



LAS Y LOS LATIN@S LGBTQ Y LA JUSTICIA REPRODUCTIVA

Las y los Latin@s lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros y *queer** (LGBTQ), han sido integrantes de los movimientos de la justicia reproductiva y la liberación sexual desde sus inicios. Sin embargo, las exigencias específicas en el tema de servicios de salud para las y los Latin@s LGBTQ, específicamente los asuntos relacionados con la salud reproductiva, raramente han sido el enfoque en la promoción y defensa de las personas LGBTQ o del movimiento de los derechos reproductivos. A pesar de la semejanza en los intereses de las y los Latin@s LGBTQ y la población LGBTQ en general, surge una serie de asuntos específicos asociados con la justicia reproductiva para las y los Latin@s en torno a la salud reproductiva, los derechos de las y los inmigrantes, y el acceso a la asistencia pública.

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

A pesar del incremento en el área de la investigación sobre la salud de las personas LGBTQ en la última década, aún existe una profunda carencia de investigaciones con un enfoque en las personas LGBTQ, en las y los Latin@s, y en las exigencias comunitarias en torno a la salud reproductiva. Sin embargo, la investigación existente sugiere que las y los Latin@s LGBTQ enfrentan un gran número de barreras que se interceptan entre sí. Para que las y los Latin@s LGBTQ puedan recibir atención médica adecuada, se requiere que los proveedores de salud sean lingüística y culturalmente competentes. Sin embargo, los proveedores de salud tienen que ser culturalmente competentes no solo en cuanto al idioma principal y los antecedentes étnicos, sino también en lo relacionado a las necesidades médicas y preocupaciones de salud en general de la comunidad LGBTQ. Encontrar proveedores adecuadamente competentes en todos estos campos puede resultar extremadamente difícil. Esto es particularmente importante en cuanto a los servicios de salud reproductiva preventivos, tales como los exámenes anuales y los exámenes de Papanicolaou.

Las Latinas sufren de cáncer cervical de forma desproporcionada,¹ y en muchas ocasiones, este hecho está relacionado con la falta de servicios médicos preventivos adecuados. Las investigaciones indican que las lesbianas tienen menos probabilidades de hacerse exámenes de Papanicolaou de rutina o anualmente, y más probables que las mujeres heterosexuales de enfrentar prejuicios por parte de los proveedores de servicios de salud.^{2,3,4} Esta percepción afecta la decisión de la mujer en cuanto a compartir o no, su orientación sexual al recibir servicios médicos; esta decisión puede ser absolutamente clave tanto para realizar un historial médico completo, como para la provisión de servicios de salud reproductiva apropiados. Aunque existen datos que sugieren que hoy en día las mujeres que tienen sexo con mujeres se sienten más cómodas al hablar claramente con sus proveedores de salud que hace una década,⁵ queda mucho trabajo por hacer para contar con un personal de servicios de salud que sea culturalmente competente. Esto es un componente importante de la salud reproductiva de las Latinas: las mujeres que tienen sexo con mujeres están en riesgo de contraer cáncer cervical, y las investigaciones sugieren que las mujeres que reportan una actitud positiva hacia sus proveedores de salud, tienen más probabilidades de haberse hecho un examen de Papanicolaou recientemente.⁶

Las personas designadas como mujeres al nacer, sean transgénero o personas que no se expresan según las normas de género convencionales, también corren el riesgo de contraer cáncer cervical si son sexualmente activas y tienen un cuello uterino intacto. De hecho, las personas transgénero a quienes no se les han extraído quirúrgicamente el útero, los ovarios, los testículos, o los se-

