



Universidad Iberoamericana (**UNIBE**), Instituto Nacional de Migración (**INM RD**),
Instituto de Educación Superior en Formación Diplomática y Consular (**INESDyC**)
y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (**FLACSO RD**).

Escuela de Derecho

DIVISION DE POSGRADO Y EDUCACION PERMANENTE

**Trabajo de investigación para Optar por el Título de Maestría en “Política
Migratoria y Desarrollo en el caribe”**

Tema

**“El acceso a servicios de salud de mujeres migrantes de origen haitianos en
la Región Enriquillo, República Dominicana”**

Sustentado por:

BERENICE ANDERSON MATOS

Asesor metodológico:
Anselmo Muñiz

Asesor de contenido:
Alexandra Castro

Santo Domingo, Rep. Dom.
Año 2025



HOJA DE FIRMA

Título del trabajo

EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE MUJERES MIGRANTES DE ORIGEN HAITIANOS EN LA REGIÓN ENRIQUILLO, REPÚBLICA DOMINICANA

Autor(a): BERENICE ANDERSON MATOS

Matrícula: 24-1346

Fecha de evaluación: ____ / ____ / ____



Asesor

Lector

TEMA

**EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE MUJERES MIGRANTES
DE ORIGEN HAITIANOS EN LA REGIÓN ENRIQUILLO,
REPÚBLICA DOMINICANA**

INDICE

RESUMEN/ABSTRACT	i
RESUMEN/ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I – ANTECEDENTES/ MARCO TEORICO CONCEPTUAL	5
ANTECEDENTE	5
1.1. MIGRACION Y SALUD: UN ENFOQUE TEORICO	8
1.1.1. Teorías migratorias y su relación con la salud.....	11
1.1.2. Migración femenina y salud	12
1.2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO (NACIONAL E INTERNACIONAL) ...	14
1.3.ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE MUJERES MIGRANTES EN REPÚBLICA DOMINICANA	18
1.3.1. Intervenciones de mejora y apoyo integral de ONG, ante las brechas de acceso a la salud.....	21
1.4.CONTEXTO MIGRATORIO EN LA REGIÓN ENRIQUILLO	24
1.4.1. Caracterización general de la Región Enriquillo.	26
1.5.MIGRACIÓN FEMENINA HAITIANA EN LA REGIÓN ENRIQUILLO PERSPECTIVAS SOCIOECONÓMICAS Y DERECHO A LA SALUD	31
1.6 DESAFÍOS EN EL ACCESO A SALUD DE MUJERES MIGRANTES EN LA REGIÓN ENRIQUILLO	33
1.6.1. Nuevas medidas del plan migratorio en centros de salud:	34
CAPITULO II – APROXIMACION A LAS MUJERES HAITIANAS EN LA REGION ENRIQUILLO	38
2.1. Enfoque y propósito de la investigación	38
2.2. Contexto territorial y poblacional	39
2.3. Estrategia de aproximación y técnicas utilizadas	39
2.4. Reflexión final sobre la aproximación adoptada	40
CAPITULO III – RESULTADOS Y ANALISIS	42
3.1. Perfil Sociodemográfico	43
3.2. Acceso a Servicios Médicos	44
3.3. Trato Recibido	45
3.4. Acceso a Seguro Médico	46

3.5. Conocimiento de Derechos como Pacientes	47
3.6. Frecuencia de Visitas Médicas.....	48
3.7. Acceso a Información en su Idioma	49
3.8. Sugerencias de las Participantes para mejorar el servicio de acceso a la salud en la Región.....	50
3.9. Estrategias para Evitar detenciones y redadas Migratorias.....	51
3.10. Opinión sobre Medidas de protocolo de seguridad migratoria en los centros médicos por parte del Gobierno	52
3.11. Limitaciones.	53
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXO	60

RESUMEN/ABSTRACT

La feminización de la migración ha visibilizado el papel de las mujeres como protagonistas en los movimientos migratorios y las desigualdades que enfrentan en los países de destino. En la República Dominicana, las mujeres migrantes haitianas constituyen un grupo particularmente vulnerable ante las barreras institucionales, legales, lingüísticas y sociales que limitan su acceso a los servicios de salud. Esta investigación, desarrollada en la Región Enriquillo, tiene como objetivo analizar las experiencias de estas mujeres en el acceso a la atención sanitaria, desde un enfoque de género, derechos humanos e interseccionalidad.

Se empleó una metodología cualitativa mediante la aplicación de diez cuestionarios con preguntas abiertas a mujeres mayores de 18 años en adelante, sin distinción de estatus migratorio. Los resultados revelan que la exclusión, la discriminación y la falta de documentación constituyen los principales obstáculos para recibir atención médica oportuna y adecuada. No obstante, las participantes manifiestan estrategias de resiliencia y apoyo comunitario. El estudio subraya la necesidad de fortalecer políticas públicas inclusivas que garanticen el derecho a la salud de las mujeres migrantes haitianas en la República Dominicana.

PALABRAS CLAVES: Salud, mujeres migrantes, población haitiana, servicio de salud, migración, Fronteras, Republica Dominicana.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación aborda el acceso a servicio de salud de mujeres migrantes de origen haitianos en la Región Enriquillo.

La salud y su encuadre en la protección social van de la mano con el modelo de bienestar que existe en cada sociedad o región. El bienestar social es el conjunto de factores, necesidades satisfechas, servicios, instituciones que vinculados entre sí deberían permitir una mayor calidad de vida individual y colectiva. Encuentra sus fundamentos en el sistema social y económico de una sociedad, más que en servicios y políticas sociales, y depende estructuralmente de que ciertos derechos fundamentales estén garantizados y sean efectivos (Esping-Andersen, 1990; CEPAL, 2019).

La República Dominicana, como Estado signatario de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (ONU, 1990), asume el compromiso de garantizar el acceso universal a la salud sin discriminación alguna por motivos de nacionalidad, estatus migratorio o condición social. Este instrumento internacional reconoce que el derecho a la salud forma parte esencial de los derechos humanos y debe ser protegido mediante políticas públicas inclusivas y equitativas.

En consonancia con ello, la Constitución de la República Dominicana (2015) consagra en su Artículo 61 que “toda persona tiene derecho a la salud integral” y que el Estado debe asegurar el acceso a servicios médicos, medicamentos de calidad y asistencia hospitalaria gratuita a quienes la requieran. Esta disposición reafirma la obligación estatal de promover un sistema de salud basado en los principios de universalidad, equidad y solidaridad, pilares fundamentales del bienestar social (CEPAL, 2019).

Sin embargo, la efectividad de este derecho enfrenta desafíos cuando se analiza desde la perspectiva de las poblaciones migrantes, especialmente aquellas en situación irregular. Las barreras institucionales, los vacíos legales y las prácticas discriminatorias limitan el ejercicio pleno de este derecho, generando una brecha entre el marco normativo y la realidad social. En este sentido, el reconocimiento constitucional y los compromisos internacionales deben traducirse en políticas públicas con enfoque de derechos humanos e interculturalidad, que garanticen a las personas migrantes en particular a las mujeres el acceso equitativo a servicios de salud y protección social en condiciones dignas y sin exclusión.

Desde la perspectiva de la inmigración y la salud es fundamental destacar que la República Dominicana ha sido históricamente un país mayormente emisor (OIM, 2022; CEPAL, 2019)., pero al mismo tiempo tiene la condición de tránsito y receptor de población migrante, siendo la migración haitiana la más significativa tanto en volumen como en impacto sociocultural y económico. Según la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2017), (OIM-2021), los haitianos representan alrededor del 87 % de la población extranjera residente en el país. Su presencia se concentra principalmente en zonas fronterizas y regiones agrícolas, así como en polos turísticos y de construcción, donde su mano de obra es demandada por los bajos costos laborales y la escasa regulación en materia de contratación (Morales & Rodríguez, 2022).

Por otro lado, existe una mayor participación de mujeres entre los flujos de personas procedentes de Haití que llegaron entre 2010 y 2024 (Guerrero, Donastorg, y de los Santos, 2024). Esta aparente acentuación de la feminización de la inmigración haitiana como fenómeno pos-terremoto ha sido vinculado a los patrones de desigualdad y violencia de género en Haití que se traducen en mayores dificultades para acceder a empleo y servicios públicos, que tienden a agravarse en tiempos de crisis.

El terremoto de Haití del 12 de enero de 2010, de magnitud 7,0 Mw, tuvo su epicentro cerca de Puerto Príncipe y provocó una de las mayores catástrofes humanitarias de la región. Se estima que murieron entre 200.000 y 300.000 personas, más de 1,5 millones quedaron desplazadas y la infraestructura básica incluyendo hospitales, escuelas y viviendas colapsó casi por completo (ONU, 2010; Cruz Roja, 2011). Su impacto no solo fue inmediato, sino que generó una crisis prolongada en términos de salud, vivienda y reconstrucción institucional.

El objetivo de esta investigación es analizar los factores que inciden, limitan o favorecen el acceso a servicio de salud a mujeres migrantes haitianas y las estrategias alternativas que utilizan para obtener atenciones médicas, a partir de percepciones y conocimiento de ellas como usuarias involucradas. El estudio está estructurado en cuatro partes. La primera parte expone los antecedentes y el marco teórico conceptual que sirven de base al estudio. La segunda parte presenta los aspectos metodológicos empleados (población, muestra, técnica y procedimientos).

Ambas conforman un marco analítico basado en la triangulación de enfoques y datos.

Los hallazgos de la investigación se exponen en la tercera parte, subdividida en seis secciones: Caracterización de las mujeres estudiadas, identificación de barreras de acceso a la salud, , temor fundado en la asistencias a los centros médicos, y por último, los hallazgos desde la percepción de las mujeres migrantes que solicitan los servicios de salud, con el propósito de identificar desde su óptica las barreras y necesidades que tienen en la atención en el servicio sanitario y sus propuestas específicamente sobre las nuevas medidas de protocolos de seguridad en tema migratorio.

Este estudio busca aportar al fortalecimiento de políticas públicas que integren la migración y el derecho a la salud desde un enfoque de género y desarrollo inclusivo. En la República Dominicana, varias estrategias nacionales se orientan hacia la garantía de derechos y la inclusión social de las poblaciones migrantes. Entre ellas se destaca la Política Nacional de Protección Social (2015), que promueve el acceso equitativo a servicios básicos, incluyendo la salud, para toda persona residente en el territorio nacional. Asimismo, el Plan Nacional de Derechos Humanos 2018–2022, impulsado por el Ministerio de Relaciones

Exteriores y el Ministerio de la Mujer, reconoce la necesidad de fortalecer los mecanismos institucionales que garanticen la atención sanitaria y la protección de grupos vulnerables, entre ellos las mujeres migrantes.

En materia migratoria, la Ley General de Migración No. 285-04 y su reglamento de aplicación (Decreto 631-11) establecen disposiciones orientadas a la regularización y documentación de personas extranjeras, buscando garantizar el acceso a derechos fundamentales, aunque en la práctica persisten desafíos en su implementación. Por otro lado, el Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES 2030), elaborado por el Ministerio de Salud Pública, incorpora dentro de sus ejes prioritarios la equidad en el acceso a los servicios y la atención a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, con énfasis en el enfoque intercultural.

Se pretende ofrecer información útil para mejorar los servicios de atención en salud en la **Región Enriquillo**, visibilizando una realidad históricamente ignorada por los tomadores de decisiones y las políticas públicas nacionales. A pesar de los compromisos internacionales asumidos por el Estado dominicano, los estudios sobre la situación sanitaria de la población migrante —y en particular de las mujeres haitianas— siguen siendo escasos, fragmentados y poco incorporados a la formulación de políticas sociales (OIM, 2022; CEPAL, 2019).

El análisis evidencia las barreras estructurales, socioculturales y legales que enfrentan las mujeres migrantes haitianas, y ofrece datos contextualizados que pueden servir de base para diseñar estrategias y políticas inclusivas. Estas deben garantizar el derecho a la salud con un enfoque de derechos humanos e interseccional, considerando simultáneamente género, etnicidad, nacionalidad y condición socioeconómica.

