo de poner fin a un embarazo obliga a muchas personas a tomar decisiones imposibles—decisiones tales como poner comida en la mesa o pagar por servicios médicos necesarios. Para otras personas, el costo es básicamente una barrera insuperable.

- Más de nueve millones de mujeres de edad reproductiva—casi una de cada siete—están aseguradas a través de *Medicaid*.<sup>30</sup>
- Una mujer que intenta acceder a los servicios de aborto pero a quien se les niegan, tiene tres veces más probabilidades de caer en la pobreza en comparación con una mujer que puede obtener los servicios que necesita.<sup>31</sup>
- De las mujeres de bajos ingresos en *Medicaid* que buscan servicios de aborto, una de cada cuatro



Rosaura "Rosie" Jiménez  
(1950-1977)

## ROSIE JIMÉNEZ: LA PRIMERA VÍCTIMA DE HYDE

Las mujeres inmigrantes enfrentan barreras específicas para acceder a *Medicaid*. Los inmigrantes autorizados para trabajar y vivir en los Estados, enfrentan un período de espera de cinco años antes de poder calificar y poder recibir *Medicaid*—incluso si calificarán únicamente con base a sus ingresos.<sup>29</sup> En el 2012, un 19.1 por ciento de los inmigrantes vivían en la pobreza, con el grupo más grande siendo los 3.2 millones de personas que emigraron de México. Estos factores quieren decir que millones de familias latinas están entre las que tienen menos probabilidades de pagar por los servicios de salud con su propio dinero, ya sea por servicios de aborto u otro tipo de servicios, y que tienen más probabilidades de calificar para los programas públicos de seguros. La Enmienda Hyde tiene un doble impacto en lxs inmigrantes latinxs al poner el acceso al aborto fuera de su alcance, incluso después de la restricción de cobertura de los cinco años. Rosie Jiménez, una chicana joven de clase trabajadora, era una estudiante y madre soltera quien fue la primera víctima de la Enmienda Hyde en 1977. A Rosie solo le faltaban seis meses para graduarse con una certificación de maestra, cuando resultó embarazada. Rosie visitó a un doctor en su pueblo natal McAllen, TX, en busca de servicios de aborto. Al encontrarse desesperada y con muy poco dinero en efectivo, Rosie fue a México para obtener un aborto ilegal e inseguro. Rosie murió a causa de este procedimiento ilegal pronto después.

PHOTO: JEN REEL



no tiene la capacidad de pagar los costos con dinero de su bolsillo y se ve obligada a continuar con su embarazo a término completo.<sup>32</sup>

Vale la pena también mencionar que lxs latinxs apoyan la revocación de la Enmienda Hyde. [De acuerdo a los datos de la encuesta publicada en septiembre de 2016](#)<sup>33</sup>:

- Un 60% de l@s votantes latin@s en los estados competitivos en las elecciones, apoyan un proyecto de ley que requiere que *Medicaid* cubra todos los servicios relacionados con el embarazo, incluyendo los abortos.
- Un 75% de l@s votantes latin@s en los estados con grandes porcentajes de personas en ambos partidos, están de acuerdo con la afirmación, «de cualquier forma que nos sintamos respecto al aborto, no se le debería permitir a los políticos negar a una mujer la cobertura de salud solo porque es pobre».

## Las opiniones de lxs latinxs respecto al aborto

Reportar acerca de las inequidades raciales en relación a quiénes obtienen los servicios de aborto, sin a la vez explorar el contexto más amplio, con frecuencia conlleva a historias que perpetúan los mitos y estereotipos acerca de las comunidades de color, especialmente lxs latinxs.

En los Estados Unidos, las mujeres de color son con regularidad objeto de escrutinio y vigilancia policial con respecto a sus decisiones de salud reproductiva, tanto por los legisladores como a través de la cultura popular. Por ejemplo, [las campañas en las vallas publicitarias](#) que están dirigidas a las latinas y las mujeres de raza negra para convencerlas de apoyar los esfuerzos por hacer que el aborto sea ilegal.

El aborto es ilegal o restringido severamente en la mayoría de países latinoamericanos, y el país de origen puede influenciar varias de las creencias de las comunidades acerca del aborto una vez que están en los Estados Unidos. Considerar cómo las creencias y experiencias en los servicios de salud reproductiva del país de origen todavía impactan las decisiones y las actitudes de las mujeres, es un factor

importante para comprender los datos acerca de la salud reproductiva.