nos (pechos), corren el riesgo de contraer cáncer en estos órganos,⁷ y tienen que someterse a los exámenes recomendados para esos tipos de cáncer. De igual forma, de ser apropiado, la atención médica para las mujeres transgénero debería incluir exámenes para el cáncer de la próstata. Sin embargo, debido a la división y asignación estricta de estos procedimientos con base en el sexo, aún las personas transgénero que cuentan con recursos se niegan a practicarse estos exámenes médicos al no poder encontrar a proveedores de salud competentes. Existe documentación extensa de casos en los cuales, algunos profesionales de la salud se han negado a tratar a pacientes transgénero con cánceres reproductivos.⁸ De hecho, en una encuesta acerca de la discriminación experimentada por las personas transgénero al recibir atención médica, un 19% de las y los entrevistados reportaron cómo se les negó la atención médica debido a su estado transgénero o como personas que no se expresan según las normas de género convencionales.⁹ También se requiere la búsqueda de atención médica para pacientes transgénero que utilizan tratamiento de hormonas. Las personas que no tienen acceso a los proveedores de salud, a menudo obtienen hormonas en el mercado negro. Esto puede ser peligroso; no se puede garantizar el contenido de las hormonas obtenidas en el mercado negro, y la dosis no puede ser supervisada por un profesional de la salud. Además, las jeringas utilizadas para administrar las inyecciones puede que no sean estériles. Sin embargo, para las personas transgénero con falta de acceso a servicios de salud adecuados, correr este riesgo es la única manera de obtener el medicamento necesario.

Otro aspecto importante de la salud reproductiva para las y los Latin@s LGBTQ es la atención durante el embarazo. Aunque muchas Latinas LGBTQ no tienen los recursos para acceder a las tecnologías reproductivas asistidas, aquellas que buscan estos servicios pueden tener dificultad en localizar proveedores de salud competentes. Aquellas que se embarazan de otras maneras también pueden enfrentarse con la carencia de proveedores capaces de ofrecer cuidado prenatal competente. Igualmente, las personas LGBTQ pueden enfrentar discriminación o atención culturalmente inadecuada para sus visitas postnatales y la atención médica subsiguiente de sus hijas(os). Esto es muy importante para las y los Latin@s; el índice de parejas Latinas del mismo sexo que están criando hijas(os) es más alto que el de las parejas anglo no hispanas del mismo sexo. De hecho, el índice de parejas compuestas por dos mujeres donde ambas son Latinas y están criando hijas(os), es casi el doble del de sus homólogos anglo no hispanas.¹⁰

Puesto que históricamente nuestro sistema de servicios de salud ha estado conectado directamente al empleo, el acceso al trabajo y el acceso a los ser-

*Queer es un término general usado para describir la orientación sexual y/o la identidad o expresión de género que no se apega a las normas heterogéneas de la sociedad. Mientras que en la actualidad el término queer tiene un carácter neutral, incluso positivo dentro de mucha gente LGBTQ, históricamente ha tenido implicaciones negativas y puede aún ser considerado despectivo por algunas personas. Literalmente hablando la palabra "queer" significa "extravagante o raro" en español; sin embargo, el término es usado en inglés con las mismas implicaciones anteriormente expuestas.



vicios de salud están enlazados de una manera intrínseca. El acceso al trabajo no solo determina cuánto dinero se puede gastar en los servicios de salud, pero también afecta el acceso a los beneficios de servicios de salud otorgados por el empleo. Aunque legalmente se prohíbe la discriminación en el lugar de empleo con base en la raza, el color de tez, la religión, el sexo, o el origen nacional, no existen a nivel nacional las mismas protecciones con base en la orientación sexual o identidad con base en el género. Aunque algunos estados y municipios han aprobado estas protecciones, la mayoría de las personas LGBTQ en el país permanecen vulnerables ante las prácticas discriminatorias en el lugar de empleo. Las personas que no se expresan según las normas de género convencionales y las personas transgénero son especialmente vulnerables a la discriminación en el lugar de trabajo. De hecho, cualquier persona que no encaje con las expectativas sociales de expresión con base en el género es vulnerable a la discriminación en el lugar de empleo, sin importar que se identifique como persona LGBTQ o no. Este tipo de discriminación exige un precio económico: las personas LGBTQ experimentan tasas más altas de desempleo, discriminación en el lugar de trabajo, y pobreza.^{11 12} Con estos factores en mente, no son sorprendentes las estadísticas de seguro médico entre las personas LGBTQ. Las personas que tienen relaciones sexuales de pareja con el mismo sexo, tienen menos probabilidad de tener seguro médico que quienes sostienen relaciones sexuales con el sexo opuesto.² Una encuesta reciente sobre la discriminación en contra de las personas transgénero y las personas que no se expresan según las normas de género convencionales, demostró que casi la mitad de las(os) encuestadas(os) pospusieron la atención médica por no poder pagar por ella.⁹ Aunque no existen datos confiables acerca de las tasas de seguro médico entre las y los Latin@s LGBTQ, sabemos que las Latinas tienen la tasa más baja de seguro que cualquier otro

grupo de mujeres,¹³ y que las y los Latin@s por lo general tienen el doble de probabilidades de no tener seguro que las personas anglo no hispanas.¹⁴