Con ello, se busca contribuir tanto al debate académico como a la promoción de acciones que impulsen la equidad y la justicia social en contextos migratorios y de salud.

CAPÍTULO I – ANTECEDENTES/ MARCO TEORICO CONCEPTUAL

ANTECEDENTE

La migración es un proceso social, económico y demográfico mediante el cual las personas se desplazan de un lugar a otro con el propósito de residir temporal o permanentemente fuera de su lugar de origen. Este movimiento puede ocurrir dentro de un mismo país (migración interna) o entre distintos países (migración internacional) y responde a múltiples factores como la búsqueda de mejores condiciones de vida, oportunidades laborales, educación, reunificación familiar, o por causas forzadas como conflictos, persecución o desastres naturales. (OIM, 2006, p. 38), constituye un fenómeno de gran relevancia en la República Dominicana, donde los datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI 2017) revelan que la población inmigrante representa un 5.6% del total de habitantes, superando la media internacional en un 3.6 % según el *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022* de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2022). (ONE, 2018).

En este contexto, la migración haitiana ocupa un lugar central en el análisis demográfico y social del país. Numerosos estudios han abordado sus causas históricas, así como su impacto en la economía nacional (GARR y MUDHA, 2005). No obstante, la literatura científica sobre las mujeres migrantes haitianas, particularmente en lo relativo al acceso a la salud, ha sido escasa y fragmentada. Investigaciones como las de ACNUR, PNUD y UNICEF (2014-2019) se han concentrado en indicadores generales de salud materna y en la sexualidad adolescente, pero no han profundizado en la relación entre las condiciones migratorias y el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos en contextos de movilidad humana.

En el caso dominicano, la ENI 2017 incorporó, de manera innovadora, indicadores sobre salud sexual y reproductiva, mientras que el estudio

complementario del UNFPA (2018) profundizó en las desigualdades en el acceso a la salud y la protección social de las comunidades migrantes, evidenciando que las mujeres migrantes haitianas presentan mayores grados de exposición y susceptibilidad a riesgos que afectan su salud, así como su capacidad para responder o recuperarse frente a esos riesgos.

Diversas investigaciones como Morales, Daniel y Rodríguez, Catherine (2022) la migración en la República Dominicana: contexto, retos y oportunidades., Enriquillo Castañeda Camejo, 2017; Martínez et al., 2013; UNFPA & CESDEM, 2017; Wooding & Moseley-Williams, 2004; Schmidt Camino, 2012), han evidenciado que las mujeres haitianas migrantes en República Dominicana enfrentan múltiples barreras estructurales y socioculturales para acceder a servicios de salud, especialmente en áreas como la salud materna y reproductiva, debido a factores como la discriminación institucional, la falta de documentación y el desconocimiento del idioma, situación que se agrava en regiones con menor cobertura sanitaria.

A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha recomendado a los Estados implementar estrategias que eliminen las barreras estructurales de acceso a los servicios de salud, tales como el costo, el idioma, la discriminación y las diferencias culturales (OMS, 2016). Este marco resulta pertinente para el análisis del caso de la Región Enriquillo, caracterizada por su alta concentración de población migrante haitiana y por las limitadas condiciones de infraestructura sanitaria.

MARCO TEORICO

El propósito de este capítulo es establecer una base teórico-conceptual sobre el acceso a la salud de las mujeres migrantes de origen haitiano, constituyendo así un marco de referencia que contextualice la presente investigación. Para ello, se realizó una revisión de los principales conceptos vinculados a la temática, analizando de manera teórica las nociones de migración y salud, así como la interrelación entre migración femenina y salud, con una reflexión particular sobre el contexto caribeño y latinoamericano.

De igual manera, se llevó a cabo un análisis crítico del contexto migratorio en la Región Enriquillo, explorando específicamente las condiciones de acceso a la salud de las mujeres migrantes en la República Dominicana. Asimismo, se examinaron los principales marcos normativos nacionales e internacionales relacionados con el derecho a la salud de las personas migrantes.

Finalmente, se ofrece una mirada teórico-analítica sobre los desafíos y limitaciones en el acceso a la salud de la población migrante femenina en la Región Enriquillo, destacando los factores estructurales, sociales y normativos que inciden en esta problemática.

1.1. MIGRACION Y SALUD: UN ENFOQUE TEORICO

El acceso a los servicios de salud constituye un eje fundamental para comprender las desigualdades sociales y las limitaciones estructurales que enfrentan determinados grupos poblacionales, especialmente los migrantes. En este sentido, uno de los modelos más reconocidos para el estudio del acceso sanitario es el Modelo de Andersen (Aday & Andersen, 1974), también denominado *Modelo de Comportamiento en el Uso de Servicios de Salud*.

Este modelo sostiene que la utilización de los servicios de salud no depende únicamente de la existencia de infraestructura o de la oferta institucional, sino de la interacción entre tres grandes tipos de factores:

1. Predisponentes, que incluyen características demográficas, sociales y culturales (edad, sexo, nivel educativo, creencias y valores sobre la salud).
2. Facilitadores, que abarcan los recursos disponibles para acceder a la atención, como los ingresos, el seguro médico, la accesibilidad geográfica y la documentación migratoria.
3. Necesidades percibidas y evaluadas, que se relacionan con la percepción individual del estado de salud y la valoración médica profesional.

Desde esta perspectiva, el acceso a los servicios de salud se entiende como un proceso dinámico y multidimensional, en el que los factores individuales se ven condicionados por las características estructurales del sistema sanitario y por las políticas públicas implementadas (Andersen, 1995).

Aplicado al caso de las mujeres migrantes haitianas en la Región Enriquillo, este modelo permite analizar cómo las condiciones de vulnerabilidad social y legal, unidas a las barreras lingüísticas, económicas y culturales, restringen el acceso efectivo a los servicios de salud, incluso cuando estos están disponibles. La falta de documentación regular, el miedo a la discriminación institucional o a la deportación, así como la carencia de información sobre sus derechos, actúan como factores inhibidores del uso de los servicios de salud (Castañeda et al., 2015).

Además, estudios recientes han ampliado el modelo de Andersen incorporando el enfoque de género y los determinantes sociales de la salud, lo que permite reconocer cómo las desigualdades estructurales y la división sexual del trabajo agravan la situación sanitaria de las mujeres migrantes. En contextos como la Región Enriquillo, donde predomina la migración haitiana femenina vinculada al trabajo informal y doméstico, estas dimensiones se vuelven cruciales para comprender los índices de vulnerabilidad sanitaria y proponer políticas públicas inclusivas (Levesque, Harris & Russell, 2013; ONU Mujeres & OIM, 2020). La relación entre migración y salud constituye un campo de estudio interdisciplinario que articula elementos sociales, económicos, culturales y políticos. Desde un enfoque teórico, se reconoce que la migración no solo implica el desplazamiento físico de personas, sino que también transforma las condiciones de vida, los determinantes sociales de la salud y las posibilidades de acceso a servicios sanitarios (Arango, 2018; Bustamante & McDonald, 2011).

Existe hoy una preocupación mundial por la existencia de grupos vulnerables que experimentan mala calidad de vida y salud en comparación con otros grupos sociales. Avances socioeconómicos y tecnológicos sin precedentes en el nivel de vida, bienestar y riqueza para un mayor número de personas que en cualquier otro momento de la historia, irónicamente, han ido acompañados de una mayor evidencia de la amplia gama de vulnerabilidades que las sociedades humanas enfrentan (Beck, 1998; PNUD, 2020).

Desde el abordaje de determinantes sociales en salud (DSS), que aporta a la mirada global y particular de la estimación de diferencias entre grupos sociales al interior de una sociedad, es posible identificar dimensiones o categorías clásicas de vulnerabilidad social. Esta mirada es importante pues permite distinguir algunas diferencias sistemáticas y estructurales entre grupos sociales que se consideran injustas, innecesarias y prevenibles, y que se pueden presentar en mayor proporción en migrantes internacionales. En este sentido, algunas dimensiones importantes del Modelo de DSS a mencionar desde este enfoque son: política

pública de migración internacional, nivel socioeconómico y clase, etnia, género y estatus migratorio. También incluye capital social, condiciones de vivienda y barrio, estilos de vida y acceso y uso de servicios de salud (Obach, 2018, pp. 109–119).

La salud como derecho humano y determinante social en contextos migratorios es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966), cuyo artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, obligando a los Estados Parte a garantizar el acceso a servicios sanitarios sin discriminación. Por otro lado, El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha precisado, mediante la Observación General N.º 14, que el derecho a la salud es un derecho inclusivo que abarca no solo la atención sanitaria, sino también los determinantes sociales de la salud, como el acceso al agua potable, una alimentación adecuada, vivienda digna y condiciones laborales seguras. Este derecho debe cumplir con las características de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y garantizarse sin discriminación, incluso para personas migrantes en situación irregular. La Observación General N.º 20 refuerza este mandato, señalando que la condición migratoria no debe constituir un obstáculo para el ejercicio de derechos fundamentales. Por su parte, la Observación General N.º 3 establece que, aunque la realización del derecho a la salud es progresiva, los Estados tienen obligaciones inmediatas de asegurar la no discriminación y adoptar medidas concretas desde la ratificación del Pacto (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1990, 2000, 2009).

Sin embargo, en contextos migratorios este derecho se ve limitado por factores estructurales que afectan los determinantes sociales de la salud, como el empleo, la vivienda y la seguridad social (Solar & Irwin, 2010; Marmot, 2005).

La exclusión social, la discriminación y las barreras administrativas generan desigualdades sanitarias en la población migrante, especialmente en quienes se encuentran en situación irregular (OMS, 2008). Estas barreras se traducen en

costos elevados, trato discriminatorio y desinformación, afectando con mayor intensidad a las mujeres (Ayala y Leite, 2019).

Garantizar la salud en contextos migratorios exige políticas públicas inclusivas y culturalmente sensibles. Desde un enfoque de derechos humanos, los Estados deben garantizar este derecho sin distinción de nacionalidad o estatus migratorio, reduciendo las brechas existentes entre la población local y migrante (OPS, 2019).

1.1.1. Teorías migratorias y su relación con la salud

Desde una perspectiva teórica, la migración no puede analizarse de forma aislada, sino en interacción con otros determinantes sociales como el género, la clase y la etnicidad, los cuales inciden directamente en el acceso al derecho a la salud. Las teorías migratorias contemporáneas, particularmente el enfoque de las cadenas globales de cuidado (Hochschild, 2000) y la teoría de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989), permiten entender cómo los flujos migratorios, especialmente los protagonizados por mujeres, generan reconfiguraciones en las dinámicas familiares y en la distribución global del trabajo reproductivo, afectando tanto a las migrantes como a las familias que dejan atrás. Estas dinámicas producen situaciones de vulnerabilidad estructural (Quesada et al., 2011) que tienen efectos directos sobre la salud física y mental de las mujeres migrantes.

Estas teorías y su relación con la salud permiten comprender cómo las condiciones estructurales influyen en los procesos de salud-enfermedad definiendo algunos conceptos fundamentales como:

Teoría de los determinantes estructurales: plantea que los migrantes suelen insertarse en empleos de alta precariedad, con bajos salarios y sin protección social, lo que aumenta la exposición a riesgos laborales y limita el acceso a servicios sanitarios (Marmot, 2005).

Teoría de la vulnerabilidad social: sostiene que la discriminación, el género, el idioma y el estatus legal son factores que profundizan la exclusión de los migrantes de los sistemas de salud (Ayala & Leite, 2019).

Enfoque transnacional en salud: analiza cómo los migrantes mantienen vínculos con los sistemas de salud de sus países de origen, recurriendo a estrategias de autoatención, envío de medicinas o retorno temporal para recibir tratamientos (Levitt & Glick-Schiller, 2004).

1.1.2. Migración femenina y salud

El enfoque de género es crucial, pues las mujeres migrantes enfrentan una doble carga de vulnerabilidad: por su condición de migrantes y por los roles de género que reproducen desigualdades en el acceso a servicios sanitarios. Diversos estudios evidencian que, en muchos casos, las mujeres priorizan la atención en salud de sus hijos y familiares antes que la propia, retrasando diagnósticos y tratamientos (Horton & Barker, 2010).

