



Instituto Nacional de Migración  
de la República Dominicana  
Ministerio de Interior y Policía

# **SALUD MATERNA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MUJERES MIGRANTES HAITIANAS**

CASO DE DOS LOCALIDADES  
EN REPÚBLICA DOMINICANA

RESUMEN EJECUTIVO







**SALUD MATERNA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
DE MUJERES MIGRANTES HAITIANAS  
CASO DE DOS LOCALIDADES  
EN REPÚBLICA DOMINICANA**

RESUMEN EJECUTIVO





**SALUD MATERNA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
DE MUJERES MIGRANTES HAITIANAS  
CASO DE DOS LOCALIDADES  
EN REPÚBLICA DOMINICANA**

RESUMEN EJECUTIVO

*Salud materna y planificación familiar de mujeres migrantes haitianas:  
Caso de dos localidades en República Dominicana*

RESUMEN EJECUTIVO

**Elaboración**

Rossana Gómez

Departamento de Investigación y Estudios Migratorios

**Trabajo de campo**

Rossana Gómez y Bienvenido Barrientos

Departamento de Investigación y Estudios Migratorios

**Revisión**

Rocío Acosta y Reyna Bartolomé

Departamento de Investigación y Estudios Migratorios

**Edición y aprobación**

Germania Estévez

Encargada

Departamento de Investigación y Estudios Migratorios

**Directora Ejecutiva:** Florinda Rojas

**Encargada de Comunicación:** Amarfi Peralta

**Corrección de estilo:** Aimara Vera Riverón

**Diseño y diagramación:** Laura Longa M.

**Impresión:** Distribuidora y Servicios Diversos, Disope, S.R.L.

En la realización de esta investigación se contó con la colaboración de la Asociación Scalabriniana al Servicio de la Movilidad Humana (ASCALA), el Movimiento Sociocultural para los Trabajadores Haitianos (MOSCHTA), el Centro Mao de la UASD y estudiantes de la Escuela de Enfermería de este Alto Centro de Estudios, así como líderes comunitarios y empresas privadas de producción agrícola, que tienen programas de desarrollo social en las zonas de impacto. Queremos agradecer a todos su apoyo para la ejecución de este trabajo.

Instituto Nacional de Migración (INM RD), 2019.

# CONTENIDO

Presentación	9
Aspectos metodológicos	11
Antecedentes y marco conceptual	15
Principales hallazgos	23
Conclusiones	57
Recomendaciones	63
Bibliografía	67



# PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Migración (INM RD), en cumplimiento de su misión de contribuir a la gestión migratoria en República Dominicana, pone en circulación los resultados del estudio “Salud materna y planificación familiar de mujeres migrantes haitianas: caso de dos localidades en República Dominicana”. La salud sexual y la salud reproductiva conforman un binomio conceptual y práctico inseparable para lograr el disfrute pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, debido a la complejidad del tema migratorio y las limitaciones de alcance propias de la investigación, en una primera etapa se aborda la temática de la salud reproductiva, acotada a la salud materna y la planificación familiar.

Los hallazgos que se presentan a continuación corresponden a un estudio exploratorio, de corte transversal, que recoge las experiencias y percepciones de mujeres migrantes haitianas usuarias de los servicios públicos de salud en relación con situaciones de embarazo, parto y puerperio, y sobre aspectos de la planificación familiar. Tiene como propósito identificar factores considerados como barreras y/o facilitadores para el acceso a la salud reproductiva de las mujeres migrantes usuarias de los servicios públicos, a partir de las percepciones y el conocimiento de los actores involucrados: mujeres migrantes y personal de salud que les presta servicios.

Se espera que los resultados de este estudio contribuyan a fortalecer políticas públicas que articulen el tema migratorio con el derecho a la salud, desde una perspectiva de género y visión de desarrollo, como un proyecto inclusivo y sostenible. En concreto, se busca entregar información de referencia para mejorar los servicios de atención en salud materna y planificación familiar en el marco de la prevención. Este trabajo forma parte de la línea de investigación en salud sexual y reproductiva de comunidades migrantes en República Dominicana que lleva adelante el Instituto Nacional de Migración.



# ASPECTOS METODOLÓGICOS

El estudio descriptivo “Salud materna y planificación familiar de mujeres migrantes haitianas: caso de dos localidades en República Dominicana” es abordado desde un enfoque mixto que incluye elementos cuantitativos y cualitativos. Se enmarca en los siguientes objetivos:

## OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que inciden, limitan o favorecen la salud materna y la planificación familiar de las mujeres migrantes en dos localidades, a partir de un análisis de género e interseccionalidad, así como de determinantes sociales y culturales.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar barreras que impiden o limitan la salud materna y la planificación familiar de las mujeres migrantes residentes en comunidades aledañas a los centros de salud seleccionados y usuarias de los servicios públicos de salud.
- Identificar elementos que favorecen la salud materna y la planificación familiar de las mujeres migrantes residentes en comunidades aledañas a los centros de salud seleccionados y usuarias de los servicios públicos de salud.
- Identificar las necesidades y los desafíos del personal de salud para la atención de la salud materna de mujeres migrantes residentes en comunidades aledañas a los centros de salud seleccionados.

- Explorar las percepciones de los profesionales de salud sobre la demanda y las condiciones de atención en el área de salud materna de las comunidades migrantes, y sobre el fenómeno migratorio.

## POBLACIÓN

La población objeto de estudio está compuesta por mujeres que acuden a los servicios de salud en centros públicos, y el personal que les presta servicios, en dos localidades seleccionadas en función de poseer una alta concentración de población migrante. Las localidades observadas durante el levantamiento de información han tenido dinámicas de crecimiento económico y territorial distintas, y en ellas se mezclan tanto población urbana como rural.

La denominada Localidad X<sup>1</sup> históricamente ha estado caracterizada como un territorio de producción cañera ligado a la configuración de bateyes. Estas comunidades han pasado de ser rurales, integradas por personas migrantes que trabajaban mayoritariamente en labores relacionadas con el sector cañero (desde la siembra, corte, carga, peso y transporte hasta la factoría) a localidades periurbanas y urbanas, con estadía más permanente (Verrijp, 1997), pero con una alta movilidad social. En ellas se han registrado cambios en el rubro económico, produciéndose un movimiento hacia actividades agrícolas y de la construcción. Esta zona también se caracteriza por tener una migración de larga data, lo que determina, además, la situación de la población migrante al vincularse con posiciones y demandas históricas.

La llamada Localidad Y en un principio también se dedicaba a la producción azucarera. En la actualidad, su actividad económica ha ido transformándose hacia otros productos agrícolas, gracias a que cuenta con terrenos llanos y extensos recursos hidrográficos que los favorecen. La situación de las comunidades migrantes en esta zona ha sido mucho menos estudiada que la proveniente de

---

1 Se reserva la identidad de las localidades, de los centros asistenciales, así como de las personas participantes en el estudio para evitar situaciones que se pudieran generar como consecuencia de su participación, buscando focalizar la mirada en los resultados y, a partir de allí, en posibles propuestas de solución.

los bateyes tradicionales (por ejemplo, los de la localidad X). Los lugares donde viven migrantes reciben otro nombre que muestra una realidad social, cultural y de integración con trayectoria distinta; se les llama “cuarterías” o “pensiones”, entendidas desde una configuración semántica de tránsito y sin rasgos de permanencia o de vida en comunidad.

## **MUESTRA**

Para el levantamiento de información se escogió una muestra por conveniencia, dirigida y no probabilística como casos que se encontraron en el momento y lugar del levantamiento de información<sup>2</sup>. La recogida de datos incluyó personas que se encontraban en los centros públicos de salud de las dos localidades, así como mujeres en edad reproductiva, potenciales demandantes de servicios de salud, que al momento del estudio se encontraban en las comunidades aledañas a dichos centros. También se cubrió una mayor diversidad de tipos migratorios, facilitando la comprensión de su articulación con la realización de los derechos de la salud reproductiva de las comunidades migrantes.

## **LEVANTAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN**

Las técnicas e instrumentos empleados para el levantamiento de información incluyen:

- a) Aplicación de un cuestionario cerrado —con algunas preguntas abiertas— dirigido a mujeres en centros asistenciales, específicamente en hospitales especializados y unidades de atención primaria, así como mujeres abordadas en lugares de domicilio. El cuestionario también fue aplicado a mujeres dominicanas usuarias de servicios públicos de salud, como filtro para identificar especificidades de la población migrante.

---

2 A este tipo de investigación también se le conoce como “guiadas por uno o varios propósitos” (Hernández Sampieri, p. 396).

- b) Realización de sesiones focales grupales en comunidades habitadas por personas migrantes de origen haitiano.
- c) Observación no participante de las dinámicas familiares, comunitarias y en centros de salud y hospitales.
- d) Realización de entrevistas a actores clave en el contexto territorial. Se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal de salud (médicos y enfermeras). Así también, para el diseño de la estrategia metodológica y la elaboración de los instrumentos, se realizaron entrevistas exploratorias a actores clave y se identificaron varios tópicos sobre los que se indagó en la investigación: barrera idiomática, condiciones sociales y económicas, temor a acciones de autoridades nacionales como la deportación por falta de documentación, discriminación, maltrato, etc.
- e) Validación de parámetros. Se tomaron en cuenta indicadores sobre educación sexual y acceso a información sobre métodos de planificación familiar en el diseño de la investigación.

El trabajo de campo se realizó en septiembre y octubre de 2018, y estuvo a cargo de analistas del Departamento de Investigación y Estudios Migratorios (DIEM) del INM RD.

El procesamiento de la información cuantitativa se apoyó en el programa Excel. Para el procesamiento y análisis cualitativo se construyó una matriz de análisis con los resultados de las preguntas abiertas en los cuestionarios aplicados tanto a las mujeres participantes en el estudio como al personal de salud. Asimismo, se diseñó y emplea otra matriz para analizar las participaciones en el marco de los grupos focales realizados, conforme clasificación, primero en dimensiones y luego en categorías.

# ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL

En los últimos años, a nivel global, la movilidad humana ha generado grandes desplazamientos, especialmente por motivos económicos y de conflictos detonados por la violencia. Se estima que existen en estos momentos 258 millones de migrantes en todo el mundo, lo que representa el 3.3% de la población mundial. Esto genera transformaciones en las dinámicas sociales que deben ser atendidas por parte de los Estados.

La migración es el “movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo, que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos” (OIM, 2006, p. 38).

En República Dominicana, los datos más actuales provienen de la ENI 2017 (ONE, 2018), los cuales señalan que la población inmigrante es de 5.6% con respecto al total de habitantes, superando la media internacional.

En general, varios estudios se han detenido en el análisis de la migración haitiana, sus causas históricas y su impacto en la economía. Otros en las condiciones de vida de las mujeres en los bateyes (GARR y MUDHA, 2005) y algunos datos sobre salud materna y sexualidad en adolescentes (ACNUR, PNUD, UNICEF, 2014), pero no específicamente sobre la interacción entre las condiciones y el ejercicio de la salud reproductiva y la atención brindada en contextos migratorios<sup>3</sup>. Algunos

---

3 Otros estudios revisados con perspectiva de género abordan temáticas como la documentación, parejas mixtas (Petrozziello, 2014) y sobre violencia en la frontera (Petrozziello y Wooding, 2011).

trabajos que han tenido por foco la salud sexual y reproductiva no se han detenido con profundidad en la población migrante, aunque sí forma parte este grupo del levantamiento general de información<sup>4</sup>.

En varios países se han desarrollado investigaciones que atienden a nociones de derechos humanos e integración social y a la importancia asignada a la salud sexual y reproductiva como eje de la salud y el bienestar de las poblaciones migrantes y de la población nacional en general. Estas reconocen el fenómeno migratorio como un ámbito de ocurrencia contemporánea al que los Estados deben hacer frente con información y evidencia en profundidad, y en el que los factores de tránsito y culturales inciden en el ejercicio y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y derechos a la salud (Cabieses, Bernaldes y McIntyre, 2017). Aquí se subraya la importancia que aportan los estudios cualitativos, estudios de casos y narraciones a partir de la subjetividad construida en esos contextos específicos.

La ENI 2017 (ONE, 2018) abordó de forma novedosa el tema de la salud sexual y reproductiva, introduciendo varias preguntas que permiten un primer acercamiento a la materia a nivel nacional. El estudio complementario (UNFPA, 2018) de dicha encuesta profundiza en el acceso a la salud y la protección social de las comunidades migrantes con información estadística detallada.

A nivel internacional la tendencia de respuesta a esta problemática ha sido la de propiciar el acceso universal a la salud a través de diversas medidas. De hecho, la Estrategia de la Organización Panamericana de la Salud establece un marco “mediante el cual los países de la región pueden formular y aplicar estrategias de colaboración para abordar las necesidades de salud de los migrantes” (OMS, 2016) al emprender medidas para la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, como el costo, el idioma, las diferencias culturales, la discriminación y la falta de información.

---

4 Cinthia Velasco, directora ejecutiva de la Colectiva Mujer y Salud en entrevista para este estudio indicó que, por ejemplo, para la investigación “Maternidad libre y segura en República Dominicana” (Women’s Link Worldwide, 2017) desarrollada junto con la organización Women’s Link Worldwide, se verificó que los expedientes sobre mortalidad materna de mujeres haitianas no contenían información cualificada en comparación con los de mujeres dominicanas.