El acceso al aborto también es un asunto importante para las y los Latin@s LGBTQ. Aunque existan argumentos acerca de que el acceso al aborto y los métodos anticonceptivos no son pertinentes para la comunidad LGBTQ, la realidad es otra. Primero, este argumento ignora por completo a las mujeres que se identifican como bisexuales o *queer*, muchas de las cuales intencionadamente incluyen el hecho de tener sexo con hombres como parte de su identidad sexual. Segundo, este argumento se basa en el mito de que la identidad y el comportamiento siempre van de la mano, lo cual sabemos no es cierto. De hecho, las mujeres que se identifican como lesbianas a veces tienen sexo con hombres, y la mayoría han tenido sexo con hombres en ciertos momentos de sus vidas.⁴ Además, las investigaciones sugieren que las y los jóvenes LGB corren un riesgo más alto que sus pares heterosexuales de un embarazo inesperado,^{15 16} y que el aborto representa una elección importante y común entre las mujeres jóvenes *queer* que resultan embarazadas.¹⁷ De igual forma, algunas personas transgénero y personas que no se expresan según las normas de género convencionales, también pueden estar en riesgo de un embarazo inesperado. Por último, este mismo argumento ignora por completo la posibilidad de asalto sexual, para el cual las personas LGBTQ corren un riesgo particular.¹⁸ Hay muchas situaciones en las cuales una persona LGBTQ puede necesitar o desear un aborto seguro o métodos anticonceptivos, y la disponibilidad de ambos forma parte integral de los servicios de salud reproductiva para la comunidad LGBTQ. En resumen, las razones por las cuales una persona identificada como LGBTQ busca un aborto o métodos anticonceptivos son tan variadas y diversas como las de las mujeres heterosexuales cis-género,² y los argumentos que indican lo contrario carecen de visión y conciencia.

REFORMA DE SERVICIOS DE SALUD Y L@S LATIN@S LGBTQ

La ley de protección al paciente y servicios asequibles (PPACA por sus siglas en inglés)—la legislación de reforma del sistema de salud aprobada en el 2010—tiene la posibilidad de por lo menos alterar el enlace fuerte entre el empleo y el seguro médico, pero su historial al torno de salud reproductiva es variado. Aunque la ley exige que los servicios de salud preventiva se cubran sin costo alguno en todos los planes de salud, queda por verse cuales servicios se designarán “preventivos” al comenzar la implementación de la ley en 2014—y en particular, si se incluirán los anticonceptivos. Tampoco está claro si personas transgénero o personas que no se expresan según las normas de género podrán acceder servicios preventivos asignados a base de sexo—como exámenes Papanicolaou o de próstata—a través de estas provisiones. En lo actual, las personas transgénero o personas que no se expresan según las normas de género que cuentan con seguro médico a menudo tienen dificultad en que se les cubra servicios preventivos si la designación de sexo en la póliza de seguro no corresponde con el sexo designado al nacer.

Además, entre las reformas en la ley se encuentra una provisión (conocida como la provisión Nelson, a nombre del diputado que la introdujo) que propone profundamente limitar el acceso al aborto. La provisión Nelson permite que los estados proscriban en sus intercambios de seguro—el mercado de seguros médicos establecido por la reforma para que el público pueda comprar pólizas de seguro asequibles—pólizas que cubran abortos, un permiso que muchos estados ya han tomado. En estados en los cuales sí se permitirá que se cubra el aborto, se exigirá que las personas comprando estas pólizas hagan dos

