

# LA BRECHA SE PROFUNDIZA: LA PROHIBICIÓN DEL ABORTO DAÑA AÚN MÁS A LAS COMUNIDADES IN/MIGRANTES

Publicado por primera vez el 15 de agosto de 2023, actualizado el 17 de septiembre de 2024

Por Lucie Arvallo, Hannah Liu, Suma Setty, Priya Pandey y Salen Andrews

Instituto Nacional de Latinas por la Justicia Reproductiva y el Centro de Leyes y Política Social

## INTRODUCCIÓN

Debido a las persistentes políticas xenófobas y racistas, Estados Unidos tiene una larga historia de limitar el acceso al aborto en las comunidades in/migrantes<sup>1</sup>. Los in/migrantes deben superar barreras sistémicas profundamente arraigadas para acceder a los servicios de aborto. La decisión de la Corte Suprema de 2022 en *Dobbs versus Jackson Women's Health Organization* exacerbó estas barreras, anulando las protecciones federales sobre el derecho al aborto otorgadas en *Roe versus Wade* y creó un daño sin precedentes al permitir que los estados aprobaran prohibiciones absolutas del aborto. El fallo tuvo consecuencias devastadoras para la autonomía corporal, la movilidad económica y la libertad de los in/migrantes, las personas detenidas, las personas embarazadas, las personas transgénero y no conformes con su género y las mujeres en edad reproductiva. Las prohibiciones y restricciones estatales al aborto perjudican desproporcionadamente a las comunidades que ya enfrentan barreras considerables para acceder a los servicios de salud, incluyendo las comunidades personas de raza negra, indígenas, Latinas/xs, asiáticas y de las islas del Pacífico; las comunidades que viven con bajos ingresos; las personas con discapacidades; las personas con dominio limitado del inglés (LEP); y las personas que viven en áreas rurales.

Los in/migrantes, especialmente aquellos que son indocumentados y aquellos en familias de estatus mixto, son particularmente vulnerables a los efectos nocivos de las prohibiciones del aborto debido a las barreras que enfrentan para acceder a los servicios de salud y el mayor riesgo de criminalización en función de su estatus migratorio. Estas barreras y riesgos incluyen puestos de control arbitrarios de la agencia de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP), [una prohibición de período de espera de cinco años](#) para que los residentes permanentes legales se inscriban en programas de seguro de salud pública, acuerdos entre las autoridades policiales locales y las autoridades federales de inmigración y las crecientes políticas estatales antinmigrantes. Las personas en detención migratoria enfrentan amenazas adicionales a su salud reproductiva y su bienestar general, incluyendo [procedimientos ginecológicos médicamente innecesarios](#), como histerectomías forzadas y negación de servicios de aborto. Esta hoja informativa destaca cómo *Dobbs* agravó las barreras preexistentes en los servicios de aborto para las personas in/migrantes. Proponemos un conjunto de recomendaciones concretas para el Congreso y la administración para apoyar el acceso de las personas in/migrantes a los servicios de aborto.

## El impacto de la decisión *Dobbs* en las personas in/migrantes

### I. Las prohibiciones del aborto ponen en riesgo la salud y el bienestar de las personas in/migrantes.

Desde la sentencia *Dobbs*, el acceso al aborto se ha visto severamente restringido en [22 estados](#). Muchos de esos estados también albergan una gran cantidad de familias in/migrantes y de estatus mixto, como [Texas, Arizona y Florida](#). A partir de junio de 2024, [al menos 1.9 millones de mujeres in/migrantes indocumentadas](#) viven en un estado que prohíbe el aborto por completo o antes de la semana 18 de gestación. Desde 2022, al menos [65 clínicas de aborto](#)

[han cerrado](#), lo que aumenta la carga de las que quedan; el número de mujeres atendidas por centro [ha aumentado un 29 por ciento](#). Además, las comunidades de la frontera sur, hogar de muchas familias de estatus mixto, ya se consideran [áreas médicamente desatendidas](#), lo que afecta desproporcionadamente a ciertas poblaciones. Por ejemplo, más de un tercio de las afrolatinas y el 44 por ciento de las mujeres de raza negra multirraciales [viven en estados](#)