## MARCO TEÓRICO

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas celebrada en El Cairo en 1994, la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) fue definida como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (UNFPA, 1994).

Aunque desde la Declaración de los Derechos Humanos se reconoció el derecho de todo ser humano a la salud y se hizo referencia específica a la salud materna e infantil, es a partir de la Conferencia de El Cairo en 1994 que se extiende el reconocimiento del derecho a la salud sexual, que venía siendo reclamado por los movimientos feministas. Con esto se da un paso a la superación del enfoque reduccionista de las relaciones sexuales como medio para la reproducción y de las mujeres como madres (Alvear Mazarrasa y L. Gil Tarragato, S., s/f).

Las mujeres históricamente han sido las encargadas de la mayor parte del trabajo reproductivo (Garrido Medina, L., 1996), lo que las ha colocado en el espacio privado familiar con la función principal de cuidar y atender a los demás en la vida diaria, en detrimento de su posición social, política, económica y jurídica. Por tal razón, la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva se convierte en una dimensión importante de trabajo en pro de la igualdad de género, y se considera que la capacidad de las mujeres de controlar su fecundidad y la posibilidad de vivir una sexualidad plena son aspectos primordiales para el disfrute de otros derechos.

La salud sexual y reproductiva son ejes inseparables para lograr el disfrute pleno de los derechos, aunque cada componente tiene sus particularidades. Diversas organizaciones incluso abogan por la ampliación del concepto de la Conferencia de El Cairo, lo que implicaría un abordaje más dinámico e integral:

La salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias. Por lo tanto, un acercamiento positivo a la sexualidad

y la reproducción debería reconocer el papel desempeñado por las relaciones sexuales placenteras, la confianza y la comunicación en la promoción de la autoestima y el bienestar general. Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones que rijan sus cuerpos y a tener acceso a los servicios que respaldan ese derecho (Comisión Guttmacher-Lancet, 2018).

Esta definición se articula con niveles de empoderamiento y autonomía de las mujeres que, en contextos migratorios, pueden tornarse aún más difíciles. Por ejemplo, Gascón Grande et al (2011) explican que la salud sexual y reproductiva tiene una relación directa con la desigualdad y la discriminación que sufren las mujeres y que existe una menor visibilidad de los problemas de salud que presentan las mujeres migrantes.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el enfoque de Salud en Todas las Políticas (SeTP) como una solución práctica para los decisores en materia de salud y equidad.

Ha sido definido por la OMS como un enfoque a las políticas públicas que toma en cuenta en forma sistemática el impacto de las decisiones en la salud y los sistemas de salud, busca sinergias y evita impactos negativos en la salud, con el objeto de mejorar la salud y equidad en salud. SeTP se sustenta en los derechos humanos relacionados con la salud y las obligaciones derivadas. SeTP enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes de la salud y aspira a mejorar la responsabilidad de tomadores de decisiones de sus impactos en salud en todos los niveles de toma de decisiones (Cabieses y Bernales en Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017, p. 501).

Precisamente, el acercamiento al problema planteado en este estudio requiere un análisis de género que visibilice las desigualdades que pudieran afectar el ejercicio y la garantía de derechos, incluida una perspectiva desde la interseccionalidad entre los diferentes niveles de posición social e identidad que las mujeres ocupan como sujetos sociales, ya sea en situaciones de pobreza, migración, etnia, nacionalidad u otras.

Según señala Báez (2017), en los casos de mortalidad materna que estudia:

El análisis de género y de otros determinantes sociales de la salud y de la mortalidad materna abarca un amplio marco de consideraciones tales como, las percepciones y actitudes ante la sexualidad —cómo la entienden y viven de manera diferente mujeres y hombres en cada etapa de su vida—, las diferencias entre cómo viven y asumen ambos sexos las consecuencias de una vida sexual activa, acorde con los condicionantes culturales con que se han socializado; los roles de género vinculados a las tareas de cuidado y todas las expresiones de las jerarquías sociales que derivan en control y dominación, incluida la violencia contra las mujeres.

El concepto de interseccionalidad es una “perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder” (Viveros Vigoya, 2016). Tal como lo expresa Magliano (2015), esta noción pone en discusión formas de opresión y falsos universalismos como la propia igualdad. La interseccionalidad es una apuesta por identificar clasificaciones sociales y construcciones históricas que permiten visibilizar lógicas de explotación ocultas, así como las estrategias y resistencias de las personas para enfrentarlas (Magliano, 2015). Estos ejes conceptuales permean todo el análisis que se expone a lo largo del informe.

## **MARCO NORMATIVO**

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.

La Estrategia Nacional de Desarrollo (END 2030) incluye a la población migrante en su objetivo específico 2.3.7 sobre ordenar los flujos migratorios conforme a

las necesidades del desarrollo nacional y la concretiza en la línea de acción 2.3.7.6 para “asegurar el respeto a los derechos humanos de la población inmigrante y su protección frente a toda forma de violencia”. En relación con la salud sexual y reproductiva, la END 2030 pone énfasis en su atención al promover la garantía del acceso a la población vulnerable y en pobreza extrema (línea de acción 2.2.1.2). La END 2030 se correlaciona con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que, en su Objetivo 3, convoca a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades y el mantenimiento de sistemas de salud inclusivos<sup>5</sup>.

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. Con relación a los deberes, de manera complementaria, esta ley también establece en su artículo 29 que toda la población, sea extranjera o nacional, tiene las siguientes obligaciones: respetar la salud de otras personas, cuidar la salud personal, de familiares y dependientes; velar por las condiciones de salubridad del medio en que vive, colaborar con las autoridades de salud en la implementación de iniciativas de prevención y atención de enfermedades, suministrando información oportuna y veraz y participando activamente de estas iniciativas.

Por su parte, el artículo 25 de la ley General de Migración establece que los inmigrantes tienen la obligación de portar la documentación que los identifique, así como mantener su estatus migratorio regularizado. En primer lugar, esto ayuda al proceso de registro de los servicios prestados por origen nacional de los usuarios, permite identificar incidencia de enfermedades según perfiles sociodemográficos, genera la data necesaria sobre la cual se deben formular las políticas de salud pública, conforme a las necesidades específicas de cada grupo migrante según nacionalidad u origen.

---

5 “Para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal. Sin embargo, en muchas regiones se enfrentan a graves riesgos para la salud, como altas tasas de mortalidad materna y neonatal, la propagación de enfermedades infecciosas y no transmisibles y una mala salud reproductiva. En las últimas décadas, se han obtenido grandes avances en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna, pero para lograr la meta de este Objetivo, que establece que en 2030 haya menos de 70 fallecimientos, se deberá mejorar la asistencia cualificada en los partos”. Ver: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

En segundo lugar, la documentación de identidad y el ostentar un estatus migratorio regularizado contribuye a la formalización de las condiciones, esto es a su vez es la base que facilita el acceso a la seguridad social, así como para la contratación de seguros de salud privados. En tercer lugar, mantener en orden la documentación de identidad, así como la que acredita el estatus migratorio, facilita el acceso al registro civil a los hijos nacidos en el país de madres extranjeras, ya sea en el libro de extranjería, como en el registro civil ordinario, sí es que el padre es dominicano o la madre tiene residencia temporal o permanente. En este mismo orden, el artículo 28 de la Ley General de Migración establece que “las mujeres extranjeras no residentes que durante su estancia en el país den a luz un niño/a, deben conducirse al consulado de su nacionalidad a los fines de registrar allí a su hijo/a.”

Finalmente, los inmigrantes tienen el deber de trabajar en República Dominicana. Ya que el presupuesto general de la nación es una función del Producto Interno Bruto (PIB). Asimismo, los inmigrantes deben pagar impuestos, ya que las recaudaciones tienen una relación directa con la flexibilidad presupuestaria para expandir la inversión social y con ello el gasto del Estado para la provisión de los servicios de salud a los que tanto nacionales como extranjeros pueden acceder gratuitamente, de acuerdo con los principios de universalidad, solidaridad y equidad establecidos en el artículo 11, en concordancia con el artículo 20 de la Ley 42-01.



# PRINCIPALES HALLAZGOS

## ELEMENTOS DEL PERFIL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Para la realización del presente estudio se tomaron en consideración 136 mujeres, de las cuales 51.4% (70) son haitianas, 8.8% (12) nacidas en República Dominicana de origen haitiano y 39.7% (54) dominicanas.

La edad promedio entre las 70 mujeres migrantes es 28.9 años. En el caso de las nacidas en República Dominicana de padres o madres de origen haitiano (12) se observa una población muy joven entre 15 y 24 años para 10 de estas. También entre las descendientes se aprecia que 11 de las 12 jóvenes ya había tenido hijos.

Mujeres menores de 15 años solo se encontraron dos casos entre las dominicanas. Asimismo, la declaración de embarazos en la adolescencia es mayor en el grupo de las dominicanas con relación a las mujeres haitianas participantes en el estudio.

Se observan diferencias en la práctica de hacerse controles prenatales, por ejemplo, las mujeres dominicanas y las nacidas en República Dominicana de origen haitiano, afirmaron realizarse controles prenatales de forma mensual. Sin embargo, en el caso de las migrantes haitianas, 16 de 20 indicaron efectuarse controles prenatales, una (1) de ellas dijo que lo hacía cada 3 meses; dos (2) mujeres solo se habían practicado un chequeo en lo que llevaban de embarazo, mientras que una (1) manifestó que no había ido aún a consulta.

Al momento del levantamiento de la información, el 26.4% de las mujeres estaba embarazada y el 3.3% lo estaba por primera vez. El 85.7% de las migrantes que participaron en este estudio tenían hijos, y, de estas, el 23.3% se encontraba de nuevo embarazada.

En cuanto a la cantidad de hijos o hijas, los distintos grupos presentan resultados con leves diferencias. En este sentido, 20 de las 70 mujeres migrantes haitianas entrevistadas tiene solo un (1) hijo o hija, así como 13 de las 54 dominicanas. En general, la mayoría de las mujeres de todos los grupos tiene hasta 3 hijos o hijas, lo que contrasta con el imaginario social de mujer migrante o mujer en situación de pobreza con una gran cantidad de descendencia.<sup>6</sup> Cabe acotar que esto no implica que no se hayan encontrado casos de mujeres con un alto número de hijos o hijas.

Respecto al estado conyugal, la mayoría de las mujeres entrevistadas (85.3%) se encontraba, en unión libre y en convivencia con su pareja actual al momento del estudio.

## **Escolaridad**

El nivel de escolaridad de las mujeres participantes en el estudio en general es bajo, la mayoría alcanzó hasta nivel de primaria. En el caso de las mujeres migrantes haitianas se identificó que 13 de las 70 nunca asistieron a la escuela. En el grupo de las dominicanas no hubo casos de no escolaridad. Este declaró más formación secundaria completa y algún grado de educación universitaria.

## **Manejo del idioma español en mujeres migrantes**

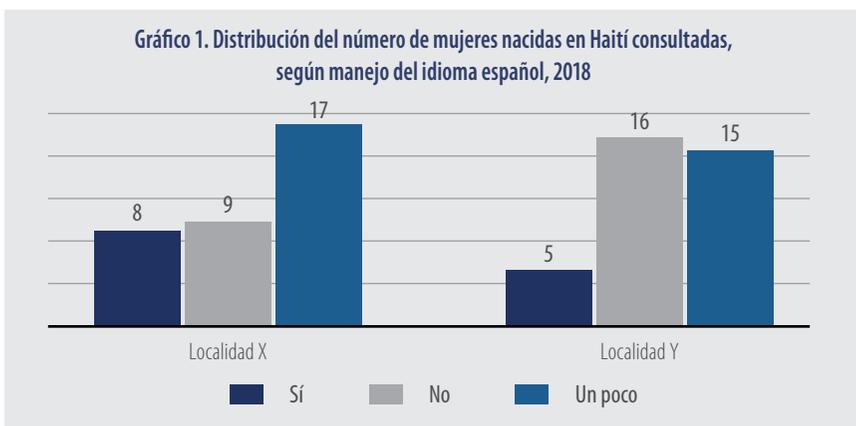
De las 70 mujeres migrantes participantes del estudio, 25 no hablan español independientemente del tiempo que tienen de estadía en República Dominicana. Asimismo, 32 mujeres dijeron que hablan un poco, categoría que implica cierto grado de manejo, pero requiere apoyo y asistencia para interactuar, casi siempre de otra persona migrante con mayor dominio del idioma. Solo 13 indicaron que sí (ver Gráfico 1).

Entre las localidades X y Y se observa alguna diferencia en cantidad de mujeres que dice no manejar el idioma español, atribuible quizás al tiempo de residencia de las inmigrantes en su comunidad. Por ejemplo, la localidad Y, donde más

---

6 La tasa global de fecundidad es de 3.5 para el quintil más pobre. El promedio nacional es de 2.5 (ENDESA, 2013). El dato de cantidad de hijos o hijas (3 por cada mujer) es consistente con la información que se encuentra en la ENDESA 2013.

inmigrantes declaran no manejar el idioma, es la que ha sufrido mayores transformaciones socioeconómicas con relación a la localidad X que históricamente se ha dedicado al cultivo de caña.



En cuanto a las mujeres de origen haitiano nacidas en República Dominicana, casi la totalidad afirma hablar español, excepto una que indicó que solo un poco.