pagos separados—uno para cubrir el aborto y otro para el resto de la póliza. Este plan no sólo es absurdo y agobiante, pero más importante aún, provee motivación para que las empresas de seguros médicos se nieguen en cubrir abortos en todo. Puesto que el razonamiento tras el sistema de dos pagos es un imperativo de separar los fondos contribuidos hacia el aborto, las empresas de seguros médicos se verán obligadas a crear y mantener sistemas administrativos separados para cumplir con las regulaciones, un esfuerzo potencialmente costoso. Puesto que las reformas no cambiaron el hecho de que el sistema estadounidense de servicios de salud es una industria con fines de lucro, las y los defensoras(es) temen que las empresas particulares no tendrán motivo para continuar cubriendo abortos si llega a ser demasiado problemático o costoso—particularmente porque esta ley exige que todas(os) compren su producto: pólizas de seguro médico.

Para las y los inmigrantes LGBTQ, la ley de la reforma de servicios de salud hace poco para aumentar acceso a servicios médicos. Las y los inmigrantes indocumentadas(os) han sido completamente excluidas(os) del proceso de la reforma de los servicios de salud, y serán prohibidas(os) de comprar pólizas en el intercambio de seguros, aún con su propio dinero. Las y los inmigrantes que serían elegibles menos que les falta cumplir cinco años de residencia permanente legal permanecerán inelegibles para el *Medicaid*, a pesar de que la ley exigirá que tengan seguro. Más aun, la prohibición de los cinco años no fue revocada como parte de la ley PPACA. Estas restricciones seguramente limitarán el acceso de las personas inmigrantes LGBTQ a servicios de salud y podrán aumentar el desperejo de salud existente.

• Cis-género es un término que se utiliza para hablar de una persona cuya identidad con base en el género actual es la misma que la que le fue asignada al nacer, y es un término usado para contrastar con el concepto de transgénero. Una mujer cis-género, por ejemplo, es una persona a quien se le designó como mujer al nacer y que actualmente vive y se encuentra cómoda como mujer.



INMIGRACIÓN

Las y los inmigrantes lesbianas, gay, bisexuales, transgénero y sus familias se enfrentan a un gran número de barreras para acceder a los servicios de salud, las cuales están relacionadas directamente con el estatus migratorio, la orientación sexual, y/o la identidad con base en el género. Aunque tradicionalmente las organizaciones que trabajan por los derechos de las y los inmigrantes y la liberación de las personas LGBTQ no han reconocido que comparten integrantes en sus movimientos sociales, cada vez queda más claro que sus integrantes no solo tienen metas en común, pero también son líderes que se hacen escuchar. Muchas(os) de estas(os) líderes son Latin@; de hecho casi la mitad de todas(os) las y los inmigrantes en los EE.UU. son de origen Latino.¹⁹ En los esfuerzos para proveer asistencia para todas y todos, es importante reconocer las experiencias y realidades de las y los inmigrantes LGBTQ.

La discriminación en el lugar de empleo puede significar que a las y a los inmigrantes LGBTQ, particularmente las y los indocumentados, se les dificulta el acceso al empleo que ofrece seguro de salud o las visas familiares. Las y los inmigrantes LGBTQ también se enfrentan a la discriminación con base en su estatus migratorio y su origen nacional. Debido a estos factores, las y los inmigrantes LGBTQ, particularmente aquellas(os) que son transgénero o no se expresan según las normas de género convencionales, corren un riesgo desproporcionado de deportación. La discriminación en el lugar de empleo lícito significa que las personas LGBTQ se ven forzadas a involucrarse en crímenes de sobrevivencia tales como el comercio sexual, la venta de drogas, los robos, etc., lo cual aumenta la probabilidad de que las y los inmigrantes LGBTQ sean detenidas(os) y deportadas(os), aún si cuentan con un estatus migratorio legal.²⁰ Además, los programas de verificación de elegibilidad de empleo, como el *E-verify*, tienen una alta incidencia de error asociada con cambios en documentos legales, por ejemplo un cambio de nombre o de designación de sexo. Esto puede tener el efecto de revelar la identidad de género de las y los trabajadores(as) transgénero, sin importar su estatus migratorio o de ciudadanía.

