



**INMRD**  
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

Informe técnico  
2019

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

**Elaboración:**

Rossana Gómez

Departamento de Investigación y Estudios Migratorios

**Trabajo de campo:**

Rossana Gómez y Bienvenido Barrientos

Departamento de Investigación y Estudios Migratorios

**Colaboración:**

Rocío Acosta y Reyna Bartolomé

Departamento de Investigación y Estudios Migratorios

**Revisión 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

Instituto Nacional de Migración (INM RD), 2019

# CONTENIDO

1.	ANTECEDENTES, MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO	7
2.	ASPECTOS METODOLÓGICOS	11
2.1	OBJETIVOS	11
2.1.1	OBJETIVO GENERAL	11
2.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	11
3.	RESULTADOS	13
3.1	ELEMENTOS DEL PERFIL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES DE ESTE ESTUDIO	13
3.1.1	CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	13
3.1.2	ESCOLARIDAD	15
3.1.3	TIEMPO DE LLEGADA A REPÚBLICA DOMINICANA DE MUJERES MIGRANTES Y SITUACIÓN DE EMBARAZO	16
3.1.4	TRABAJO Y SITUACIÓN ECONÓMICA	17
3.1.5	DOCUMENTACIÓN	19
3.2	ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD. LAS BARRERAS PERIFÉRICAS	20
3.2.1	COSTO DE TRANSPORTE	21
3.2.2	CONTROL MIGRATORIO EN EL TERRITORIO	21
3.2.3	LA SALUD DE LOS HIJOS E HIJAS POR ENCIMA DE LA PROPIA	23
3.2.4	PERCEPCIONES Y ACCIONES DE DISCRIMINACIÓN	24
3.2.5	EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	27
3.3	ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA	29
3.3.1	LA BARRERA IDIOMÁTICA	30
3.3.2	EL PROBLEMA DE LA DOCUMENTACIÓN	33
3.3.3	LA TARJETA O RÉCORD MÉDICO (EXPEDIENTE CLÍNICO)	36
3.3.4	MOTIVO DE CONSULTA	37
3.3.5	NEGACIÓN DE ATENCIÓN	38
3.3.6	COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO	39
3.3.7	PRÁCTICAS DE CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO	40
3.3.8	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DESPUÉS DEL PARTO	42
3.3.9	EVALUACIONES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA	43
3.4	PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ENTRE LA PRÁCTICA Y LA PERCEPCIÓN	45
3.4.1	MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	45
3.4.2	AUTONOMÍA: LA DECISIÓN DE TENER HIJOS E HIJAS Y LAS RELACIONES DE PAREJA	50
3.4.3	DEMANDAS DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN	52
3.4.4	LA MATERNIDAD: ENTRE EL DESEO Y EL DESCONOCIMIENTO	53
3.5	RAZONES PARA MIGRAR	54
3.5.1	¿POR QUÉ VIENEN LAS MIGRANTES HAITIANAS A REPÚBLICA DOMINICANA?	54
3.5.2	VENTAJAS Y DESAFÍOS DE LA VIDA MIGRANTE	57
3.5.3	AUTONOMÍA ECONÓMICA	58
3.6	PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD	59
3.6.1	BARRERAS IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE SALUD	59
3.6.2	BARRERA IDIOMÁTICA	60
3.6.3	ALIMENTACIÓN DEFICIENTE Y COMPLICACIONES DE SALUD DE LAS MUJERES MIGRANTES	63

3.6.4	CONDICIONES Y COMPLICACIONES DE SALUD DE MUJERES MIGRANTES GESTANTES	63
3.6.5	CONTROLES PRENATALES Y SEGUIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO	65
3.6.6	REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN	67
3.6.7	INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES EN EL ÁREA DE SALUD MATERNA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	68
3.6.8	PRÁCTICAS CULTURALES Y CREENCIAS	69
3.6.9	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	71
3.6.10	PERCEPCIONES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE EL FENÓMENO MIGRATORIO Y LA SALUD REPRODUCTIVA	73
3.6.11	EVALUACIÓN DE SU TRABAJO	77
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA	78
	BIBLIOGRAFÍA	84
	ANEXOS	88
	ANEXO 1: RESUMEN NUMÉRICO DE TRABAJO DE CAMPO	88
	ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA MUJERES	90
	ANEXO 3: CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD	103

