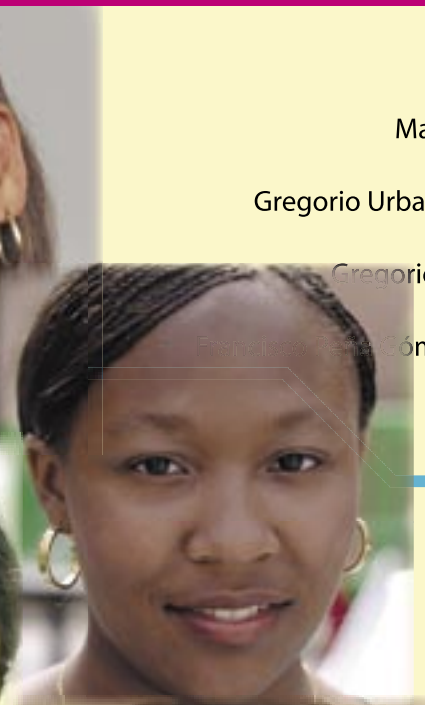


# CON UN PIE EN DOS ISLAS:

## La Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres Dominicanas de Santo Domingo y la Ciudad de Nueva York



MANHATTAN



- Mama Tingo **1**
- Gregorio Urbano Gilbert
- Gregorio Luperón
- Gregorio Gómez
- Hermanas Mirabal
- Máximo Gómez
- Los Tainos
- Pedro Livio Cedeño
- Peña Battle
- Juan Pablo Duarte
- Prof. Juan Bosch
- Cassandra Damirón
- Joaquín Balaguer

SANTO DOMINGO

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue realizada con fondos designados por la junta ejecutiva de Margaret Sanger Center International at Planned Parenthood of New York City y con apoyo del M-A-C AIDS Fund.

## COLABORADORES

Haydeé Morales, MA – Vicepresidente de Educación, Capacitación y Margaret Sanger Center International, Planned Parenthood of New York City

Vicki Breitbart, EdD, – Vicepresidente de Planificación, Investigación y Evaluación, Planned Parenthood of New York City

Bethania Betances, MA – Asesora Técnica de VIH/SIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas – República Dominicana

Mishka Vertin, MPH – Asistente de Investigaciones, Planned Parenthood of New York City

Yvonne García – Asistente de Investigaciones, Planned Parenthood of New York City

Jaweer Brown, MPH – Director de Programas Internacionales, América Latina/Caribe para Margaret Sanger Center International, Planned Parenthood of New York City

Yaneris Gonzalez – Coordinadora de Programas en País, República Dominicana para Margaret Sanger Center International, Planned Parenthood of New York City

## PUBLICADO POR

Margaret Sanger Center International  
Departamento de Educación y Capacitación y Programas Internacionales  
Planned Parenthood of New York City  
26 Bleecker Street  
New York, NY 10012 USA

Margaret Sanger Center International  
Calle Padre Billini  
464 Zona Colonial  
Santo Domingo, República Dominicana

Contacto: [jaweer.brown@ppnyc.org](mailto:jaweer.brown@ppnyc.org)

*Fotografías para propósito ilustrativo solamente. Las opiniones expresadas en este informe no necesariamente reflejan los de Planned Parenthood Federation of America, Inc.*

Se puede acceder a este informe a través del siguiente enlace:  
[www.plannedparenthood.org/nyc/files/NYC/Dominican\\_Women\\_Spanish.pdf](http://www.plannedparenthood.org/nyc/files/NYC/Dominican_Women_Spanish.pdf)

# Índice

SOCIOS DE LA COMUNIDAD .....	i
ANTECEDENTES .....	1
REVISIÓN DE LITERATURA .....	1
<i>Migración</i> .....	1
<i>Acceso al Cuidado de la Salud</i> .....	2
<i>Salud Reproductiva</i> .....	2
<i>VIH/SIDA</i> .....	2
METODOLOGÍA .....	3
HALLAZGOS .....	4
<i>Con un pie en dos islas</i> .....	4
<i>“Todos somos doctores”</i> .....	5
<i>Salud Reproductiva y Sexual</i> .....	6
<i>Violencia</i> .....	7
<i>Orientación Sexual</i> .....	8
<i>Influencia</i> .....	8
DISCUSIÓN .....	9
RECOMENDACIONES .....	11
<i>Acceso al Cuidado de la Salud de Calidad</i> .....	11
<i>Género</i> .....	11
<i>Violencia Infligida por la Pareja Íntima</i> .....	12
<i>Investigación</i> .....	12
CONCLUSIÓN .....	12
REFERENCIAS .....	14

## SOCIOS DE LA COMUNIDAD

Agradecemos las contribuciones y el apoyo de las siguientes personas para la realización de este informe:

Bethania Betances, *Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)*

Sarita M. Brand, *Fundación de Desarrollo Loma y Salud (FUNDELOSA)*

Hilda Díaz, *Morris Heights Health Center*

Anabel Ferreiras Quiros, *Mujeres en Desarrollo Dominicano (MUDE)*

Cristina Francisco, *Alianza Discapacidad –VIH/SIDA*

Felipa García, *Alianza Solidaria para la Lucha contra el VIH/SIDA (ASOLSIDA)*

Iluminada González, *Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF)*

Esteban Gutierrez, *Fundación de Desarrollo Loma y Salud (FUNDELOSA)*

Rosa Lavergne, *Dominican Women's Development Center*

Jane Lima-Negrón, *School-Based Health Center*

Gabriella Marquez, *School-Based Health Center*

Dayanara Marte, *Casa Atabex Aché*

Emma Peña, *St. Barnabas Hospital*

Porfirio Pimentel, *Centro de Luz (CELUZ)*

Luisa K. Reyes Sánchez, *Red de Personas que Viven con VIH (REDOVIH+)*

Rosa Milagros Rojas, *Nucleo de Apoyo a la Mujer (NAM)*

Cristina Sánchez, *TU, MUJER, Inc.*

Yorky I. Sánchez, *El Movimiento de Mujeres Unidas (MODEMU)*

Aricela Santana, *Centro de Promoción y Solidaridad Humana, Inc. (CEPROSH)*

*Los datos y las opiniones que se presentan en este informe pueden diferir de los de las organizaciones enumeradas. Los nombres de las organizaciones se incluyen para fines de identificación solamente.*

## Antecedentes

En vista de que un número cada vez mayor de inmigrantes que llegan a Estados Unidos desde el Sur global son mujeres, se hace sumamente importante que las organizaciones del área de la salud sexual y la salud reproductiva que les prestan servicios, conozcan el contexto sociocultural dentro del cual estas mujeres forman sus ideas y prácticas con relación a esta dimensión de sus vidas. Las mujeres dominicanas tienen diversas necesidades de salud sexual y salud reproductiva; por tanto, resulta fundamental conocer sus experiencias y deseos, así como sus formas de comunicación y de intercambiar información. Sin embargo, hasta la fecha son escasas las investigaciones realizadas que documenten cómo el movimiento o desplazamiento de mujeres entre la República Dominicana (RD) y los Estados Unidos (EE.UU.) afecta su salud sexual y su salud reproductiva.