El acceso a la asistencia pública puede ser particularmente difícil para las y los inmigrantes de bajos ingresos. El idioma puede resultar una barrera no solo en un consultorio médico, pero también en navegar el complejo mundo de los servicios sociales. Un reporte que utilizó los datos del censo encontró que más de la mitad de los hogares con parejas del mismo sexo en donde uno de los miembros es Latin@, tiene como su idioma principal el español, un número que sube a un 94% cuando las(os) dos integrantes de la pareja son Latin@s.¹⁰ Además de las barreras lingüísticas, existen muchas políticas públicas que impiden que las y los inmigrantes reciban la atención necesaria. La prohibición de los cinco años, una provisión aprobada en 1996 que prohíbe a las y los residentes permanentes con menos de cinco años de estatus migratorio legal acceder a varias formas de asistencia pública, incluyendo *Medicaid*, aún si calificaran de otra manera. Esto significa que las y los inmigrantes de bajos ingresos, aún cuando han alcanzado un estatus migratorio legal, tienen prohibido acceder a importantes servicios médicos preventivos y de salud reproductiva. Para las y los jóvenes inmigrantes, este retraso puede significar el comienzo de una vida sexualmente activa sin acceso a los recursos y a los servicios de salud necesarios para tomar decisiones informadas y seguras. Las personas indocumentadas raramente son elegibles para cualquier tipo de asistencia pública, y el acceso a servicios accesibles y asequibles está siendo enormemente limitado. Puede ser difícil, si no imposible, encontrar a proveedores que sean sensibles a las necesidades de pacientes LGBTQ dentro de esta red limitada. Aún en ciudades grandes con centros

de salud comunitarios LGBTQ que no piden documentación migratoria las y los inmigrantes, particularmente las y los recién llegados, no siempre están al tanto de la existencia de estos servicios.

El sistema inmigratorio resulta particularmente difícil para las personas LGBTQ. De hecho, una prohibición inmigratoria contra “perversitas(os) sexuales” se aprobó en el año 1965 y permaneció como política pública hasta el año 1990.^{21 22} Actualmente, las y los ciudadanos(as) de los EE.UU. no pueden solicitar residencia para sus parejas del mismo sexo al igual que lo hacen las parejas heterosexuales binacionales al casarse. Desde el año 2009, las y los ciudadanas(os) de los EE.UU. transgénero pueden solicitar estatus migratorio a favor de su pareja del mismo sexo que les fue asignado al nacer siempre y cuando la designación de género de la o el solicitante haya sido cambiada legalmente y su estado de residencia permita el matrimonio. Sin embargo, muchas personas transgénero no tienen ni los recursos ni el deseo de someterse a los procedimientos necesarios para cambiar legalmente el sexo indicado en sus documentos. Más aún, las leyes en cuanto al estatus legal de las personas transgénero varían de estado a estado; muchos estados no permiten que las personas transgénero se casen, sin importar el historial médico de transición de género, o la designación de género indicada en sus documentos legales.

Aunque cambiar estos requisitos específicos representaría un inicio importante en el camino hacia la justicia para las y los inmigrantes LGBTQ, las estrategias que requieren que las y los inmigrantes se casen con ciudadanas(os) de los EE.UU. y así obtener un estatus migratorio legal funcionan para solo una pequeña parte de la comunidad inmigrante LGBTQ. La discriminación en contra de las y los inmigrantes LGBTQ va más allá del hecho de vivir en pareja, y los derechos al matrimonio apenas abordan una de las tantas necesidades de las familias que viven en los EE.UU. En las comunidades inmigrantes, las comunidades de color, las comunidades LGBTQ, y las comunidades de bajos ingresos, el concepto de “familia” va más allá de la idea de un hombre, una mujer y sus hijas(os), o aún de dos personas adultas y sus hijas(os). En las familias inmigrantes a veces se incluyen a las y los abuelos o primas(os) como parte del hogar. En las comunidades de color y de bajos ingresos que han sido devastadas por los efectos del sistema penal, el desplazamiento comunitario (proveniente del término en inglés *gentrification*), la violencia, y las disparidades de salud que ocasionan muertes prematuras, las y los hijos pueden ser puestos al cuidado de sus abuelas(os), tíos(a), u otros miembros de familia. La homofobia y la transfobia han dejado a muchos miembros de la comunidad LGBTQ aislados de las familias en las que nacieron originalmente, y por consiguiente, forman vínculos familiares fuertes con personas de experiencias semejantes entre las cuales no existe ninguna relación legal. Las leyes migratorias rara vez, o casi nunca, reconocen estos arreglos familiares, lo que resulta en que muchas familias inmigrantes tienen que escoger entre la separación familiar, o entre vivir en el temor constante de la deportación.