Incluso en este contexto, los datos muestran un gran apoyo para el acceso al aborto en todas las comunidades latinas.<sup>34</sup>

- Un 82% de l@s votantes latin@s cree que las mujeres deberían tomar sus propias decisiones cuando se trata de un aborto.

En los Estados Unidos, las mujeres de color son con regularidad objeto de escrutinio y vigilancia policial con respecto a sus decisiones de salud reproductiva.

- A pesar de las opiniones de algunos líderes de la iglesia antiaborto, un 60% de l@s latin@s está de acuerdo con que los abortos deberían permanecer siendo legales.
- Un 89% de l@s votantes latin@s dicen que ofrecerían apoyo a un ser querido que tuvo un aborto.
- Un 50% de l@s votantes latin@s están de acuerdo con esta afirmación: «Mis valores personales religiosos pueden apoyar que una mujer tome su propia decisión sobre el aborto».

Algunas encuestas recientes acerca del acceso al aborto y la opinión pública incluyen:

- [Encuesta Nacional de Votantes Latin@s del 2016 \(2016\)](#)
- [Apoyo y Respeto: Las Actitudes de l@s Votantes Latin@s acerca del Aborto \(2014\)](#)
- [Desenterrando las Voces de las/os Latinas/as acerca de la Familia, el Embarazo y la Justicia Reproductiva \(2010\)](#)





## El acceso de lxs latinxs jóvenes al aborto

Las discusiones públicas del aborto con frecuencia se concentran en los adolescentes, creando la impresión de que la mayoría de los pacientes son adolescentes, sin embargo, la gran mayoría de mujeres que tienen abortos tienen 20 años de edad o más.<sup>35</sup> Las tendencias de reportar acerca del embarazo adolescente, con frecuencia refuerza estos estereotipos falsos pero populares. En realidad, los datos recientes muestran:

- La tasa de embarazo entre las mujeres hispanas jóvenes ha disminuido consistentemente desde los años noventa.<sup>36</sup> En el 2011, la tasa de aborto para las mujeres hispanas latinas era 12.7 por cada 1,000 mujeres de las edades comprendidas entre 15 y 19 años de edad.

Aunque los estereotipos acerca del embarazo adolescente deben ser disipados, la gente joven tiene necesidades reales de servicios de salud reproductiva.

- Incluso con el aumento del uso de los métodos anticonceptivos, casi un 82 por ciento de todos los embarazos entre la gente joven no son planeados.<sup>37</sup>

Desde una perspectiva de formulación de política pública, los adolescentes y menores de edad enfrentan restricciones más severas para acceder a los

servicios de aborto. A partir de agosto de 2016, leyes en 38 estados requieren que una persona menor de edad que busca un aborto involucre a uno o a ambos padres en la decisión.<sup>38</sup> La mayoría de mujeres jóvenes sí consultan con sus padres antes de buscar servicios de aborto, pero aquellas que no pueden, pueden enfrentar circunstancias peligrosas en sus casas. Cincuenta por ciento de las adolescentes embarazadas han sufrido violencia; un 30 por ciento de las adolescentes que no le dicen a sus padres acerca de sus abortos temían sufrir violencia o ser forzadas a abandonar sus hogares.<sup>39</sup>

Debido a que el procedimiento es relativamente raro para la gente joven, los reporteros deberían profundizar en las dificultades a los que los jóvenes probablemente se enfrentan y que dificultan el acceso a los servicios seguros y confidenciales de aborto. Para proporcionar una idea más precisa, reportar acerca del acceso de la gente joven al aborto debería tomar en consideración la rareza de que una persona menor de 20 años busque el procedimiento, y al mismo tiempo, resaltar las circunstancias bajo las cuales sí lo hace. Una crítica popular es que asegurar el acceso de la gente joven al aborto es promover el aborto. En su lugar, la meta de los defensores de la justicia reproductiva es asegurar que cada persona tenga acceso a la información y los servicios que necesita para tomar decisiones de salud reproductiva. Esto incluye la educación sexual integral, así como los métodos anticonceptivos y servicios de maternidad y aborto. Al reportar acerca del aborto y

la sexualidad de la gente joven se debe considerar la variedad de factores que afectan a lxs jóvenes latinxs. Una discusión completa no se basa en la culpa y los juicios de valor, en su lugar examina las condiciones que la gente joven enfrenta y que impacta su salud y seguridad. (Ver barra lateral, «[Juventud, aborto, estigma](#).»)