*Durante los años noventa, más dominicanos ingresaron a los Estados Unidos que cualquier otro grupo del Hemisferio Occidental, a excepción de los mexicanos. Para finales de la década, los dominicanos constituían el segundo grupo más grande de hispanos, después de los puertorriqueños.*

Como respuesta a esta necesidad de investigación, Margaret Sanger Center International – la división internacional de Planned Parenthood of New York City – realizó cuatro grupos focales con mujeres en la República Dominicana y en Nueva York. En este informe, describimos algunas de las construcciones culturales que surgieron como clave para entender cómo piensa, qué siente, cómo habla y cómo actúa la mujer dominicana con relación a su salud sexual y salud reproductiva. Nuestro propósito consiste en contribuir con la construcción de un nuevo lenguaje, marco o patrón para la salud sexual y la salud reproductiva que sea específico de la mujer dominicana. Con este esfuerzo, esperamos favorecer la apertura a entendimientos más variados de las problemáticas de salud que son prioridades para la mujer dominicana y, finalmente, mejorar la educación sobre salud sexual y salud reproductiva, así como el cuidado de la salud que recibe, tanto en la Ciudad de Nueva York como en la República Dominicana.

## Revisión de Literatura

Antes de compartir nuestros hallazgos, revisemos qué indican los estudios existentes sobre las experiencias de la mujer dominicana con relación a la migración y la salud.

### *Migración*

El movimiento a través de las fronteras es complejo – aun cuando las personas no vayan y vengan, la información, las creencias y los recursos sí lo hacen. Gran parte de la literatura epidemiológica reciente, que examina la relación entre la migración y el VIH, aborda a los Latinos y/o migrantes como un monolito. Sin embargo, para los migrantes Latinos que provienen del Caribe, el transnacionalismo, las razones para migrar y la integración a los EE.UU. a su llegada difieren de los patrones de migración de América Latina y América central – usualmente relacionados con agricultura – sobre los cuales existe más amplio entendimiento y estudio. Por ejemplo, el 34 por ciento de los dominicanos en Nueva York no son ciudadanos, en comparación con el 54 por ciento de los mexicanos en Nueva York. En contraste con otras poblaciones nacidas en el extranjero, una mayor proporción de los

que vienen a los EE.UU. son mujeres (58 por ciento son mujeres versus el 41 por ciento que son hombres).<sup>1</sup>

Durante los años noventa, más dominicanos ingresaron a los Estados Unidos que cualquier otro grupo del Hemisferio Occidental, exceptuando los mexicanos. Entre 1990 y 1994, los dominicanos representaban una de cada cinco personas que emigraban a Nueva York. Para finales de los años 1990, en la Ciudad de Nueva York, los dominicanos constituían el segundo grupo más grande de hispanos, después de los puertorriqueños.<sup>1</sup>

### *Acceso al Cuidado de la Salud*



Varios estudios concluyen que, en conjunto, las latinas en los EE.UU. subutilizan los servicios de atención a la salud, y citan como barreras la falta de seguro médico y transporte, el idioma, las creencias negativas sobre el sistema de salud pública, el uso de remedios populares y el estatus migratorio.<sup>3,6,8,9</sup> Muchas mujeres en la RD buscan atención a la salud relacionada a la maternidad, aun cuando tienen que enfrentar servicios de baja calidad.<sup>7</sup> La RD ostenta porcentajes relativamente altos de cobertura prenatal (99%),<sup>10</sup> partos institucionales (97%),<sup>7</sup> prevalencia del uso de anticonceptivos (61%),<sup>10</sup> y de esterilización (40.9%).<sup>7</sup> Sin embargo, y quizás paradójicamente, la isla todavía tiene altas tasas de mortalidad materna (150 por 100,000 nacidos vivos)<sup>10</sup> – lo que sugiere graves fallas en la prestación de atención durante el parto.<sup>7</sup>

### *Salud Reproductiva*

Los estudios realizados sobre salud reproductiva ponen de relieve los diferentes factores sociales (la construcción social de la maternidad, la in/dependencia económica y la aculturación) que influyen en las diferencias en el uso de anticonceptivos y en la edad del primer embarazo y de la maternidad entre las latinas en los EE.UU. y en Latinoamérica.<sup>3,4,5,6</sup> Por un lado, estudios realizados postulan que la dependencia económica y el alto valor social que se le atribuye a la maternidad explican las altas tasas de fertilidad en las comunidades latinas en los EE.UU.; sin embargo, otros estudios han vinculado el incremento de la aculturación con niveles más altos de uso de anticonceptivos y de mayor educación sobre los aspectos de la salud sexual.<sup>4</sup> Al mismo tiempo, la literatura señala la fragilidad del uso del condón en relaciones conyugales<sup>15</sup> complicadas por la dinámica de poder,<sup>16,17</sup> el poco involucramiento del hombre y las percepciones de fidelidad.<sup>18,3,4</sup>

Según el Censo de EE.UU. del año 2000, la mujer inmigrante dominicana en los Estados Unidos tenía una tasa de fertilidad promedio de 2.5.<sup>2,3</sup> Sin embargo, no se conocen las tasas específicas de aborto, prevalencia del VIH y de uso de anticonceptivos entre las dominicanas en Nueva York.