## Índice de cuadros

<b>CUADRO 1</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS.....	16
<b>CUADRO 2</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS POR PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO SEGÚN TENENCIA DE TRABAJO, 2018 .....	17
<b>CUADRO 3</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA DESEMPEÑADA, 2018 .....	18
<b>CUADRO 4</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES QUE TRABAJAN ENTREVISTADAS POR PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO, SEGÚN APORTANTES AL INGRESO FAMILIAR, 2018.....	18
<b>CUADRO 5</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS NACIDAS EN HAITÍ POR SITUACIÓN DE DOCUMENTACIÓN, 2018 .....	19
<b>CUADRO 6</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS NACIDAS EN HAITÍ POR SITUACIÓN DE DOCUMENTACIÓN, 2018 .....	33
<b>CUADRO 7</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS POR PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO SEGÚN MOTIVO DE NEGACIÓN DE ATENCIÓN, 2018 .....	38
<b>CUADRO 8</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS POR LOCALIDAD DE RESIDENCIA SEGÚN PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO Y TIPO DE COMPLICACIÓN DURANTE SU ÚLTIMO PARTO, 2018 .....	39
<b>CUADRO 9</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS POR PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO SEGÚN TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO, 2018.....	47
<b>CUADRO 10</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS POR PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO SEGÚN DE QUIÉN CREE ES LA DECISIÓN DE TENER O NO HIJOS O HIJAS, 2018 .....	52
<b>CUADRO 11.</b> COMPOSICIÓN DE LAS BARRERAS IDENTIFICADAS POR EL PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN SANITARIA, POR NIVEL DE INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, 2018 .....	60

## Índice de gráficos

<b>GRÁFICO 1</b> COMPOSICIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN CONSULTADA POR PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO SEGÚN SU ESTADO DE EMBARAZO, 2018.....	14
<b>GRÁFICO 2</b> DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA, 2018 .....	37
<b>GRÁFICO 3</b> COMPOSICIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE MUJERES ENTREVISTADAS POR PAÍS DE ORIGEN O NACIMIENTO SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, 2018.....	46
<b>GRÁFICO 4</b> DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES HAITIANAS ENTREVISTADAS SEGÚN RAZÓN PARA MIGRAR DE HAITÍ A REPÚBLICA DOMINICANA, 2018 .....	55
<b>GRÁFICO 5</b> DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES HAITIANAS ENTREVISTADAS, RESIDIENDO EN REPÚBLICA DOMINICANA, SEGÚN LOS PRINCIPALES MOTIVOS PARA VIVIR AQUÍ, 2018.....	57

## INTRODUCCIÓN

A pesar de que 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, debido a la complejidad del tema migratorio y las limitaciones de alcance propias de la investigación, en este primer esfuerzo se aborda la temática de la salud reproductiva acotada a la salud materna y la planificación familiar en mujeres migrantes haitianas. En el mismo, se recogen 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.

El propósito de esta investigación es 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.

Este informe final de resultados está estructurado en cuatro partes. La primera parte expone los antecedentes, el marco conceptual y el marco normativo que sirven de base al estudio. La segunda parte presenta los aspectos metodológicos empleados. Ambas conforman un marco analítico basado en la triangulación de enfoques y datos.

Los hallazgos de la investigación se exponen en la tercera parte, subdividida en seis secciones: Caracterización de las mujeres estudiadas, identificación de barreras de acceso a la salud, características de la atención en salud materna, planificación familiar, razones para migrar y, por último, los hallazgos desde la percepción del personal de salud que les ofrece los servicios, con el objetivo de identificar desde su óptica las barreras y necesidades que tienen en la atención de la salud materna y la planificación familiar, y sus propuestas y retos específicamente sobre el tema migratorio.