## Vergüenza, estigma y salud reproductiva

Mientras que el aborto es uno de los procedimientos más seguros y comunes a los que una mujer puede someterse, las creencias de la sociedad acerca del rol «apropiado» de la mujer y los comportamientos sexuales de la mujer pueden resultar en vergüenza y estigma. Las personas que han tenido un aborto pueden preocuparse acerca de los juicios de otras personas, aislamiento, juzgarse a sí mismas y ser condenadas por su comunidad.<sup>41</sup> La forma en que los medios de comunicación enmarcan este asunto puede ejercer una gran influencia en la opinión y el discurso público. Cuando los políticos usan temas sociales como el aborto para incitar retórica divisiva, es crucial que los medios de comunicación proporcionen el contexto, los datos y los hechos. En su lugar, la cobertura del aborto con frecuencia perpetúa el estigma y la desinformación.

Los reporteros deberían evitar el intento de describir los «tipos» de personas que tienen abortos o especular acerca de las razones culturales de por qué algunos grupos los obtienen más que otros. En vez, los reportes pueden incluir los antecedentes acerca de los muchos factores y circunstancias que contribuyen a la decisión de una persona acerca de un embarazo no intencionado, así como también los datos relevantes de ingreso y acceso a los servicios de salud, mientras al mismo tiempo evitar caer en las trampas de estereotipo al referirse al comportamiento sexual o la forma en que se toman las decisiones.

Contar historias es una forma en que los defensores del aborto han cambiado una cultura de vergüenza, hacia una compasiva y de apoyo por los derechos básicos a los servicios de salud. Considerando que casi un tercio de las mujeres de los Estados Unidos

tendrá un aborto cuando llegue a la edad de 45 años, contar historias del aborto toma esta experiencia común fuera del aislamiento y reivindica la humanidad de las mujeres que tienen abortos. Una encuesta integral de 16 medios de comunicación principales, escritos y en línea, mostró que el aborto es regularmente cubierto como un asunto político más que como un asunto de salud, y que las mujeres que obtienen un aborto son rara vez presentadas en la cobertura.<sup>42</sup> Esta encuesta también encontró que en todas las historias que cubrían el aborto entre el año 2014 y el 2015, no habían historias de personas

## JUVENTUD, ABORTO, ESTIGMA

Mientras resaltamos la disminución de las tasas de aborto para la gente joven, es importante que la cobertura no juzgue o estigmatice las tasas de aborto para la gente joven. Adicionalmente, es importante no provocar vergüenza con respecto a la sexualidad adolescente.

«La perspectiva dominante acerca de la sexualidad de la gente joven ha fallado en considerar el contexto más amplio de las vidas de las latin<sup>as</sup>/os jóvenes ya que se centra en cambiar el comportamiento individual y erróneamente deja fuera el rol de su ambiente social, económico y político. Culpar a los adolescentes por un embarazo únicamente por su comportamiento/decisiones/opciones de juventud no es solo injusto pero es una perspectiva que no hace frente a las inequidades sistémicas de salud, de educación y económicas que pueden llevar a tales resultados. Este enfoque también presenta un cuadro normativo heterogéneo de la sexualidad de lxs jóvenes latinxs que excluye a la juventud lesbiana, gay, bisexual y transgénero en su totalidad. Es hora de discutir la sexualidad de lxs jóvenes latinxs en el contexto de muchos factores en sus vidas con la meta de fortalecer a las familias y las comunidades.»<sup>40</sup>

—Reporte de la organización Latinas de California por la Justicia Reproductiva, «Justicia para las Familias Jóvenes»



latinas u otra mujer de color.<sup>43</sup> Las campañas como «1 en 3» de *Advocates for Youth*, el *podcast* «Diario del Aborto» o «Grita tu Aborto», proporcionan oportunidades para que la gente comparta historias de sus abortos y estar en comunidad con otras personas que probablemente se sientan silenciadas o asustadas.

## Un 42 por ciento de los hombres trans-género han sufrido hostigamiento verbal, asalto físico o se les ha negado tratamiento equitativo en la clínica de un doctor u hospital.