La migración femenina atraviesa múltiples factores estructurales como el género, la clase social, el origen étnico y la condición migratoria que inciden muchas veces en el acceso y ejercicio del derecho a la salud. Las mujeres migrantes suelen desempeñarse en sectores informales, como el trabajo doméstico o de cuidados, donde carecen de seguridad social y cobertura médica. Además, muchas enfrentan barreras idiomáticas, culturales, legales y económicas que limitan su acceso efectivo a los servicios de salud. Esta situación se agrava cuando las políticas migratorias del país receptor son restrictivas o criminalizan la condición migratoria irregular, lo que produce miedo a ser denunciadas o deportadas al acudir a centros de salud (OIM & ONU Mujeres, 2020; Castañeda et al., 2015).

En comparación con los hombres, las mujeres migrantes son más vulnerables al deterioro de la salud, ya que enfrentan desafíos específicos de género que agravan su situación. Según el Portal de Datos sobre Migración y Salud

(OIM, 2024), estas mujeres suelen presentar un conocimiento limitado sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (ITS), lo que incrementa su riesgo de padecer complicaciones de salud reproductiva. Además, enfrentan barreras significativas para acceder a servicios médicos, derivadas del aislamiento social, el estigma asociado a su condición migratoria y la falta de información adaptada a sus necesidades. Estas dificultades se agravan por experiencias frecuentes de violencia de género y embarazos no planificados, que no solo afectan su bienestar físico sino también su salud mental y emocional (OIM & ONU Mujeres, 2020; OPS, 2021; PAHO & UNFPA, 2019).

Este panorama exige una respuesta integral basada en los derechos humanos, que considere las especificidades de género y reconozca la salud como un derecho universal. Organismos internacionales como la OMS y el Comité DESC han insistido en que los Estados deben garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para todas las personas, sin discriminación por nacionalidad o estatus legal. En este sentido, abordar la relación entre migración femenina y salud implica no solo ofrecer servicios médicos, sino también transformar las condiciones estructurales que reproducen desigualdades y exclusión (Solar & Irwin, 2010; OMS, 2019; OIM & ONU Mujeres, 2020).

A partir de lo expuesto en cuanto a las vulnerabilidades específicas que enfrentan las mujeres migrantes en materia de salud, es fundamental explorar las políticas públicas y programas existentes en la Región Enriquillo que buscan atender estas problemáticas, así como identificar las brechas y desafíos que persisten para garantizar un acceso equitativo y efectivo a los servicios de salud.

1.2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO (NACIONAL E INTERNACIONAL).

El marco legal de República Dominicana establece el principio de universalidad sobre el acceso a la atención pública sin ningún tipo de distinción o discriminación. Esta normativa asegura, protege y da garantías legales de acceso a la salud a las mujeres migrantes. La Constitución de República Dominicana en su artículo 39 garantiza el derecho a la igualdad y disfrute de derechos sin discriminación por género, color, edad, discapacidad, nacionalidad, vínculos familiares, lengua, religión, opinión política o filosófica, condición social o personal. En su artículo 61, establece que toda persona tiene derecho a la salud integral.

Asimismo, la Ley General de Salud 42-01, en su artículo 3, reconoce que personas dominicanas y extranjeras residentes en el país tienen derecho a la salud, sin discriminación alguna.

A nivel internacional, la República Dominicana ha mostrado interés en proteger los derechos de los trabajadores migrantes al firmar la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares en 1990. Sin embargo, hasta la fecha no ha procedido a su ratificación, lo que implica que el país no está legalmente obligado a cumplir con las disposiciones de dicho instrumento. Esta situación limita el alcance vinculante de la Convención en el contexto nacional y evidencia la necesidad de avanzar en el compromiso con los estándares internacionales para fortalecer la protección de los derechos de la población migrante que establece en su artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), y los art. 5 y 10 sobre la Convenios 97 y 143 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los cuales imponen la obligación de garantizar a las personas migrantes el acceso a servicios sanitarios sin discriminación, con especial protección para mujeres, niñas y víctimas de violencia.

Cuadro comparativo de los elementos claves planteados por los mecanismos internacionales de protección en relación con el derecho a la salud.

Instrumento Internacional	Reconocimiento del Derecho a la Salud	Tratamiento del Estatus Migratorio	Postura frente a Migrantes en Situación Irregular
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, art. 12)	Reconoce el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental (PIDESC, art. 12).	No distingue entre nacionales, extranjeros o situación migratoria.	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Naciones Unidas.
Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular (Objetivo 15)	Insta a incorporar las necesidades sanitarias de los migrantes en las políticas nacionales y locales.	Promueve un enfoque inclusivo.	Exige garantizar el acceso asequible y sin discriminación, independientemente del estatus migratorio.
Comité para la Eliminación de la	Reafirma la salud como derecho	Rechaza restricciones por	Exige a los Estados abstenerse de negar

<p>Discriminación Racial. (2004). Observación general N° 30: Discriminación contra los no ciudadanos. Adoptada en el 65° período de sesiones (2 a 20 de agosto de 2004). Naciones Unidas</p>	<p>humano universal.</p>	<p>origen nacional o migratorio.</p>	<p>o limitar el acceso a servicios de salud preventiva, curativa y paliativa a migrantes irregulares.</p>
<p>Convención contra la Tortura (UNCAT, art. 3)</p>	<p>Protege implícitamente condiciones de salud dignas.</p>	<p>Se centra en la integridad física y mental.</p>	<p>Prohíbe expulsar a una persona si corre riesgo de tratos inhumanos, lo que indirectamente protege la atención médica urgente.</p>

El análisis comparado evidencia un consenso internacional progresivo en torno a la universalidad del derecho a la salud. La mayoría de los instrumentos revisados coinciden en que el acceso a los servicios sanitarios no puede condicionarse al estatus migratorio, pues ello constituiría un acto de discriminación contrario a las obligaciones internacionales de derechos humanos de los cuales República Dominicana es signatario.

Condicionar el acceso a la salud al estatus migratorio no solo representa una violación del principio de igualdad y no discriminación, sino que también

compromete el deber estatal de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Los Estados, por tanto, están llamados a adoptar medidas inclusivas y culturalmente adecuadas que aseguren atención médica integral a todas las personas migrantes, independientemente de su situación migratoria.

1.3. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE MUJERES MIGRANTES EN REPÚBLICA DOMINICANA

En la República Dominicana, el acceso a los servicios de salud para mujeres migrantes, particularmente de nacionalidad haitiana, se desarrolla en un marco legal limitado, una institucionalidad restrictiva y un contexto social permeado por la discriminación y la exclusión. Diversos estudios han documentado que las políticas migratorias dominicanas han tendido a restringir el acceso de las personas en situación irregular a los servicios básicos, incluidos los de salud, generando así brechas estructurales que afectan especialmente a las mujeres. Además, la falta de documentación, la xenofobia y la debilidad institucional en la implementación de políticas inclusivas dificultan la atención médica oportuna y de calidad para esta población (CELADE, 2019; OIM, 2021; Martínez, 2020; CNDH-RD, 2022). Aunque la Constitución dominicana reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental (Art. 61), en la práctica, su cumplimiento para las personas migrantes sin estatus regular es incierto. La Ley General de Salud (No. 42-01) establece que los extranjeros podrán acceder a servicios de salud conforme a las disposiciones legales, convenios internacionales y acuerdos bilaterales, dejando vacíos interpretativos que permiten su exclusión de los programas de salud pública (Morales & Rodríguez, 2022).

Estudio como el Perfil migratorio de la Republica Dominica, OIM (2021) ha documentado que estas mujeres acceden con mayor frecuencia a servicios de emergencia, gineco-obstétricos o vacunación, mientras que su acceso a servicios preventivos, atención primaria, planificación familiar o seguimiento de enfermedades crónicas es limitado. Esto produce una atención fragmentada y reactiva, que no responde adecuadamente a sus necesidades de salud integral ni a sus derechos reproductivos y sexuales.

La Ley General de Salud No. 42-01 reconoce el derecho a la salud como un derecho universal, aplicable a todas las personas sin distinción de nacionalidad o

estatus migratorio. Si bien el artículo 27 condiciona la garantía del derecho a la salud para extranjeros sin residencia legal a lo dispuesto por otras leyes, convenios internacionales y acuerdos bilaterales, el artículo 28 establece un amplio catálogo de derechos en materia de salud, del cual son titulares todas las personas, lo que incluye expresamente a los extranjeros en situación migratoria irregular (República Dominicana, 2001).

Este marco legal se alinea con los principios establecidos en instrumentos internacionales ratificados por el país, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que en su artículo 12 reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por nacionalidad o estatus migratorio (Naciones Unidas, 1966).

El reconocimiento de estos derechos adquiere mayor relevancia cuando se trata de grupos prioritarios, dentro de los cuales la misma ley otorga especial protección a las mujeres embarazadas. El artículo 30 dispone que, para fines de salud y condiciones de vida, se consideran grupos prioritarios las personas en situación de pobreza, y se debe dar prioridad a las mujeres, en particular a las mujeres en estado de embarazo (República Dominicana, 2001).

Por tanto, desde una interpretación sistémica y pro-persona, el ordenamiento jurídico dominicano obliga a garantizar a todas las mujeres, incluidas las migrantes en condición irregular, el acceso a los servicios de salud en su sentido más amplio, que trasciende la atención materna y reproductiva para incluir la salud física, mental y social. Según Vásquez y García (2019), la salud debe entenderse como un derecho integral que considera las condiciones sociales, económicas y culturales que afectan la calidad de vida de las personas, especialmente en contextos de vulnerabilidad. La salud materna y reproductiva adquiere una especial relevancia, constituyendo un área prioritaria de intervención y protección. Negar este acceso supondría no solo una violación a la Constitución dominicana, que en su artículo 61 consagra la salud como un derecho fundamental, sino también a los compromisos internacionales en materia de derechos humanos asumidos por el país (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2021).

En consecuencia, las disposiciones de la Ley General de Salud (42-01) constituyen un marco jurídico habilitante para la atención universal, especialmente en casos de maternidad, y sirven de sustento para exigir políticas públicas que prioricen la atención prenatal y obstétrica de mujeres migrantes, independientemente de su estatus migratorio.

A esta problemática se suma la exclusión de las mujeres migrantes en el sistema de seguridad social dominicano. Debido a su alta concentración en empleos informales, precarios y no regulados principalmente en el servicio doméstico, el comercio ambulante y la agricultura la mayoría de estas mujeres carece de afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS), lo que las deja fuera de los mecanismos de protección y cobertura establecidos por la Ley 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social (INM, 2019; OIM, 2021). Esta exclusión implica que muchas deben cubrir de su propio bolsillo los costos de consultas, exámenes, medicamentos e insumos médicos, o bien recurrir a organizaciones benéficas o no gubernamentales que suplen parcialmente estas carencias. Esta situación no solo representa una carga económica insostenible, sino que también limita la continuidad del cuidado médico, especialmente en etapas críticas como el embarazo, el parto y el puerperio, cuando la atención oportuna y sostenida es vital para la salud materna e infantil (OIM & OPS, 2019; ONU Mujeres, 2020; Martínez & Vásquez, 2021; UNICEF, 2022).

Si bien es cierto que el sistema público de salud, bajo el principio constitucional del derecho universal a la salud (artículo 61 de la Constitución dominicana), ofrece atención médica a toda persona sin distinción de nacionalidad o estatus migratorio, en la práctica este acceso se encuentra mediado por restricciones administrativas, falta de información, estigmatización y barreras lingüísticas. Además, en casos que requieren procedimientos especializados o intervenciones quirúrgicas, las limitaciones se agudizan por la exigencia de documentación válida, la disponibilidad de recursos o la discrecionalidad de los

centros de salud (OPS & OIM, 2019; Amnistía Internacional, 2021; ONU Mujeres, 2020). Por tanto, aunque el marco legal contempla un acceso inclusivo, la realidad experimentada por las mujeres migrantes evidencia una brecha entre la norma y su aplicación efectiva, lo que perpetúa condiciones de desigualdad estructural y vulnerabilidad sanitaria. Esta tensión entre el principio universal del derecho a la salud y las prácticas institucionales restrictivas refuerza la necesidad de revisar e integrar políticas públicas sensibles al género, la condición migratoria y las desigualdades sociales (OIM & OPS, 2019; ONU Mujeres, 2020; CEPAL, 2021; Defensor del Pueblo RD, 2022).