Finalmente, se ofrecen algunas conclusiones y recomendaciones que pudieran servir de referentes al sector salud para su trabajo desde la perspectiva multidimensional de la política migratoria. Con este esfuerzo se espera contribuir al fortalecimiento de 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, en cumplimiento de su misión de contribuir a la gestión migratoria en República Dominicana.

# 1. ANTECEDENTES, MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

## 1.1 Antecedentes

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 generando 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 la sexualidad de 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>1</sup>. Algunos trabajos que han tenido por foco la salud sexual y reproductiva no se han detenido con profundidad en la población migrante, aunque sí como parte del levantamiento general de información<sup>2</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, Bernales 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.

---

<sup>1</sup> 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), que desarrolló esa investigación en conjunto 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.

<sup>2</sup> Otros estudios revisados con perspectiva de género abordan temáticas como el de la documentación, parejas mixtas (Petrozziello, 2014) y sobre violencia en la frontera (Petrozziello y Wooding, 2011).

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 abordar 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.

## 1.2 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 Gutmacher-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 inmigrantes.

La Organización Mundial de la Salud ha definido el enfoque de Salud en Todas las Políticas como una solución práctica para los tomadores de decisiones 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, por lo antes dicho 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 y de identidad que las mujeres ocupan como sujetos sociales, ya sea en contextos de pobreza, migración, raza, etc.

Según señala Báez (2017), en los casos de mortalidad materna que estudia, el análisis de género y otros determinantes sociales de la salud y 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.

### 1.3 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 y protege y da garantías legales de acceso a la salud a las mujeres migrantes.

La Constitución de la 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.

Por su parte, la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (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>3</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.

---

<sup>3</sup> “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/>

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

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

### 2.1 Objetivos

#### 2.1.1 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.

#### 2.1.2 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.

### 2.2 Población y muestra

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>4</sup> históricamente ha estado caracterizada como un territorio de producción cañera ligado a la configuración de bateyes. Estas comunidades han pasado de

---

<sup>4</sup> Atendiendo aspectos de confidencialidad, se reserva la identidad de las localidades, de los centros asistenciales, y de las personas participantes del estudio, buscando focalizar la mirada en los resultados y a partir de allí, en la definición de posibles propuestas.

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 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.

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>5</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 (Ver Anexo 1). 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.

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 (Ver Anexo 2). El cuestionario también fue aplicado a mujeres dominicanas usuarias de servicios públicos de salud, como filtro para identificar especificidades de la población migrante.
- 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 (ver Anexo

---

<sup>5</sup> A este tipo de investigación también se las conoce como “guiadas por uno o varios propósitos” (Hernández Sampieri, p. 396).

3). 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 los meses de 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 empleó una matriz para analizar las participaciones en el marco de los grupos focales realizados, conforme clasificación, primero en dimensiones y luego en categorías.