La vergüenza y estigma también afectan el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo el aborto. Muchas personas—no solo las mujeres, pero también los hombres transgénero, las personas intersexo, la gente que no se apegan a los roles tradicionales de género, y otros—pueden resultar embarazadas y necesitan acceso al rango total de opciones de salud reproductiva, incluyendo el aborto. Sin embargo, un 42 por ciento de los hombres transgénero han sufrido hostigamiento verbal, asalto físico o se les ha negado tratamiento equitativo en la clínica de un doctor u hospital.<sup>44</sup> Muchas personas transgénero reportan que deben enseñar a sus proveedores de servicios médicos acerca del cuidado y servicios de las personas transgénero.<sup>45</sup> En los servicios de salud reproductiva y del aborto, los hombres transgénero con frecuencia son una población invisible. Las barreras para acceder a los servicios incluyen la falta de proveedores de servicios culturalmente competentes, suposiciones y estereotipos acerca de la identidad de género y la sexualidad, y

la falta de protecciones legales para proteger a los pacientes trans de la discriminación.

Los periodistas deben estar atentos a verificar los datos que apoyan sus declaraciones. Los grupos que tratan de restringir el aborto a menudo citan investigaciones desacreditadas o tergiversadas acerca de su impacto en las mujeres. Revisiones exhaustivas hechas por paneles reunidos por los gobiernos de los Estados Unidos y Gran Bretaña han concluido, por ejemplo, que no existe asociación entre el aborto y el cáncer de la mama. No existe indicación de que el aborto es un factor de riesgo para otros cánceres.<sup>46</sup> Las declaraciones de depresión u otras aflicciones emocionales causadas por el aborto tienen también que ser ampliamente cuestionadas por las autoridades médicas, que encuentran que estos efectos pueden ser atribuidos principalmente a la vergüenza y el estigma en aquellas personas que han tenido un aborto, y no al procedimiento en sí mismo. En un esfuerzo de proporcionar una perspectiva balanceada, los periodistas deberían ejercer precaución para no tomar declaraciones médicas erróneas al pie de la letra y deberían asegurarse de que no estén comparándolas con argumentos médicos válidos.

Otros asuntos reproductivos pueden provocar sentimientos similares de vergüenza y estigma, tales como ser una madre o padre de familia joven, tener una infección de transmisión sexual (ITS), o expresiones de sexualidad e identidad de género. Los reporteros que cubren los temas de la justicia reproductiva como estos, tienen la oportunidad de compartir un contexto más amplio de las vidas de las personas y datos importantes de salud que pueden ayudar a formar el entendimiento de los lectores y frenar los juicios innecesarios mientras se reportan los datos y hechos.

**Incompleto:** Ella tuvo una infección de transmisión sexual.

**Más preciso:** Al igual que más de una de cada seis personas de las edades entre 14 y 45 años de edad en los Estados Unidos, ella fue diagnosticada con herpes genital.



## Trabajo de organización en contra del poder de elegir

Una red de organizaciones a nivel nacional y estatal trabajan para socavar el acceso al aborto. Estos grupos incluyen: El Consejo Americano de Intercambio Legislativo (ALEC por sus siglas en inglés), Americanos Unidos por la Vida, el Consejo de Investigación de la Familia, el Derecho Nacional a la Vida, la Alianza Nacional Provida y la Lista Susan B. Anthony, la cual apoya a los candidatos que se oponen al aborto.

Estos grupos han lanzado un ataque sin precedentes en contra del acceso y la asequibilidad del aborto, y más de 338 restricciones han sido aprobadas desde el 2010. Las 338 restricciones estatales para el aborto adoptadas desde el 2010—el año en que muchas fuerzas en contra del derecho a elegir tomaron control de muchas legislaturas estatales y gubernaturas—representan el 30 por ciento de las 1,142 restricciones del aborto promulgadas por los estados desde la decisión de la Corte Suprema de los Estados Unidos en *Roe versus Wade*.<sup>47</sup> Anticipamos un aumento incluso mayor en la legislación restrictiva federal bajo la administración Trump la cual ha atacado al aborto y el acceso a los servicios de salud desde el inicio.