1.3.1. Intervenciones de mejora y apoyo integral de ONG, ante las brechas de acceso a la salud

Ante las persistentes brechas de acceso a la salud en la Región Enriquillo, estudio como (*Community health needs assessment and action planning in seven Dominican bateyes” 2016*) evaluó la labor de una ONG junto con investigadores universitarios y miembros comunitarios, para identificar necesidades de salud y planificar intervenciones en siete «bateyes» dominicanos donde viven migrantes haitianos o de origen haitiano desarrollando intervenciones orientadas a brindar apoyo integral a la población más vulnerable, especialmente mujeres migrantes. Estas acciones, que combinan asistencia médica, educación sanitaria y acompañamiento comunitario, buscan complementar los esfuerzos estatales y responder a las necesidades específicas detectadas en el territorio.

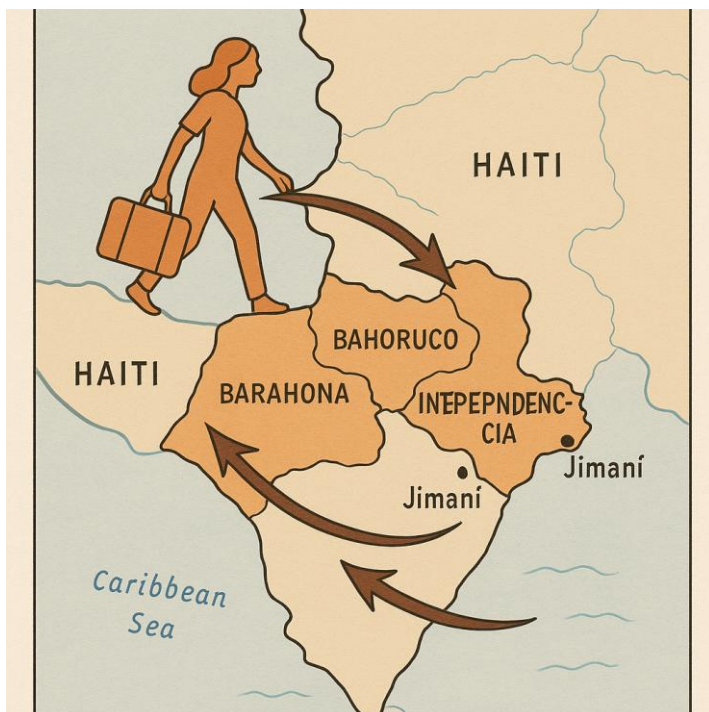
Esquema comparativo de organizaciones que intervienen en el acceso a servicio de salud y el fortalecimiento de los derechos de las personas migrantes.

Organización	Tipo de intervención	Enfoque / Beneficiarias	Área geográfica
OIM	Promoción de salud, atención rutas migratorias	Servicios preventivos/curativos para mujeres, jóvenes, migrantes en general	Corredores fronterizos y rutas migratorias
MUDHA (en alianza)	kits alimentación e higiene	Mujeres embarazadas e infantes en comunidades agrícolas	Bateyes y zonas rurales de Enriquillo
UNFPA	clínicas SRH móviles, kits dignidad, atención GBV	Mujeres embarazadas, lactantes, víctimas de violencia	Zonas fronterizas RD–Haití (Pedernales, Dajabón.

En definitiva, el presente esquema comparativo de las intervenciones implementadas por ONG y organismos internacionales en la Región Enriquillo evidencia que, si bien estas acciones han contribuido significativamente a reducir algunas brechas de acceso a la salud, su alcance sigue siendo limitado frente a la magnitud de las necesidades existentes. La focalización en grupos vulnerables, particularmente mujeres migrantes, ha permitido visibilizar problemáticas como la falta de cobertura sanitaria, la dificultad en atención a la salud y la inexistencia de protocolos diferenciados para esta población. Sin embargo, la sostenibilidad de los logros alcanzados depende en gran medida de la articulación efectiva con las políticas públicas nacionales y locales, así como de la incorporación de un enfoque

de género y derechos humanos en las estrategias estatales. En este sentido, los hallazgos reafirman los objetivos de la presente investigación, al mostrar que la población migrante haitiana femenina demanda respuestas integrales y coordinadas que trasciendan la asistencia puntual y fortalezcan los sistemas de salud como garantía universal.

1.4. CONTEXTO MIGRATORIO EN LA REGIÓN ENRIQUILLO



La Región Enriquillo, compuesta por cuatro provincias, presenta condiciones sociales y demográficas críticas, situándose con el Índice de Desarrollo Humano más bajo del país (0.246 frente a un promedio nacional de 0.513) y altos niveles de analfabetismo en mujeres migrantes haitianas de 15 años y más, que alcanzan el 27 % en Bahoruco y el 23.7 % en Independencia (Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes, 2017; Diario Libre, 2024). Solo en 2024, las provincias fronterizas registraron 4 222 partos, de los cuales 2 728 (65 %) correspondieron a madres haitianas, superando ampliamente a las dominicanas. En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, se contabilizaron 968 nacimientos, con predominio de madres de origen haitiano (64 %), destacando Pedernales con 168 y 131 casos, respectivamente.

Interpretación y relevancia para la investigación:

Estas mujeres enfrentan condiciones particulares de vulnerabilidad: muchas no poseen documentación migratoria, tienen bajo nivel educativo, y acceden con dificultad a servicios básicos como salud, educación y justicia, siendo el sistema de salud uno de los espacios donde más se visibiliza su exclusión (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2021).

Estas condiciones evidencian cómo la situación migratoria irregular, combinada con la desigualdad estructural, profundiza la exclusión social de las mujeres haitianas, limitando su ejercicio de derechos fundamentales y acentuando su vulnerabilidad, especialmente en el acceso a la salud.

Para comprender en profundidad el contexto en el que se desarrolla esta vulnerabilidad, es necesario caracterizar la Región Enriquillo, una de las zonas con mayores flujos migratorios desde Haití hacia la República Dominicana. Esta región fronteriza presenta altos niveles de pobreza, bajo desarrollo humano y limitados servicios públicos, lo que agrava las condiciones de vida tanto de la población local como de las personas migrantes que se asientan en ella, especialmente las mujeres (OIM-2021). A continuación, se detallan sus principales características sociales, económicas y demográficas.

1.4.1. Caracterización general de la Región Enriquillo.

La Región Enriquillo está ubicada en la parte suroeste de la República Dominicana, formada por las provincias Barahona, Pedernales, Independencia y Bahoruco. La superficie que ocupan estas cuatro provincias es de 6,961.43 km².

Se encuentra enclavada en la Sierra de Bahoruco, limitada por el Mar Caribe y la República de Haití. Sus límites son: Al Norte: Provincia de San Juan de la Maguana, Al Sur: El Mar Caribe, Al Este: La Provincia de Azua, Al Oeste: La República De Haití.

La región cuenta con valles fértiles (como el Valle de Neiba y el Valle de Enriquillo) y suelos aptos para cultivos permanentes y de ciclo corto. Posee diversos microclimas desde zonas semiáridas en Barahona e Independencia, aptas para el cultivo de plátano, yuca y guandules, hasta áreas más húmedas en la Sierra de Bahoruco, donde prosperan cultivos de café y aguacate (MEPyD, 2021). En esta última actividad la mano de obra de mujeres ha sido muy utilizadas en los cultivos que se producen.

Las formaciones geomórficas de esta zona presentan una extraordinaria variedad, lo que le confiere características especiales en la geografía nacional. Se destacan las siguientes formaciones: tres cadenas de montañas (Sierra de Bahoruco, Sierra de Neiba y Sierra de Martín García), el Valle de Neiba y el Procurrente de Barahona, en el cual se localizan el Bahoruco Oriental y algunas llanuras costeras (Juancho, Oviedo y Pedernales) Oficina Nacional de Estadística (ONE-2022).

Demografía

La densidad poblacional es baja: por ejemplo, la región Enriquillo registró aproximadamente 52.4 habitantes por km² en datos comparativos nacionales.

La tasa de crecimiento poblacional para el periodo analizado fue de aproximadamente 13.1 % para la región Enriquillo.

En cuanto a niveles educativos, la población mayor de 25 años en la región tiene un promedio de educación de alrededor de 10.1 años, por debajo del promedio nacional (~10.9 años) según informe oficial.

En materia de ocupación económica, la región tiene una tasa de empleo algo inferior al promedio nacional y una tasa de desempleo ampliada de alrededor de 11.8 % en el periodo más reciente para la región.

Condición socioeconómica

Esta región presenta altos índices de pobreza: por ejemplo, en 2021 la incidencia de la pobreza era de aproximadamente 43.9 % para la región Enriquillo, una de las más elevadas del país.

En la provincia de Independencia, parte de la región, se registra una pobreza extrema estimada del 23.7 % de la población.

El índice de desarrollo humano de la región se reporta como el más bajo del país, con valores que se aproximan a la mitad de la media nacional.

En términos económicos, el estudio “Aproximando el PIB a nivel regional” señala que la región Enriquillo tiene la menor contribución al PIB nacional y el menor PIB per cápita entre las regiones dominicanas.

Basado en fuentes como estudios de la OIM, el CESFRONT, el Instituto Nacional de Migración (INM RD), FLACSO, Wooding & Ramírez, y organizaciones locales que trabajan con migrante he elaborado el presente esquema.

Cuadro sobre el perfil socioeconómico de la población migrante de la Región Enriquillo.

Dimensión	Características principales	Fuentes
Demográfica	Predominio de población joven en edad productiva (18-40 años). - Aumento progresivo de la participación femenina, evidenciando la feminización de la migración. Migración predominantemente irregular.	OIM (2021); Ricourt (2019)
Ocupacional	Inserción laboral mayoritaria en actividades agrícolas (banano, plátano, café, caña de azúcar). Mujeres principalmente empleadas en trabajos domésticos, comercio informal y labores agrícolas temporales. - Condiciones laborales	OIM (2021); Wooding & Moseley-Williams (2004)

	precarias, sin contratos ni seguridad social.	
Educativa	Bajo nivel educativo: la mayoría con primaria incompleta o sin escolarización formal. Limitaciones en el aprendizaje del español, lo que repercute en la integración y acceso a servicios.	CEPAL (2019); OPS (2020)
Ingreso y condiciones económicas	Bajos ingresos, concentrados en la economía informal. Alta dependencia de redes familiares o comunitarias para subsistir. Vulnerabilidad ante explotación laboral.	PNUD (2020); OIM (2021)
Condiciones de vida	Viviendas improvisadas o en barrios marginales, muchas veces sin acceso a agua potable ni saneamiento. Alta densidad habitacional y condiciones insalubres, aumentando riesgos para la salud.	OPS (2020); MEPyD (2021)

Acceso a servicios de salud	Acceso limitado por: a) Falta de documentos legales. b) Barreras culturales y lingüísticas. c) Discriminación institucional. Uso restringido de servicios materno-infantiles y de planificación familiar.	OPS (2020); OIM (2021)
Redes sociales y migratorias.	Dependencia de redes familiares y comunitarias para empleo, vivienda y cuidados. Las mujeres suelen migrar siguiendo cadenas migratorias femeninas previas.	Ricourt (2019); Wooding & Ureña (2016).

En conjunto, las condiciones demográficas, ocupacionales, educativas y de acceso a servicios en la Región Enriquillo revelan un panorama de alta vulnerabilidad para las mujeres haitianas migrantes. Esta situación se ve agravada por elementos que comprometen tanto su bienestar como su integración social. En este contexto, las redes sociales migratorias, aunque fundamentales para la subsistencia cotidiana, no logran compensar las profundas brechas estructurales que afectan a estas mujeres. Todo ello subraya la necesidad de políticas públicas interseccionales e inclusivas que reconozcan y atiendan la realidad particular de las mujeres migrantes en esta región fronteriza del país.