### **Tiempo de llegada a República Dominicana de mujeres migrantes y situación de embarazo**

Con relación al tiempo de permanencia en el país de las inmigrantes haitianas participantes en el estudio, se observa en el Cuadro 1 que este es variable y tiende a ser estable en el sentido de que solo dos (2) de las setenta (70) migrantes entrevistadas tenía menos de tres meses de llegada al país y otras cuatro (4) entre 3 a 6 meses. Aunque se observa dispersión en los datos, lo que habla de una variabilidad de perfiles, se resalta que una proporción importante (19 mujeres) tiene entre 2 y 3 años de permanencia, por lo que se trata de una migración si bien reciente, no recién llegada. Otro grupo destacado está entre los 9 y 15 años (22 mujeres). También se aprecian casos entre 20 y 30 años de estadía en República Dominicana.

Como se puede observar, la estadía no es una variable vinculante *per se* al estado de embarazo en el grupo estudiado, ya que se distinguen mujeres embarazadas con distintos tiempos de llegada y permanencia. Cabe acotar las limitaciones del estudio respecto a dónde se tomaron los datos: en áreas de consulta de hospitales

*Cuadro 1 Distribución del número de mujeres entrevistadas nacidas en Haití, por situación de embarazo y tenencia de hijos, según tiempo de llegada a República Dominicana, 2018*

Tiempo de llegada	Número de mujeres migrantes entrevistadas	Número de mujeres en situación de embarazo	No tiene hijos o hijas	Con hijos o hijas menores a un año	Con hijos o hijas mayores de un año	No responde sobre edad de hijos o hijas
Más de 30 años	2	0	1	0	1	0
De 26 a 30 años	2	0	0	0	2	0
De 20 a 25 años	7	0	0	2	5	0
De 16 a 19 años	0	0	0	0	0	0
De 10 a 15 años	11	1	2	2	5	2
De 6 a 9 años	11	5	1	0	10	0
De 4 a 5 años	7	3	0	2	5	0
De 2 a 3 años	19	3	2	6	10	1
De 1 a 2 años	4	4	0	0	4	0
De 6 a 12 meses	0	0	0	0	0	0
De 3 a 6 meses	4	3	2	0	2	0
Menos de 3 meses	2	0	0	0	2	0
No responde	1	1	1	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>70</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>46</b>	<b>3</b>

públicos, unidades de atención primaria y hogares.<sup>7</sup> Por otra parte, ninguna de las tres (3) embarazadas con menos de seis meses de estadía en el país habla español y todas tienen a sus parejas en República Dominicana.

También se indagó respecto al tiempo de llegada a República Dominicana de las migrantes con hijos o hijas menores de 1 año, con el objetivo de verificar si podían haber migrado durante su embarazo. El cruce de esos datos indica que, dentro de los márgenes del grupo de estudio, entre aquellas que tienen hasta dos años en el país, ninguna refirió tener hijos o hijas menores de un año.

En el caso de las mujeres migrantes, al cruzar las variables de años de llegada al país y grados de escolarización, se observa una gran dispersión de datos, lo que indica que los años de residencia, en el grupo estudiado, no constituye un factor determinante para acceder a mayor nivel formativo. Este acercamiento abre preguntas respecto a la integración social y económica de las mujeres migrantes, teniendo en cuenta la importancia de la educación para superar barreras como la idiomática, por ejemplo.

Las tasas de analfabetismo de la población migrante y sus descendientes en el país refuerzan la necesidad de profundizar el análisis sobre la relación de la educación y la integración social. La ENI 2017<sup>8</sup> señala que un 24.5% de esta población inmigrante haitiana es analfabeta<sup>9</sup>. En este estudio se encontraron algunos casos entre las mujeres migrantes haitianas que sí asistieron a centros educativos ya adultas y recuerdan el programa *Quisqueya aprende contigo* como una puerta no solo para aprender a leer y escribir en español, sino también como un elemento de integración y motivación positivo en sus vidas.

## Trabajo y situación económica

Solo 26 mujeres de la muestra entrevistada (37.1%) tenían trabajo al momento del estudio. Las principales ocupaciones declaradas son el cultivo (7), las ventas en la calle (5) y el empleo doméstico (5).

---

7 No se entrevistó en salas de emergencia ni de parto.

8 La ENI 2017 contempla que 5.6% de la población de la República Dominicana es inmigrante o de origen extranjero.

9 En el caso de la población dominicana, esta cifra es de 7.7% según la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2016, ONE).

En cuanto a la situación económica, se encontró que las mujeres migrantes tienen más trabajo remunerado que las dominicanas (15 vs. 7). Este dato puede estar relacionado con su proyecto migratorio y las razones para migrar. Los ingresos percibidos que declararon las mujeres entrevistadas oscilan entre los 1,100 y los 3,000 pesos por semana.

En general, la proporción de mujeres entrevistadas que no trabaja es alto y llama la atención el caso de las dominicanas, las que en su totalidad han accedido a algún nivel de escolarización, tienen hijos e hijas y muy bajos ingresos familiares. En este sentido, se aprecia una población en situación de vulnerabilidad y pobreza más allá del país de nacimiento y el estatus migratorio.

## **Documentación**

El estudio no consideró el estatus migratorio ni el tipo de documentación, porque se partió del marco de la universalidad del derecho a la salud, consagrado en la Constitución y recogido también en la Ley de Salud. Se indagó sobre si tener o no documentos constituye una barrera para el acceso y la atención de salud. Se hicieron dos preguntas solamente a las mujeres nacidas en Haití:

- ¿Tiene documentos de su país de origen?
- ¿Tiene documentos expedidos en República Dominicana?

La mayoría de las mujeres migrantes tiene documentos de su país de origen, pero no de República Dominicana, y 20 de las 70 sí portan documentos emitidos aquí, lo que permite pensar que una eventual barrera de documentación estaría superada para estas últimas.

## **ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD: LAS BARRERAS PERIFÉRICAS**

Las barreras para el acceso a la atención de la salud en general, y en concreto a la salud reproductiva de las mujeres migrantes que participaron del estudio, son elementos que se superponen ya sea para impedirla, limitarla o desalentarla:

carencia de recursos económicos para llegar hasta el centro asistencial; falta de documentos; temor a transitar por la vía pública por la falta de documentos; demora en la demanda de atención; sensación de discriminación por ser haitiana, y experiencias de violencia y maltrato.

### **Costo de transporte**

Se constató que el costo del transporte es un factor que incide en el acceso a la atención de salud cuando las idas a los centros hospitalarios son frecuentes, como en las situaciones de embarazo que requieren controles rutinarios, elaboración de analíticas, consulta con especialistas, etc. Este gasto se incrementa cuando tiene que ir con sus hijos o hijas, o acompañada de otra persona que podría servirle de traductora (ya sea su pareja o algún familiar o vecino/a). O si debe ir varias veces al mes para realizarse exámenes por alguna condición especial de salud, o porque, además de su propio chequeo médico, debe ocuparse también del de sus hijos o hijas (consultas pediátricas), como se registró en la mayoría de los casos estudiados en los que las mujeres son las responsables del cuidado de sus familias.

El gasto es considerable en relación con el ingreso. En el caso de las migrantes, el monto promedio de ingreso de hogares es de 6 a 12 mil pesos mensuales, según la información obtenida a través de los cuestionarios aplicados. Sin embargo, se encontraron casos en los que informaron tener un ingreso de menos de 2 mil pesos al mes, lo que significa que el gasto en transporte para el acceso a salud es una importante barrera que se concreta en etapas previas a la propia atención.

### **Control migratorio en el territorio**

Durante los recorridos por las comunidades, fueron recogidos varios testimonios que se referían al control migratorio en zonas urbanas o en las adyacencias a los centros urbanos como limitantes para el desplazamiento hacia los lugares donde se ofertaban los servicios de salud. La falta de documentación no es una barrera para el acceso a los centros de atención de salud, pero sí en las adyacencias territoriales. Este es un filtro que ocurre antes de llegar al hospital.

Se observa cómo esta realidad obliga a las mujeres que no tienen documentos a permanecer prácticamente en sus comunidades, lo cual limita las posibilidades de buscar atención. Sí se ven compelidas a salir en los casos de urgencia, parto o complicaciones de embarazo.

Se aprecia que aquellas comunidades que cuentan con Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPs) ubicadas en su interior tienen una gran ventaja frente a otras que más alejadas de la provisión de servicios de salud. Es decir, no solo en tiempos y costos de desplazamiento, sino también allanando el acceso en un contexto en el que el salir de la comunidad podría ser riesgoso. Las UNAPs son una buena práctica facilitadora para el acceso a la salud reproductiva de las mujeres migrantes.

### **La salud de los hijos e hijas por encima de la propia**

Casi la totalidad de las mujeres migrantes a las que se les aplicó el cuestionario afirmaron que sí van al hospital cuando se sienten enfermas (68 de 70). Sin embargo, al examinar los relatos y el motivo de consulta que exponen en el contexto de los grupos focales, se observa que la atención a su salud se circunscribe con mayor frecuencia a lo relacionado con la salud materna. Es decir, se atienden en situaciones de embarazo, pero cuando requieren acceder a servicios de salud por otras necesidades, la búsqueda se dilataba o directamente se ven impedida por motivos económicos o de acceso por falta de documentación.

Las mujeres embarazadas y madres migrantes asumen, en general, un rol de cuidadoras. No tienen alternativas. Dicho rol y la carga que conlleva tanto económica como emocional es producto del sistema de desigualdad de género en el que están insertas y de la división sexual del trabajo. En estas condiciones, se observa cómo priorizan la salud de sus hijos e hijas por encima de la de ellas mismas. Por lo tanto, la demanda de los servicios de salud se concentra en esas áreas (embarazo y pediatría), lo que no significa que no tengan otras necesidades. Asimismo, cuando se trata de sus hijos o hijas hacen frente con mayor fuerza a situaciones de maltrato o discriminación.

En consistencia con la ENI 2017 (ONE, 2018), casi la totalidad de las mujeres migrantes (68) afirman no tener seguro de salud.

## **Percepciones y acciones de discriminación**

Las percepciones de discriminación operan como un dispositivo simbólico<sup>10</sup> que restringe el acceso a la salud antes de que la persona tome la decisión de buscar la atención y acuda a los servicios. Se entiende por percepción de discriminación aquella en la que la mujer migrante piensa que su acceso al derecho a la salud se ve condicionado por su origen y/o nacionalidad, así como por su estatus migratorio o factores asociados.

Los sentimientos sobre discriminación se vinculan a varios ejes temáticos que son abordados a lo largo de este estudio (porque constituyen una variable transversal) y entran en conflicto con los esfuerzos que el personal de salud realiza para ofrecer una buena atención y evitar acciones de exclusión.

Las mujeres migrantes manifiestan que tienen menos probabilidades de encontrar resistencias para su atención cuando se trata de servicios de urgencia en salud materna, pero encuentran limitaciones para otros servicios. Este factor podría estar contribuyendo a que las mujeres dilaten la búsqueda de atención para controles prenatales o que se acrecienten grados de complicación de su salud en general.

Las mujeres haitianas tienen la percepción de que sus experiencias de maltrato y violencia están vinculadas a su nacionalidad. La dimensión de ser mujer o la percepción de desigualdad de género queda solapada en el sentimiento de discriminación que narran. De esta manera, se identifican primero como haitianas y luego como migrantes, por último, como mujeres. Y, aun así, ser mujer queda subordinado a su salud y rol reproductivo en el ámbito de la atención de la salud materna y la planificación familiar. La conciencia de desigualdad o discriminación por género es escasa.

## **Experiencias de violencia obstétrica**

Las experiencias de violencia obstétrica, además de ser una grave violación de los derechos humanos de las mujeres, en los casos de las migrantes, aparecen

---

10 Un dispositivo simbólico puede ser una palabra, historia o experiencia cargada de significado para las personas de una comunidad o grupo que, a su vez, genera consecuencias en la vida de estos y en su entorno (Chartier, 1992; Reguillo, 1996).

asociadas a factores de doble discriminación, por el hecho de ser migrantes haitianas y mujeres. Las capas de identidad se articulan para agudizar la violencia y el maltrato, y producen una experiencia específica en la que inciden un cúmulo de factores, como la barrera idiomática y las condiciones sociales y económicas.

Las mujeres migrantes también se refirieron al trato que reciben por parte del personal auxiliar, incluso en portería y seguridad. La sensibilización de estos trabajadores o la resistencia que puedan tener para atender a la población migrante incide en la atención, y, por tanto, también en el sistema de salud.

No siempre los eventos de maltrato son identificados como tales por las mujeres, porque tampoco saben lo que pueden esperar o no en un momento de alta vulnerabilidad, como en el caso de los partos y las circunstancias de urgencia. La falta de información adecuada y oportuna sobre sus cuerpos y su salud reproductiva reduce también su capacidad de respuesta y de exigibilidad sobre sus propios derechos.

## **Atención a la salud materna**

La cultura no es entendida como un elemento diferenciador, sino como un sistema de significados que le da un sentido a la vida de las personas y se articula con vínculos y relaciones, es decir, se construye en la interacción social y en el marco de una trayectoria histórica. Para analizar la información es importante observar que las prácticas de autocuidado pueden comprenderse desde un contexto cultural amplio y abierto (no clausurado), en el que la cultura y la experiencia son valoradas desde su conocimiento y posibilidad de aporte.