### *VIH/SIDA*

Investigaciones recientes sugieren que el desplazamiento de personas se relaciona con la propagación del VIH en América Latina.<sup>11</sup> La Región del Caribe ocupa el segundo lugar, después del África subsahariana, como la zona de más rápido crecimiento del mundo con nuevas infecciones por VIH.<sup>12</sup> En esta región, la República Dominicana ocupa el

***En la República Dominicana, las tasas de mortalidad materna son relativamente altas (algunos estiman 150 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) aunque el país ha alcanzado indicadores de salud reproductiva comparativamente altos en otras áreas:***

- ◆ ***El 61 por ciento de las mujeres usa alguna forma de anticoncepción***
- ◆ ***El 99 por ciento de las madres busca atención prenatal durante el embarazo***
- ◆ ***El 97 por ciento de los partos se realiza en un establecimiento institucional***

### **GRUPOS FOCALES EN LA REPÚBLICA DOMINICANA:**

- ◆ *Dos grupos, 20 mujeres en total*
- ◆ *Las mujeres vivían en Santo Domingo*
- ◆ *Con edades entre 22 y 44 años (37 años en promedio)*
- ◆ *Tenían hijos/as, cuyas edades oscilaban entre los 3 y 26 años de edad (14 años en promedio)*
- ◆ *Las participantes habían asistido o completado la escuela primaria o secundaria, pero no habían cursado más estudios*

### **GRUPOS FOCALES EN NUEVA YORK:**

- ◆ *Dos grupos, 12 mujeres en total*
- ◆ *Las mujeres vivían en la Ciudad de Nueva York, se trasladaron después de los 18 años de edad*
- ◆ *El tiempo de estadía en los EE.UU. oscilaba entre 4 meses y 23 años*
- ◆ *Con edades entre 34 y 41 años (39 años en promedio)*
- ◆ *Tenían hijos/as, cuyas edades oscilaban entre los 6 y 20 años de edad (13 años en promedio)*

segundo lugar, después de Haití, en incidencia del VIH.<sup>13</sup> Según el gobierno de la RD, la prevalencia aumenta a un ritmo mayor entre las mujeres que en los hombres, y el VIH/SIDA es actualmente la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. ONUSIDA estima que más del 70 por ciento de las nuevas transmisiones del VIH en la República Dominicana ocurre a través del sexo heterosexual.<sup>14</sup>

Se desconoce el número exacto de dominicanos que viven con VIH/SIDA en Nueva York. Pero en 2004, los inmigrantes dominicanos ocupaban el primer lugar en nuevos casos de infecciones por VIH entre los grupos inmigrantes radicados en Manhattan.<sup>19</sup> Separados de sus parejas conyugales por extensos períodos de tiempo, los inmigrantes pueden tener sexo sin protección, con parejas tanto casuales como primarias, aumentando así el riesgo de transmisión del VIH.

La vida sexual de las dominicanas se desarrolla al nexo entre la migración, la economía y el acceso al cuidado de la salud reproductiva. La escasez de literatura sobre la interacción entre los factores en este nexo señala la necesidad de un mayor entendimiento de cómo las mujeres dominicanas, tanto en EE.UU. como en la RD, reflexionan, discuten y llevan a cabo sus decisiones y comportamientos sexuales.

## **Metodología**

Este estudio cualitativo se basa en “teoría fundamentada,” es decir, que para obtener más información específica de la mujer dominicana, recurrimos a las mujeres mismas, tanto en la República Dominicana como en la Ciudad de Nueva York. En vez de intentar comprobar hipótesis, tratamos de comprender mejor las formas en que las dominicanas describen, sentir y experimentan sus realidades sexuales.

Nuestro primer paso consistió en realizar grupos focales con mujeres dominicanas que residen en Santo Domingo, República Dominicana, y con las que han emigrado a la Ciudad de Nueva York. Hubo dos grupos en cada localidad, para un total de 32 mujeres entrevistadas. Las participantes tenían entre 22 y 44 años de edad, vivían en Santo Domingo o en Nueva York, tenían por lo menos un hijo, sólo habían completado los estudios secundarios o menos, y tenían contacto por lo menos una vez al mes con una persona de la ciudad alternativa (RD si vivía en NYC; NYC si vivía en RD) que no era su hijo/a, pero con quien mantenían una relación emocional o económica. Las mujeres en la Ciudad de Nueva York habían vivido en los EE.UU. entre cuatro meses y 23 años, y se habían mudado a los EE.UU. después de los 18 años de edad.

Las participantes fueron reclutadas por informantes claves y en organizaciones comunitarias que prestan servicios a mujeres de bajos ingresos. No fueron reclutadas por ser o no, clientes de Planned Parenthood of New York City o de Margaret Sanger Center International; es decir, su relación con PPNYC no fue contemplada como parte del criterio de selección. Las participantes recibieron un estipendio por su participación en las discusiones de los grupos focales. Para proteger la confidencialidad, se exhortó a las participantes a que excluyeran cualquier información que las identificara y se les solicitó

que se abstuvieran de discutir los aportes de las compañeras fuera de las discusiones del grupo focal. Las discusiones fueron grabadas, transcritas, traducidas y luego analizadas para identificar prácticas y creencias sobre la salud sexual y reproductiva.

Reconocemos abiertamente que esta investigación tiene ciertas limitaciones. Las mujeres en los grupos focales se reclutaron por medio de muestreo de disponibilidad. Se parecían una a la otra en su estatus socioeconómico y eran conocidas por organizaciones que ofrecen servicios a dominicanas. La naturaleza de este proceso de muestreo y de la investigación cualitativa, no nos permite generalizar sobre una población más amplia. No obstante, los hallazgos nos ofrecen una mirada a las creencias, valores y prácticas de estas mujeres, y esperamos que los mismos se constituyan en información disponible para futuros estudios sobre las experiencias que son específicas a las mujeres dominicanas.

En la segunda fase del proyecto, invitamos a los líderes comunitarios de organizaciones que prestan servicios a dominicanos para que reaccionaran a nuestro análisis preliminar y ofrecieran recomendaciones concretas para futuros programas. Sostuvimos reuniones que se constituyeron en un foro para que los líderes comunitarios expresaran sus respuestas a nuestros hallazgos. Las recomendaciones que surgieron durante estas reuniones se presentan al final de este informe.

## Hallazgos

### *Con un pie en dos islas*

No es sorpresa que los grupos focales indicaran que las mujeres dominicanas en los EE.UU. mantienen fuertes lazos unas con otras y con sus familiares y amistades en la isla. Todas las mujeres reportaron un contacto semanal entre Nueva York y la República Dominicana, incluyendo las que han estado aquí por muchos años.

Las mujeres describieron una comunicación regular semanal, algunas veces diaria, y un intercambio constante de dinero y bienes entre los dos países. La mayor parte de esta comunicación se realiza a través de medios tecnológicos cada vez más asequibles, incluyendo teléfonos celulares, tarjetas de llamada y la Internet. Muchas mujeres en la isla reciben paquetes desde Nueva York que contienen prendas de vestir, vitaminas, aparatos electrónicos (incluso televisores y refrigeradores), alimentos y medicamentos (como pastillas para adelgazar y medicinas de venta libre). A su vez, envían a sus contactos en Nueva York, paquetes que contienen alimentos que los dominicanos que viven allá extrañan o que no se pueden conseguir fácilmente, como arepa – o algunas veces una “brugalita,” una botella pequeña de ron. Algunas de las mujeres viajan a la República Dominicana de manera regular. Una de ellas mencionó que viaja a la RD dos veces al año “porque como tengo dos hijos allá, tengo que atenderlos.”