## 3. RESULTADOS

### 3.1 ELEMENTOS DEL PERFIL DE LAS MUJERES PARTICIPANTES DE ESTE ESTUDIO

#### 3.1.1 Caracterización de la población estudiada

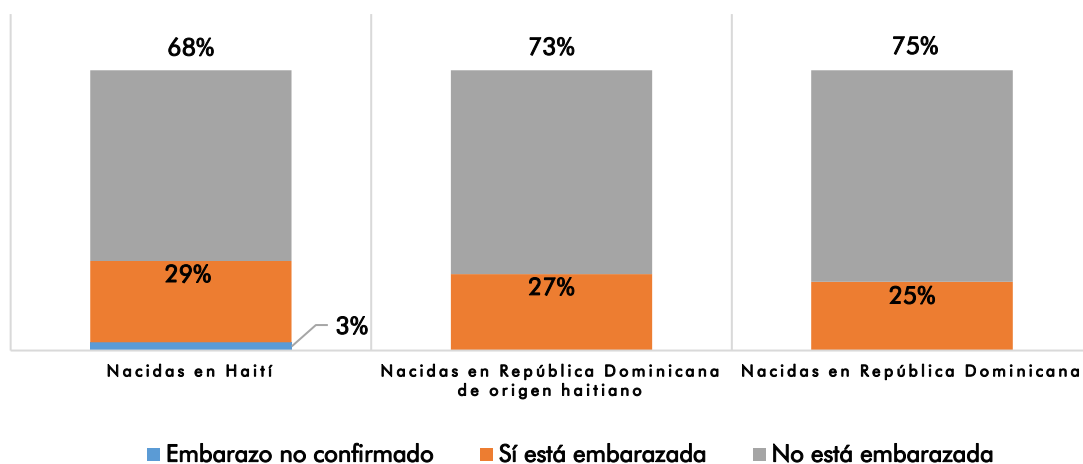
Este es un estudio descriptivo donde se intenta identificar y caracterizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes haitianas en dos comunidades del país, para esto se tomaron en consideración 136 mujeres<sup>6</sup>, de las cuales 51.4% (70) son haitianas, 8.8% (12) nacidas en República Dominicana de origen haitiano y 39.7% (54) dominicanas<sup>7</sup>. Al momento del levantamiento de la información, 26.4% de estas mujeres estaban embarazadas. En el siguiente Gráfico 1 se visualiza la proporción de mujeres embarazadas al momento del estudio, según país de origen<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Aunque el estudio está enfocado en mujeres migrantes haitianas, se incluyó en las entrevistas a 54 mujeres nacidas en República Dominicana y 12 dominicanas de origen haitiano, que se encontraban al momento de la entrevista en el mismo contexto de las mujeres migrantes. Esto con la intención de observar diferencias y similitudes de las mujeres en estos espacios y experiencias compartidas.

<sup>8</sup> En el gráfico no se incluyen las no respuestas.

**Gráfico 1** Composición porcentual de la población consultada por país de origen o nacimiento según su estado de embarazo, 2018.



La edad promedio de las mujeres migrantes es de 28.9 años. En el caso de las nacidas en República Dominicana de padres o madres de origen haitiano, se observa una población muy joven; el 83% de ese grupo tiene entre 15 y 24 años (10 casos), y el 92% ya ha tenido hijos e hijas (11 de un total de 12 casos). En cuanto a embarazos en la adolescencia se evidencian solamente dos casos en este estudio de mujeres cuyo embarazo tuvo lugar antes de los 15 años, ambas dominicanas.

En relación con el estado de embarazo, se encuentra una variabilidad de edades en el grupo de dominicanas y nacidas en Haití, excepto para la población de nacidas en República Dominicana de origen haitiano. En este último grupo, las tres embarazadas tienen entre 15 y 24 años.

La totalidad de las mujeres dominicanas y las nacidas en República Dominicana de origen haitiano embarazadas afirman que se realizan controles prenatales de forma mensual. En el caso de las migrantes haitianas, 16 de 20 indican efectuarse controles prenatales; una (1) dijo que se realiza chequeos cada 3 meses y dos (2) solo se han hecho un chequeo en lo que llevan de embarazo, mientras que una (1) manifiesta que no ha ido aún a consulta.<sup>9</sup>

Respecto a la prevalencia del embarazo en la adolescencia de las participantes en el estudio se encontró para el caso de las dominicanas que el 14.3% tuvo su primer embarazo antes de los 15 años frente a un 10% de las migrantes haitianas que tuvo su primer embarazo bajo este mismo rango de edad. El rango de edad del primer embarazo, de mayor frecuencia para ambos grupos, lo constituye el de 15 a 19 años.

<sup>9</sup> La ENI 2017 indicó que el 95.6% de las mujeres de origen extranjero manifestó que se atendieron con un profesional de la salud durante su embarazo.