Además de los grupos orientados hacia la política pública, grupos en contra del derecho a elegir radicales como Operación Rescate, Acción Viva y el Centro para el Progreso Médico, trabajan en campañas engañosas y confusas usando videos encubiertos, vigilancia y operaciones encubiertas para deslegitimar a los proveedores de aborto y estimular la ira entre los legisladores conservadores para restringir aún más el acceso al aborto.

Este clima político cada vez más hostil, y las acciones sumamente directas de los grupos en contra del derecho a elegir, crean un ambiente en donde amenazar y dirigir acciones a los proveedores y clínicas de servicios de aborto y su personal hacen que este mismo clima prospere. En un estudio reciente acerca de la violencia a las clínicas a nivel nacional,<sup>48</sup> más del 50 por ciento de las clínicas reportaron comportamientos amenazantes e intimidatorios, incluyendo afiches tipo «se busca», folletos

mostrando las fotografías y direcciones de las casas de los doctores y bloqueos agresivos.

Continúa existiendo la necesidad de que los medios de comunicación distingan entre los puntos de vista opuestos en asuntos como el aborto, y la retórica incendiaria y la desinformación que usan los críticos de los servicios de salud reproductiva. Mientras que

## Más del 50 por ciento de las clínicas reportaron comportamientos amenazantes e intimidatorios.

los comentarios provocativos puede que ameriten aparecer en las noticias, su uso debería ser evitado en una historia que se esfuerza por ser objetiva. Esto es cada vez más importante conforme entremos en un tiempo cuando existe un esfuerzo fuerte del gobierno para reducir y eliminar el acceso al aborto, y los medios de comunicación tienen un rol significativo en disputar noticias falsas.

Cuando se cubra un debate acerca de las políticas públicas del aborto, los reporteros con frecuencia se refieren a aquellos que abogan por el acceso al aborto como pro-elección mientras aquellas que eliminarían el derecho como pro-vida. Estas etiquetas distorsionan las perspectivas, tanto de las personas como de las organizaciones mencionadas en las coberturas noticiosas, ofreciendo un estereotipo en vez de una representación precisa.

**Incompleto:** Defensores del aborto, proaborto, provida

**Más preciso:** Los defensores de la salud reproductiva, aquellos que buscan restringir el aborto

# TERMINOLOGÍA

**Aborto:** El aborto incluye cualquier procedimiento médico usado para poner fin a un embarazo. Existen diferentes métodos del aborto comúnmente usados dependiendo del tiempo de gestación del embarazo. Uno es llevado a cabo por medio de medicamentos y los otros procedimientos se realizan en una clínica, incluyendo la aspiración (el método más comúnmente usado) y la dilatación y evacuación (DyE).<sup>49</sup>

**Feto:** Un feto es definido desde las ocho semanas después de la concepción hasta el término mientras esté en el útero.<sup>50</sup>

**Aborto tardío:** El aborto tardío se refiere a los procedimientos de aborto hechos después de la viabilidad fetal. La gran mayoría de los estados restringen el acceso a los abortos tardíos, incluyendo 21 estados que imponen prohibiciones después de la viabilidad fetal. Mientras el aborto es constitucionalmente permitido hasta el momento de la viabilidad, los legisladores estatales y federales continúan presentando proyectos de ley para prohibir el aborto después de seis, 12 ó 20 semanas.<sup>51</sup> Los oponentes de la salud y los derechos reproductivos con frecuencia se refieren a todos los abortos tardíos como «abortos de nacimiento parcial», un lenguaje medicamente erróneo y distorsionado.

**Aborto con medicamentos:** Un aborto en el que se usan los medicamentos Mifepristona, el cual es recetado por un proveedor médico, es un aborto con medicamentos. Una mujer puede tomar este medicamento en las primeras 10 semanas del embarazo.<sup>52</sup>

**Aborto quirúrgico:** Existen varias formas del aborto quirúrgico. El tipo más común de aborto quirúrgico en los Estados Unidos se hace por aspiración. Se realiza en una clínica u hospital, y puede ser usado hasta las 16 semanas desde el último período menstrual de la persona.<sup>53</sup>

**Embarazo no intencionado:** Un embarazo puede suceder en un momento inoportuno, puede ser no planificado o no deseado al momento de la concepción.<sup>54</sup>