A pesar de este contacto cercano, las mujeres señalaron marcadas diferencias entre la República Dominicana y la Ciudad de Nueva York. Las mujeres en la Ciudad de Nueva York describieron una “mezcla de emociones”: sentimientos de camaradería en las comunidades de Nueva York donde reside un alto porcentaje de dominicanos y una sensación de soledad o

añoranza por los fuertes lazos con la comunidad en la República Dominicana. Las mujeres mencionaron haber experimentado racismo y discriminación en el trabajo o en el sistema de salud pública, principalmente con relación a las barreras del idioma, aun cuando la mayoría de ellas había permanecido en los Estados Unidos por largo tiempo. Hasta cierto punto, se entendía que esta lucha era parte del mismo proceso de migración. Tal como expresara una mujer en Santo Domingo,



**“No es fácil llegar a un país extraño para trabajar, mandar el sustento de su familia.”**

*Yo la veo [la dominicana en Nueva York] como una luchadora, una mujer que sale de su país para mejorar su familia. No es fácil llegar a un país extraño para trabajar, mandar el sustento de su familia. Para mí, la mujer que sale de su casa para un país extranjero es una luchadora.*

Este sentido de lucha no fue único a las descripciones de la vida en Nueva York. Mientras las mujeres en la Ciudad de Nueva York hablaron del estrés relacionado con el aislamiento y la tensión de una vida “difícil” en Nueva York, en la República Dominicana las mujeres discutieron sobre el estrés relacionado con la falta de trabajo y las limitaciones financieras. Mencionaron repetidamente tener problemas de dolor de cabeza. Una de las mujeres señaló con un toque de humor:

*Mi vida, la próxima [vez] pregunta quién NO sufre, porque éste es un país de dolores de cabeza; los taponos, los problemas, por todo le duele a uno la cabeza. Uno va al colmado y se encuentra unos precios que te hacen doler la cabeza, y sales y te encuentras con otra cosa y vuelve y te duele la cabeza, los problemas... ¡jeste es un país de dolores de cabeza!*

### **“Todos somos doctores”**

Las mujeres que participaron en el estudio expresaron desconfianza en el sistema de salud en ambas localidades y describieron la costumbre de automedicarse o buscar el consejo de amistades y familiares, en vez de recurrir a un profesional de la salud. Hablaron de usar varios remedios herbarios o caseros como la “malta morena” (una bebida de malta) y medicamentos disponibles de maneras no oficiales en Santo Domingo o Nueva York (incluyendo Cytotec, que se utiliza para inducir abortos).

*Hay una pastilla. No recuerdo el nombre, pero la puedes conseguir en la farmacia...*

En vez de acudir inmediatamente a un doctor, las mujeres continuamente buscan consejo en una amplia red que incluye farmacias, botánicas, familiares y amigos. Los remedios recomendados eran vitales para tratar los problemas de salud de sus familias.

*La mayoría de la gente es así, si te duele la cabeza, te compras una aspirina. Hay que ser conscientes. Aquí la mayor parte de la gente se medica. Todos somos doctores; le preguntamos a cualquiera ¿qué será bueno para tal cosa?*

Esto no quiere decir que las mujeres *nunca* buscan atención médica formal. Las participantes de la Ciudad de Nueva York mencionaron que se realizan chequeos regulares en clínicas y obtienen información sobre salud en Internet, de los proveedores de salud, organizaciones comunitarias y la televisión.

## Salud Reproductiva y Sexual

Las mujeres del estudio describieron el uso de una variedad de anticonceptivos, mayormente la píldora, inyecciones (Depo-Provera), Norplant y los dispositivos intrauterinos (DIU). Sólo una mujer mencionó la vasectomía de su pareja y otra la esterilización. Aunque hubo una aceptación general de la anticoncepción, las mujeres citaron las barreras financieras y las percepciones de las parejas como impedimentos de su uso. Como dijo una mujer en Santo Domingo, “Después de cinco años, ya tocaba reemplazar mi DIU, pero no tenía dinero para que me lo quitaran.”



**“...si le pides que se proteja, entonces hay dudas. Me dice que lo usé [el condón] con otros hombres.”**

En ambas localidades, las mujeres discutieron cómo el uso del condón en una relación conyugal o primaria podría considerarse un símbolo de infidelidad. Cuando solicitan a las parejas que usen condones, es común que el hombre lo interprete como una declaración de infidelidad de la mujer o una acusación de infidelidad por parte del hombre. Por tanto, normalmente las mujeres reservan los condones para usarlos solamente con sus parejas casuales. Tal como expresara una de las mujeres,

*El condón se usa cuando no es con el esposo, cuando no es algo formal. Si yo tengo mi esposo, no uso condón. Uso otro método para no salir embarazada.*

En vista de las barreras que algunas veces encuentran para usar tanto condones como métodos hormonales de anticoncepción, no es sorprendente que las mujeres describieran que normalmente sus embarazos no eran planificados. Al mismo tiempo, las mujeres expresaron una gran consideración por la maternidad y actitudes positivas hacia la procreación.

*Mi primer hijo fue buscado, pero después la hembra llegó ahí pegadita. Fue bienvenida porque era una niña, pero yo no estaba preparada para ese embarazo.*

Que los embarazos vinieran sin planificar no fue característico de un sólo lugar. Sin embargo, las participantes en la República Dominicana percibían que había más oportunidades de apoyo y asistencia del gobierno para sus contrapartes que vivían en la Ciudad de Nueva York.