Asimismo, la atención en salud está afectada por las condiciones de vida de las mujeres migrantes y las relaciones desiguales de género en medio de las que deben encontrar agencia y modos de sobrevivencia y superación. Relaciones marcadas por la dependencia económica, producto también del tipo migratorio de la población haitiana: masculinizada por la oferta de trabajo y sin oportunidades de inserción para las mujeres.

## **La barrera idiomática**

El idioma surge como uno de los obstáculos más importantes que las mujeres migrantes tienen que superar para llegar hasta los centros de asistencia médica. En

algunas localidades visitadas se pudo observar cómo mujeres que no saben español permanecen recluidas en sus hogares. Para interactuar con otras personas que no son de su comunidad, requieren asistencia, y más aún para salir de ellas.

Algunas de las que afirman trabajar, lo hacen en los límites de sus viviendas. Este contexto no es el más propicio para que las mujeres puedan aprender español o integrarse de alguna manera. Se observa que, precisamente, en torno a la búsqueda de servicios de salud es cuando más se movilizaban por fuera de sus comunidades. De esta forma, la atención a la salud materna se constituye en elemento de gran importancia no solo para el cuidado de las gestantes, sino también para su integración social.

En resumen, las tácticas recogidas para superar esta barrera son las siguientes:

- a. **Agencia propia:** cuando las mujeres son las responsables de encontrar una solución, ya sea llevando a alguien que las traduzca o a una persona que les haga el favor o el trabajo. Algunas mujeres indican que tienen que pagar a los traductores o hacerse cargo de sus gastos de transporte.
- b. **Agencia del personal de salud:** cuando es el personal quien busca, dentro de los límites del hospital, ayuda de alguien que sepa creole o tratan de resolverlo ellos/as mismos/as a través de señas y con algún mínimo manejo del idioma con palabras claves como inyección (piki); medicina (medikaman) y algunas otras expresiones: ¿cómo te llamas? (ki non ou); ¿qué edad tienes? (ki laj ou ye); ¿dónde te duele? (ki kote li fe mal); ¿con quién andas? (kiyes ou ye).

Entre las posibles soluciones a las barreras idiomáticas identificadas por las mujeres migrantes entrevistadas en los centros hospitalarios, se citan las siguientes:

- Ir acompañadas de familiares, amigas o vecinas: Si van solas los doctores piden que lleven a alguien para hablar.
- Conseguir ayuda en los hospitales: Buscan apoyo entre las personas presentes que manejen los dos idiomas.
- Ir acompañadas de su pareja: El hombre siempre tiene más conocimiento de español que la mujer.

- **Buscar ayuda fuera del hospital:** Salen del hospital a pedir ayuda o vuelven a sus comunidades a buscarla.

En estos casos, para la mujer que busca atención se vuelve un requisito y una norma (comportamiento esperado) contar con una persona que le traduzca. Cuando es el personal de salud el que procura una solución, también viene dada por el lado de la comunidad migrante.

### **El problema de la documentación**

La tenencia de documentos no es un requisito para la atención. Esto fue expuesto tanto por autoridades del sistema de salud como por el personal que atiende en los hospitales y UNAPs. En los grupos focales y las observaciones realizadas en los centros de atención el tema tampoco surgió como una limitante de importancia en referencia a seguimientos y controles. Se señala que la necesidad de tener documentos aparece en momentos específicos del curso de la atención como, por ejemplo, para realizarse exámenes médicos (analíticas) y, especialmente, al momento del parto debido a que se requiere una identificación para registrar el nacimiento. Es en este último donde se manifiesta que surgen las mayores dificultades.

Es entendible que, para el personal de salud, la falta de documentación represente un problema para la identificación y seguimiento de las usuarias, y que, aunque no sea un requisito para la atención ni un motivo para su negación, al llegar a este los documentos sean solicitados. Sin embargo, para las mujeres migrantes que no cuentan con documentos, saber que se los pueden pedir representa un obstáculo difícil de solucionar por sí mismas y menos aún en momentos de emergencia.

### **La tarjeta o récord médico (expediente clínico)**

El uso de la tarjeta llamada “récord” es de vital importancia para la atención, ya que permite al personal médico tener la historia clínica de las pacientes y tomar decisiones adecuadas. Que una paciente no la tenga significa grandes desafíos y problemas para el sistema de salud en general, e incide directamente en la calidad de la atención y la prevalencia de la morbilidad y mortalidad materna, entre otras graves problemáticas que se presentan en el área de salud materna. Cuando una

usuaria llega hasta un centro de atención, tenga o no documentos, se le crea un récord y se le asigna un número con el cual se identifica, según declaró el personal de salud entrevistado.

Por otra parte, el récord médico es de suma importancia para el seguimiento de la atención, más aún en los casos en los que las mujeres no tienen documentos, porque les garantiza el acceso a los servicios y es vital para la toma de decisiones médicas oportunas y adecuadas. Sin embargo, para las mujeres pierde importancia al momento del parto, porque no reemplaza la documentación que requieren para registrar el nacimiento de su hijo o hija.

### **Motivo de consulta**

El estudio se centró en la salud reproductiva y dentro de ese campo, específicamente en la salud materna y la planificación familiar. Para conocer otras necesidades de atención de salud más allá de dichos componentes, se preguntó a las mujeres cuál es el motivo de consulta más frecuente. Hay que recordar que el cuestionario fue aplicado en las áreas de consulta médica, pero también directamente en hogares, de ahí su importancia para entender, en general, la demanda de salud de las participantes.

Entre los motivos de consulta se resalta el de rutina de embarazo como uno de los más frecuentes<sup>11</sup> (29%). Se comprende, por tanto, que las mujeres migrantes busquen más atención cuando se sienten enfermas o en situaciones de emergencia, pero menos cuando se trata de seguimientos rutinarios más allá de situaciones de embarazo.

Las causas por las que las mujeres pudieran no hacerse un control sostenido no solo de sus embarazos, sino de su salud en general son multivariadas y multifactoriales, con elementos asociados a condiciones estructurales sociales y económicas, de salud, trayectorias migratorias, estatus migratorio, integración social y percepciones de discriminación.

---

11 Las mujeres dominicanas refirieron más consultas ginecológicas de rutina que las migrantes, lo que puede indicar que el sistema de salud tiene un mayor control de lo que ocurre con las primeras.

## **Negación de atención**

De la información captada con la aplicación del cuestionario, 49 de las 70 mujeres migrantes afirman que no les han negado la atención en salud, 19 dicen que sí y dos declaran nunca haber asistido a un hospital público.

Un elemento que surgió en los grupos focales vinculado a la negación de atención fue el relacionado con el sistema de referimiento entre los hospitales periféricos y de segundo nivel hacia los especializados o de tercer nivel. Este referimiento es percibido como una negación de atención y no como un procedimiento necesario.

## **Complicaciones durante el embarazo y el parto**

La mayoría de las mujeres migrantes informó que no ha tenido ninguna complicación durante su embarazo. Se observa un mayor número de mujeres migrantes que declara haber tenido alguna complicación en la comunidad más vulnerable (18 en Localidad Y vs. 9 en localidad X).

Entre las que declaran haber tenido alguna complicación, en la población migrante, las respuestas más frecuentes son presión alta y dolores de cabeza. En tercer lugar, aparece el problema de anemia. Estos elementos son importantes para correlacionarlos con los diagnósticos dados por el personal de salud. Para el grupo de dominicanas, las complicaciones más mencionadas son la presión alta y la anemia, también en ese orden.<sup>12</sup>

Las complicaciones descritas como ocurridas durante el parto son muy similares a las identificadas durante el embarazo, por lo que se pueden deducir las limitaciones que las mismas mujeres tienen para explicar lo que les ocurre, ya sea por falta de conocimientos sobre el proceso en general, sus cuerpos o sus derechos.

---

12 El síndrome hipertensivo del embarazo, parto y puerperio es una de las principales causas de muerte materna, al que le siguen las hemorragias, por eso la importancia la estrategia de seguimiento que se pueda realizar desde el sistema de salud para contrarrestar los riesgos.

## **Prácticas de cuidado durante el embarazo y el parto**

Se observan dificultades en la identificación del embarazo por parte de las mujeres migrantes. En las UNAPs objeto de estudio, se informó sobre casos de mujeres que ingresan al sistema de seguimiento de sus embarazos en el tercer o cuarto mes de gestación. Una de las razones expuestas por las entrevistadas es la confusión con el uso de métodos anticonceptivos (o la falta de información adecuada), que las hace pensar que no están en situación de embarazo y más bien los retrasos menstruales que tienen se deben a los anticonceptivos. En estos casos, se produce una alerta tardía de embarazo y una búsqueda retardada de los servicios de salud.

Por otra parte, se aprecia que la falta de conocimiento sobre los síntomas que se deben tomar en consideración durante el embarazo para buscar atención médica agrava la vulnerabilidad de las mujeres migrantes en estado de embarazo, lo que pudiera propiciar la demora en la búsqueda del servicio de salud.

## **Prácticas de autocuidado después del parto**

Las mujeres migrantes entienden que el periodo posparto implica un compromiso y tiempos de pausa para que sus cuerpos se puedan recuperar (autocuidado), sin embargo, se identifican prácticas que atentan contra su propio bienestar. En la Localidad Y, el personal médico señala como un problema de salud los baños de vapor que dicen que las mujeres toman después del parto y con los que se causan quemaduras por las que deben volver a los centros de salud a atenderse de emergencia. En los grupos focales de esa localidad, las mujeres confirmaron la realización de esta práctica y que, en ocasiones, se han producido accidentes. Para varias, sin embargo, los baños de vapor tienen un significado específico: limpiar la membrana uterina y prevenir infecciones.

Durante el levantamiento de información, se verificó como una práctica en la que se identifica desconocimiento (de su uso y fin) y temor en algunas mujeres migrantes por ser una norma cultural sobre la que no se reflexiona, pero que cohesiona socialmente. Estas, desprovistas de información y acompañamiento (por la propia distancia de sus comunidades de origen), se ven en la encrucijada de realizarse un procedimiento sobre el que no se sienten del todo seguras.

Además del sentido de limpieza y autocuidado, la práctica también aparece vinculada a otro significado: una respuesta que los hombres esperan de las mujeres, una demanda para la satisfacción sexual masculina. Esta afirmación fue escuchada por el personal de salud, y también fue repetida por algunas de las mujeres migrantes. Por partida doble, entonces, pueden recibir maltrato (de sus parejas y del personal de salud que no comprende las razones de la práctica o les atribuyen otro sentido).

Cabe resaltar que la experiencia de la comunidad migrante haitiana en República Dominicana no es única, en el sentido de los desafíos que presenta para la atención de la salud sexual y reproductiva. Por el contrario, es diversa, según la comunidad, la trayectoria migratoria y los grados de integración (sea esta por diferenciación, aculturación, asimilación o inclusión).

## Evaluaciones sobre la atención médica

En términos generales, la atención en los hospitales y centros de salud fue bien evaluada por las usuarias migrantes. Hay algunos casos en relación con el personal de servicios (portería, seguridad) en los que es calificado como regular.

Entre las personas que dicen que sí han tenido inconvenientes, los elementos que aparecen en las respuestas son los siguientes:

### Tiempo en la espera y turnos para la atención:

- **Cantidad de pacientes:** Había mucha gente y decidió volver después; No le alcanzan los números; El tiempo no les da y ponen otra cita.
- **Los médicos no se presentan:** *“Una vez fui, pero el médico nunca llegó”.*
- **Atención lenta:** *“Se pierde mucho tiempo”;* *“Duré mucho tiempo en emergencias y no había medicamentos”.*

### Percepciones de maltrato, discriminación y mala atención:

- **Maltrato:** Los doctores la maltratan a ella, pero a sus niños le dan buena atención.
- **Mala atención:** *“No me atendieron bien a la niña una vez que la traje con un dolor”.*
- **Percepción de discriminación:** Preferencias para dejar pasar a dominicanas antes que a las haitianas.

<b>Inconvenientes de tipo administrativo (récord o expediente clínico):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>“Si vas al médico y no tienes la tarjeta, te cobran 200 pesos la otra tarjeta”.</i></li><li>• <i>“No traje la tarjeta y no me atendieron, volví otro día con la tarjeta”.</i></li></ul>
<b>Falta de dinero para transporte</b>
<b>Miedo a la deportación</b>
<b>Autonomía:</b> No tienen permiso de su pareja.
<b>Dificultades al momento de registrar a hijos o hijas recién nacidos</b>
<b>Costo de atención:</b> para otros problemas médicos que no sean la salud materna. Un testimonio cuenta que tuvo que recurrir a una clínica privada que le cobró 30 mil pesos.

Cuando se les preguntó por qué calificaban la atención médica como buena, las razones esgrimidas son las que aparecen a continuación:

<b>Trato igualitario:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atienden a todos por igual y atienden bien.</li><li>• Son buenos y atienden sin pedir documentos.</li></ul>
<b>Buen trato:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratan bien a todos.</li><li>• El médico que le atendió fue comprensivo y paciente.</li><li>• Siempre la ayudan.</li><li>• <i>“Cuando estuve en casa me sentía mal y cuando vi al doctor me mejoré. A veces, los médicos tratan mal, pero este no fue el caso”</i></li><li>• <i>“Me habló bien”.</i></li><li>• <i>“Me trataron con respeto”.</i></li><li>• <i>“Me atendió con respeto”.</i></li></ul>

**Calidez humana en la atención:**

- El médico que le atendió tuvo mucha paciencia.
- Todo salió bien.
- *“Me chequeó bien y fue amable”.*
- *“Me trataron con amor”.*
- *“La doctora es cariñosa con la gente”.*

**Esfuerzos para superar barrera idiomática:**

- *“Se comunicó bien conmigo”.*

**Calidad en la atención:**

- *“Me atendieron a la niña y se mejoró de una vez”.*
- La doctora se tomó su tiempo para hacerle la consulta y le dio recomendaciones para cuidarse.
- *“La doctora me chequeó bien y me dijo lo que tenía que hacer”.*

Lo anterior refleja la importancia del buen trato para las mujeres. Cuando la atención es calificada como regular, se habla de causas estructurales del sistema de salud, como la cantidad de pacientes que provoca que las atiendan “muy rápido”; de baja calidad en la atención, por ejemplo, que “se quedan sin hacer nada” o de barrera idiomática: “casi no entendía lo que decían”.