**Viabilidad:** Roe versus Wade desarrolló un marco basado en trimestres para la edad gestacional, y declaró que los abortos en el tercer trimestre, podrían solo ser realizados si la salud de la madre estaba en riesgo, lo que insinúa que el feto era legalmente viable a las 28 semanas. Desde que Roe versus Wade fue aprobado, la definición legal de viabilidad ha sido delegada a los estados individuales. Los estados con frecuencia dependen del médico tratante para determinar la viabilidad. Para los estados que definen la viabilidad, el límite tiene un rango de 19 a 28 semanas.<sup>55</sup>



# NOTAS FINALES

1. Reichard, R. (2015). Why we say Latinx: Trans and gender non-conforming people explain. Retrieved from: <http://www.latina.com/lifestyle/our-issues/why-we-say-latinx-trans-gender-non-conforming-people-explain>
2. Ross, L.(n. d.). Bring human rights home. Makers. Retrieved from: <http://www.makers.com/moments/new-paradigm-reproductive-justice>
3. Roberts, D. (2015). Reproductive justice, not just rights. Dissent. Retrieved from: <https://www.dissentmagazine.org/article/reproductive-justice-not-just-rights>
4. Forward Together (formerly Asian Communities for Reproductive Justice). (2005). A new vision for advancing our movement for reproductive health, reproductive rights and reproductive justice. Retrieved from: <http://forwardtogether.org/assets/docs/ACRJ-A-New-Vision.pdf>
5. Ibid.
6. Ibid.
7. Ross, L. (2006). What is reproductive justice? Sistersong Reproductive Justice Collective. Retrieved from: <https://www.trustblackwomen.org/our-work/what-is-reproductive-justice/9-what-is-reproductive-justice>
8. Guttmacher Institute. (2017). Fact sheet: Induced abortion in the United States. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>
9. Guttmacher Institute. (2016). Abortion in Latin America and the Caribbean: Incidence and trends. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-abortion-latin-america-and-caribbean>
10. Ibid.
11. American Immigration Council. (2014). Fact sheet: Immigrant women in the United States, a portrait of demographic diversity. Retrieved from: <https://www.americanimmigrationcouncil.org/research/immigrant-women-united-states-portrait-demographic-diversity>
12. Center for Reproductive Rights (CRR). (2016). The world's abortion laws. Retrieved from: <http://worldabortionlaws.com/>
13. Obama, B. (2016). Presidential proclamation—National Hispanic Heritage Month, 2016. Retrieved from: <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2016/09/15/presidential-proclamation-national-hispanic-heritage-month-2016>
14. American Immigration Council. (2014). Fact sheet: Immigrant women in the United States, a portrait of demographic diversity. Retrieved from: <https://www.americanimmigrationcouncil.org/research/immigrant-women-united-states-portrait-demographic-diversity>
15. Strong Families. (2015). Immigrant communities and abortion. Retrieved from: <http://strongfamiliesmovement.org/rj-immigrant-access>
16. Migration Policy Institute. (2015). Immigrant women in the United States. Retrieved from: <http://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-women-united-states#Unauthorized%20Population>
17. National Latina Institute for Reproductive Health. (2015). Immigrant Latin@s & abortion: The fight for access to comprehensive coverage and care, fact sheet. Retrieved from: [http://latinainstitute.org/sites/default/files/NLIRH\\_ImmWmnAbrtn\\_FactSheet\\_Eng\\_R6.pdf](http://latinainstitute.org/sites/default/files/NLIRH_ImmWmnAbrtn_FactSheet_Eng_R6.pdf)