De igual manera, si se consideran estos rangos de edad en todos los grupos etarios analizados (menores de 15 y entre 15 y 19 años), se puede apreciar el inicio temprano de la vida reproductiva antes de los 19 años: 44 de las migrantes, cinco (5) de las nacidas en República Dominicana de origen haitiano y 31 de las dominicanas.

En cuanto a la cantidad de hijos o hijas, los distintos grupos presentan resultados con leves diferencias. Se observa que 20 de las 70 mujeres migrantes haitianas entrevistadas tiene solo un (1) hijo o hija, así como 13 de las 54 dominicanas que participaron en el estudio. 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>10</sup> Cabe acotar que esto no implica que no se hayan encontrado casos de mujeres con un alto número de hijos o hijas.

### 3.1.2 Escolaridad

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

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 podría indicar 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.

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>11</sup> señala que un 24.5% de esta población inmigrante haitiana es analfabeta<sup>12</sup>.

Se plantea la interrogante acerca de si las mujeres migrantes se encuentran incluidas en los programas de alfabetización que lleva adelante el Gobierno nacional. Se encuentran algunos casos entre las mujeres migrantes haitianas que sí asisten a centros educativos ya adultas a programas como *Quisqueya aprende contigo* como una puerta no solo para

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> La ENI 2017 contempla que 5.6% de la población de República Dominicana es inmigrante o de origen extranjero.

<sup>12</sup> 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).

aprender a leer y escribir en español, sino también como un elemento de integración y motivación positivo en sus vidas.

Sobre el tema educativo, se observa que la localidad con menos tradición migratoria presenta un menor nivel formativo (Localidad Y). En la **Localidad X**, son más las personas que tienen primaria completa, mientras que en la **Localidad Y** se destacan aquellas que no la han podido concluir. De la misma forma, son más las mujeres migrantes que han terminado la secundaria en la Localidad X y menos las que lo han hecho en la Localidad Y (Cuadro 1).

**Cuadro 1** Distribución del número de mujeres entrevistadas nacidas en Haití por localidad de residencia, según nivel de escolarización, 2018

Nivel de escolarización	Localidad X	Localidad Y
Primaria sin concluir	7	11
Primaria completa	11	3
Secundaria incompleta	1	9
Secundaria completa	8	1
Universitaria [1]	0	2
Nunca asistió	6	7
No responde	1	3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>36</b>

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

En sentido general, no se observa un patrón sobre el tiempo de llegada al país de las migrantes entrevistadas, lo que habla de una variabilidad de perfiles. Del total del grupo de migrantes solas solo cinco mujeres tienen 6 meses o menos de haber llegado al país, por otro lado, 19 mujeres del grupo tienen entre 2 y 3 años de haber llegado, por lo que se trata de una migración relativamente reciente. El grupo de mayor tiempo en el país son unas 22 mujeres que tienen desde 9 hasta 15 años residiendo en el país. También se encontraron casos de mujeres haitianas que tienen entre 20 y 30 años de estadía en República Dominicana.

De las cuatro mujeres con 3 a 6 meses de permanencia en el país, tres son gestantes. Las que llevan menos de 3 meses (dos mujeres migrantes) no están embarazadas. Una fue esterilizada y la otra no puede tener hijos. Las embarazadas con menos tiempo de estadía en el país, al momento de su llegada, tenían al menos 6 meses de embarazo.



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, aquellas que tienen hasta dos años de haber llegado al país, ninguna refiere tener hijos o hijas menores de un año.

### 3.1.4 Trabajo y situación económica

Solo 26 mujeres de la muestra entrevistada declaran tener trabajo al momento del estudio (Cuadro 2). En cuanto a la situación económica, se encuentran más mujeres migrantes que tienen trabajo remunerado que las dominicanas (15 vs. 7). Este dato puede estar relacionado con el proyecto migratorio de las mujeres y sus razones para migrar.