*Lo que pasa es que [a] las de allá [en la Ciudad de Nueva York], el gobierno les da, [eso es lo que] yo le oía a muchas mujeres decir.*

En general, las mujeres parecían ver que inducir la interrupción del embarazo, o los abortos, formaba parte de la realidad de sus vidas, ya sea que vivieran en la República Dominicana, donde el aborto es ilegal (al momento de esta publicación) o en Nueva York, donde es legal. Una mujer en la RD describió su experiencia:

*Yo lo hice, [tomar anticonceptivo casero] mi mamá no se enteró hasta mucho después.... Pero uno se la bebe, si tiene más de una falta [de menstruación], siempre hay que llevarla a una al hospital. Yo me bebí tres y una prima mía, que es militar, me llevó al Hospital Central y allá me hicieron una limpieza. Mi mamá tampoco sabía que yo estaba en eso, y sólo supo que fui con mi prima, me hicieron la limpieza y se lo dije mucho tiempo después.*

Tanto en la RD como en NY, las mujeres mencionaron una variedad de abortivos. En la República Dominicana, las mujeres discutieron la inducción de los abortos con remedios herbarios como “hojas de aguacate,” una “botella preparada por curanderos,” “muchos brebajes,” “mucho cuaba,” la “cáscara de roble,” o la “cáscara del mamón,” así como medicamentos como “una pastilla negra” y “Citotén,” comparable con el medicamento de EE.UU., Cytotec.

*Yo tuve un aborto. Fui a una clínica y me lo hicieron por 3 mil pesos, tuve una experiencia y me pusieron.... Yo no le recomiendo a ninguna mujer que haga eso, porque esa fue una experiencia desagradable. Primero yo me bebí la Citotén y no me hizo nada y fui a la clínica.*

Las mujeres en los grupos focales de Nueva York agregaron remedios herbarios como la antes mencionada “malta morena” (se le agregan dos cucharadas de sal a la bebida de malta con nuez moscada) y “un tipo de hoja bien amarga o algunas pastillas.” La mayoría estaba de acuerdo en que se podía obtener por maneras no oficiales “una pastilla o algo que te pones en [tu] matriz para inducir un aborto.”

### **Violencia**

Las mujeres en ambos grupos hablaron no solamente de la presencia de violencia en sus relaciones íntimas, sino también del estar sin recurrir a la dicha violencia. Una mujer en la RD expresó, “Hay mujeres que se acostumbran, y [ellos] nos golpean incluso para tener sexo.”

Algunas de las mujeres atribuyeron la violencia al consumo de alcohol por parte de los hombres:

*Es que allá [en NY] se bebe menos [ron] Brugal. Yo creo que el alcohol tiene mucho que ver en eso. Si la mujer no está preparada para eso, pa' cogé' su fuele cuando está bebiendo, tiene que cogé' trompá.' Por eso es que dicen que él que bebe Brugal, o pelea o resuelve, y es mejor que tu te metas en acción a que te den golpe. Y después que una mujer tiene una pareja que ya es alcohólica, imagínate todos los días con ese fuele con este hombre bebiendo.*

Varias participantes mencionaron que su precaria situación financiera y la de sus parejas eran fuentes de tensión en sus relaciones. Las mujeres con parejas que trabajaban fuera de la RD dependían del dinero que los hombres les enviaban y creían que tenían que adherirse a normas estrictas de conducta para que las remesas continuaran llegando.

*Yo atiendo la casa, cuido los niños. Los hombres dicen que supuestamente están trabajando para nosotras, que están pasando frío por nosotras. El hombre dominicano cree que nadie debe tocar a su mujer, porque entonces no te dan nada, no nos mandarían nada, ni a mí ni a los niños, porque tiene su orgullo.*

Las mujeres reportaron que las disputas por dinero frecuentemente terminan en violencia. Aunque ambos grupos mencionaron la violencia en sus relaciones, existía la percepción en ambos grupos de que las leyes de Nueva York protegen a las mujeres contra la violencia que les infligen sus parejas: “Las mujeres no son maltratadas [en la Ciudad de Nueva York]. Allá hay leyes.”



***“Tú tienes un problema con tu esposa y es mejor hablar, tienen un diálogo, discuten amigablemente. Pero para mí no hay que llegar a esos términos [violencia], hablan, discuten y se ponen de acuerdo.”***

## Orientación Sexual

Cuando se preguntó a las mujeres en los grupos sobre la orientación sexual y la existencia y el grado de aceptación de la homosexualidad en la RD, estuvieron de acuerdo en que las personas en Nueva York tienen opiniones más liberales. Las de la RD reportan más prejuicios y estigma social. Las mujeres dijeron que la homosexualidad no se considera normal, debido a la cultura de “hablar” en las comunidades dominicanas que son muy cerradas. Algunas sugirieron que “aquí [en Santo Domingo] es más feo” porque “se critica más.”

*...la diferencia es que aquí [RD] eso todavía no es normal.... Sí, en NY viven en pareja, pero en los barrios de nosotras aquí [en RD] eso no es normal. Pero en los barrios de clase alta, en otros barrios [en Nueva York], yo veía que había parejas de hombre y hombre, y mujeres y mujeres que vivían en estudios.*

Cuando se les preguntó si hay menos o más homosexualidad en la RD o en NY, pensaban que probablemente era igual, pero se mantenía más escondido en la RD, debido a la cultura de hablar de vecinos y familiares.

*...yo digo que eso es recíproco; aquí [en Santo Domingo] tu lo haces menos a la clara de lo que lo puedes hacer allá [en Nueva York]. Allá hay más libertad. Allá un hombre anda con otro agarrado de mano y nadie dice nada. Aquí te ven agarrada de mano con otra y de una vez están diciendo, “pero, y esta muchacha, ¿se está volviendo loca?” Aquí se cohíben más. Aquí quizás se den ese tipo de gusto, pero se cohíben más. Aquí eso es una cosa grande. Aquí eso es feo, ¡mamá! Y yo lo estoy viendo, porque ahora hay muchas muchachas que son así.*



***“Yo digo, pero ven acá, yo lo que hacia era que una vez me enamore de un artista, de un tipo que le gustaba viajar y yo tuve un tiempo en que no tenía que pedir permiso. Entonces mi mamá me decía que yo me creía que estaba en NY, porque salía y llamaba después para decir que no a llegaba a dormir.”***

## Influencia

Las mujeres en ambos grupos focales hablaron detalladamente sobre cómo percibían a sus contrapartes en la otra isla. Sin embargo, un objetivo central del estudio era entender cómo influye el movimiento entre las dos islas en la vida de las mujeres. Por tanto, examinamos las percepciones que fueron empacadas, embarcadas y recibidas en los paquetes, cajas o llamadas que van y vienen.

En general, las mujeres hablaron de mayores libertades, menos vigilancia social y control en Nueva York, en comparación con más cohesión social y respeto por los lazos sociales y familiares en la República Dominicana. Existía la percepción en los grupos de que las mujeres dominicanas que viven en Nueva York son más “liberadas” y gozan de mayor libertad. Los grupos también describieron cómo la vigilancia de la familia y de las amistades, que critican y hablan de forma despectiva sobre cualquier comportamiento ajeno a los tradicionales roles de género, moldean y limitan sus acciones.