1.5. **MIGRACIÓN FEMENINA HAITIANA EN LA REGIÓN ENRIQUILLO PERSPECTIVAS SOCIOECONÓMICAS Y DERECHO A LA SALUD**

En la Región Enriquillo, la migración femenina haitiana refleja cómo el género, la nacionalidad y la raza se combinan para generar profundas desigualdades en el acceso a derechos y servicios. Las mujeres migrantes enfrentan discriminación múltiple al intentar integrarse social y económicamente, ya que su condición de mujeres, su origen haitiano y su estatus migratorio irregular las coloca en una posición de desventaja frente a la población local. Esta triple discriminación limita su acceso a servicios de salud, educación y empleo digno, reproduciendo patrones de exclusión y marginación histórica (Schmidt Camino, 2012; UNFPA & CESDEM, 2017).

El derecho a la salud, reconocido en instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y en la Constitución dominicana (artículo 61), establece que toda persona debe tener acceso a servicios de salud sin discriminación y aunque la Ley General de Salud No. 42-01 y su reglamento dispone atención universal, en la práctica en las cuatro provincias se identifican barreras administrativas similares: La exigencia de documentos de identidad o de afiliación al Seguro Familiar de Salud constituye una barrera estructural que excluye de manera particular a las mujeres migrantes en situación irregular, limitando su acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud en la República Dominicana (OPS, 2019). Las barreras culturales y lingüísticas son más agudas en áreas rurales de Bahoruco, Independencia y Pedernales, donde el español es menos dominante y la comunicación se dificulta en centros de salud (Peralta, 2020).

A las restricciones legales se suman barreras culturales y lingüísticas, pues muchas mujeres solo hablan créole, lo que dificulta la comprensión de diagnósticos y la adherencia a tratamientos. En áreas rurales de Bahoruco e Independencia, donde la infraestructura sanitaria es limitada, el acceso a hospitales o centros

especializados implica largos desplazamientos y costos de transporte que las migrantes no pueden cubrir (Peralta, 2020).

Estas condiciones repercuten directamente en situaciones como la salud materna e infantil. Las mujeres haitianas presentan mayores riesgos de complicaciones obstétricas, partos domiciliarios sin asistencia médica y casos de anemia no tratada tal como se analiza en el capítulo sobre los resultados de las entrevistas en la que este tipo de servicio es determinante para identificar brecha de acceso a los servicios sanitarios. Un informe denominado Orientación sobre migración y salud de la OPS(2019) destaca que las mujeres migrantes en contextos fronterizos presentan tasas más altas de morbilidad materna en comparación con la población local, producto de un acceso tardío o nulo a controles prenatales.

En este aspecto es importante presentar esta opinión en la que una participante compartió la siguiente experiencia de servicio, analizado en el capítulo posterior correspondiente a los resultados.

“La ultima vez que fui al chequeo médico para tomar la vacuna de embarazo me pidieron documento y en ese momento no andaba con mi acta de Nacimiento me dijeron que no me podían colocar la vacuna, razón por la que no regrese y esa misma semana me ataco dolor de parto y sabiendo que al salir del centro médico me podrían detener y deportar, preferí dar a luz en la casa con ayuda de una vecina”.

1.6. DESAFÍOS EN EL ACCESO A SALUD DE MUJERES MIGRANTES EN LA REGIÓN ENRIQUILLO

El Servicio Regional de Salud Enriquillo es una organización estatal o pública articulada en forma de red por niveles de complejidad, que ofrece servicios de salud de alta calidad para atención a las personas, mejorando así los indicadores de salud. Este comprende las provincias de Barahona, Independencia, Pedernales y Bahoruco, proveyendo en toda esta extensión los servicios de salud de atención a las personas a través de convenios con la estructura de la red y de contratos con otros prestadores en el sentido y prioridad que ordena el Reglamento de Redes Públicas. Su misión es Contribuir significativamente a la mejora de todos los indicadores de salud, directa e indirectamente relacionadas con la prestación de servicios de salud a las personas con los recursos que se les asignen, Servicio Nacional de Salud Regional (SNS) (Servicio Nacional de Salud, 2023).

La situación actual del sistema de salud en la Región Enriquillo enfrenta serias deficiencias en su sistema de salud público, reflejadas en bajos indicadores de desarrollo humano y acceso limitado a servicios sanitarios. Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), esta región presenta el Índice de Desarrollo Humano más bajo del país (0.246), junto con altas tasas de embarazo adolescente y analfabetismo, lo que agrava su vulnerabilidad social y sanitaria. Aunque la red pública está estructurada en 15 hospitales (incluyendo un hospital regional de tercer nivel, 4 provinciales y 10 municipales), 113 centros de primer nivel y 140 Unidades de Atención Primaria (UNAP), su capacidad operativa está limitada por una escasez de personal médico, muy por debajo del estándar mínimo de la OMS. Recientemente, el Servicio Nacional de Salud (SNS) ha impulsado una transformación en la región con remozamientos, construcción y equipamiento de más de 100 centros de primer nivel y varios hospitales, lo que ha reducido la necesidad de traslados médicos en un 69% y mejorado notablemente la infraestructura local, Ministerio de Salud Pública (MSP-2024).

Existen 68 Centros de Primer Nivel (CPN) operativos, con cobertura de atención primaria fortalecida. Se ha reducido un 69 % el número de traslados interprovinciales por falta de atención local. Se han implementado programas como HEARTS para enfermedades crónicas y campañas contra el dengue, con el apoyo de organismos internacionales.

Persisten desafíos como la falta de personal especializado en zonas rurales, cobertura limitada en salud mental y desigualdad en el acceso en comunidades remotas. (OIM-2021)

1.6.2. Nuevas medidas del plan migratorio en centros de salud:

Desde abril de 2025, el gobierno dominicano ha implementado un nuevo protocolo migratorio en 33 hospitales públicos, el cual exige la verificación del estatus migratorio de los pacientes al momento de su ingreso. Esta medida requiere la presentación de documentación válida, una carta de trabajo o un comprobante de domicilio; en caso de no contar con estos requisitos, se permite únicamente la atención médica de emergencia, seguida de la notificación a la Dirección General de Migración. Además, se han documentado detenciones de mujeres embarazadas en centros de salud por estatus migratorio irregular, así como el cobro adicional de insumos médicos a pacientes extranjeros, con exenciones limitadas para casos considerados vulnerables. Según datos del Servicio Nacional de Salud y reportes de medios nacionales, estas medidas han provocado una disminución del 80 al 90 % en las consultas de mujeres haitianas en hospitales del Gran Santo Domingo, una tendencia que también se ha observado en la Región Enriquillo (Diario Libre, 2025; El País, 2025). El temor a la deportación ha generado el abandono de controles prenatales, tratamientos médicos y asistencia en casos de emergencia, lo que incrementa los riesgos de mortalidad materna e infantil. Diversas organizaciones de derechos humanos, así como el Colegio Médico Dominicano, han expresado su preocupación por estas políticas, señalando que vulneran el derecho universal a la salud y podrían tener efectos catastróficos en la salud pública, especialmente entre

las poblaciones migrantes más vulnerables (Amnistía Internacional, 2025; Hoy Digital, 2025).

Perspectivas para la Región Enriquillo:

La aplicación del protocolo migratorio podría incrementar los casos de abandono médico por temor a deportaciones, lo que hace necesario garantizar el acceso a la salud sin discriminación, especialmente para mujeres embarazadas y niños. Se recomienda implementar mecanismos confidenciales de atención, fortalecer el enfoque intercultural y evaluar de manera continua el impacto de estas medidas en indicadores de salud pública como la mortalidad materna. Aunque la región ha mejorado su infraestructura sanitaria, las nuevas disposiciones migratorias generan riesgos de exclusión para una población ya vulnerable, por lo que lograr un equilibrio entre control migratorio y respeto al derecho universal a la salud será esencial para proteger la vida y dignidad de las mujeres migrantes haitianas (Amnistía Internacional, 2025).

Repercusiones en la salud de las mujeres migrantes:

Las medidas adoptadas limitan o impiden el acceso a servicios médicos, en especial a la atención preventiva y maternal, contraviniendo el principio de universalidad establecido en la Constitución dominicana y en acuerdos internacionales. Esto no solo agrava las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres migrantes, sino que también compromete la capacidad del sistema de salud para garantizar una cobertura efectiva y equitativa en la Región Enriquillo.

Se han documentado múltiples casos de violaciones y abusos sexuales cometidos por agentes migratorios dominicanos contra mujeres haitianas, como una forma de coerción para evitar la deportación. Estos hechos no solo constituyen graves violaciones a los derechos humanos, sino que también generan un profundo temor en las mujeres migrantes a acudir a centros de salud o cualquier institución estatal, por miedo a ser agredidas, detenidas o expulsadas del país. Esta situación no es aislada ni excepcional, sino que responde a una lógica de terror estructural

que utiliza el cuerpo de las mujeres como un territorio de control, castigo y sometimiento, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad como el de las migrantes haitianas.

Informes periodísticos recientes han revelado testimonios directos de mujeres que fueron víctimas de violencia sexual en operativos migratorios realizados en zonas turísticas como Punta Cana, así como en redadas llevadas a cabo cerca de hospitales públicos, en el marco de los nuevos protocolos de seguridad migratoria (El País, 2025). A su vez, Amnistía Internacional (2025) ha denunciado la existencia de un patrón sistemático de maltrato, violencia institucional y discriminación contra mujeres migrantes, lo cual representa una forma de violencia de género ejercida desde el aparato estatal.

En consecuencia, se configura un escenario de exclusión estructural en el que la violencia sexual se entrelaza con la política migratoria, y donde el miedo se convierte en un mecanismo de control, Delgado, A. (2025, mayo 19).

A partir del impacto que han generado los nuevos protocolos de seguridad migratoria en la República Dominicana, se evidencia un ensanchamiento de la brecha en el acceso a los servicios de salud en los diferentes centros de salud del país para las mujeres migrantes, especialmente aquellas de nacionalidad haitiana. Estas medidas han reforzado prácticas restrictivas en la atención sanitaria, limitando la cobertura y generando temor entre las personas en situación migratoria irregular. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2022) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2021), las políticas migratorias más estrictas implementadas en los últimos años han incrementado las dificultades de acceso a los servicios básicos, particularmente en salud sexual, reproductiva y materna, afectando de manera desproporcionada a las mujeres haitianas en las regiones fronterizas.

Estas medidas han tenido efectos directos en la atención prenatal, de emergencias y en el seguimiento clínico de las mujeres migrantes, debido al temor a ser detenidas o deportadas tras recibir atención médica. Este clima de inseguridad desalienta la búsqueda oportuna de servicios de salud, lo que incrementa los riesgos maternos y perinatales. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2022), muchas mujeres haitianas en República Dominicana evitan acudir a los centros de salud por miedo a ser reportadas a las autoridades migratorias, situación que se agrava en comunidades fronterizas y zonas rurales. De manera similar, el Observatorio de Migración y Salud en el Caribe (OBMICA, 2020) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2021) destacan que el endurecimiento de los controles migratorios ha limitado el acceso a servicios esenciales, especialmente en casos de embarazo, parto y emergencias médicas.

En este contexto, resulta pertinente presentar un análisis comparativo que permita dimensionar cómo estos protocolos afectan de manera diferenciada a las mujeres migrantes, especialmente en la Región Enriquillo. Según Amnistía Internacional (2025), muchas de ellas reportan haber sido víctimas de maltrato, negación de servicios e incluso de violencia institucional como forma de coerción para evitar la deportación. De igual modo, una investigación del periódico *Diario Libre* (2025) reveló que en varios centros del Servicio Nacional de Salud (SNS) se están aplicando requisitos administrativos restrictivos, como la exigencia de documentos migratorios válidos, lo que limita significativamente el acceso oportuno y seguro a servicios médicos esenciales.