## **PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ENTRE LA PRÁCTICA Y LA PERCEPCIÓN**

### **Métodos de anticoncepción y prácticas de autocuidado**

Es alto el no uso de anticonceptivos entre las mujeres participantes en el estudio, por ejemplo, en el caso de las migrantes haitianas más de la mitad (41 de 70 mujeres) indica que no usa métodos de anticoncepción. En el caso de las mujeres dominicanas, más de un tercio (21 de 54 mujeres) declara que tampoco los usa. Más de la mitad de las mujeres que dijeron no usar anticonceptivos estaba embarazada al momento de la entrevista.

Por los testimonios de las mujeres participantes se evidencia la necesidad de información sobre métodos anticonceptivos, pero también de seguimiento sobre los casos particulares de las mujeres migrantes. Al indagarse sobre las razones de la poca adherencia o resistencia al uso de métodos de planificación familiar, mencionan los efectos secundarios, las molestias frecuentes, así como el desconocimiento sobre lo que es esperable o “normal” en el uso de los métodos y lo que sí se constituye en una anomalía.

Las mujeres migrantes manifiestan altas necesidades insatisfechas de anticoncepción y, por ello, un gran número de embarazos no planificados. El método de preferencia entre las mujeres migrantes es la inyección, seguido por la píldora y la esterilización femenina. En cuarto lugar, aparecen los implantes. El dispositivo intrauterino o DIU solo fue mencionado en el grupo de las nacidas en República Dominicana de origen haitiano, mientras que el condón masculino solo en el de las dominicanas.

La inyección, que se coloca cada tres meses, permite a la mujer espaciar sus consultas médicas. Se observan casos en los que, incluso, se comercializa la inyección dentro de la comunidad. Este método les representa una alternativa de mayor seguridad.

Sobre las mujeres se centran las expectativas de planificación y límite al número de hijos e hijas que tiene el sistema de salud, atribuyéndoles toda la responsabilidad.

### **Autonomía: la decisión de tener hijos e hijas y las relaciones de pareja**

Las condiciones económicas son un factor de importancia en la decisión de gestar. De ahí que varias mujeres relacionen su maternidad con lo que su pareja desea, debido a la dependencia del rol proveedor de aquella. De esta manera, la subordinación económica surge como un elemento determinante en la autonomía reproductiva.

Por otra parte, si bien algunas mujeres indican que son ellas las que deciden, también asumen todo el peso y compromiso del cuidado y la planificación. Además del tema económico, la referencia a sus parejas es escasa.

En resumen, los relatos de las mujeres participantes apuntan a: relaciones desiguales, donde todo el peso de la balanza está puesto en ellas, y un entorno

económico y cultural que no les facilita posibilidades de autonomía y en ocasiones las expone a situaciones de violencia.

## **Demandas de información y orientación**

En términos generales, la mayor parte de las mujeres migrantes indican conocer la existencia de métodos anticonceptivos y que han tenido algún grado de acceso a información. La dificultad, declaran, se encuentra en el conocimiento sobre el uso de estos, es decir, en la calidad del conocimiento y la información. Esto implicaría un seguimiento cercano del personal de salud, una interacción fluida médico-usuaria que, en el caso de las mujeres migrantes, tiene limitaciones específicas.

En los grupos focales, algunas mujeres demandan información y realizan preguntas concretas: “¿Cómo me puedo cuidar para no quedar embarazada si las pastillas y la inyección me hacen daño?”, “¿qué tengo que hacer para cuidarme?”, es decir, la demanda emerge y las mujeres están abiertas a escuchar. También se oyen preguntas respecto al momento de empezar la planificación luego de sus partos y temores sobre las consecuencias para su salud y la de su hijo o hija en edad de lactancia: “¿No me hará nada?”

## **La maternidad: entre el deseo y el desconocimiento**

Vinculado a la demanda de orientación específica y a un conocimiento adaptado a su realidad (de relaciones de pareja y trayectoria migratoria) la pregunta sobre el deseo de ser madres cruza de manera transversal el tema de la planificación familiar.

Varias mujeres señalan que su maternidad no había sido planificada, que en ocasiones solo llegó y en otras, la ausencia de información y orientación sobre métodos fue determinante. Ninguna de las mujeres participantes indicó que su plan de vida era tener muchos hijos o hijas. Lo anterior no significa que no hayan querido ser madres, sino que en varios casos no existe una decisión consciente. El deseo de ser madres se expuso en las narraciones como parte de sus proyectos de vida, pero condicionado a la edad y a la situación económica.

En ninguno de los grupos focales, la maternidad (como deseo o acción no planificada) aparece vinculada a creencias religiosas o determinantes culturales.

Fue puesta en discusión respecto a su proyecto de vida, deseo, autonomía para tomar decisiones, acceso a información de calidad y acompañamiento de experto, además de las condiciones sociales y económicas.

## **RAZONES PARA MIGRAR**

### **¿Por qué vienen las migrantes haitianas a República Dominicana?**

Las mujeres migrantes haitianas expresaron una variedad de razones para haber iniciado el camino de la migración. Esas motivaciones son expectativas que en la generalidad de los casos se refieren a “mejores oportunidades de vida y económicas”. Los motivos de trabajo y reunificación familiar, así como las redes familiares son los otros más citados, lo que indica un perfil migratorio relacionado con la búsqueda de mejores condiciones económicas, pero en un contexto de familias transnacionales. En una medida más limitada, el acceso a la salud y la educación aparecen como impulsos para iniciar sus tránsitos migratorios. Es decir, no surgen como las razones iniciales para cruzar la frontera.

Debido a la responsabilidad de cuidados que tienen solo por el hecho de ser mujeres y madres, al hablar de su condición de salud no se desprenden de lo que pasa con sus familias, fundamentalmente con sus hijos e hijas. Cuando se habla de las expectativas de vida, de cómo se sienten en relación con sus propios proyectos migratorios, plantean que la posibilidad de trabajar y generar sus propios ingresos siempre estuvo presente como motivación para migrar, y dicho eje está articulado a las necesidades básicas de sus hijos e hijas.

### **Ventajas y desafíos de la vida migrante**

Ya en el país de destino, las mujeres migrantes haitianas valoraron la posibilidad de las mejores oportunidades que pudieran tener o tienen en República Dominicana, así como la posibilidad de mejores ingresos y trabajo. Es también en este momento de sus trayectorias migratorias (cuando llegaron a territorio dominicano) que aparecen el acceso a la salud y la educación como ventajas frente a su país de origen.

También se les preguntó cuáles son las mayores dificultades o desafíos a los que se enfrentan en República Dominicana. Respondieron que la barrera idiomática fue el gran reto a su llegada al país, y la falta de documentación la dificultad que enfrentan en su cotidianidad, así como la falta de trabajo. A esto se suma el control migratorio y el miedo a la deportación.

### **Autonomía económica**

Las mujeres migrantes manifiestan de forma constante su angustia por la situación económica que, en orden de prioridades, supera la necesidad de acceso a salud, educación, vivienda u otro derecho. Esta inquietud se suma a las pocas oportunidades de trabajo que dicen encontrar para ellas mismas y las que hallan sus parejas. Aunque se autoperceben como mujeres trabajadoras, sus expectativas se limitan a actividades tales como “poner negocio propio en sus casas, trabajar en un picapollo o vender comida”.

Los trabajos que algunas de ellas realizan son informales, precarios y sin ningún tipo de beneficio social:

- Pelar gandules.
- Vender gandules.
- Trabajo doméstico.
- Negocio propio (venta en hogares).
- Vender carbón.
- Venta callejera.

En el levantamiento de información que se realizó a través de los cuestionarios se observan mujeres dedicadas a la actividad agrícola (cultivo). En los grupos focales participaron las que estaban en sus hogares con un perfil de personas sin trabajo o con trabajos muy precarizados. Estas mujeres, por lo mismo, tienen un alto grado de dependencia cuyo origen se encuentra en la distribución sexual desigual del trabajo. De esta manera, se observa cómo los hombres migrantes haitianos tienen más oportunidades laborales (y por lo tanto de socialización, integración e inclusión) que las mujeres migrantes haitianas.

Asimismo, se nota que esta cadena de desigualdades y vulnerabilidades en las que las mujeres migrantes desarrollan sus vidas se basan en matrices culturales

que no se rompen al llegar al país de destino. Por el contrario, en algunos casos se potencian. Varias mujeres indican que sus maridos las han mandado a buscar para que se ocupen del trabajo doméstico. De esa forma, su migración se convierte en una condición para mantener la relación de pareja.

En esos casos, la experiencia migratoria no fortalece sus potencialidades y, por el contrario, debilita su capacidad de agencia. Entre los factores restrictivos se identifican el tener que permanecer en el ámbito doméstico y en los límites de sus comunidades aisladas con pocas posibilidades de aprender español, capacitarse, encontrar trabajo y ganar en independencia y autonomía. Asimismo, sometidas al control de sus parejas, no saber español, control migratorio, no tener documentos y una alta carga y responsabilidad familiar.

Otros estudios sobre migraciones dan cuenta de la importancia de analizar las expectativas de los proyectos migratorios individuales también como determinantes de salud, en la medida en que inciden en los comportamientos y cómo estos se convierten en normas (Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017).

En el caso analizado, las mujeres migrantes haitianas están supeditadas por su necesidad, deseo e impulso de lograr mejores condiciones de vida para sus familias. Al llegar, sin embargo, se encontraron con un contexto limitante que las circunscribía a roles de género tradicionales sin posibilidad de transformación.

## **PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD**

### **Barreras identificadas por el personal de salud**

El personal de salud entrevistado identificó varias barreras que interfieren en su trabajo de atención a pacientes migrantes, entre las más relevantes mencionan las idiomáticas y la de estado de nutrición de las pacientes.

La barrera idiomática es la dificultad más importante señalada por médicas/os y enfermeras, sobre la que manifestaron la necesidad de buscar una solución urgente. Ningún miembro del personal de salud entrevistado habla creole y la mayoría tampoco cuenta con soporte de una persona como traductor/a; sin embargo, la dificultad de comunicación se presentó en menor medida en las unidades de atención primaria debido a la proximidad con las comunidades de

migrantes. Al estar insertas en las propias poblaciones, la convivencia se indica más fluida, el personal puede aprender algunas palabras en creole y no faltan las personas que hacen de intérpretes.

La dificultad idiomática se constata como transversal en la atención e interacción entre personal de salud y población migrante, y como esta influye en los servicios que brindan, el seguimiento y la calidad de atención, especialmente en los hospitales. También incide en las percepciones y actitudes respecto a las usuarias, así como de ellas en relación con la atención. El personal de salud entiende que realiza esfuerzos para superar esta barrera y que la búsqueda de intérpretes entre miembros de la propia comunidad es la solución a la que con más confianza y frecuencia recurren, entre el delgado abanico de alternativas con el que cuentan.

El personal de salud identifica que la alimentación está directamente relacionada con las condiciones de salud de las personas migrantes que se atienden en el área de salud materna, y que se expresa con mayor gravedad en los casos de anemia que llegan a los centros de atención médica. Subrayan que las anemias constituyen un factor de riesgo para las mujeres embarazadas por las hemorragias que pueden causar y las situaciones que se generan en el momento del parto.

### **Condiciones y complicaciones de salud de mujeres migrantes gestantes**

Las complicaciones más frecuentes en mujeres migrantes son la presión arterial elevada, la anemia y las infecciones vaginales. Al hablar de estas complicaciones el personal médico expresó su preocupación respecto al gasto y el esfuerzo que la atención a estas personas implica: transfusiones sanguíneas, medicamentos, etc. Es decir que, médicos y enfermeras, no solo tienen en cuenta el bienestar de esta población en particular, sino también la carga que significan para el Estado dominicano.

En sentido general, ante la pregunta de por qué cree que se presentan esas complicaciones, surgen las siguientes explicaciones:

- Mala alimentación.
- Falta de controles prenatales y manejo poco adecuado del embarazo.
- Factores socioeconómicos.
- Mujeres migrantes no toman medicamentos y vitaminas.

- Factores culturales.
- Bajo nivel educativo.
- Condiciones de salud en las que llegan las pacientes.

## **Controles prenatales y seguimiento durante el embarazo**

El personal de salud manifiesta una percepción diferente respecto a la cantidad de controles prenatales que declararon las mujeres migrantes en el marco del estudio. La percepción varía si se trata de una unidad de atención primaria o un hospital. En los primeros casos, se menciona que no existe dificultad en el seguimiento de los embarazos y que las mujeres se realizan sus chequeos sin muchos inconvenientes<sup>13</sup>. El problema que se observa en las UNAPs es que estos controles se inician más tarde.