Durante las detenciones de inmigrantes, las personas LGBTQ son agredidas específicamente por su orientación sexual, su identidad con base en el género, y su estatus familiar. Los oficiales de inmigración no están obligados a reconocer a las familias que no están legalmente definidas como tales, y por esa razón quizás no se esfuerzan por mantener unidas a las a personas con relaciones familiares basadas en la afinidad y el compromiso mutuo. Al igual que cada institución segregada por el sexo, los centros de detención migratoria pueden ser lugares peligrosos para las y los inmigrantes transgénero o que no se expresan según las normas de



género convencionales. Los agentes de detención migratoria suelen ubicar a las y los inmigrantes transgénero en celdas según el sexo asignado al nacer, en vez de celdas donde las y los detenidos estén más seguras(os), dejándolas(os) vulnerables a la violencia y el asalto sexual. Otra táctica es colocar a las y los detenidas(os) transgénero en aislamiento, una practica que comúnmente se reconoce como tortura.²³ Según reportes, existen casos en que las y los detenidos inmigrantes transgénero han sufrido de asalto sexual por parte de los agentes de detención, se les ha negado atención médica (por ejemplo tratamiento de hormonas), e incluso han muerto.^{24,25}

Sin embargo, a pesar de las múltiples dificultades a las cuales se enfrentan las y los Latin@s LGBTQ, es importante reconocer la tenacidad de estas comunidades y sus actos diarios de resistencia en contra de los sistemas excluyentes. Frente a la discriminación y la criminalización, las personas LGBTQ no anglo y de bajos recursos, siguen luchando y reconocen la salud, los derechos, y la justicia reproductiva como un asunto crítico.²⁶ El marco conceptual de la justicia reproductiva compuesto por la liberación sexual, la integridad y la autonomía corporal, y el derecho de toda persona a vivir libremente y en buena salud aplica de manera contundente a las y los Latin@s LGBTQ, y la justicia reproductiva no será posible sin la liberación de las personas LGBTQ.

Nota: Las y los autoras(es) de este reporte, conscientes de la importancia de la igualdad de género en la realización de materiales didácticos en el idioma español, han incorporado a lo largo de este documento términos neutrales y la forma "as(os)" para referirnos a ambos géneros. Específicamente, utilizamos el signo "@" para representar a la comunidad LGBTQ y las personas que no se apegan a los roles de género convencionales de la sociedad. No obstante, en el resto del currículum, hemos optado por conservar formas estándares en el uso de algunos términos.

Este reporte cuenta con los aportes de nuestras(os) colegas:

Kellan Baker | Center for American Progress (con The National Coalition for LGBT Health cuando se escribió este reporte)
 Laura Esquivel | Junta Directiva, Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva (NLIRH por sus siglas en inglés)
 Lisa Weiner-Mahfuz | Intersections/Intersecciones Consulting
 Kalpana Krishnamurthy | Western States Center

Personal del NLIRH que trabajó en este reporte:

Verónica Bayetti Flores | Analista de Políticas Públicas Senior
 Jessica González-Rojas | Subdirectora
 Silvia Henriquez | Directora Ejecutiva precedente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (EN INGLÉS)