<sup>1</sup> Nota: El uso del término «in/migrante» es para reconocer a todas las personas y comunidades que viven en los EE. UU. y que provienen de diferentes países o han migrado de diferentes territorios, ya sea temporal o permanentemente.

que han prohibido o es probable que prohíban el aborto después de *Dobbs*. Además, casi [6.7 millones de Latinas](#), el 38 por ciento de las cuales nacieron fuera de los Estados Unidos, viven en estados que han prohibido o es probable que prohíban el aborto. Las barreras al acceso siguen causando una [confusión generalizada](#) entre los pacientes y los proveedores sobre el acceso y la cobertura del aborto debido a [la variación](#) de las leyes de un estado a otro, así como a las prohibiciones redactadas de forma vaga.

Las prohibiciones del aborto no solo restringen el acceso a los servicios de salud para el aborto, sino que también amenazan todo tipo de embarazo y los servicios de salud reproductiva, [incluyendo el acceso a la anticoncepción](#). Las pacientes están pasando por momentos difíciles [reciben servicios de salud importantes durante el embarazo](#), o [se les niega los servicios que necesitan](#), incluyendo el tratamiento de abortos espontáneos y embarazos ectópicos. [La mayoría de los obstetras y ginecólogos](#) creen que la decisión *Dobbs* ha empeorado su capacidad para gestionar las emergencias relacionadas con el embarazo, ha aumentado la mortalidad relacionada con el embarazo, ha fomentado las desigualdades y ha dañado las perspectivas de atraer nuevos proveedores al campo. Un estudio de 54 obstetras y ginecólogos en 13 estados con restricciones al aborto encontró que los proveedores creían que las prohibiciones posteriores a *Dobbs* habían tenido impactos negativos en su trabajo, incluyendo demoras clínicamente inapropiadas

en la prestación de servicios esenciales al paciente, temores de ramificaciones legales, efectos sobre la salud mental y traslados planificados o reales para ejercer en otros estados. En algunos lugares, el aumento del costo de brindar servicios y la escasez de proveedores han obligado [a cerrar clínicas y salas de maternidad](#), lo que contribuye a los [«desiertos de servicios de salud de maternidad.»](#)

La Dra. Jessica Rubino, directora médica de Meadow Reproductive Health and Wellness, le dijo a Latina Institute que los viajes interestatales eran a menudo el único recurso que podía sugerir a las pacientes que necesitaban un aborto mientras ejercía en Austin, Texas. Pero para muchas pacientes, eso no era posible.

**«Tuve una paciente que me miró como si tuviera tres cabezas cuando le sugerí viajar fuera del estado para hacerse un aborto. Resultó que no podía conducir de manera segura en las carreteras debido a su estatus migratorio. He dedicado mi vida a ayudar a las personas a acceder a los servicios de salud y no puedo decirle a otra paciente que se suba a un automóvil o un avión para ir a otro estado. Es poco ético y es una forma de violencia.»**

— Dra. Jessica Rubino, directora médica  
de Meadow Reproductive Health and Wellness

## II. Las prohibiciones del aborto criminalizan aún más a las comunidades in/migrantes.

Incluso antes de la decisión *Dobbs*, los in/migrantes enfrentaban barreras considerables para acceder a un aborto. Políticas como [la Ley de Senado \(S.B.8\) de Texas](#), que prohibía los servicios de aborto después de seis semanas e invitaba a los vigilantes antiaborto a demandar a quienes «ayudaran e incitaran» al aborto, hicieron que buscar un aborto para los in/migrantes que vivían a lo largo de la frontera sur fuera casi imposible casi un año antes de que se decidiera *Dobbs*. *En el momento en que se implementó la S.B. 8, Texas ya tenía la mayor cantidad de ciudades de EE. UU. clasificadas como «desiertos de servicios de aborto»*, definidos como áreas donde los habitantes deben viajar 100 millas o más para llegar a un proveedor de cualquier estado. Texas actualmente tiene algunas de las políticas de aborto más restrictivas del país, incluyendo una [prohibición total del aborto](#) con excepciones muy limitadas, lo que significa que las personas que viven en el estado deben viajar para obtener servicios de aborto. En 2023, más de [35,000 personas en Texas](#) viajaron a otro estado para acceder a los servicios de aborto, en comparación con solo 2,400 en 2019.