18. Siegal, E. M., & Bonello, D. (2014). Is rape the price to pay for migrant women chasing the American Dream? Fusion. Retrieved from: <http://fusion.net/story/17321/is-rape-the-price-to-pay-for-migrant-women-chasing-the-american-dream/>
19. COMS Project. (2016). Wayfinder: Self-induced abortion. For access, email: [hello@COMSProject.org](mailto:hello@COMSProject.org)
20. Grossman, D., Holt, K., Pena, M., Lara, D., Veatch, M., Cordova, D., Gold, M., Winikoff, B., & Blanchard, K. (2010). Self-induction of abortion among women in the United States. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 136–146. Retrieved from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36534-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36534-7)
21. Lafaurie, M. M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D. L., & Chávez, S. (2005). Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador, and Peru: A qualitative study. *Reproductive Health Matters*, 13(26), 75–83. DOI: 10.1016/S0968-8080(05)26199-2 Retrieved from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)26199-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(05)26199-2)
22. Barbosa, R., & Arilha, M. (1993). The Brazilian experience with Cytotec. *Studies in Family Planning*, 24(4), 236–240. Retrieved from: [https://www.jstor.org/stable/2939191?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2939191?seq=1#page_scan_tab_contents)
23. Lafaurie, M. M., Grossman, D., Troncoso, E., Billings, D. L., & Chávez, S. (2005). Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador, and Peru: A qualitative study. *Reproductive Health Matters*, 13(26), 75–83. DOI: 10.1016/S0968-8080(05)26199-2 Retrieved from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(05\)26199-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(05)26199-2)
24. Barbosa, R., & Arilha, M. (1993). The Brazilian experience with Cytotec. *Studies in Family Planning*. 24(4), 236–240. Retrieved from: [https://www.jstor.org/stable/2939191?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2939191?seq=1#page_scan_tab_contents)
25. Adams, J. E., & Mikesell, M. (n.d.). Primer on self-induced abortion, the SIA Legal Team. Retrieved from: <https://www.law.berkeley.edu/wp-content/uploads/2016/01/SIA-Legal-Team-Primer.pdf>
26. Ibid.
27. COMS Project. (2016). Wayfinder: Self-induced abortion. For access, email: [hello@COMSProject.org](mailto:hello@COMSProject.org)
28. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2012). ACOG statement on HR 3803. Retrieved from: <http://www.acog.org/-/media/Departments/Government%20Relations%20and%20Outreach/20120618DCAborStmnt.pdf>
29. Healthcare.gov. (n. d.). Coverage for lawfully present immigrants. Retrieved from: <https://www.healthcare.gov/immigrants/lawfully-present-immigrants/>
30. Ibis Reproductive Health. (n. d.). Research brief: The impact of Medicaid coverage restrictions on abortion. Retrieved from: <http://allaboveall.org/wp/wp-content/uploads/2014/08/MedicaidResearchBrief.pdf>
31. Strong Families. (2015). Reproductive Justice Media Guide, The Hyde Amendment and other funding restrictions, Retrieved from: <http://strongfamiliesmovement.org/rj-hyde>
32. Bridges, E. (2014). Abortion and young people in the United States. *Advocates for Youth*, January 2014 <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2296-abortion-and-young-people-in-the-united-states>
33. Heart Research Associates. (2016). Battleground polling on repealing the Hyde Amendment. Retrieved from: <http://>