*Yo diría que allá [en Nueva York] hay más libertad; aquí [en Santo Domingo] uno se cohíbe más. Allá [en Nueva York] la mujer dominicana puede vivir en un apartamento con un hombre y nadie la critica. Aquí [en la República Dominicana] tú vives con un hombre y viven mirando quien entra y quien sale. Si un amigo amanece en tu casa, seguramente tiene que ser tu novio; no puede ser un amigo, como allá en EE.UU., y no tienen ningún tipo de compromiso. En eso allá hay más libertad que aquí.*

Aunque existía la percepción de que en términos económicos la situación mejoraba para las mujeres en Nueva York, ello no reemplazaba la necesidad de comunidad. Las mujeres recordaron de manera nostálgica el sentido de comunidad y cohesión social en la RD. Tal como expresara una de las mujeres,



**“Y aquí [en Nueva York], el sistema es muy diferente. El sistema no ayuda a esa educación que queremos darle los padres. No estamos hablando tampoco de golpes, pero aquí el sistema desayuda mucho. Contribuye a que los hijos aquí no tengan respeto.”**

*...yo creo que allá [en la República Dominicana], con condiciones económicas, hay más calidad de vida.... Porque yo tenía mejor calidad de vida, en el sentido de tiempo con mi familia, en el sentido de más tiempo al aire libre, más actividades al aire libre que ahora aquí [en Nueva York]; eso ha cambiado completamente.*

Desde ese mismo punto de vista, las mujeres atribuyeron la pérdida general de respeto por la familia y los lazos sociales a su estadía en Nueva York. Al respecto, una de las mujeres expresó:

*En mi opinión, creo que en Santo Domingo aprendemos a tener más respeto hacia los padres. Por ejemplo, aquí [en Nueva York] los niños están discutiendo entre ellos y no se miden de decir una palabra mala delante de la mamá. En Santo Domingo, uno tiene un respeto infinito hacia sus padres.*

Las participantes lamentaron que los lazos familiares parecían ser más fuertes en la República Dominicana, donde era “más fácil mantener una relación” entre las familias y los hijos. Las mujeres en la Ciudad de Nueva York hablaron sobre fuertes factores culturales de protección que deseaban mantener. Aunque estas mujeres también creían que había una mayor sensación de libertad en torno a la sexualidad en los EE.UU., “todavía es la misma cultura [dominicana] – todavía existen tabúes.”

*Yo les digo a los hijos míos que cuando yo tenía 16 años, no salía ni podía mirar por una ventana, porque, de una vez mis padres me preguntaban ¿qué yo tenía por esa ventana?, que si yo tenía novio, que si esto y aquello. Ya los hijos míos, la hembra tiene 17 y el varón 14, y el varón es más alto que yo y piensa que, como yo soy su amiga, puede hablarme como él quiera. Yo no como eso. Si yo tengo que darle una nalgada delante de quien sea, yo se la doy. Sí, pero en la escuela lo primero que les enseñan a los muchachos es el derecho que tienen de llamar a la policía, aunque sea su papá o su mamá.*

## Discusión

Estos grupos focales señalan una interrelación compleja y dinámica entre los elementos que afectan el bienestar y la salud reproductiva de la mujer dominicana. A partir de las discusiones, aprendimos que no se trata simplemente de un limitado acceso a servicios de atención a la salud de calidad, o de la falta de involucramiento por parte del hombre en la anticoncepción, o de obstáculos para obtener abortos seguros; más bien es la suma total de todos estos factores que informan cómo las mujeres toman sus decisiones en temas de salud sexual y salud reproductiva.

Las mujeres en ambos grupos reflejaron lo que dice la literatura sobre investigaciones sobre su rechazo a utilizar los servicios de los sistemas de salud tanto en la República Dominicana como en la Ciudad de Nueva York. Esta vacilación se contrapone al telón de fondo de la automedicación y la búsqueda del consejo de los demás en su red social.

Ser proactivo en cuanto a nuestra salud y/o involucrar a los demás en las decisiones relacionadas con la salud no son acciones problemáticas *por sí solas*. De hecho, el modelo de promotoras de salud comunitaria ha sido alabado y promovido en la salud pública. Sin embargo, en un contexto de embarazos no planificados y limitado acceso al cuidado de la salud de calidad, la práctica de usar remedios herbarios (como los que se utilizan para interrumpir un embarazo) puede constituir un problema si pone a la mujer en riesgo por el uso de procedimientos no seguros.

En ambas islas, las mujeres reportaron que sus parejas se involucran muy poco en sus decisiones anticonceptivas. Las mujeres dominicanas, tanto en la RD como en NY, indicaron que los anticonceptivos son responsabilidad de la mujer y, por tanto, las decisiones sobre la anticoncepción son usualmente tomadas sin el conocimiento de la pareja. Por un lado, usar métodos hormonales de anticoncepción puede requerir que una mujer procure acceso al sistema o al proveedor de salud que a veces es hostil (como se dijo que era el caso en Nueva York, debido a las barreras del idioma y culturales) o tenga que lidiar con servicios inadecuados o de mala calidad (como se dijo que era el caso en la República Dominicana).

Por el otro lado, nuestras participantes reportaron que el uso de condones como alternativa a los métodos hormonales de anticoncepción seguía siendo un problema. Aunque muchas describieron que había un entendimiento tácito de que sus parejas migrantes podían tener otras parejas sexuales, las mujeres en relaciones primarias expresaron que solicitar el uso del condón equivale a sugerir infidelidad. Estas decisiones reflejan complicados vínculos entre la migración y la salud reproductiva. Las mujeres en los grupos focales de la República Dominicana mencionaron que no sólo se percibiría que la mujer cuestionara la fidelidad, sino que también arriesgaría las tan necesitadas remesas o el apoyo financiero, si sugiere el uso del condón. Por tanto, los condones son mucho más que una herramienta para evitar el embarazo o una enfermedad. Es a través del condón que las parejas negocian la fidelidad, la confianza e incluso la estabilidad económica.

Otra experiencia que desempeña un papel en las relaciones de las mujeres y las decisiones de salud sexual y salud reproductiva es la violencia infligida por la pareja íntima. Las mujeres señalaron una serie de factores estructurales – pobreza, falta de oportunidades de trabajo, la débil implementación de las leyes y el alcoholismo – que intensifican los niveles de violencia contra la mujer. La vulnerabilidad económica de la mujer, combinada con su vulnerabilidad frente a la violencia, es causa de mayor preocupación. Considerando que una mujer sin hijos – incluso con unas finanzas precarias – podría estar dispuesta a dejar una relación abusiva, para una mujer con hijos, esta decisión podría ser particularmente difícil. Podría aguantar mas abuso para mantener el apoyo financiero que necesita para el sustento suyo y de sus hijos.