Debido a las crecientes restricciones y cierres de instalaciones, más personas que nunca deben viajar largas distancias para recibir servicios de aborto en los EE. UU. A nivel nacional, la

cantidad de personas que cruzaron las fronteras estatales para obtener servicios de aborto [aumentó más del doble](#), con [un 17 por ciento de abortos](#) en 2023 de los pacientes que viajan desde fuera del estado, en comparación con solo el 9 por ciento en 2020. Pero los in/migrantes que no tienen la documentación necesaria, como una licencia de conducir, a menudo no se sienten seguros al viajar debido al miedo a que paren sus vehículos, los detengan o los deporten. Este miedo solo se ve exacerbado por el aumento de las iniciativas [estatales](#) y [locales](#) que intentan restringir los viajes para acceder a los servicios de aborto. Además, los in/migrantes que viven en los estados fronterizos del sur a menudo deben viajar [más lejos que otras personas](#). Por ejemplo, algunas personas en Texas deben viajar [36 veces más lejos que](#) alguien en Connecticut para acceder a los servicios de aborto. Esto puede ser prohibitivamente costoso, especialmente si deben faltar al trabajo, organizar el cuidado de los niños y/o no tienen acceso a un transporte confiable.

[La actividad de control de inmigración](#) y los [continuos efectos paralizadores](#) de políticas como la carga pública hacen que sea menos probable que los in/migrantes busquen cobertura de seguro o servicios de salud en general, y las restricciones al aborto exacerbaban el miedo

a la criminalización en las comunidades in/migrantes. [A partir de 2023](#), el 50% de los adultos probablemente indocumentados y el 18% de los in/migrantes/as legales reportaron no tener seguro, en comparación con el 6% de los ciudadanos naturalizados y el 8% de los nacidos en EE. UU. Aproximadamente el 27% de las personas indocumentadas y el 8% de los in/migrantes/as legales reportaron evitar solicitar asistencia alimentaria, de vivienda o de servicios de salud en el último año debido a [temores relacionados con la inmigración](#). Además, una encuesta realizada en 2018 encontró que [uno de cada cuatro votantes Latinos \(24 por ciento\)](#) tenía un familiar cercano o un amigo que retrasaba o evitaba acceder a los servicios de salud debido al miedo relacionado con políticas de inmigración discriminatorias, y uno de cada cinco (19 por ciento) dijo lo mismo sobre los servicios de salud reproductiva.

**«El aumento de la criminalización de los servicios de aborto también afecta a las comunidades in/migrantes, que también pueden enfrentarse a la criminalización en relación con el estatus migratorio... Sé que, por el puñado de pacientes que pueden viajar para verme, hay docenas que no pueden hacerlo.»**

— Dra. Gopika Krishna, obstetra y ginecóloga, proveedora de servicios de aborto en Nueva York y becaria de Médicos por la Salud Reproductiva

Los in/migrantes que viven en estados fronterizos tienen un mayor temor a encontrarse con la policía porque muchas policías estatales y locales [en estos estados](#) tienen [acuerdos oficiales](#) con el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) para arrestar a los in/migrantes. En 2022, la CBP operó puestos de control de inmigración en [129 ubicaciones](#), generalmente ubicadas entre 25 y 100 millas tierra adentro desde las fronteras suroeste y norte, lo que impide el viaje de los in/migrantes que viven dentro de la [zona fronteriza de 100 millas](#). Si bien los servicios de aborto

están [disponible](#) en Nuevo México y California, estos están prohibidos a las 15 semanas en Arizona y completamente prohibidos en Texas con pocas excepciones.