CAPITULO II – APROXIMACION A LAS MUJERES HAITIANAS EN LA REGION ENRIQUILLO

2.1. Enfoque y propósito de la investigación

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, lo que permitió comprender en profundidad las vivencias, percepciones y barreras que enfrentan las mujeres haitianas migrantes en su acceso a los servicios de salud en la Región Enriquillo de la República Dominicana. La aproximación adoptada no busca únicamente recopilar información, sino interpretar realidades, identificar dinámicas de exclusión y rescatar la voz de las protagonistas, situándolas en su contexto social, cultural y económico.

El estudio se enmarca en el objetivo general de analizar los factores que inciden, limitan o favorecen el acceso a los servicios de salud de estas mujeres, así como las estrategias alternativas que utilizan para obtener atención médica. Para ello, se plantearon tres objetivos específicos:

1. Identificar las principales barreras sociales, legales, culturales y económicas que enfrentan las mujeres migrantes haitianas en la región enriquillo.
2. Proponer recomendaciones con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad.
3. Explorar las experiencias y percepciones sobre la atención recibida en los centros de salud.

La pregunta de investigación que orienta el trabajo es:

¿De qué manera los factores sociales, legales, culturales y económicos inciden en el acceso a servicio de salud de las mujeres en las mujeres migrantes haitianas en la región Enriquillo, y como influyen sus experiencias, percepciones y estrategias para obtener atención medica desde un enfoque de interculturalidad y derechos humanos?

2.2. Contexto territorial y poblacional

La Región Enriquillo, conformada por las provincias Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales, es un territorio históricamente marcado por el flujo migratorio haitiano, ligado a la producción agrícola y a la configuración de bateyes. Este contexto ha generado comunidades con características multiculturales, pero también con profundas desigualdades en el acceso a derechos básicos, como la salud.

Las localidades seleccionadas para el estudio presentan diversidad geográfica y socioeconómica, combinando zonas urbanas y rurales. La actividad agrícola (plátano, yuca, café, hortalizas, aguacate, mango y cítricos) sigue siendo central para la economía local, especialmente en las zonas fronterizas, donde predominan trabajadores migrantes. Sin embargo, la situación sanitaria y social de estas comunidades ha sido poco estudiada, lo que hace relevante esta aproximación.

La población de estudio estuvo conformada por mujeres haitianas migrantes en edad reproductiva (18 años en adelante) que residen o acuden a centros de salud públicos en estas provincias. Por razones éticas, se mantuvo la confidencialidad de las participantes.

2.3. Estrategia de aproximación y técnicas utilizadas

El trabajo de campo se realizó en junio de 2025 y estuvo a cargo de la investigadora, como parte de la Maestría en “Derecho Migratorio y Desarrollo en el Caribe”.

Se utilizó una muestra no probabilística, por conveniencia y dirigida, seleccionando casos presentes en los lugares de levantamiento de información. Se incluyó diversidad de situaciones migratorias (documentadas y no documentadas) para comprender la relación entre estatus legal y acceso a la salud.

Las técnicas empleadas fueron:

Entrevistas semiestructuradas: aplicadas a 10 mujeres haitianas migrantes, en centros de salud y en sus comunidades.

Revisión documental: análisis de informes y estudios de ONGs, registros de salud pública, normativa migratoria y otras fuentes relacionadas.

El análisis cualitativo permitió identificar patrones en las barreras enfrentadas, las estrategias de acceso y las percepciones sobre el sistema de salud. La aproximación no solo describe hechos, sino que busca comprender la experiencia vivida, integrando factores culturales, lingüísticos y estructurales.

2.4. Reflexión final sobre la aproximación adoptada

Esta aproximación metodológica responde a la necesidad de comprender el fenómeno del acceso a la salud de las mujeres haitianas migrantes más allá de indicadores numéricos, priorizando la voz de las protagonistas y el contexto en el que se desarrollan sus vidas. En lugar de limitarse a un diseño rígido y estandarizado, se optó por un proceso flexible, que permitiera capturar matices culturales, barreras invisibles y estrategias cotidianas de resistencia y cuidado.

Este enfoque reconoce que la realidad de las mujeres migrantes en la Región Enriquillo está atravesada por dinámicas sociales, históricas y políticas que no pueden analizarse únicamente desde un marco normativo o institucional. La interacción directa con las participantes, el análisis de documentos y la observación en terreno han permitido articular una mirada que integra las dimensiones estructurales y las experiencias individuales, ofreciendo un panorama más profundo y humano del problema.

De este modo, la “aproximación” se convierte no solo en una herramienta de investigación, sino en un posicionamiento ético y académico: investigar desde la cercanía, con respeto a la diversidad cultural y con el compromiso de producir conocimiento útil para el diseño de políticas públicas que garanticen el derecho a la

salud de todas las personas, sin discriminación por género, nacionalidad o estatus migratorio.

CAPITULO III – RESULTADOS Y ANALISIS

Los resultados del estudio confirman lo planteado por el modelo de Andersen (1974), según el cual el acceso a los servicios de salud depende de una combinación de factores predisponentes, facilitadores y de necesidad. En el caso de las mujeres migrantes haitianas, los factores predisponentes se relacionan con su bajo nivel socioeconómico, su condición migratoria irregular y las barreras idiomáticas; los factores facilitadores como la disponibilidad de centros de salud o redes de apoyo se ven limitados por la exigencia de documentos legales y la discriminación institucional; y, finalmente, los factores de necesidad (embarazo, enfermedades infecciosas, salud reproductiva) no siempre se traducen en atención médica efectiva debido al miedo a ser denunciadas o deportadas.

Asimismo, desde el enfoque interseccional de género, los hallazgos evidencian cómo las desigualdades se superponen y refuerzan mutuamente: ser mujer, migrante, haitiana y pobre constituye un entramado de vulnerabilidades que restringe el ejercicio pleno del derecho a la salud (Crenshaw, 1991; UNFPA, 2022). Este enfoque permite comprender que la exclusión sanitaria no es solo un problema de acceso individual, sino el resultado de estructuras sociales y políticas que reproducen la desigualdad, tal como advierten la OPS (2019) y el OBMICA (2020). En consecuencia, los testimonios recogidos en la investigación aportan evidencia empírica que da sentido y profundidad al marco teórico, demostrando que la salud de las mujeres migrantes no puede analizarse aisladamente del contexto social, económico y político en que se desarrolla su experiencia migratoria.

3.1. Perfil Sociodemográfico

El intervalo edad de las mujeres migrantes haitianas que se le aplicó el cuestionario es de 18 años en adelante.

Regiones de origen: Tomasso, La gonave, La Mot, Benet, Dalmo y Gao; estas comunidades se encuentran en la isla de La Gonâve (Zile Lagonav) de Haití, que forma el arrondissement de La Gonâve, perteneciente al departamento del Oeste. Se ubican dispersas por la isla, habitualmente en zonas rurales con acceso limitado a infraestructura. En cuanto a su condición socioeconómicas una actividad clave y ampliamente extendida en La Gonâve es la producción de carbón vegetal, resultante de la tala de leña para la cocción y su posterior venta en el Isla haitiana. Esta actividad emplea a personas de todas las edades y se realiza incluso en comunidades remotas como Tomasso, Benet o Dalmo.

Por su condición de pobreza estructural y altos niveles de precariedad económica, muchos habitantes de la Región Enriquillo se ven obligados a migrar temporalmente hacia Puerto Príncipe (Haití) o hacia zonas costeras dominicanas en busca de ingresos adicionales. La falta de formalización laboral, el acceso limitado a servicios básicos de calidad y la exposición constante a riesgos ambientales y económicos como sequías, huracanes o pérdida de medios de vida rurales acentúan la vulnerabilidad de la población local y fomentan estrategias de movilidad transfronteriza. Diversos estudios señalan que la región se caracteriza por altos índices de pobreza multidimensional y empleo informal, lo que impulsa tanto la migración interna como la circularidad fronteriza (ONE, 2018; PNUD, 2021; CEPAL, 2022).

Estatus migratorio: En cuanto a su situación migratoria tres mujeres contaban con pasaporte, además que todas contaban con documentos tales como (carnet electoral y acta de Nacimiento), dos de las participantes dijeron haber aplicado al Plan Nacional de Regularización para extranjeros (PNRE), pero actualmente tienen el carnet de permiso temporal de trabajo vencidos.

El estatus migratorio regular de las mujeres haitianas en la República Dominicana está determinado por el documento de su país de origen, al no contar con un documento válido esta situación limita de manera significativa su acceso a derechos fundamentales y las coloca en condiciones de alta vulnerabilidad social y económica, como se mencionó en el capítulo anterior.

3.2. Acceso a Servicios Médicos

Todas las aplicadas (10 de 10) indicaron haber solicitado atención médica en los últimos seis meses. Las principales razones fueron parto y embarazo (4 casos) y otros problemas de salud (6 casos), 2 de las mujeres que solicitaron servicios médicos por situaciones de maternidad dieron a luz en sus hogares por miedo a las detenciones en los centros médicos (2 casos).

Como se indicó en el capítulo anterior el acceso a la salud sexual y reproductiva aparece como acto crucial.

Una participante compartió la siguiente experiencia de servicio de salud:

“La última vez que fui al chequeo médico para tomar la vacuna de embarazo me pidieron documento y en ese momento no andaba con mi acta de Nacimiento me dijeron que no me podían colocar la vacuna, razón por la que no regrese y esa misma semana me atacó dolor de parto y sabiendo que al salir del centro médico me podrían detener y deportar, preferí dar a luz en la casa con ayuda de una vecina”.

El hecho de que todas las participantes (10 de 10) hayan solicitado servicios médicos en los últimos seis meses revela una alta demanda de atención sanitaria, especialmente en salud reproductiva y materna (4 de los 10 casos vinculados a embarazo y parto). Sin embargo, los mecanismos de exclusión institucional se manifiestan de manera clara: 2 de estas mujeres optaron por dar a luz en sus

hogares, no por elección personal sino por miedo a ser detenidas y deportadas en centros médicos.

El testimonio presentado ilustra cómo los requisitos documentales actúan como una barrera indirecta pero efectiva para el acceso a servicios básicos de salud, en contravención a los principios de universalidad establecidos en normativas nacionales e internacionales de derechos humanos. La negativa a administrar una vacuna prenatal por no portar el acta de nacimiento expone la discriminación estructural hacia las mujeres migrantes haitianas, quienes se enfrentan no solo a la falta de regularización migratoria, sino también a prácticas institucionales que reproducen exclusión y miedo.

Este temor a la deportación condiciona decisiones críticas para la salud materna y neonatal, como la de parir en condiciones no institucionales y sin asistencia médica profesional, lo que incrementa los riesgos obstétricos y compromete la salud de la madre y del recién nacido. Este tipo de situaciones forma parte de un circuito de vulnerabilidad interseccional, donde el género, la raza y el estatus migratorio se combinan para perpetuar la marginalización de las mujeres haitianas en la República Dominicana.

En síntesis, los hallazgos revelan no solo brechas en el acceso efectivo a la salud, sino también el impacto psicológico y social del miedo a la detención, lo que obliga a estas mujeres a estrategias de autoprotección que ponen en riesgo su vida y la de sus hijos.

3.3. Trato Recibido

Las 10 mujeres reportaron haber recibido un trato amable por parte del personal de salud, no sintieron rechazo ni malos tratos por partes del personal que las asistió.

El hecho de que las 10 mujeres encuestadas reportaran haber recibido un trato amable y sin manifestaciones de rechazo por parte del personal de salud es un hallazgo relevante, pues indica que, al menos en la interacción directa entre paciente y proveedor, no se perciben actitudes abiertamente discriminatorias. Sin

embargo, las actitudes personales favorables del personal de salud no logran contrarrestar los efectos de las políticas institucionales restrictivas, que condicionan la atención a la presentación de documentos y generan temor en las usuarias.

Asimismo, debe considerarse el contexto de poder y vulnerabilidad en el que se encuentran estas mujeres al responder el cuestionario. Es posible que su percepción positiva esté influenciada por una actitud de cautela o deseo de no generar conflictos con el sistema de salud del que, en última instancia, dependen para futuras atenciones. De ahí que, si bien este resultado es indicativo de relaciones interpersonales respetuosas, no necesariamente refleja la experiencia integral de acceso al sistema sanitario, que sigue siendo limitada para la población migrante en situación irregular.