En general, en los hospitales, el personal de salud entrevistado considera que las mujeres migrantes, en su mayoría, presentan condiciones y complicaciones muy graves de salud, sin controles prenatales y en situaciones socioeconómicas muy precarias. La información recogida, sin embargo, indica que son varios los perfiles de las usuarias que sería recomendable observar para focalizar la atención de acuerdo con ellos.

Los hospitales especializados son los que reciben los casos más complejos, en situaciones de emergencia y, por lo tanto, el peso significativo de la atención de cada caso es muy grande y puede estar contribuyendo a ver el fenómeno en términos de cantidad y no de complejidad. Las barreras pueden estar en otros aspectos como, por ejemplo:

- Barrera idiomática.
- Movilidad interna.

---

13 Báez (2017) señala en su estudio que la estrategia de sistematización de visitas utilizadas en las UNAPs resulta importante en la prevención y detección de complicaciones maternas y neonatales, ya que permite reconocer e intervenir precozmente ante posibles signos de alarma, conforme a las normas nacionales de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y las normas y guías de atención al recién nacido, vigentes en el país. Este mismo mecanismo fue mencionado durante el levantamiento de información realizado en las entrevistas con personal de UNAPs visitadas.

- Educación.
- Residencia permanente.

A continuación, se citan algunas percepciones del personal de salud sobre las dificultades que las mujeres migrantes tienen para asistir a sus controles prenatales:

- Se van de la ciudad, visitan a su familia.
- Falta de dinero para transporte.
- Falta de compromiso de las usuarias.
- Distancia de los hospitales.
- No quieren venir solas.
- Temor por falta de documentación.
- No tiene con quien dejar a los hijos.
- Maltrato de pareja.

## **Requisitos para la atención**

Casi todo el personal de salud subrayó que no hay requisitos para la atención y que es universal. Si bien el documento no es un requisito, sí lo consideran necesario para identificar a las personas. Es decir, en esos casos, se les pregunta si tienen documentos, pero no tenerlo no es un impedimento para la atención. Los diferentes criterios emitidos por las personas entrevistadas permiten entender la constitución de un perfil variado de mujeres migrantes, también sobre este aspecto: unas con documentos, otras que recurren a múltiples estrategias para que el tema de la documentación no sea limitante, otras que llegan a los servicios sin datos.

Ante estas realidades distintas, el servicio de salud también responde de manera diversa, lo que muestra la adaptabilidad que realiza a partir de buenas prácticas, pero también de actitudes desde las más abiertas hasta las más resistentes.

Se observan buenas prácticas en centros hospitalarios que reemplazan el número del documento de identidad de la persona por el de su historia clínica, a través de la cual hacen el seguimiento. Por lo mismo, tal como plantea un trabajador de salud, los problemas son visibles en situaciones de emergencia y en el momento del parto. De nuevo, el peso significativo de estas atenciones (emergencias y parto) hace que doctores/as y enfermeras concentren su mirada en esas dificultades.

No se identifica ningún instructivo específico en referencia a alguna política focalizada en las necesidades de la población migrante. En todos los casos, el personal de salud explica que se aplican los protocolos generales de atención.

### **Prácticas culturales y creencias**

El personal de salud, en general, no percibe que las creencias religiosas de las mujeres migrantes afecten la atención, sin embargo, manifiestan que ciertas prácticas (a las que atribuyen elementos culturales más que religiosos) afectan la atención y el seguimiento tanto en el área de salud materna como de planificación familiar.

El personal de salud señala que las usuarias migrantes tienen dificultades en el apego a los protocolos de atención y en seguir las instrucciones o recomendaciones médicas, y vinculan estas situaciones con el origen y la cultura de estas. Por tal motivo, se carga de responsabilidad a las propias mujeres demandantes y receptoras de los servicios de salud. Durante el estudio no se identificó ninguna acción de política pública orientada a desmontar prejuicios y tabúes respecto a la atención médica y planificación familiar que puedan llegar a tener las mujeres, o dirigidas a contestar la pregunta sobre si son creencias culturales o falta de información, orientación o conocimiento.

En síntesis, se puede señalar que en el personal de salud prevalece la siguiente percepción:

- Las mujeres migrantes no quieren planificarse.
- Les gusta tener muchos hijos o hijas.
- Tienen creencias y tabúes respecto a la alimentación y el autocuidado.
- No se apegan a protocolos durante la atención de sus partos.
- En los partos quieren adoptar otras posturas distintas a las que se usan en los hospitales.
- No entienden las instrucciones que se les dan por la barrera idiomática.
- No tienen cuidados respecto a salud sexual y reproductiva.
- Prefieren seguir sus patrones culturales en cuanto a alimentación y autocuidado durante el embarazo y puerperio.
- No se realizan controles prenatales, llegan a parir.

- Tienen temor a no poder tener hijos o hijas en forma permanente si usan los métodos de planificación familiar.
- Realizan prácticas culturales sobre las que el personal no tiene conocimiento específico, como amarrar el embarazo y baños de vapor.
- La cultura dominicana es muy diferente a la cultura haitiana.
- Ritos culturales o religiosos de esta población son considerados brujería o hechicería.
- Mujeres con alto grado de dependencia y sin capacidad de agencia.

La cultura es un sistema de significados y valores compartidos por una comunidad. Es indudable el peso que tiene en la toma de decisiones por parte de los individuos. Se rige por normas sociales, en algunos casos muy rígidas, que no tienen flexibilidad para facilitar transformaciones. El personal de salud identificó estas normas asumidas por las migrantes como barreras para la atención, pero sin considerar la articulación de factores que operan por dentro de las culturas, como, por ejemplo, las relaciones de género, las condiciones estructurales, sociales y económicas.

Asimismo, no se observa conocimiento sobre los derechos de las mujeres a elegir la posición de parto de acuerdo con su propio deseo. La normalización y manifestación de autonomía durante este proceso son consideradas como un desapego a los protocolos y, por tanto, actitudes que deben ser corregidas.

Durante el estudio se evidenció desconocimiento respecto a las motivaciones, razones o explicaciones sobre las actitudes y prácticas de las usuarias migrantes. Las mujeres migrantes aparecen en los relatos de doctores, doctoras y enfermeras como parte de un “otro” extraño y lejano, pese a que el servicio a ellas es cotidiano y de larga data.

## **Planificación familiar**

Otra de las barreras de importancia para la atención de la salud reproductiva de mujeres migrantes, señalada por el personal de salud, es la poca adherencia al uso de métodos anticonceptivos.

En el estudio se observa cómo la falta de conocimiento ocasiona prejuicios en las dos partes que forman la interacción médico-paciente, lo cual produce

resultados desfavorables tanto para el trabajo que desarrolla el personal de salud, como para el bienestar y los derechos de las usuarias.

Por otra parte, según considera el personal de salud, la pareja participa más poniendo trabas a la mujer que para ser protagonista y responsable de la planificación familiar y el cuidado de sus familias. Las limitan y hasta las coaccionan para que no utilicen métodos de anticoncepción.

A diferencia de las declaraciones directas de las mujeres migrantes, los métodos que según el personal de salud tienen más demanda en la comunidad migrante son:

1. Píldoras.
2. Inyecciones.
3. Implantes.
4. Condón masculino.

Por su parte, las mujeres migrantes señalan como primera opción el uso de las inyecciones. Asimismo, se preguntó al personal de salud sobre cuáles creen que son las resistencias o limitantes para el uso de anticonceptivos (el cual consideran como regular y malo en esta población) a lo que responden lo siguiente:

- Miedo a subir de peso.
- Incomodidad con los métodos: “el implante se lo ponen y luego vienen a pedir que se los quiten”.
- Deseo y preferencia: “Prefieren seguir así, salir embarazadas en cualquier momento”; “Les gusta tener niños”; “Porque la mayoría solo quieren tener más hijos”.
- Falta de información: “Muchas consideran que no es 100% seguro y no se los llevan”.
- Temores y prejuicios.
- Falta de apoyo de la pareja: “Los hombres las dejan si no quieren o no pueden tener hijos”; “son los hombres los que deciden”; “tienen que esperar a que la pareja esté para planificarse”; “porque no toman la decisión propia o sola y lo postergan”.
- Falta de compromiso con sus controles y seguimiento médico: “dicen que vienen y después no vuelven”.

- Por cultura o creencia y porque dicen que no les funciona.
- Cambio constante de método.

## **Percepciones sobre la relación entre el fenómeno migratorio y la salud reproductiva**

Los testimonios del personal de salud indican que el fenómeno migratorio se percibe como una realidad compleja, pero también como un peso extra al que se debe hacer frente. Desde el sector salud, la migración es entendida como un factor que “saca” recursos al Estado, un tema político que requiere respuesta, pero ante el cual también se sienten desprovistos de herramientas o protocolos de acción.

Las personas migrantes no son vistas como productivas o aportantes al desarrollo del país. Tampoco se dimensionan las desigualdades de género y la cadena de vulnerabilidades en las que se insertan las mujeres migrantes haitianas por ser mujeres en situación de pobreza y en un contexto complejo de migración.

A continuación, se presenta una síntesis de las percepciones declaradas por el personal de salud entrevistado con relación al fenómeno migratorio y su relación con la salud reproductiva:

### **Población que presenta muchas complicaciones médicas:**

- Las haitianas son las que más se complican, y afectan los indicadores de salud por las complicaciones y el poco seguimiento que se les da.
- Muchas mujeres extranjeras pariendo con complicaciones.
- Pacientes que se encuentran en riesgo.
- Pacientes que llegan con precondiciones como anemia, ITS y VIH.

### **Población que contribuye a aumento de indicadores de salud:**

- Aumenta la tasa de natalidad.
- Falta un control o limitante sobre el número de hijos según período intergenésico.
- Disparan los índices de mortalidad materna.
- Aumento de la población que demanda atención.
- No se planifican y se reproducen sin control.

<p><b>Situación en descontrol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que se ha salido de las manos.</li><li>• Elevada cantidad de pacientes extranjeras en los hospitales.</li><li>• Gran demanda de atención de mujeres migrantes.</li></ul>
<p><b>Esfuerzos para superar barrera idiomática:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>“Se comunicó bien conmigo”.</i></li></ul>
<p><b>Población que implica grandes gastos para el Estado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ocasiona un gasto excesivo al Estado.</li><li>• Atención a población migrante se da en contexto de escasos recursos y limitaciones de personal.</li><li>• Consumen más recursos que cualquier otra paciente.</li><li>• La mayor parte de los recursos y medicamentos se están utilizando en ellas.</li><li>• Sus condiciones económicas hacen que haya que darles todo.</li></ul>
<p><b>Problemas con la documentación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La falta de regularización o documentación de las mujeres afecta la calidad de la atención y el control.</li></ul>
<p><b>Población que viene “a parir”:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las mujeres migrantes son las que más paren y no quieren planificarse.</li><li>• Nacimientos prematuros, porque vienen “ya paridas”.</li><li>• Mujeres migrantes que solo vienen a parir.</li></ul>
<p><b>Condiciones de la población migrante haitiana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Población pobre, sin vivienda, sin trabajo, sin recursos ni redes familiares.</li></ul>

La figura de la mujer migrante haitiana como aquella que “viene a parir” es reiterativa en las participaciones recogidas. Esta es una construcción discursiva subjetiva que opera en el nivel de la percepción y sobre la cual no se pudo levantar información objetiva específica a partir de los registros de los hospitales.

En atención a la complejidad del fenómeno migratorio y a que es una realidad con la que convive a diario, el personal de salud también demandó otro tipo de acciones que conduzcan hacia soluciones: desde la regularización de personas

migrantes hasta un mayor control migratorio, pasando por acciones concretas como cursos de creole, capacitación al personal de salud para que se pueda comunicar, apoyo de traductores/as y mayor educación y capacitación a la población haitiana. Algunos miembros del personal de salud hicieron hincapié en que esta población se encuentra en el territorio nacional (representando una parte importante), y que, por lo tanto, debe ser integrada. Estas respuestas muestran también una diversidad de actitudes hacia la migración y la salud reproductiva de las mujeres migrantes.

Los desafíos y propuestas señalados por el personal de salud entrevistado con relación a la salud reproductiva de las mujeres migrantes se sintetizan en los siguientes aspectos:

- Educación.
- Contratación de intérpretes.
- Lograr que den seguimiento a las consultas.
- Lograr que se comprometan con el uso de los métodos y el seguimiento de la planificación.
- Facilitar información sobre métodos anticonceptivos.
- Orientación y educación sexual.
- Concientización sobre planificación familiar y sus beneficios para sus familias.
- Número de personal médico.
- El idioma y la cultura de la población migrante.
- Más recursos materiales, humanos y tecnológicos.
- Estructura de hospitales e insumos.
- Educación religiosa.
- Un sistema de salud empoderado y comprometido, que garantice el servicio integral e integrado al usuario ya sea extranjero o dominicano.
- Educación en prevención de enfermedades.
- Control en la frontera, oficiales bien pagados y que no vendan su dignidad.
- Que el personal de salud aprenda el idioma de la población migrante.
- Las condiciones de salud de las mujeres migrantes, especialmente la anemia.
- Educación y alfabetización de la población migrante.
- Contribuir a fortalecer la protección de derechos de las personas.
- Voluntad política y recursos para los centros de salud.