A la luz de estos desafíos, no es de sorprender que muchas mujeres mencionaran que sus embarazos fueron bienvenidos, pero no planificados. En la República Dominicana, donde el aborto es ilegal, las mujeres tienen pocas opciones más que ir a las farmacias o botánicas para adquirir medicamentos o remedios herbarios para interrumpir los embarazos que no pueden ni imaginarse llevar a término.



***No se trata simplemente de un limitado acceso a servicios de atención a la salud de calidad, o de la falta de involucramiento por parte del hombre en la anticoncepción, o de obstáculos para obtener abortos seguros; más bien es la suma total de todos estos factores que informan cómo las mujeres toman sus decisiones en temas de salud sexual y salud reproductiva.***

Por tanto, es de suma importancia entender cómo se conjugan al mismo tiempo cada uno de estos factores. Debemos prestar atención a la forma en cómo éstos, de manera individual y en su interrelación multifacética, pueden aumentar la susceptibilidad de la mujer frente a una veintena de consecuencias adversas, como infecciones de transmisión sexual, el VIH, abortos inseguros, violencia y abuso sexual.

## Recomendaciones

En la segunda fase de nuestra investigación, recurrimos a los expertos en el campo para entender, dada toda de esta información, ¿qué podemos hacer?

Realizamos dos eventos (uno en la República Dominicana y otro en Nueva York) para reunir a líderes comunitarios, proveedores de atención a la salud, organizaciones no gubernamentales, organizaciones bilaterales en las áreas de la salud y el desarrollo, organizaciones de servicio en el área de SIDA y agencias gubernamentales. La meta de estos encuentros era presentar nuestros hallazgos y recabar opiniones sobre los mismos, crear un diálogo sobre el proyecto y formular los posibles próximos pasos. Algunos de los invitados expresaron sus frustraciones con los procesos de desarrollo de investigaciones y la distribución de recursos que, según sus percepciones, los excluyen. Los y las participantes también aportaron su retroalimentación constructiva para futuros proyectos y recomendaciones concretas para los profesionales de la salud que procuran mejorar los programas de salud para las mujeres dominicanas. Compilamos las recomendaciones ofrecidas por los dos grupos, las sintetizamos y las cotejamos con los temas recurrentes que se presentan a continuación.

### Elementos Claves para Programas de Salud Reproductiva que Prestan Servicios a las Mujeres Dominicanas

#### *Acceso al Cuidado de la Salud de Calidad*

- Aprovechar las redes sociales existentes para ampliar los servicios de salud. Desarrollar el modelo de promotora de salud comunitaria para ampliar el acceso a la atención.
- Particularmente en Nueva York: abordar las problemáticas de las barreras del idioma y la falta de confianza en el sistema de atención a la salud, educando a los proveedores sobre racismo y diferencias culturales.

#### *Género*

- Abordar las normas de género con un enfoque holístico: además de las mujeres, incluir a hombres y jóvenes de ambos sexos.
- Desarraigar los mitos y tabúes sociales que obstaculizan la buena salud. En particular, desmitificar la noción de que el machismo es una fijación cultural.

### *Violencia Infligida por la Pareja Íntima*

- Ampliar los significados y la comprensión cultural de la “violencia” para que la comunidad un poco más adelante de sólo asociar la violencia con un extremo abuso físico e incluya el abuso emocional y sexual en el alcance de la “violencia.”
- Empoderar a las mujeres en el contexto de un marco de derechos humanos.
- Involucrar al sector público del área de la salud para que apoye y preste servicios a las mujeres sobrevivientes de violencia.
- Incorporar a los hombres, jóvenes y familias a programas que aborden y prevengan la violencia intrafamiliar y la infligida por la pareja íntima.

### *Investigación*

- Colaborar con las organizaciones que prestan servicios a los dominicanos para obtener sus aportes al diseño y desarrollo de investigaciones.
- Asegurar que las futuras iniciativas de investigación capaciten a líderes comunitarios para que realicen nuevas investigaciones.
- Seguir informando investigaciones sobre mujeres dominicanas con la participación de mujeres dominicanas y la comunidad dominicana.

## Conclusión

En ambos lados, las mujeres dominicanas prefieren obtener información médica unas de otras, o de los hombres en su vida, así como auto-diagnosticarse y automedicarse, en vez de visitar a un proveedor profesional de atención a la salud. Se necesita realizar más investigaciones para determinar cómo esta norma aumenta o disminuye su salud sexual y reproductiva. Aunque las mujeres dominicanas están teniendo acceso al cuidado de la salud en situaciones de emergencias o como “último recurso,” tenemos que abordar las barreras que evitan que obtengan atención preventiva de la salud. ¿En qué medida actúan el racismo y la falta de sensibilidad cultural que éstas mujeres reportaron en las instituciones médicas como una barrera para todas las mujeres dominicanas? Se necesita diseminar más ampliamente información correcta sobre los servicios de planificación familiar, salud sexual y salud reproductiva. Como las mujeres dominicanas ponen su confianza en sus iguales, el modelo de promotora de salud comunitaria debería implementarse en los barrios dominicanos de la Ciudad de Nueva York, tal como existe en RD, con mujeres que enseñen a otras mujeres en su propio idioma y desde su propia perspectiva cultural. Se pueden llevar a cabo talleres en centros de salud y/o de servicio social comunitario, así como en las botánicas donde las mujeres acuden para obtener información sobre salud. Los tratamientos herbarios o caseros que son populares, seguros y efectivos dentro de la comunidad pueden coexistir con la atención primaria de la salud; esto depende considerablemente de las actitudes y la receptividad de los proveedores. Las actitudes de los proveedores de atención a la salud afectarán la disposición de las mujeres de compartir información sobre su autocuidado y sobre el uso que hacen de la atención primaria como complemento de los tratamientos herbarios.

Aunque resulta evidente que las mujeres dominicanas tienen un fuerte sentido de comunidad entre sí, y que confían en sus iguales cuando necesitan apoyo e información, descubrimos que muchas de ellas recurren a los hombres cuando reúnen información relacionada con su salud. Los programas en ambas localidades deben proporcionar información, recursos y el desarrollo de habilidades para que las mujeres hagan sus *propias* elecciones educadas con relación a su salud reproductiva, y compartan este empoderamiento con otras mujeres. Al mismo tiempo, los beneficios de incluir a los hombres dominicanos en los esfuerzos de educación concerniente a la salud reproductiva están claros.