3.4. Acceso a Seguro Médico

Solo una de las encuestadas cuenta con seguro médico; ya que su marido trabaja en la empresa azucarera central de Barahona y por medio de este pudo acceder al seguro ARS FUTURO. Las otras nueve no poseen ninguna cobertura de salud.

Cuadro comparativo analizando los resultados y sus implicaciones:

Hallazgo	Implicaciones para la salud y los derechos humanos
Solo 1 de las 10 mujeres cuenta con seguro médico, obtenido a través del trabajo formal de su esposo en la empresa azucarera central de Barahona (ARS FUTURO).	Evidencia de dependencia económica y de género, ya que el acceso a protección social está mediado por el vínculo conyugal y no por derechos individuales. - Refuerza la idea de que las mujeres migrantes quedan excluidas de la formalidad laboral y, por ende, de mecanismos de seguridad social.

<p>Las otras 9 mujeres no poseen ninguna cobertura de salud.</p>	<p>Las coloca en alta vulnerabilidad frente a emergencias médicas, especialmente durante embarazos y partos, aumentando riesgos de mortalidad materna y neonatal. - Genera estrategias de autoprotección riesgosas, como partos en casa sin asistencia médica profesional. - Reproduce exclusión estructural, pues sin seguro se restringe su acceso a servicios especializados o continuos.</p>
<p>El acceso al seguro está condicionado por la inserción laboral formal, casi inexistente para mujeres migrantes.</p>	<p>Refleja un sistema de salud inequitativo, que no garantiza atención universal para poblaciones en situación de vulnerabilidad, contraviniendo principios de derechos humanos y compromisos internacionales. - Profundiza la discriminación interseccional (mujer–migrante–pobre), invisibilizando a estas mujeres como sujetas de derechos.</p>

3.5. Conocimiento de Derechos como Pacientes

Todas las mujeres (10 de 10) coincidieron e indicaron desconocer sus derechos como pacientes migrantes en República Dominicana.

El desconocimiento generalizado de sus derechos como pacientes por parte de todas las mujeres encuestadas evidencia una significativa brecha informativa y educativa para la población migrante haitiana en República Dominicana. Esta falta

de conocimiento limita su capacidad para exigir un trato digno y adecuado dentro del sistema de salud, incrementando su vulnerabilidad frente a prácticas discriminatorias o excluyentes. Además, la ausencia de información sobre sus derechos dificulta el acceso efectivo a servicios básicos y puede contribuir a la reproducción de situaciones de inequidad y abuso en contextos médicos.

3.6. Frecuencia de Visitas Médicas

De las 10 mujeres, 6 mujeres acuden solo cuando están enfermas, aunque al momento del cuestionario afirmaron que antes la situación de detención en los centros de salud prefiere no ir, 3 van mensualmente, y una (1) evita acudir por miedo a ser detenida y prefiere utilizar remedio casero en casa en caso de alguna situación de salud.

En este contexto una de las mujeres expreso:

Tengo 5 niñas y dos de ellas en estos días tenían fiebres y gripe; pero al escuchar que detienen a las mujeres adjuntos a los hijos y las deportan desde que salen de la consulta, por miedo que las otras tres se queden sola, he decidido recurrir a hojas de guanábana y de naranja para hacer Te y darle para que se le quite la fiebre para no tener que llevarlas a un centro de atención. Volver a Haití en estos momentos para mi es lo peor que me puede pasar.

Este patrón refleja cómo el temor a la detención y deportación en los centros de salud limita el acceso oportuno y preventivo a servicios médicos, lo que afecta negativamente la salud individual y familiar.

El testimonio aportado profundiza esta realidad desde una perspectiva humanizada: una madre con cinco hijas opta por remedios caseros como infusiones de hojas de guanábana y naranja para tratar enfermedades comunes como fiebre o gripe, con el fin de evitar la exposición al riesgo de detención y posible separación familiar. Esta decisión, aunque pragmática, evidencia la grave vulnerabilidad que

implica la irregularidad migratoria, la desprotección social y el miedo constante que condicionan las prácticas de cuidado en la comunidad.

La frecuencia irregular y condicionada de visitas médicas y el uso de remedios caseros reflejan no solo barreras prácticas para la atención, sino también el impacto profundo del contexto migratorio irregular en las decisiones cotidianas de cuidado y protección familiar.

3.7. Acceso a Información en su Idioma

De las 10 entrevistadas, 7 recibieron atención solo en español; 2 contaron con traductores y una (1) fue acompañada por una persona que tradujo la información. En este contexto las participantes afirmaron que tienen que salir del centro para encontrar alguien que le explique en español sobre los medicamentos o procedimientos que le indican.

Este resultado evidencia que la barrera idiomática sigue siendo un obstáculo para el acceso a una atención médica de calidad como se mencionó en la parte anterior. La necesidad de salir del centro de salud para buscar a alguien que explique los medicamentos o procedimientos revela una deficiencia institucional en la provisión de servicios cultural y lingüísticamente adaptados para la población migrante haitiana.

Esta situación puede generar malentendidos en el tratamiento médico, incumplimiento en la toma adecuada de medicamentos y riesgos para la salud de las pacientes y sus hijos. Además, refleja una falta de enfoque intercultural en el sistema sanitario, que no considera la realidad lingüística de una población migrante mayoritaria como la haitiana, lo que perpetúa la exclusión y vulnerabilidad de estas mujeres.

3.8. Sugerencias de las Participantes para mejorar el servicio de acceso a la salud en la Región.

Otorgar permisos de residencia temporal de manera que también sea útil para acudir a los centros de salud para evitar detenciones.

Priorizar a mujeres embarazadas y establecer una resolución que las protejas en los centros de salud.

Que tomen en cuenta los documentos de su país de nacionalidad a la hora de ser atendida (Acta de nacimiento, cedula electoral), ya que siempre piden pasaportes.

Que tengan una persona en emergencia que hable Creole o Frances.

En este sentido, las participantes destacaron la necesidad de políticas públicas más inclusivas, que garanticen atención médica sin discriminación por nacionalidad o estatus migratorio, así como la implementación de programas de salud comunitaria con enfoque intercultural y de género. Estos hallazgos se relacionan con lo planteado en el modelo de Andersen (1974), al mostrar que el acceso a los servicios de salud depende no solo de la oferta disponible, sino también de los factores facilitadores institucionales y del contexto social que condiciona las decisiones de búsqueda de atención médica. De este modo, las voces de las mujeres entrevistadas aportan evidencia empírica valiosa para comprender las limitaciones estructurales y simbólicas que perpetúan la exclusión sanitaria en contextos migratorios fronterizos.

La petición de contar con personal que hable creole o francés en las áreas de emergencia subraya la ausencia de un enfoque intercultural en el sistema sanitario, indispensable para garantizar diagnósticos adecuados y seguimiento correcto de tratamientos en una población cuya lengua materna no es el español. En conjunto, estas sugerencias apuntan a la necesidad urgente de diseñar políticas públicas inclusivas, con perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos, que

reduzcan la exclusión sanitaria de la población migrante haitiana en la República Dominicana.

3.9. Estrategias para Evitar detenciones y redadas Migratorias

De las 10 mujeres 5 de ellas dicen que intentan acudir en días seguros a los centros de servicio; a decir los días que hay poco flujo de personas y los agentes migratorio no están presentes; 3 mujeres entrevistadas prefieren evitar visitar hospitales públicos municipales y acuden a las UNAP (Centros de Atención Primaria Comunitaria); 2 toman en cuenta ir acompañadas o dejar de acudir por completo debido al temor.

Una participante afirmo:

Ya me he fijado que los lunes ellos no están en el hospital que yo asisto, por esto prefiero tomar ese día para ir a consulta o hacer cualquier otro procedimiento médico. Por otro lado, siempre me hago acompañar de un vecino que hable español para poder entender lo que dicen.

El testimonio de las mujeres migrantes revela estrategias adaptativas que buscan minimizar el riesgo de detención durante la búsqueda de atención médica, evidenciando cómo el temor a las redadas migratorias condiciona su acceso a la salud. La elección de acudir en “días seguros”, como los lunes, cuando los agentes migratorios no suelen estar presentes, muestra un conocimiento empírico de los patrones de vigilancia, lo que sugiere una autoorganización basada en la observación cotidiana (Schmidt Camino, 2012). Asimismo, la preferencia por las UNAP en lugar de hospitales públicos municipales responde a la percepción de que estos centros comunitarios tienen menor visibilidad institucional y, por ende, menor riesgo de intervención migratoria.

La necesidad de acudir acompañadas de personas que hablen español o, en algunos casos, dejar de asistir por completo, refleja tanto barreras lingüísticas

como un estrés constante derivado del estatus migratorio irregular, lo que limita el ejercicio pleno del derecho a la salud.

3.10. Opinión sobre Medidas de protocolo de seguridad migratoria en los centros médicos por parte del Gobierno

Todas coinciden en que la detención en centros médicos es una experiencia dolorosa. Solicitan alternativas humanitarias, permisos de regularización de estatus y cese de detenciones en centros de salud.

El consenso expresado por las mujeres migrantes sobre la detención en centros médicos como una experiencia dolorosa refleja una percepción compartida de vulneración de derechos fundamentales.

La solicitud de permisos temporales de regularización del estatus migratorio y el cese de las detenciones en hospitales y centros de salud evidencian la necesidad de que las políticas migratorias en la República Dominicana adopten un enfoque más humanitario y alineado con los compromisos internacionales en materia de protección de poblaciones.

En este sentido, la articulación entre la política migratoria y la garantía del derecho a la salud es indispensable para reducir las barreras estructurales que enfrentan las mujeres migrantes haitianas y garantizar un acceso equitativo y libre de discriminación.

3.11. Limitaciones.

A la hora de interpretar los resultados de la investigación, hay que tener en cuenta que la misma fue diseñada como estudio exploratorio de una muestra pequeña. Por tanto, el universo de datos no es suficiente para detectar, a través del análisis estadístico, los matices que pudieran existir. La muestra de los cuestionarios aplicados representó alrededor del 40% de las mujeres de la región, las cuales participaron voluntariamente. Por consiguiente, la muestra sólo refleja la realidad de las personas cuestionadas. Lamentablemente, no se pudo aplicar una mayor cantidad de mujeres lo que hubiera enriquecido los resultados. Sin embargo, las dificultades relativas al acceso a servicio de salud percibida por las participantes que se encontraron en la muestra sugieren la importancia de examinar este problema en un estudio con una muestra más grande y representativa en un futuro.

CONCLUSIONES

El acceso a la salud en contextos migratorios plantea un doble desafío: garantizar el derecho universal a este servicio esencial y, al mismo tiempo, diseñar políticas públicas con enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad que respondan a las particularidades de la región fronteriza Enriquillo. Los hallazgos de esta investigación muestran que las mujeres haitianas migrantes entrevistadas enfrentan barreras estructurales, legales, lingüísticas y sociales que limitan su acceso a los servicios de salud. La ausencia de estatus migratorio regular y cobertura médica, el desconocimiento de sus derechos y la falta de información en su idioma refuerzan su vulnerabilidad, mientras que el temor a detenciones o deportaciones condiciona su comportamiento sanitario, derivando en estrategias de evasión o renuncia al cuidado médico.

A pesar de que el marco legal dominicano contempla el acceso inclusivo, persiste una profunda brecha entre la norma y su aplicación efectiva. Esta tensión entre el principio universal del derecho a la salud y las prácticas restrictivas de carácter institucional perpetúa desigualdades estructurales y vulnerabilidad sanitaria. Las participantes evidenciaron una conciencia crítica sobre su situación, planteando propuestas concretas como permisos especiales de salud, el cese de redadas en hospitales y la protección prioritaria para mujeres embarazadas y puérperas. Estas demandas reflejan la necesidad urgente de revisar e integrar políticas públicas inclusivas, culturalmente pertinentes y con enfoque interseccional, capaces de abordar simultáneamente género, condición migratoria y desigualdades sociales.