## **Evaluación de su trabajo**

El personal de salud entrevistado demostró tener una alta valoración de su trabajo, que estima se realiza en condiciones que no son óptimas. Esta evaluación positiva incluye la percepción de que brindan el servicio en forma igualitaria a migrantes y dominicanas, que no se les discrimina y realizan muchos esfuerzos para resolver situaciones vinculadas con precondiciones de salud o situaciones económicas.

Otros/as tenían una posición más crítica al indicar que se podría dar una mejor respuesta si se tuvieran otras circunstancias y la atención estuviera mejor planificada. Las personas que evaluaron la atención como buena o muy buena, concentraron sus respuestas en los siguientes elementos:

- A veces el hospital debe proveer hasta los pañales y la ropita del bebé (atención a población muy vulnerable).
- Porque hay atención igualitaria.
- No se discrimina y se les da prioridad.
- Se hace todo lo posible por brindar el servicio.
- Se hace la diligencia para ayudar.
- Porque no se limita a nadie y se hace todo lo que se puede.
- Se brinda el servicio, la paciente solo tiene que llegar.
- Se trata igual a todas.
- No se necesitan documentos y no hay trato diferenciado por esta razón.
- Se hace lo máximo con todas las pacientes.
- Porque dentro de lo que cabe se llevan todos los programas, se ayuda a las pacientes y se les da medicamentos.

El personal de salud que evaluó su trabajo como regular, lo hizo por los siguientes motivos:

- Es una atención reactiva, que responde sobre la marcha.
- Por las condiciones de alta vulnerabilidad de las usuarias.
- Porque se puede hacer mejor.
- Por la precariedad en los hospitales.
- Por la barrera idiomática.



# CONCLUSIONES

El Estado dominicano adopta medidas para la concreción de los derechos de salud reproductiva de las mujeres migrantes dentro de su territorio, en coherencia con el propósito de garantizar la universalidad del acceso a la atención de salud. Como se puede ver a lo largo de este informe, una de las medidas de fundamental importancia consiste en que no se exija como requisito para la atención la presentación de un documento ya sea del país de origen o de residencia regularizada en República Dominicana. Además, se cuenta con un robusto marco normativo que garantiza los derechos a la salud integral de todas las personas sin discriminación, a la vez que espera el cumplimiento de los deberes inherentes al proceso migratorio por parte de los extranjeros para poder garantizarles sus derechos.

El estudio aporta algunos elementos del perfil de las mujeres migrantes que formaron parte de la muestra. La mayoría tiene hijos o hijas (60 de 70), 20 de ellas estaban embarazadas, seis por primera vez y dos esperaban la confirmación de embarazo, en el momento de las entrevistas. De las 70 migrantes entrevistadas, cuatro tenían entre 6 y 3 meses de estadía y otras dos menos de tres meses en República Dominicana. Los tiempos de llegada al país de las demás oscilaban desde 2 y 3 años hasta 20 y 30 años, lo que muestra la variabilidad de los tipos migratorios que se encontraron en el territorio.

Sobre tenencia de hijos o hijas y situación de embarazo no se observan grandes diferencias en relación con el grupo de dominicanas (48 de 54 tienen hijos o hijas, mientras que 13 estaban embarazadas). Igualmente, dentro de este grupo de mujeres dominicanas, para dos (2) de ellas ese era su primer embarazo. En cuanto a controles prenatales, 16 de 20 embarazadas afirman realizarlos mensualmente, una (1) cada tres meses, dos (2) se habían realizado un solo chequeo al momento del estudio y otra (1) no se había efectuado ningún control. Respecto a

la cantidad de hijos o hijas, en general, la mayoría de las mujeres de todos los grupos tienen hasta 3 (tres) hijos, lo que contrasta con la percepción social de mujer migrante o en situación de pobreza con una gran cantidad de descendencia.

En el estudio no se encontró que los años de residencia incidieran favorablemente en la formación o escolarización de las mujeres migrantes, pero hay algunas zonas del país que presentan en general un mayor grado de vulnerabilidad en cuanto a condiciones económicas, educativas y de salud. Asimismo, pocas mujeres (del total de entrevistadas) están trabajando, más migrantes que dominicanas (15 vs. 7), lo que se relaciona con su propio proyecto migratorio centrado en la búsqueda de mejores oportunidades de vida y de trabajo, tal como expresaron ellas mismas.

La investigación evidencia la manera en que las barreras se articulan unas con otras y actúan como un artefacto compuesto por varias piezas, ocasionando no solo complicaciones durante el periodo de gestación, sino también al momento del parto. La primera, la barrera idiomática, condiciona toda la atención y genera otro tipo de dificultades, acentuándose con otros factores como el educativo, las prácticas culturales, la adherencia a métodos anticonceptivos, el seguimiento de tratamientos médicos y por, sobre todo, el seguimiento que el mismo sistema de salud debe o puede realizar respecto a la salud reproductiva de esta población.

Asimismo, durante el estudio fue posible identificar diversas buenas prácticas que operan como facilitadoras para el acceso a la atención de salud. El buen trato, cuando este se registra, es relevante al posibilitar la confianza necesaria para el establecimiento de la relación médico-paciente, más aún en contextos de vulnerabilidad migratoria.

Se encontraron iniciativas específicas de trabajo focalizado con población migrante en el marco de acciones de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y cólera, lo que muestra la viabilidad de aplicación de medidas administrativas y políticas públicas dirigidas a estas poblaciones, más allá del acceso universal. Esta noción de universalidad es, sin lugar a duda, una garantía para el ejercicio de derechos, pero también puede convertirse en un concepto cerrado que no permite ver las diferencias, las necesidades específicas de las poblaciones y sus contextos. Las particularidades de las mujeres migrantes que viven en condiciones de pobreza, en situación migratoria irregular y en circunstancias económicas y sociales de alta fragilidad deben ser tomadas en cuenta para no correr el riesgo de aumentar la desigualdad y ampliar la discriminación.

Uno de los grandes retos que enfrenta la política migratoria en República Dominicana es precisamente el reconocimiento de la población inmigrante como un grupo vulnerable, con necesidades delimitadas que atender, así como desafíos propios. Esta mirada no implica un marco de diferenciación o asimilación, sino un reto para sumar esfuerzos a fin de superar barreras que impiden una integración favorable al desarrollo de las comunidades y del conjunto del país. Por el contrario, la aplicación de iniciativas determinadas de manera diferenciada permitirá iguales oportunidades y accesos a derechos.

Algunos prestadores de servicios de salud no perciben que esta posibilidad pudiera darse dentro del sistema de salud dominicano al mostrar resistencias, fruto de una visión de la migración y su relación con la salud reproductiva de mujeres en situaciones de vulnerabilidad como un “otro” lejano y extraño. La falta de conocimiento sobre su cultura, las razones de sus prácticas y de sus propias condiciones de bienestar y de salud, es uno de los escollos de mayor peso al acceso de la atención en salud identificada junto con la barrera idiomática. Esta distancia hace que el personal de salud, en varias circunstancias, sienta que está trabajando a ciegas sin posibilidad de lograr resultados.

En general, el estudio identifica una demanda del personal de salud que alude a la búsqueda de soluciones. En ese sentido, señalan aspectos que van desde la regularización de personas migrantes (que ya están establecidas) hasta un mayor control migratorio ante nuevos ingresos, pasando por acciones concretas como cursos de creole, capacitación al personal de salud para que se pueda comunicar, apoyo de traductores/as y mayor educación y capacitación a la población haitiana.

En el marco del estudio también se observó que la comunidad migrante no es homogénea. Existen tipos migratorios vinculados a diversos factores y las relaciones al interior de las propias comunidades también son distintas y están asociadas a varios elementos, como, por ejemplo, la historia personal y la trayectoria migratoria. Se evidencian diversas posiciones de sujeto —y por lo tanto diferentes construcciones de identidad— que determinan las prácticas sociales y las respuestas que dan las personas migrantes a las demandas que reciben, por lo que no se puede pensar en la comunidad haitiana como un todo estático. En general, el personal de salud estima a la comunidad migrante haitiana como un solo colectivo, sin visualizar las diferencias que existen entre las personas que la integran.

Categorías como nacionalidad, raza, cultura son construcciones sociales a las que se asignan sentido tanto desde afuera como desde el interior, y en ese juego operan, cuando no existe conocimiento, dispositivos que actúan como estigmas y prejuicios. Las personas y sus acciones pueden quedar suspendidas desde imaginarios preconcebidos y no en su significado real. Por ejemplo, en el caso de la planificación familiar, las mujeres llegan a los servicios de salud con el peso generado por la desigualdad de género en la que están insertas (poca o nula responsabilidad de la pareja, precarias condiciones económicas, baja autonomía para tomar decisiones respecto a su propia salud reproductiva, entre otras).

El personal de salud comparte una noción general sobre el tema migratorio, respecto al cual no tiene un conocimiento profundo o particular. Por ejemplo, la construcción discursiva de “vienen a parir” representa a las usuarias que llegan a las salas de emergencia o los hospitales sin sus historias clínicas, y sobre las cuales el sistema de salud carece de información, o aquellas que llegan al sistema ya en sus últimos meses de embarazo.

Esta figura retórica, sin embargo, permanece en el imaginario social como aquellas mujeres que llegan a los hospitales directamente de la frontera. Vale aclarar que obviamente de todas maneras las anteriores situaciones descritas implican una gran dificultad para el personal de salud que no sabe las condiciones de la persona a la que están atendiendo. De la misma manera, lo que aquí se afirma no niega que casos particulares puedan darse en el contexto de migración irregular. Sin embargo, lo que se visibilizó fueron esos otros elementos aparentemente ocultos detrás de las percepciones.

Cabe aquí la reflexión sobre el desencuentro que se produce entre el personal de salud y las mujeres migrantes haitianas, que se explica por cómo se entiende la salud y cuáles son los tópicos que podrían ser incorporados más allá de los biológicos y biomédicos (Aizenberg, Maure, 2017). Es decir, la importancia sobre las vivencias personales, la cultura, las condiciones sociales y económicas, las determinantes sociales y de género.

Asimismo, se observó la necesidad de articular respuestas que tengan en cuenta todas las barreras que fueron identificadas a lo largo del informe para garantizar un seguimiento efectivo de las usuarias migrantes. Por ejemplo, en el tema de la documentación, que no es un requisito para la atención, estas saben que de una u otra forma tener o no documentos les abre puertas y también les crea resistencias.

Es decir, la atención de salud necesita un abordaje multidimensional que integre los aportes de otros actores que se encuentran fuera del sistema de salud.

Los hallazgos de esta investigación son consistentes con las problemáticas detectadas en otros países que acogen a población migrante (Cabieses, Oyarte, Chepo, Bustos y Chadwick en Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017, p. 230), tales como:

- El acceso difícil y el desconocimiento del nuevo sistema de atención de la salud.
- Las barreras del idioma.
- Las diferencias en expectativas y necesidades percibidas por parte de este grupo.
- Las diferencias culturales en las definiciones de enfermedad y los tratamientos esperados.

La perspectiva de género ha sido transversal a lo largo del abordaje de todas las categorías analizadas en el estudio, observándose la ausencia de esta mirada al interior del sistema de salud, un elemento determinante para pensar la política pública especialmente en torno a salud materna y planificación familiar. Toda la carga del trabajo reproductivo está depositada en las mujeres, evidenciando un sistema que funciona de espaldas a las diferencias específicas y vulnerabilidades de las mujeres migrantes. Este vacío, en la práctica, refuerza el estado de vulnerabilidad, violencia y discriminación, aumentando las desigualdades y segregaciones. Los roles de género están normalizados institucionalmente en el sistema de salud, en lo que se refiere a la práctica del personal que fue entrevistado en el marco de este estudio.

Investigaciones sobre actitudes y comportamientos en el área de la salud, realizados con base en la transformación social “incluyen la identificación de barreras y facilitadores como una fase muy importante” (Orrego, Pérez, Alcorta, s/f). La teoría migratoria conductual-decisional corrobora esta importancia al afirmar que las “intenciones de realizar una determinada conducta son producto de normas —percepciones sociales de lo que otras personas importantes piensan sobre nuestro comportamiento— y las expectativas que uno tiene de alcanzar objetivos valiosos como consecuencia de la realización de la conducta” (Cabieses y Bernales en Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017, p. 500).

Finalmente, la falta de información sobre el estado y las condiciones en las que llegan las mujeres migrantes al sistema de salud es sin duda de vital trascendencia para que puedan recibir una atención adecuada. En el personal de salud se observó la percepción de que las mujeres migrantes son, en su mayoría, descuidadas respecto a su propio bienestar. Lo recogido en el estudio, sin embargo, no muestra evidencia de esto, pero sí que hay áreas, en el marco del curso de sus vidas, que deben ser observadas con detenimiento para producir mejores resultados y garantizar su derecho a la salud. Respecto a este punto, no se puede soslayar que una satisfactoria comprensión sobre su propia sexualidad y reproducción facilitaría a las mujeres tomar decisiones oportunas y buscar ayuda cuando la necesiten.

Este estudio también identificó tendencias que pueden servir de base para otras investigaciones necesarias en el área de la salud sexual y reproductiva de las comunidades migrantes y aquellas que requieren mayor profundización, por ejemplo, respecto a la relación de los perfiles migratorios, las desigualdades de género y el mercado laboral.