En 2023, Texas aprobó [la S.B.4](#), un proyecto de ley destinado a aumentar drásticamente la vigilancia, la clasificación racial y el control policial de las comunidades in/migrantes. La S.B.4 y otros proyectos de ley similares limitan aún más la capacidad de los in/migrantes para viajar para acceder a los servicios de aborto. Desde entonces, [nueve estados más](#) han impulsado leyes similares para adoptar políticas similares.

El 13 de junio de 2024, la Corte Suprema de Estados Unidos [dictaminó por unanimidad](#) que un grupo de médicos antiaborto no tenía legitimidad para impugnar las acciones de la FDA relacionadas con la aprobación de la mifepristona, que se utiliza en los abortos con medicamentos. La mifepristona seguirá estando disponible en el mercado y en los estados donde el aborto es legal.

Sin embargo, este ataque al aborto con medicamentos podría continuar. El caso será remitido nuevamente al juez del tribunal federal de distrito Matthew Kacsmaryk, quien ya ha permitido que los estados de Kansas, Missouri e Idaho intervengan en el caso. El acceso al aborto con medicamentos es fundamental para las comunidades in/migrantes, ya que el procedimiento representará el [63 por ciento de todos los abortos](#) en todo el país en 2023.

La mifepristona ofrece a las personas que buscan un aborto una forma segura, discreta y accesible de obtener la atención que necesitan. Las consecuencias de no poder acceder a un aborto con medicamentos afectan desproporcionadamente a las personas de color, a las personas con bajos ingresos, a los in/migrantes y a las comunidades LGBTQ+. Para los in/migrantes que viven en estados con prohibiciones restrictivas del aborto y para quienes viajar a través de las fronteras estatales no es una opción, proteger el acceso a la mifepristona es crucial.

### III. Las prohibiciones del aborto dificultan que las personas in/migrantes en centros de detención reciban servicios de salud reproductiva oportuna.

Las restricciones adicionales dificultan aún más el acceso a un aborto para las personas detenidas. Si bien la administración Biden-Harris [adoptó una política general](#) de no detener a las personas embarazadas, algunas detenciones aún se llevan a cabo debido a las estrictas leyes de detención obligatoria. Sin embargo, debido a la falta de datos reportados, no está claro cuántas personas embarazadas han sido detenidas, han solicitado un aborto o se les ha concedido su solicitud.

Las personas in/migrantes que viajan a Estados Unidos enfrentan riesgos significativos de agresión sexual y, por

lo tanto, corren un mayor riesgo de embarazo no deseado como resultado de una violación. La falta de denuncia debido al estigma, el miedo y la falta de acceso a servicios de salud dificulta la medición de la violencia sexual entre las mujeres migrantes. En 2023, Médicos Sin Fronteras informó haber tratado [casi 400](#) casos de violencia sexual solo en el tapón del Darién. Informes anteriores estiman que entre [el 60 y el 80 por ciento](#) de las mujeres migrantes, incluyendo adolescentes y niñas, son agredidas sexualmente en su viaje a través de México. Una vez en

Estados Unidos, las menores embarazadas suelen tener opciones limitadas cuando son puestas bajo la custodia de la Oficina de Reubicación de Refugiados (ORR). Aunque la Administración Biden-Harris reafirmó [una política de no interferencia](#) con las menores que intentan acceder a los servicios de salud, sin protecciones legislativas permanentes, esta política siempre estará en riesgo.