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación, se recomienda que el Estado dominicano diseñe e implemente una política pública integral e inclusiva orientada a garantizar el acceso efectivo, seguro y sin discriminación a los servicios de salud para mujeres migrantes haitianas en situación irregular.

Esta política debe sustentarse en los principios de equidad, justicia social, derechos humanos y perspectiva de género, e incorporar los siguientes componentes estratégicos:

- ❖ **Establecimiento de un protocolo nacional** que prohíba expresamente la detención de mujeres migrantes en centros de salud, especialmente en contextos de embarazo, parto y postparto.
- ❖ **Creación de un permiso sanitario temporal o humanitario**, desvinculado del estatus migratorio, que permita el acceso a servicios médicos sin riesgo de deportación o criminalización.
- ❖ **Capacitación obligatoria del personal de salud** en atención intercultural, no discriminación y derechos de la población migrante, así como el fortalecimiento de la capacidad lingüística (creol, francés).
- ❖ **Inversión en campañas informativas bilingües** (español–creol) sobre salud sexual y reproductiva, prevención de enfermedades y derechos como pacientes, distribuidas en zonas fronterizas y comunidades con alta presencia migrante.
- ❖ **Coordinación institucional** entre el Ministerio de Salud Pública, la Dirección General de Migración y el Consejo Nacional de Migración, de modo que se establezca una separación clara entre la función sanitaria y la función

migratoria, garantizando que los centros de salud sean espacios humanitarios y seguros.

- ❖ **Seguimiento y evaluación periódica** de la implementación de estas medidas, con participación de organizaciones de base, organismos internacionales y representantes de la comunidad migrante, a fin de ajustar las políticas a las realidades del territorio.

Solo mediante un enfoque de política pública que reconozca las condiciones específicas de las mujeres migrantes, se podrá avanzar hacia un sistema de salud realmente universal, inclusivo y garante de derechos, en consonancia con los compromisos internacionales asumidos por la República Dominicana.

Política de asistencia humanizada: Incluir a la población de mujeres migrantes en políticas de atención humanizado mediante un abordaje intercultural y con plena garantía de sus derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✚ Báez, S. (2017). *Análisis de género en la mortalidad materna de República Dominicana*. Santo Domingo: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Centro de Estudios de Género.
- ✚ Belliard Quiroga, C. (2021). *Situación de la migración, refugio y género en República Dominicana*.
- ✚ Bosch Carcuro, M. (2018). *El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social en la República Dominicana: Estudio complementario ENI-2017*. Santo Domingo: UNFPA.
- ✚ Canales, A. I., Vargas Becerra, P. N., & Montiel Armas, I. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*.
- ✚ Castañeda Camejo. (2017). *Salud, migración y derechos: el caso de las mujeres haitianas en República Dominicana*. Observatorio de Migrantes del Caribe (OBMICA).
- ✚ Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). (2014). *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2013)*. Santo Domingo: CESDEM.
- ✚ De la Cruz Fernández, M. A. (s.f.). *Guía metodológica de investigación*.
- ✚ Instituto Nacional de Migración (INM RD). (2019). *Salud materna y planificación familiar de mujeres migrantes haitianas: Caso de dos localidades en República Dominicana*.
- ✚ Lozano, W. (2014). *República Dominicana en la mira: inmigración, exclusión social y despojo ciudadano*. Nueva Sociedad. Recuperado de <https://nuso.org/articulo/republica-dominicana-en-la-mira-inmigracion-exclusion-social-y-despojo-ciudadano/>
- ✚ Martínez, C., & Jiménez Guerrero, I. (2017). *Maternidad libre y segura en República Dominicana: una deuda pendiente con los derechos de las mujeres*. Santo Domingo: WOMEN'S LINK WORLDWIDE.
- ✚ Merone, S. C. (2019). Elementos sociohistóricos para entender la migración haitiana a República Dominicana. *Papeles de Población*.

- ✚ Morales, D., & Rodríguez, K. (2022). *La migración en la República Dominicana: contexto, retos y oportunidades*. PNUD LAC PDS N°. 31.
- ✚ Nyberg Sorensen, N. (2005). *Migración, género y desarrollo: el caso dominicano*.
- ✚ OBMICA. (2021). *Deportación de mujeres embarazadas y lactantes consterna a República Dominicana*. Recuperado de <http://obmica.org/index.php/actualidad/372-deportacion-de-mujeres-embarazadas-y-lactantes-consterna-a-republica-dominicana>
- ✚ Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2017). *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2017)*.
- ✚ Pardo Cuero, J. L. (2019). *El Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular y sus implicaciones para los estados*.
- ✚ Petrozziello, A. (Ed.). (2017). *Género y el riesgo de apatridia para la población de ascendencia haitiana en los bateyes de la República Dominicana*. Santo Domingo: OBMICA, Editora Búho.
- ✚ Resolución 377 del Consejo Nacional de la Seguridad Social.
- ✚ Vargas Becerra, P. N. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: Haití y la República Dominicana*. CEPAL Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7232-migracion-salud-zonas-fronterizas-haiti-la-republica-dominicana> (Link)
- ✚ Wooding, B., & Ramírez, A. (2021). *Estudio diagnóstico: Migración femenina en la República Dominicana*.
- ✚ OIM, (2017). *Estudio perfil migratorio República Dominicana*.
- ✚ Morales, M. C., & López, D. (2018). *Experiencias de mujeres migrantes mexicanas indocumentadas al acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en California, EE. UU.: un estudio de caso*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 1035–1048.
- ✚ Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/goals> (Link)

- ✚ ONU Mujeres & OIM. (2021). *Perfil Migratorio de la República Dominicana 2021. Organización Internacional para las Migraciones (OIM).* <https://dominicanrepublic.iom.int/es>
- ✚ Ministerio de Salud Pública (RD). (2020). Plan Decenal de Salud 2021–2030 (PLANDES).
- ✚ Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- ✚ Comité DESC. (2000). Observación General N.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 PIDESC).
- ✚ Arango, J. (2018). *Enfoques teóricos de las migraciones internacionales.* Revista Internacional de Ciencias Sociales, 12(1), 25-40.
- ✚ Ayala, L., & Leite, P. (2019). *Migración y vulnerabilidad social: un análisis de los determinantes de la salud en contextos migratorios.* Salud Colectiva, 15(2), 113-128.
- ✚ Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* OMS.
- ✚ Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud de las personas migrantes en América Latina y el Caribe: Retos y perspectivas.* OPS.
- ✚ Delgado, A. (2025, mayo 19). *La otra cara de Punta Cana: haitianas violadas para evitar ser deportadas y abandono escolar.* El País. <https://elpais.com/america/2025-05-19/la-otra-cara-de-punta-cana-haitianas-violadas-para-evitar-ser-deportadas-y-abandono-escolar.html> (LINK).

ANEXO

Cuestionario Cualitativo

Acceso a Servicios de Salud de Mujeres Haitianas Migrantes en la Región Enriquillo

Datos generales:

Edad: _____

Región de origen: _____

Tiempo de residencia en RD: _____ años/meses

Estatus migratorio actual: _____

1. ¿Ha solicitados servicios médicos tu o tu familia en los últimos 6 meses, cual fue el motivo y a cuál centro de salud acudiste?

2. ¿Cuál ha sido su experiencia general al buscar servicios de salud en la Región Enriquillo?

3. ¿Tiene algún tipo de seguro médico o plan de salud?

4. ¿Sabe usted cuáles son sus derechos como paciente migrante en República Dominicana?

5. ¿Con qué frecuencia acude a chequeos médicos o controles de salud preventiva?

6. ¿Ha recibido información en su idioma sobre salud sexual, salud materna o enfermedades frecuentes?

7. ¿Qué sugerencias haría para mejorar el acceso a los servicios de salud para mujeres haitianas en esta región?

8. Que estrategias realizas para evitar las redadas migratorias en los centros médicos.

9. Cual es tu opinión sobre las medidas tomadas por el gobierno con relación a la detención de mujeres migrantes cuando van a buscar servicios médicos?

MAPA FLUJOGRAMA MAYOR CONCENTRACION DE POBLACION
FEMENINA HAITIANA POR PROVINCIA

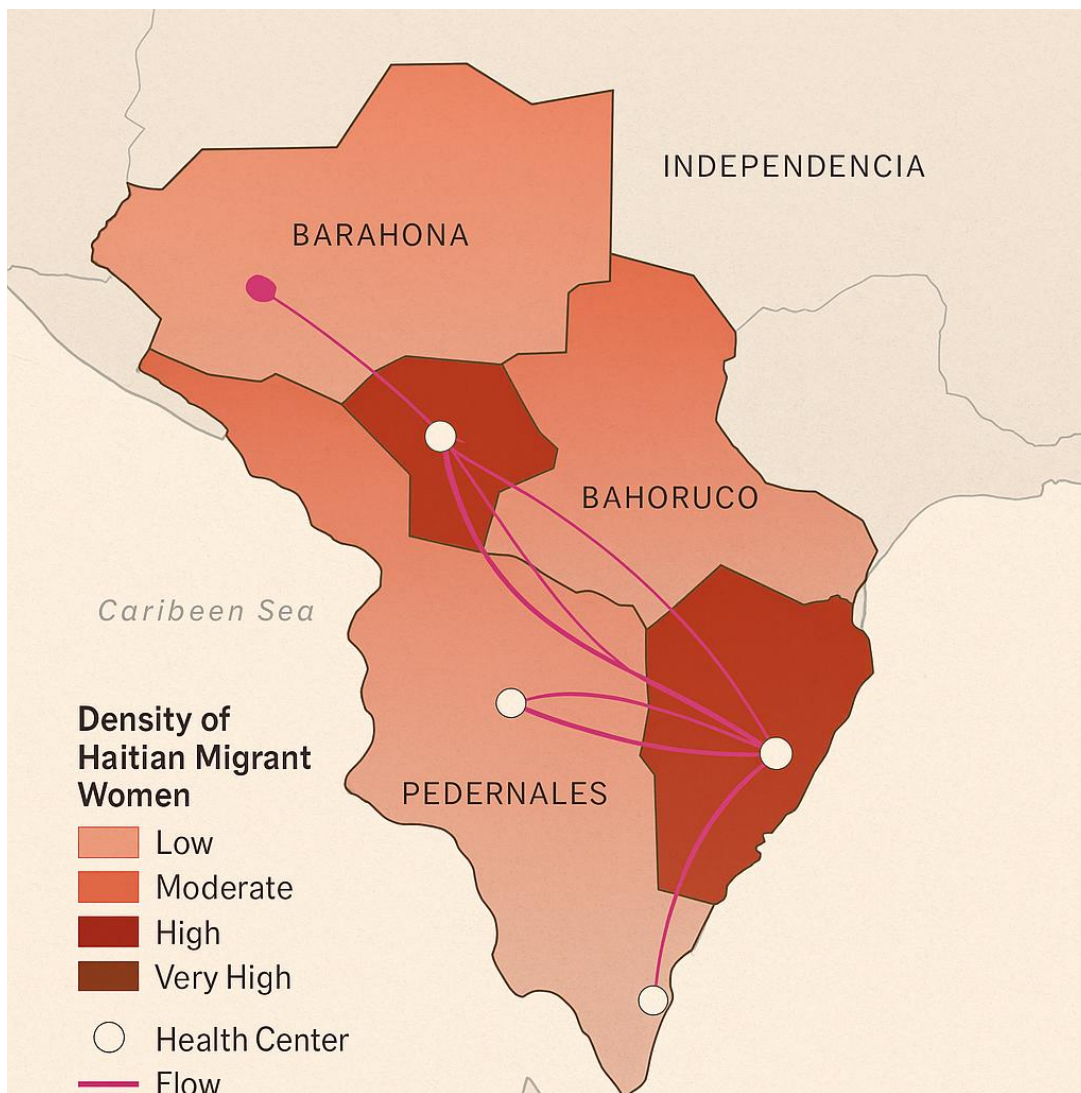


Gráfico supervisado con los principales hospitales y UNAP (Unidades de Atención Primaria) en la Región Enriquillo (Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales):



MAPA DE UBICACIÓN REGION ENRIQUILLO, REPUBLICA DOMINICANA