- SEER Cancer Statistics Review 1975-2003. Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003/ [Accessed December 2, 2010].
- Thomas Buchmuller, Christopher S. Carpenter. Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 200-2007. *Am J Public Health*. 2010;100(3):489-495.
- Alicia K. Matthews, Dana L. Brandenburg, Timothy P. Johnson, Tonda L. Hughes. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Preventive Medicine*. 2004;38:105-113.
- Allison L. Diamant, Mark A. Schuster, Janet Lever. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. 2000;19(3):141-148.
- Susan Jo Roberts, Carol A. Patsdaughter, Cecilia Gatson Grindel, M. Suzanne Tarmina. Health related behaviors and cancer screening of lesbians: Results of the Boston Lesbian Health Project II. *Women & Health*. 2004;39(4):41-55.
- Elizabeth J Rankow, Irene Tessaro. Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. *Journal of Family Practice*. 1998;47(2):139-145.
- Top 10 things transgender persons should discuss with their healthcare provider. Available at: http://www.glma.org/_data/n_0001/resources/live/Top%20Ten%20Trans.pdf [Accessed September 17, 2010].
- Kate Davis. *Southern Comfort*. HBO; 2001.
- Jamie Grant, Lisa Mottet, Justin Tanis, et al. *National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force; 2010.
- Jason Cianciotto. *Hispanic and Latino same-sex couple households in the United States: A report from the 2000 census*. National Gay and Lesbian Task Force, National Latino/a Coalition for Justice; 2005.
- Randy Albeda, M.V. Lee Badgett, Alyssa Schneebaum, Gary J. Gates. *Poverty in the Lesbian, Gay and Bisexual Community*. The Williams Institute; 2009.
- Preliminary findings: National transgender discrimination survey*. National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force; 2009. Available at: http://transequality.org/Resources/NCTE_prelim_survey_econ.pdf [Accessed October 13, 2010].
- Alina Salganicoff, Usha R. Ranji, Roberta Wyn. *Women and health care: A national profile*. Kaiser Family Foundation; 2005.
- Megan Thomas, Cara James. *The role of health coverage for communities of color*. Kaiser Family Foundation; 2009.
- Elizabeth M. Saewyc, Linda H. Bearinger, Robert Wm. Blum, Michael D. Resnick. Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: Does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives*. 1999;31(3):127-131.
- Elizabeth M. Saewyc, Colleen S. Poon, Yuko Homma, Carol L. Skay. Stigma management? The links between enacted stigma and teen pregnancy trends among gay, lesbian, and bisexual students in British Columbia. *Can J Hum Sex*. 2008;17(3):123-139.
- Jeanne M. Marrazzo, Kathleen Stine. Reproductive health history of lesbians: Implications for care. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1298-304.
- Keith J. Conron, Matthew J. Mimiaga, Stewart J. Landers. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1953-1960.
- United States - Selected Characteristics of the Native and Foreign-Born Populations. *U.S. Census Bureau*. 2006. Available at: http://factfinder.census.gov/servlet/STTable?_bm=y&-geo_id=01000US&-qr_name=ACS_2008_3YR_G00_S0501&-ds_name=ACS_2008_3YR_G00_ [Accessed December 6, 2010].
- Trans immigrants disproportionately subject to deportation and detention, suffer special gender-related harms in these processes. Available at: <http://srp.org/files/disprop%20deportation.pdf> [Accessed October 13, 2010].
- Homosexuals and Immigration: Developments in the United States and Abroad | Center for Immigration Studies. Available at: <http://www.cis.org/Immigration%2526Homosexuals-PolicyTowardHomosexuals> [Accessed October 13, 2010].
- Out4Immigration - History of LGBT & Immigration. Available at: <http://www.out4immigration.org/immigration/page.html?&mimid=N3DE98KBUMQ39M4WNKSSI6LKM7MD3C0A&cid=1136> [Accessed August 30, 2010].
- Atul Gawande. Hellhole: Is long-term solitary confinement torture? *The New Yorker*. 2009. Available at: http://www.newyorker.com/reporting/2009/03/30/090330fa_fact_gawande.
- Sandra Hernandez. A lethal limbo. *Los Angeles Times*. 2008. Available at: <http://articles.latimes.com/2008/jun/01/opinion/op-hernandez1>.
- Restore Fairness. *A transgender detainee speaks out*. Breakthrough TV; 2009. Available at: <http://vimeo.com/7551045>.
- A fabulous attitude: Low-income LGBTGNC people surviving and thriving on love, shelter & knowledge*. New York, NY: Queers for Economic Justice; 2010.