En 2020, [más de la mitad](#) de los refugios financiados por la ORR que atienden a niños estaban ubicados en [estados que ahora tienen políticas restrictivas sobre el aborto](#). Tras la prohibición del aborto en Texas y la decisión *Dobbs*, la Administración Biden-Harris presentó [una guía](#) que prioriza la ubicación de menores embarazadas en estados sin prohibiciones del aborto y describe una política de transferencia según la cual las menores no acompañadas que solicitan servicios de aborto en un estado donde el

aborto es ilegal son transferidas a un centro en un estado donde pueden recibir los servicios. Aunque esto es una mejora con respecto a la guía anterior, aún se necesitan protecciones más fuertes y permanentes. El traslado de menores no acompañados entre centros hace que sea más difícil para ellos mantenerse en contacto con su familia, asesores legales y proveedores de salud. Además, el tiempo que lleva transferir [a una persona joven](#) entre estados a menudo conduce a demoras en la prestación de servicios, lo que hace que sea más costoso y costoso recibir servicios. Finalmente, esta política de transferencia y otras políticas que tienen como objetivo proteger los derechos y la salud de los menores no acompañados corren el riesgo de ser rescindidas bajo una futura administración, tal y como [administraciones anteriores](#) han intentado limitar el acceso al aborto para los menores no acompañados.

## Recomendaciones

**El Congreso debe aprobar una legislación que apoye el derecho universal al acceso al aborto y proteja los derechos reproductivos de todas las personas que viven dentro de nuestras fronteras.<sup>2</sup>**

- La Ley [HEAL](#) para las Familias In/migrantes ([H.R.5008/S.2646](#)) amplía la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva al ampliar el acceso a programas federales como Medicaid y los mercados de seguros de salud de la Ley de Atención Médica Asequible. Estos programas brindan una cobertura crucial de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la anticoncepción y los servicios de la salud materna.
- La **anulación de las prohibiciones para la restauración del acceso a beneficios de las familias in/migrantes a través de la Ley que Anula las Prohibición (LIFT the BAR)** ([H.R.4170/S.2038](#)) eliminaría el período de espera de 5 años que los in/migrantes con estatus de residente permanente legal (LPR) enfrentan actualmente para los programas federales de servicios sociales, incluyendo Medicaid, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- La **Ley de Acceso Igualitario a la Cobertura del Aborto en el Seguro de Salud (EACH)** ([H.R.561/S.1031](#)) eliminaría la prohibición de la Enmienda Hyde sobre el uso de fondos federales para cubrir el aborto en Medicaid y otros programas de salud federales.
- La **Ley de Protección de la Salud de la Mujer (WHPA)** ([H.R.12/S.701](#)) crearía un derecho legal para acceder al aborto libre de restricciones médicas innecesarias, incluyendo períodos de espera obligatorios, asesoramiento sesgado, requisitos de dos citas, ultrasonidos obligatorios y prohibiciones del aborto.
- La **Ley de Justicia del Aborto (AJA)** ([H.R.4303](#)) tiene como objetivo eliminar las barreras que dificultan que las comunidades in/migrantes accedan a los servicios de salud.
- La **Ley del Fondo de Viajes para la Salud Reproductiva** ([H.R.4268/S.2152](#)) establecerá un programa de subvenciones autorizado en \$350 millones por año para los años fiscales FY24 al FY28 y permitirá al Secretario del Tesoro otorgar subvenciones a entidades elegibles para pagar los gastos relacionados con los viajes y el apoyo logístico para que las personas accedan a los servicios de salud reproductiva.
- La **Ley para Detener el Encadenamiento y la Detención de Mujeres Embarazadas** ([H.R.6298/S.3247](#)) requiere la liberación de cualquier persona embarazada detenida en las instalaciones del ICE y establece estándares mínimos de atención para aquellas que permanecen detenidas por el ICE y están embarazadas, dando a luz o en posparto, incluyendo la prohibición del uso de restricciones durante el parto y brindar acceso a servicios relacionados, como los servicios de aborto.
- La **Ley de Familias Saludables** ([S.1664](#)) establecería un estándar nacional de días de enfermedad remunerados y [licencia segura](#) y permitiría a los trabajadores obtener hasta siete días de enfermedad remunerados y con protección laboral por año. Los trabajadores que necesiten un aborto, [incluyendo el aborto con medicamentos](#), no perderían su estabilidad financiera mientras acceden a los servicios que necesitan.