**Cuadro 2** Distribución del número de mujeres entrevistadas por país de origen o nacimiento según tenencia de trabajo, 2018

Tenencia de trabajo	Nacidas en Haití	Nacidas en República Dominicana de origen haitiano	Nacidas en República Dominicana	Total
No	55	8	47	110
Sí	15	4	7	26
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>12</b>	<b>54</b>	<b>136</b>

Aun habiéndose notado una proporción de mujeres que trabajan, es llamativo que, para todos los grupos, el porcentaje de mujeres que no lo hacen sea tan alto. Más aún para las dominicanas que, en su totalidad, han accedido a algún nivel de escolarización, que tienen hijos e hijas (122) y muy bajos ingresos familiares como se mostrará más adelante.

En la observación en hogares y la información obtenida a través de los grupos focales, emergen otros factores relacionados con la no consideración de trabajos informales (ya sea por su volatilidad o inconsistencia, como pelar gandules, o la venta de artículos en sus propios domicilios) o del trabajo doméstico no remunerado como parte de los ingresos familiares y de la economía familiar. La Localidad Y es la zona donde las mujeres están vinculadas a alguna actividad laboral, aunque de forma leve, fundamentalmente a la producción agrícola (12 de 15 mujeres migrantes haitianas).

De las mujeres que trabajan (26 en total de todos los grupos estudiados), lo hacen en las actividades contenidas en el Cuadro 3. Asimismo, de las que tienen trabajo, 23 reciben salario de un total de 26, lo que representa el 88%. En 4 casos, son jefas de hogar, y solo ellas aportan a la manutención de la familia. Este grupo de 4 está conformado por una (1) descendiente, una (1) migrante haitiana y dos (2) dominicanas. Sobre la carga económica y

las personas aportadoras de ingresos en los hogares se detalla más información en el Cuadro 4.

**Cuadro 3** Distribución del número de mujeres entrevistadas por actividad económica desempeñada, 2018

Actividad económica a la que se dedican las mujeres que actualmente trabajan:	Total de mujeres
Atención al público	1
Cultivo	7
Negocio propio en su vivienda, venta, colmado, ropa	3
Trabajo doméstico remunerado	4
Venta en la vía pública	5
Lavar ropa	1
Digitadora	1
No es fijo	2
Trabaja, pero no responde en qué	2
<b>Total</b>	<b>26</b>

**Cuadro 4** Distribución del número de mujeres que trabajan entrevistadas por país de origen o nacimiento, según aportantes al ingreso familiar, 2018

Aportes ingresos familiares	Nacidas en Haití	Nacidas en República Dominicana de origen haitiano	Nacidas en República Dominicana	Total
Toda la familia	4	0	6	10
Solo ella	1	1	2	4
Ella y su pareja	10	3	1	14
Solo la pareja	46	4	29	79
Pareja y persona externa	1	0	0	1
Otras personas (redes familiares/amistades)	5	2	5	12
No aporta nadie	0	0	3	3
No responde	3	2	8	13
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>12</b>	<b>54</b>	<b>136</b>

Respecto a ingresos familiares, la población migrante es la que levemente registra menores ingresos, encontrándose la media en los rangos de entre 1,100 y 3,000 pesos por semana. Para el grupo de dominicanas la media oscila entre los 1,600 y 3,000 por semana. Cabe señalar que un número considerable, en comparación con el tamaño de la muestra, no quiso responder a esta pregunta tanto en el grupo de mujeres migrantes como en dominicanas. En general, el tema de ingresos es sensible y las cantidades se consideran como una aproximación a la realidad.

En todo caso, las cifras enunciadas remiten a una población en situación de vulnerabilidad y pobreza más allá del país de nacimiento y el estatus migratorio. Estas mujeres fueron entrevistadas en los mismos espacios (hospitales y comunidades), lo que puede explicar las semejanzas en las condiciones económicas. Sin embargo, considerando el alto número en situación de dependencia de sus parejas, llama la atención la cantidad que no respondió a esta pregunta o dice no saber el ingreso aproximado de su hogar.

