



Valores de Justicia Reproductiva para la Reforma Sanitaria Universal Federal

En el verano de 1994, doce mujeres negras crearon el marco de la Justicia Reproductiva (JR), que aspira a un mundo en el que todas tengan derecho a controlar su propio cuerpo y su futuro, a vivir con dignidad y a tener hijos, a no tenerlos y a criarlos en comunidades seguras, sanas y sostenibles. Su primera acción fue llamar la atención sobre la propuesta de reforma sanitaria de la administración Clinton, que desatendía las preocupaciones de su comunidad, mediante una carta al Congreso que se llamó “[Las Mujeres Negras Ante la Reforma Sanitaria.](#)”

La Colaboración para Medicaid y la Justicia Reproductiva está formada por [Advocates for Youth \(Defensores de la Juventud\) \(AFY\)](#), [In Our Own Voice: National Black Women's Reproductive Justice Agenda \(En Nuestra Propia Voz: Agenda Nacional de Justicia Reproductiva de Mujeres Negras\) \(IOOV\)](#), [National Asian Pacific American Women's Forum \(Foro Nacional de Mujeres Asiáticas y del Pacífico Estadounidense\) \(NAPAWF\)](#), [National Health Law Program \(Programa Nacional de Derecho de la Salud\) \(NHeLP\)](#), [National Latina Institute for Reproductive Justice \(Instituto Nacional Latina para la Justicia Reproductiva\) \(Instituto de la Mujer Latina - Latina Institute\)](#), y [Unite for Reproductive & Gender Equity \(Unidos por la Equidad Reproductiva y de Género\) \(URGE\)](#). En reconocimiento del trigésimo aniversario del movimiento de Justicia Reproductiva, nuestros *Valores de Justicia Reproductiva para la Reforma Sanitaria Universal Federal (Valores)* tienen como objetivo basarse en la visión de los fundadores de la Justicia Reproductiva para la reforma sanitaria.

NUESTROS VALORES

1. La asistencia sanitaria es un derecho humano.

Reconocemos el valor de cada ser humano. Todas las personas en Estados Unidos deben tener acceso a la atención sanitaria independientemente de sus ingresos, situación laboral, estatus migratorio, raza, etnia, edad, orientación sexual, identidad de género, embarazo, ciudadanía, discapacidad u otros factores. La cobertura sanitaria universal debe incluir el acceso a la atención sanitaria sexual, reproductiva y de afirmación de género, incluida la cobertura del aborto, que respete las creencias culturales, prácticas, necesidades de comunicación y preferencias de idioma individuales. La atención sanitaria también debe ser accesible para todos en el idioma de su elección.

2. Las comunidades menos reconocidas deben estar representadas equitativamente entre quienes elaboran las políticas sanitarias.

Las comunidades históricamente menos reconocidas por la sociedad son las que más tienen que ganar con la reforma sanitaria universal. La representación equitativa de las comunidades menos reconocidas entre los responsables políticos de la atención sanitaria es fundamental para garantizar que se dé prioridad a sus preocupaciones y que la reforma responda a sus necesidades.

3. Las preocupaciones y la visión de las comunidades menos reconocidas deben guiar la reforma a lo largo del diseño, la aplicación y la evaluación.

Los esfuerzos de reforma de la cobertura sanitaria universal sólo pueden tener éxito si las preocupaciones y visiones de las comunidades menos reconocidas se sitúan en primera línea de todos los esfuerzos. Los responsables políticos deben escuchar a las comunidades insuficientemente reconocidas en cada paso del proceso de reforma para ayudar a crear un sistema sanitario inclusivo, eficaz y equitativo.

4. Todas las personas deben estar libres de discriminación en la atención sanitaria.

Ciertas comunidades siempre han recibido un trato injusto en nuestro sistema sanitario. Esto ha dado lugar a lagunas en la calidad de la atención sanitaria para esas comunidades, tratamiento inadecuado del dolor y otras afecciones, retrasos en el diagnóstico y esterilización forzosa, entre otras cuestiones que contribuyen a las desigualdades sanitarias. Todas las personas merecen recibir una atención sanitaria libre de prejuicios, coacciones y otras discriminaciones. Nadie debería tener problemas para comunicarse con su proveedor de atención sanitaria o de seguros debido a barreras del idioma. La reforma sanitaria universal debe incorporar y ampliar las protecciones actuales contra la discriminación, como las de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible.

5. El seguro de enfermedad debe cubrir todos los servicios que necesitan las personas.

Todo el mundo debe tener acceso a todos los servicios sanitarios que necesite. La cobertura sanitaria universal debe incluir: servicios de atención sexual, reproductiva y de afirmación del género, como el aborto y los servicios de VIH; servicios de detección, diagnóstico y tratamiento precoz y periódico (EPSDT); servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias; medicamentos con prescripción médica; servicios a domicilio y comunitarios; y servicios de visión, audición y odontología.

6. La asistencia sanitaria debe ser asequible para todos.

Con demasiada frecuencia, los copagos, las franquicias, las primas y otros costes sanitarios impiden a las personas acceder a la atención sanitaria que necesitan. La reforma sanitaria universal debe garantizar que la asistencia sanitaria sea asequible para todos.

7. Todo el mundo debe tener derecho a mantener la privacidad de su información sanitaria.

Todas las personas, incluidos los jóvenes, los inmigrantes y las personas LGBTQI+, deben poder acceder a la atención sanitaria sin temor a que sus datos médicos sean revelados a sus padres, tutores o a las fuerzas del orden.

8. Todas las personas tienen acceso ininterrumpido a la atención sanitaria y el poder para hacer valer sus derechos.

Las personas deben poder hacer valer su derecho a la asistencia sanitaria cuando se haya vulnerado, incluso cuando un proveedor de asistencia sanitaria se niegue a ofrecer un servicio por motivos religiosos u otras creencias personales.

Acerca de Este Recurso

Estos *Valores* fueron escritos por Rolonda Donelson, Maeve McKean Women's Law & Public Policy Fellow (Asociada de Derecho de la Mujer y Políticas Públicas), NHeLP. Salen Andrews, Latina Institute (Instituto de la Mujer Latina); Tuyet Duong, NAPAWF; Chelsea Gonzalez, AFY; Hope Jackson, URGE; Camille Kidd, IOOV; y Madeline Morcelle, NHeLP crearon conjuntamente la visión de este recurso y fueron socios críticos en su desarrollo.