Con la feminización de la pandemia del VIH, resulta esencial abordar la amalgama de factores que aumentan el riesgo de VIH para las mujeres. No es coincidencia que la misma dinámica de poder implicada en la violencia infligida por la pareja íntima también aumenta el riesgo de infección con el VIH. Las sobrevivientes de violencia, violación y abuso sexual corren el riesgo de infectarse con el VIH, mientras que, al mismo tiempo, las mujeres pobres que viven con VIH son más propensas a ser víctimas de violencia, debido al estigma y a la discriminación. Debemos trabajar para cambiar las grandes desigualdades y disparidades estructurales que agravan el riesgo de infección con el VIH para las mujeres dominicanas en la RD y en los EE.UU., al igual que para las mujeres en todo el mundo.

De manera similar, se debe prestar una cuidadosa atención al complejo problema de la violencia infligida por la pareja íntima. Los proveedores de atención a la salud que prestan servicios a las mujeres dominicanas en ambas islas deberían tener capacitación en detección, referencia y tratamiento de mujeres sobrevivientes de violencia. Se debe desarrollar programas y campañas de educación pública que involucren a las mujeres, a los hombres, a los y las jóvenes y a las familias en los esfuerzos que se realizan para prevenir este tipo de violencia.

Finalmente, debemos abogar por políticas que promuevan los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, tanto en la República Dominicana como en los EE.UU. En la RD, las políticas deben dirigirse a aumentar la disponibilidad de métodos para planificación familiar y la educación sobre el control de la natalidad, a fin de reducir la incidencia de los embarazos no planificados. Esto es especialmente crucial en un país donde el aborto legal no está disponible. Además, debemos apoyar los esfuerzos de abogacía que realizan las mujeres dominicanas para asegurar igual acceso al aborto legal y seguro. En los EE.UU., donde las mujeres dominicanas pueden acceder de manera legal a servicios de aborto, existen barreras que impiden que muchas mujeres procuren los servicios. En cambio, recurren a métodos de interrupción del embarazo que no son seguros, son menos efectivos y/o no han sido probados, incluso cuando pudieran estar recibiendo atención de gran calidad, basada en evidencias. Las necesidades reproductivas de las mujeres de la RD y de las mujeres dominicanas en los EE.UU. deben abordarse de manera más agresiva, tanto a los niveles populares como de formulación de políticas si vamos a ofrecerles los servicios a los que tienen derecho.

## Referencias

- <sup>1</sup> Selected Population Profile in the United States, Dominican Republic; Selected Population Profile in the United States, Mexico. *United States Census 2006*. (2006). Washington, D.C.: US Census Bureau. Disponible en: <http://www.census.gov/> (accedido el 22 de julio de 2008).
- <sup>2</sup> Profile of Selected Demographics and Social Characteristics, Dominican Republic. *United States Census 2000*. (2000). Washington, D.C.: US Census Bureau. Disponible en: <http://www.census.gov/> (accedido el 15 de octubre de 2007).
- <sup>3</sup> Frost, J. y Driscoll, A. (2006). Sexual and Reproductive Health of US Latinas: A Literature Review. *Occasional Report*, 19. New York: Guttmacher Institute.
- <sup>4</sup> Seguino, S. (2007). Plus ça change? Evidence on Global Trends in Gender Norms and Stereotypes. *Feminist Economics*. 13(2).
- <sup>5</sup> Hirsch, J. (1999). En el Norte la Mujer Manda: Gender, Generation and Geography in a Mexican Transnational Community. *American Behavioral Scientist*. 42(9): 1332-1349.
- <sup>6</sup> Raffaelli, M., Zamboanga, B.L., y Carlo, G. (2005). Acculturation Status and Sexuality among Female Cuban American College Students. *Journal of American College Health*. 54(1).
- <sup>7</sup> Miller, S. y Tejada, A. (2002). *Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic*. New York: The Population Council, Inc.
- <sup>8</sup> Mikail, B.I. (1994). Hispanic Mothers' Beliefs and Practices Regarding Selected Children's Health Problems. *Western Journal of Nursing Research*. 16(6): 623-638.
- <sup>9</sup> Flores, G. y Vega, L. (1998). Barriers to Health Care Access for Latino Children: A Review. *Family Medicine*. 30(3): 196-205.
- <sup>10</sup> [http://www.unicef.org/infobycountry/domrepublic\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/domrepublic_statistics.html).
- <sup>11</sup> Alvarado I.G. y Sanchez, H. (2002). Migration in Latin America and the Caribbean: A View from the ICFTU/ORIT. *Labour Education*. 2002/4, No. 129.
- <sup>12</sup> *Reproductive Health and Rights: HIV/AIDS and Gender Equality*. (2004). Economic Commission for Latin America and the Caribbean.
- <sup>13</sup> *Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector*. (17 April 2007). Geneva: World Health Organization.
- <sup>14</sup> *El VIH y el SIDA en la República Dominicana y la intervención de USAID (HIV and AIDS in the Dominican Republic and USAID Intervention)*. (2002). Washington, D.C.: The United States Agency for International Development (USAID). Disponible en: [http://www.usaid.gov/espanol/hiv\\_dr.pdf](http://www.usaid.gov/espanol/hiv_dr.pdf) (accedido el 30 de abril de 2004).
- <sup>15</sup> Ortiz-Torres, B., Serrano-Garcia, I., y Torres-Burgos, Nelida. (2000). Subverting Culture: Promoting HIV/AIDS Prevention among Puerto Rican and Dominican Women. *American Journal of Community Psychology*. 28(6).
- <sup>16</sup> Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S.L., y Rudd, R. (2002). Relationship Power, Condom Use, and HIV Risk among Women in the USA. *AIDS Care*. 14(6): 789-800.
- <sup>17</sup> Marin, B.V. (2003). HIV Prevention in the Hispanic Community: Sex, Culture and Empowerment. *Journal of Transcultural Nursing*. 14(3): 186-192.
- <sup>18</sup> Moore, J., Harrison, J.S., Kay, K.L., Deren, S., y Doll, L.S. (1995). Factors Associated with Hispanic Women's HIV-related Communication and Condom Use with Male Partners. *AIDS Care*. 7(4).
- <sup>19</sup> *Foreign-born Persons Newly Diagnosed with HIV, New York City 2004*. (2004). New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene. Disponible en: <http://www.nyc.gov/> (accedido el 22 de julio de 2008).