En el caso de las migrantes haitianas, 25 de un total de 70 no respondieron (36%), mientras que para las dominicanas la cifra es de 17 de un total de 54 (31%). En cambio, solo una de las mujeres nacidas en República Dominicana de origen haitiano no dio respuesta. La vulnerabilidad generada por los bajos ingresos económicos se acentúa si se piensa que casi la totalidad de las mujeres de todos los grupos entrevistados (excepto una migrante) tiene hijos e hijas en edad de crianza menores de 18 años.

### 3.1.5 Documentación

El estudio no considera el estatus migratorio ni el tipo de documentación, porque se parte del marco de la universalidad del derecho a la salud, consagrado en la Constitución nacional y recogido también en la Ley de Salud. Se indaga 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 (Cuadro 5), lo cual indica que el tema de la documentación se centra en la problemática de la regularización migratoria y en la tenencia de un documento válido para iniciar trámites de residencia. Sin embargo, se resalta que 20 de un total de 70 (29%) sí tiene documentos en República Dominicana, lo que permite pensar que una eventual barrera de documentación está superada para esas personas.

**Cuadro 5** Distribución del número de mujeres entrevistadas nacidas en Haití por situación de documentación, 2018

Posesión de documentación	Documentos de su país de origen	Documentos de República Dominicana
No	13	47
Sí	55	20
No responde	2	3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>70</b>

## 3.2 ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD. LAS BARRERAS PERIFÉRICAS

Para analizar con mayor detenimiento las percepciones de las mujeres migrantes y los sentidos que les dan a sus vidas (ser mujer, migrante, haitiana, en situación de pobreza en República Dominicana), así como la manera en que estos elementos se relacionan con el acceso a la salud materna y la planificación familiar, en este capítulo se pone atención a los testimonios recogidos durante los grupos focales y en las observaciones en sus hogares y comunidades.

La información que se expone es esencialmente cualitativa, aunque aporta algunos datos cuantitativos levantados a través del cuestionario estandarizado, que son triangulados con el objetivo de observarlos desde distintos puntos de vista (Hernández Sampieri, p. 476), de forma que se pueda obtener mayor riqueza analítica. Este abordaje es oportuno para identificar barreras que, de otra manera, se perderían en el conjunto de problemáticas en las que las mujeres migrantes desarrollan sus vidas cotidianas. Cabe decir también que la mirada interseccional es, asimismo, muy importante.

*Para mí, en cuanto a los problemas que a veces tenemos en la casa, uno puede sentirse malo con una enfermedad sin tener dinero ni pasaje para acudir a un centro de salud y aun llegado al hospital, antes de atenderte uno sufre mucho. En algunos momentos los médicos te atienden hasta cuando te ven casi desmayado. Ese tipo de cosas pasan más a nosotras por ser haitianas, nos tratan mal y peor a unas de nosotros que no tienen papeles (o sea indocumentados), nos tratan mal y duro. Ya sabemos que somos haitianas, vinimos a buscar vidas y de esta manera, nos obligamos y aceptamos el sufrimiento como si fuera nada. Estos momentos es duro para la comunidad haitiana. No sé si la comunidad internacional podría ayudarnos en esta circunstancia porque en unas ocasiones ni pasaje tiene uno para dirigirse a un centro de salud, y si no tiene recurso ningún motoconchista te va a llevar.*

(Participante 1, grupo focal 1, Localidad Y)

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 en el estudio, son elementos que se superponen ya sea para impedirla, limitarla o desalentarla. El anterior testimonio resume varios de los que son mencionados a lo largo del levantamiento de información: 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.