<sup>2</sup> No todas las organizaciones representadas en este documento han respaldado todos los proyectos de ley recomendados.

➤ Los responsables de las políticas deberían eliminar todo lenguaje en la legislación de asignaciones anuales que restrinja la cobertura o la provisión de servicios de aborto en los programas de seguro de salud público de los que dependen las comunidades in/migrantes, incluyendo la Enmienda Hyde y todas las demás políticas que restringen el financiamiento para los servicios y la cobertura del aborto.

Obtener apoyo para cada una de estas medidas es fundamental para garantizar que las personas que buscan servicios de salud, incluyendo el aborto, puedan obtener los servicios que necesitan sin importar sus ingresos, raza, etnia, orientación sexual, identidad de género o estatus migratorio.

**Esta administración debe adoptar políticas que protejan la privacidad y la autonomía corporal de las personas bajo custodia federal y estatal, incluyendo aquellas detenidas por delitos relacionados con la in/migración y eliminar las barreras de movilidad hacia los servicios de salud reproductiva.**

➤ Los puestos de control de la CBP en las comunidades fronterizas hacen que sea casi imposible llegar de forma segura a los centros de salud ubicados a cientos de millas de distancia. De acuerdo con la [guía de áreas protegidas del Departamento de Seguridad Nacional \(DHS\)](#), el DHS debe garantizar que las personas puedan llegar *de forma segura*. Las instalaciones protegidas, como clínicas y hospitales, sin puestos de control de la CBP que impidan su viaje o los expongan a una posible detención y deportación. Cualquier política debe proteger a los pacientes de las violaciones de la privacidad por parte del personal de control de inmigración federal y garantizar la confidencialidad de la información médica. Ordenar al DHS que cierre todos los puestos de control internos de la CBP es esencial para garantizar este acceso.

➤ El Departamento de Seguridad Nacional [debería ampliar](#) la [política del](#) CBP de noviembre de 2021 con respecto a la detención de personas embarazadas, en posparto y lactantes en las instalaciones de CBP para:

- Agilizar el procesamiento para minimizar el tiempo que las personas embarazadas, en etapa de posparto o en período de lactancia y sus familias permanecen bajo custodia del CBP al período de tiempo necesario para procesar su liberación. En ningún caso la detención debe exceder las 12 horas desde el momento de la aprehensión inicial.
- Asegurarse de que las personas embarazadas, en posparto y/o en período de lactancia y sus familias sean liberadas de la custodia de CBP juntas, lo antes posible después de cualquier alta de un hospital externo, y no sean transferidas nuevamente a la detención de CBP por ningún motivo, incluyendo el procesamiento.

➤ Las mujeres embarazadas no deberían estar detenidas. Si las mujeres embarazadas deben permanecer detenidas durante cualquier período de tiempo, no debería haber ningún obstáculo para el aborto. Por lo tanto, el DHS debería emitir guías para garantizar:

- A cualquier persona embarazada que se encuentre bajo custodia de ICE/CBP y solicite acceso a un aborto y se encuentre en un estado que prohíbe o restringe significativamente el aborto, se le otorgará un traslado inmediato, con la opción de ser transferida nuevamente a un estado donde pueda recibir servicios de aborto. La única excepción a esta guía debería ser si la persona afirma su preferencia por permanecer en la ubicación o estado actual después de recibir las recomendaciones correspondientes.
- Cualquier persona embarazada bajo custodia de ICE/CBP que solicite acceso al aborto recibirá servicios tan pronto como los necesite y será libre de elegir el servicio de aborto que sea mejor para ella, incluyendo el aborto con medicamentos.
- Toda persona embarazada bajo custodia de ICE/CBP deberá ser notificada de inmediato sobre su derecho a acceder a los servicios de aborto que sean mejores para ella, sin importar las restricciones estatales, en un idioma que la persona pueda comprender y en un lugar cómodo y privado en el que se sienta libre de hacer preguntas (como asesoramiento médico no directivo), con la interpretación adecuada según sea necesario. La entrega de esta información debe ser estandarizada y proporcionada por un profesional médico experimentado o una persona con capacitación similar.
- En los casos en que sea posible, las personas embarazadas bajo custodia de ICE/CBP no deben ser ubicadas en un estado que prohíba o restrinja significativamente el acceso al aborto (es decir, que prohíba el aborto a las quince semanas o antes).
- Para las personas que están bajo órdenes de supervisión que requieren el permiso de ICE para viajar fuera del estado, el DHS debe exigir a ICE que permita los viajes interestatales a las personas que necesitan servicios de aborto.