- [allaboveall.org/wp/wp-content/uploads/2016/09/AllAbove-All\\_Hart\\_Battleground-Poll-2016-Memo.pdf](http://allaboveall.org/wp/wp-content/uploads/2016/09/AllAbove-All_Hart_Battleground-Poll-2016-Memo.pdf)
34. PerryUdem Research/Communication. (2016). Latino/a voters' views on abortion: Retrieved from: [http://latinainstitute.org/sites/default/files/NLIRH%20Public%20Survey%20Report\\_Final.pdf](http://latinainstitute.org/sites/default/files/NLIRH%20Public%20Survey%20Report_Final.pdf)
  35. Guttmacher Institute. (2017). Fact sheet: Induced abortion in the United States. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>
  36. Guttmacher Institute. (2011). Tables. Retrieved from: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_downloads/us-teen-pregnancy-trends-2011\\_tables.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_downloads/us-teen-pregnancy-trends-2011_tables.pdf)
  37. Mosher, W.D., & Jones, J. (2010). Use of contraception in the United States: 1982–2008. National Center for Health Statistics. Vital and Health Statistics, 23(29). Retrieved from: [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_23/sr23\\_029.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_029.pdf)
  38. Guttmacher Institute. (2016). American teens' sexual and reproductive health. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/american-teens-sexual-and-reproductive-health>
  39. Bridges, E. (2014). Abortion and young people in the United States. Advocates for Youth. Retrieved from: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2296-abortion-and-young-people-in-the-united-states>
  40. Valladares, E. S., Valle, G., & Jiménez, L. (Eds.). (2012). Supporting Latina/o youth: Strengthening Latina/o young families and communities. California Latinas for Reproductive Justice. Retrieved from: [http://www.californialatinas.org/wp-content/uploads/2012/08/CLRJ\\_Supporting\\_Latina\\_O\\_Youth\\_Issue\\_Brief\\_1\\_FINAL.pdf](http://www.californialatinas.org/wp-content/uploads/2012/08/CLRJ_Supporting_Latina_O_Youth_Issue_Brief_1_FINAL.pdf)
  41. Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J., & Foster, D. G. (2014). The stigma of having an abortion: Development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Reproductive and Sexual Health*, 45(2), 79–88. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2013/05/stigma-having-abortion-development-scale-and-characteristics-women>
  42. Nixon, L., Seklir, L., Mejia, P., Cockrill, K., Herold, S., Woodruff, K., & Dorfman, L. (2017). Shaping stigma: An analysis of mainstream print and online news coverage of abortion, 2014–2015. *Issue*, 23, 1–36. Berkeley Media Studies Group. Retrieved from: [http://seachangeprogram.org/wp-content/uploads/2017/01/bmsg\\_sea\\_change\\_issue23\\_abortion\\_stigma2017.pdf](http://seachangeprogram.org/wp-content/uploads/2017/01/bmsg_sea_change_issue23_abortion_stigma2017.pdf)
  43. Ibid.
  44. Seaman, A. M., (2015). Transgender people face discrimination in healthcare. Reuters Health. Retrieved from: <http://www.reuters.com/article/us-transgender-healthcare-discrimination-idUSKBN0M928B20150313>
  45. Grant, J. M., Mottet, L. A., & Tanis, J. (Leads). (with Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M.) (2011). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. The National Gay and Lesbian Task Force and the National Center for Transgender Equality. Retrieved from: [http://www.thetaskforce.org/static\\_html/downloads/reports/reports/ntds\\_full.pdf](http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf)
  46. Guttmacher Institute. (2017). Fact sheet: Induced abortion in the United States. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>
  47. Guttmacher Institute. (2017). Policy Trends in the States: 2016. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/article/2017/01/policy-trends-states-2016>
  48. Feminist Majority Foundation. (2014). National clinic violence survey. Retrieved from: <http://feminist.org/rrights/pdf/2015N-CAPSsurvey.pdf>
  49. 1 in 3. (n. d.). Abortion information and resources. Retrieved from: <http://www.1in3campaign.org/resources/abortion-information-resources>
  50. Barfield, W. D., & the Committee on Fetus and Newborn. (2011). Clinical reports: Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. *Pediatrics*, 128, 177-181. Retrieved from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/1/177>
  51. National Latina Institute for Reproductive Health. (2015). Bans on later abortion: A threat to health and dignity, fact sheet. Retrieved from: [http://latinainstitute.org/sites/default/files/NLIRH\\_20WeekBan\\_FactSheet\\_Eng\\_R11.pdf](http://latinainstitute.org/sites/default/files/NLIRH_20WeekBan_FactSheet_Eng_R11.pdf)
  52. Guttmacher Institute. (2017). Fact sheet: Induced abortion in the United States. Retrieved from: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states>
  53. 1 in 3. (n. d.). campaign: Abortion information and resources. Retrieved from: <http://www.1in3campaign.org/resources/abortion-information-resources>
  54. Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Unintended pregnancy prevention. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/>
  55. Arzuaga, B., & Lee, B. H. (2011). Pediatrics perspective: Limits of human viability in the US: A medicolegal review. *Pediatrics*, 128(6), 1047-1052. Retrieved from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/6/1047.short>

A PROJECT OF THE STRONG FAMILIES NETWORK



Esta Guía de Referencia de la Justicia Reproductiva para los Medios de Comunicación fue creado en asociación con [Coalición de California por la Libertad Reproductiva](#), [California Latinas for Reproductive Justice](#), [Organización para la Oportunidad y Derechos Reproductivos para las Latinas en Colorado \(COLOR, por sus siglas en inglés\)](#), and [El Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva](#). [All\\* Above All](#), SIA Legal Team, The COMS Project, y Veronica Bayetti Flores ayudaron en la creación de esta guía.

Preguntas de los medios: Janna Zinzi, [janna@forwardtogether.org](mailto:janna@forwardtogether.org)



Este trabajo está licenciado por [Forward Together](#), bajo una [Licencia Internacional de Atribución No Comercial 4.0 de Creative Commons](#).