# RECOMENDACIONES

Asimismo, se han podido definir ideas concretas para la recomendación de políticas públicas migratorias en el área de la salud reproductiva, entendida desde la multidimensionalidad y multifocalidad, las que son expuestas a continuación:

- **Iniciativas para superar la barrera idiomática.** Adoptar todas las medidas necesarias para superar la barrera idiomática en los centros de salud y hospitales con afluencia de población migrante, a través de la contratación de traductores/as originarios de las propias comunidades migrantes y la habilitación de cursos de creole como parte de la capacitación que debe recibir el personal de salud que labora en esos centros.
- **Fortalecer las unidades de atención primaria.** Incluir a las mujeres migrantes en el protocolo de atención a la mujer en el puerperio y al neonato dentro de las 72 horas después del parto, a cargo de promotoras/as de salud de las UNAP (Báez, 2017), que es mencionada como una estrategia eficiente a nivel nacional.
- **Acciones con la población masculina migrante.** Determinar políticas de sensibilización e información específicas para la población masculina sobre planificación familiar, especialmente aquella que se encuentra bajo contratación temporal y puede ser identificada desde sus áreas de trabajo.
- **Capacitación con perspectiva de género.** Incorporar capacitación con enfoque de género para el personal de salud, que haga hincapié en que el control de la natalidad se debe realizar desde la autonomía de las mujeres y la corresponsabilidad de sus parejas. Esto implica atender a la capacidad de decisión de las mujeres migrantes, desde la adecuada información, orientación y disponibilidad de métodos anticonceptivos,

pero con la inclusión de las parejas desde su responsabilidad para la planificación familiar.

- **Abordaje intercultural e intersectorial.** Propiciar una política pública en salud reproductiva desde un abordaje intercultural e interseccional, en el que se incorpore a la mujer migrante desde la comprensión de sus propias creencias y prácticas. Asimismo, desde un enfoque intersectorial que pueda atenderlas desde un ámbito en el que no sean discriminadas.
- **Estudios médicos focalizados.** Desarrollar estudios médicos específicos en esta población para tomar decisiones y medidas concretas, por ejemplo, para enfrentar la hipertensión y la anemia que el personal de salud dice que se registran con mayor frecuencia en la población haitiana.
- **Dispositivos de seguimiento de salud a la población.** Activar mecanismos de seguimiento de las usuarias migrantes a partir de la elaboración detallada de sus historias clínicas, otorgando facilidades para el acceso a copias de tarjetas de récord y potenciando el sistema de referimiento entre centros de salud y hospitales.
- **Campañas de comunicación.** Desarrollar campañas de información y sensibilización sobre salud materna y planificación familiar dirigidas especialmente a comunidades migrantes, en su idioma y con textos sencillos y cotidianos. Estas campañas de información deben contener especial asesoramiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, sus efectos secundarios y sus potencialidades y alternativas, enmarcadas en el enfoque de derechos y, en el caso de embarazos, sobre los signos de alarma.
- **Cartillas y carteles en creole en hospitales y UNAPs.** Desarrollar material de comunicación e información en creole que se pueda colocar en hospitales y unidades de atención primaria con información básica para las usuarias, así como de acompañamiento a las campañas de comunicación que se realicen en los distintos temas requeridos.
- **Educación.** Articular acciones desde el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación para potenciar los programas de alfabetización, incluyendo a las mujeres migrantes, y agregando contenidos específicos sobre salud materna y planificación familiar.
- **Coordinación de espacios de trabajo entre personal de salud.** Potenciar intercambio de experiencias entre los distintos hospitales

sobre sus estrategias y prácticas de abordaje en temas de alta complejidad en gestantes migrantes como la hipertensión y la anemia (por ejemplo, zonas fronterizas con zonas centrales, zonas de frontera sanitaria con zonas de cultivo agrícola o sector turismo, etc.).

- **Políticas de parto humanizado.** Incluir a la población de mujeres migrantes en políticas de parto humanizado mediante un abordaje intercultural y con plena garantía de sus derechos a elegir el tipo de parto, así como de la posición de parto.<sup>14</sup>
- **Planes de contingencia para embarazadas de último término.** Elaborar planes de contingencia para las mujeres que lleguen al sistema de salud en última fase del embarazo, que prevean protocolos de urgencias, e incluir en ellos a las mujeres migrantes.

---

14 Ver <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.



# BIBLIOGRAFÍA

1. Aizenberg, M. (2017). *Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la Provincia de Mendoza, Argentina*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v25n51/1980-8585-remhu-25-51-149.pdf>
2. Amadeo, E. (dir). (s/f). *Derechos Sexuales y Reproductivos de la Población Inmigrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008-2009*. Buenos Aires, Asociación Civil Observatorio Social (OS), Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) y Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Recuperado de: <http://feim.org.ar/pdf/publicaciones/DSR-migrantes-CABA-2008-2009.pdf>
3. Alvear Mazarrasa, L. Gil Tarragato, S. (s.f.). *Salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo\\_12.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf)
4. Báez, S. (2017). *Análisis de Género en la Mortalidad Materna de República Dominicana*, Santo Domingo: Fondo de Población las Naciones Unidas (UNFPA), Centro de Estudios de Género.
5. Barinas, I. y De los Santos, F. (2010). *Situación actual salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en la República Dominicana*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.
6. Bosch Carcuero, 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.
7. Bravo, A. (2003). *Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid*. Recuperado de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistamigraciones/article/view/4318/4142>

8. Cabieses, B., Bernal, M. y McIntyre A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo. Recuperado de: [https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)
9. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). (2014). *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2013)*. Santo Domingo: CESDEM.
10. Comisión Guttmacher-Lancet. (s/f). *Acelerar el avance, salud sexual y reproductivo para todos. Informe de la Comisión Guttmacher-Lancet sobre salud y derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/es/news-release/2018/la-comision-guttmacher-lancet-propone-una-nueva-y-audaz-agenda-para-la-salud-y-los>.
11. De Las Heras, M.J. (2016). *Los migrantes como sujetos del sistema de protección social en Chile*. Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2016/12/N%C2%B0-91-Migrantes-como-sujeto-de-protecci%C3%B3n-social.pdf>
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Disponible en web: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf).
13. Garrido Medina, L. (1996) "La revolución reproductiva", en Cecilia Castaño & Santiago Palacios (eds.). *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*. Madrid: Alianza. pp. 205-238.
14. Gracia, C. (coord.) (2014). *Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29579/ModeloASPIA.pdf>
15. Grande Gascón, M. L., et al. (2011). "El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género", en *Cultura de los Cuidados*. Año XV, n. 30 (2. cuatrimestre 2011). ISSN 1138-1728, pp. 45-55.
16. Guerrero, E., Donastorg Y. y de los Santos, A. (2014). *Características y análisis de salud de la población de origen extranjero. Estudio complementario a partir de la ENI 2012*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
17. Hasbun, J. (2014). *Seguridad humana en los bateyes de la República Dominicana*. Proyecto Inter agencial. Reporte de Línea de Base. Santo Domingo.

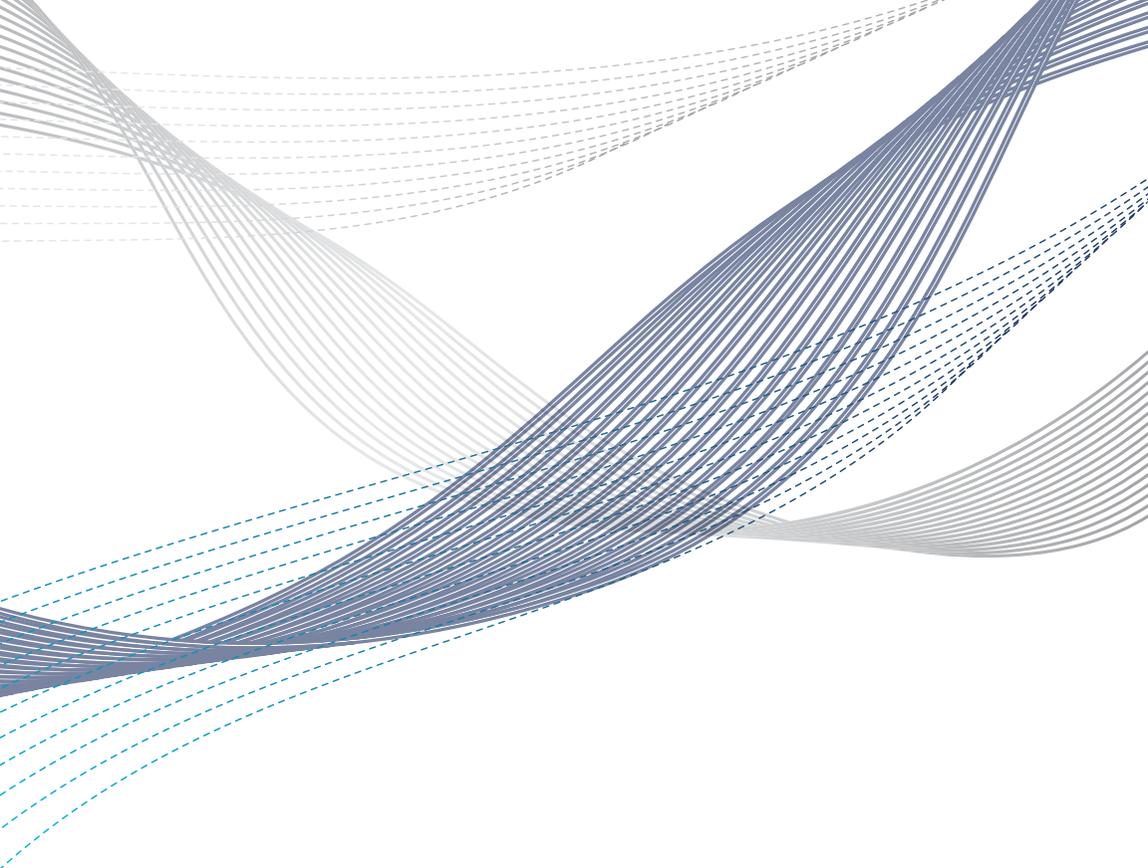
18. Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Madrid: Mc Graw Hill. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
19. Maguid, A. (2013). *Familia, género y migración. Estudios complementarios ENI 2012*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).
20. Magliano, M.J. (2015). "Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos", en *Revista Estudios Feministas* [en línea], 23 (septiembre-diciembre). Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2015000300691&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2015000300691&script=sci_abstract&lng=es)
21. Martínez, C. y 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.
22. Mora, L. (s.f.). *Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos* (resumen de ponencia). Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6669/S0311794\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6669/S0311794_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Landry, V. (2013). *Haitianas en República Dominicana: Feminización de la migración, discriminación y vulnerabilidad* (trabajo de tesis), Santiago de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116036/Haitianas-en-Republica-Dominicana.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
24. Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2018). *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2017)*. Santo Domingo: ONE.
25. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2006). *Glosario sobre migración*. Recuperado de: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf).
26. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
27. Ortega, G. (2017). *Planificación familiar vs. atención del embarazo. Análisis costo beneficio en población afiliada al SENASA*. Santo Domingo: SENASA.
28. Orrego, Pérez, Alcorta, (s/f). *Identificación de barreras y facilitadores. Implementación de Guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud*.

- Manual metodológico*. [en línea]. Recuperado de: <http://portal.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado03/identificacion.html>
29. Pérez Then, E., Miric, M. y Vargas T. (2011). *El embarazo en adolescentes en la República Dominicana* Santo Domingo: PROFAMILIA.
  30. Petrozziello, A. y Wooding B. (2011). *Una mirada a la violencia contra las mujeres migrantes haitianas, en tránsito y desplazadas en la frontera dominico-haitiana*. Santo Domingo: Colectiva Mujer y Salud, Mujeres del Mundo, Observatorio Migrantes del Cariba (OMBICA).
  31. Petrozziello, A. (2014). *Género y el riesgo de apatridia para la población de ascendencia haitiana en los bateyes de República Dominicana*. Santo Domingo: OMBICA.
  32. Pimentel, R. (2013). *Perfil de la Salud Materna*. ODM5. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.
  33. Ramírez, A. y Wooding, B. (s/f). *Estudio diagnóstico: migración femenina en la República Dominicana* (documento de trabajo), San José. OIM-OIT. Recuperado de: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san\\_jose/documents/publication/wcms\\_250211.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_250211.pdf)
  34. Rubio M.J. y Varas J. (1997). *El análisis de la realidad en la intervención social, métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Editorial CCS.
  35. UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). *Determinantes Sociales de la Morbilidad y la mortalidad maternas. Acciones para superar las demoras I y II*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Determ-MM-y-MME-Demoras-I-y-II.pdf>
  36. Vargas, P., Carnales, A. y Montiel, I. (2011). *Migración, género y salud sexual y reproductiva: la vulnerabilidad de los migrantes haitianos en la República Dominicana* (artículo académico). Recuperado de: <http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/Serie10/Serie10.6VargasCanalesMontiel.pdf>
  37. Verrijp (1997). *Respiramos el mismo aire. Salud, nacionalidad y descendencia de la mujer en siete bateyes dominicanos*. Santo Domingo: MUDHA.









**INMRD**  
Instituto Nacional de Migración  
de la República Dominicana  
Ministerio de Interior y Policía

Instituto Nacional de Migración de la República Dominicana - INM RD  
Calle Manuel Rodríguez Objío, Núm. 12, Gazcue  
809.412.0666 | [info@inm.gob.do](mailto:info@inm.gob.do) | [www.inm.gob.do](http://www.inm.gob.do)

 @INMRD   @INM\_RD