- El DHS debe dejar absolutamente en claro que no tomará ninguna medida coercitiva contra las personas que puedan ser arrestadas o condenadas por delitos relacionados con lo que sucede con sus embarazos. El DHS también debe aclarar que no considerará estos arrestos o condenas, ni la divulgación de haber obtenido servicios de aborto, como una razón para prohibir cualquier forma de alivio migratorio, incluso en las determinaciones discrecionales.
- Los jóvenes in/migrantes no acompañados que se encuentran bajo el cuidado de la ORR del Departamento de Salud y Servicios Humanos deben poder acceder a los servicios de salud que necesitan, incluyendo los servicios de aborto, sin demora, sin importar en qué estado se encuentren. La administración debe garantizar que los jóvenes no acompañados que soliciten servicios de aborto los reciban con prontitud y sin demoras innecesarias, y debe adoptar una política que cubra a todas las agencias.
  - La ORR debe garantizar que todos los centros contratados (incluyendo los centros fuera de la red) proporcionen a los jóvenes un acceso oportuno y confidencial a los servicios de planificación familiar, incluyendo las pruebas de embarazo, el asesoramiento no directivo sobre el embarazo, servicios de aborto y la anticoncepción. La ORR debe ubicar a las jóvenes embarazadas en centros de la ORR en estados que no tengan restricciones significativas sobre el acceso al aborto. Si se ubica a una joven embarazada en un estado que exige la participación o el consentimiento de los padres para que la joven acceda a los servicios de aborto, o en un estado que tenga alguna prohibición sobre los servicios de aborto, la joven debe tener acceso confidencial a las cortes para solicitar y obtener la autorización judicial para los servicios de aborto. Ni la ORR ni ningún refugio pueden revelar el embarazo de una persona menor o la decisión de tener un aborto, a nadie a menos que la persona menor dé su consentimiento. La ORR también debe garantizar que los jóvenes que son padres y están bajo custodia reciban los servicios que necesitan para desarrollarse como madres y padres y proteger los intereses superiores de sus hijos mientras están bajo la custodia de la ORR, incluyendo entre otras cosas, la comunicación regular con su(s) hijo(s).
- Para garantizar la supervisión y la rendición de cuentas, las agencias que realizan detenciones (CBP, ICE, ORR) deben cumplir con las solicitudes de datos que ilustren las necesidades de los in/migrantes detenidos que buscan servicios de aborto. Sin embargo, el derecho a la privacidad es un derecho humano y el DHS debe establecer políticas integrales de protección de datos para todas las personas detenidas. Al recopilar datos sobre las necesidades de servicios de salud reproductiva de los in/migrantes detenidos, las agencias deben cumplir con las leyes existentes de derechos civiles, libertades civiles y privacidad y garantizar que todos los datos recopilados se manejen de manera adecuada, se limiten en su alcance y se utilicen estrictamente para garantizar el acceso a los servicios y el asesoramiento en materia de salud reproductiva.
- El HHS debe colaborar con el DHS para garantizar que la información confidencial sobre salud reproductiva no se utilice para investigaciones civiles, penales o administrativas, ni para ningún procedimiento contra ninguna persona embarazada, proveedor o persona, incluyendo una persona in/migrante que busque, proporcione, reciba o ayude con el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo el aborto.