Si bien estas pueden actuar por separado y tener consecuencias específicas para las personas, en la vida cotidiana se refuerzan entre sí. En este segmento, se pasa revista a las barreras externas (periféricas) a los centros médicos al centrar la mirada en el territorio en su conjunto como un sistema interdependiente que, a través de algunas prácticas, facilita el

acceso a derechos de salud de las mujeres migrantes y, en otras, lo limita, coacciona o violenta.

### 3.2.1 Costo de transporte

*Síí, mi problema es la falta de recurso porque tengo este niño que tragó una piedrita. Desde ayer quiero llevarle para el médico, pero no puedo a causa de dinero que no tengo.*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad Y)

Consta 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 deben ser frecuentes, como en las situaciones de embarazo que requieren controles rutinarios, elaboración de analíticas, consulta con especialistas, etc. Este gasto se incrementa cuando la persona 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, deben ocuparse también del de sus hijos o hijas (consultas pediátricas), como se registra en la mayoría de los casos estudiados en los que las mujeres son las responsables del cuidado de sus familias.

El gasto es considerado 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 encuentran casos en los que se informa tener un ingreso de hasta 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.

De la información obtenida vía cuestionario, de las mujeres migrantes entrevistadas, 53 dicen requerir de 50 a 100 pesos por vez para ir a un centro asistencial. Catorce (14) indican que deben pagar entre 101 y 300 pesos y solo tres (3) entre 400 y 1,000 pesos.

### 3.2.2 Control migratorio en el territorio

*Hay gente que son beneficiarios del plan [de regulación de extranjeros] con el comprobante de renovación en la mano, no quieren transportarlos y otros duran más de cuatro (4) meses sin poder encontrar el carné (refiriéndose a que no se encuentran en el sistema de registro). Claro que si debo hablar [...]*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad Y)

Durante los recorridos por las comunidades se recopilaron varios testimonios referidos al control migratorio en zonas urbanas o en las adyacencias a los centros urbanos, como limitantes para el desplazamiento hacia los lugares donde se ofertan los servicios de salud. La falta de documentación como tal no es una barrera para el acceso a la atención de salud en los centros de atención, 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 no salir de sus comunidades, lo cual limita sus posibilidades de buscar atención. Algunas indican que, por lo mismo, reciben atención en los hospitales aledaños o en clínicas privadas, en las afueras, lejos del control migratorio. Otras expresan recibir atención en sus comunidades, por parte de organizaciones solidarias o privadas. Esta atención, sin embargo, es básica. Las que necesitan algún tipo de atención especializada o exámenes de laboratorio deben salir a buscar el servicio o corren el riesgo de no recibirlo. Sí se ven compelidas a salir en los casos de urgencia, de parto o complicaciones de embarazo.

*Si tienen documentos, muchas están empoderadas y salen a buscar asistencia, generalmente en las policlínicas<sup>13</sup>, hospitales, y también aquí mismo al centro vienen. Si no tienen documentos, generalmente no salen de la comunidad. Cuando nosotros vamos, ellas van a la consulta, van a las jornadas que hacemos, pero generalmente no salen, ya tiene que ser algo como una emergencia, para que alguien de la comunidad, un motoconcho o algo, las lleve al hospital.*  
(Entrevista a proveedora de servicios de salud de empresa privada)

Las mujeres migrantes sin documentos trazan rutas alternas y se mueven con sigilo para evitar la deportación. Si sienten que hay peligro (ante rumores o conocimiento sobre hechos concretos) optan por quedarse en sus casas. Esta situación se observó durante el levantamiento de información para este estudio: operativos de control migratorio ante los que las mujeres deciden quedarse en sus casas por temor a ser deportadas. Una de estas intervenciones, por ejemplo, impidió la realización de un grupo focal en una de las localidades que se pretendía realizar fuera de la comunidad para garantizar condiciones para la libertad de expresión lejos del control de sus parejas o familias.

*Una familia puede vivir al lado de un control y ellos saben y no dicen nada, pero si suben a una guagua, ahí están pidiendo los documentos.*  
(Entrevista lideresa comunitaria, Localidad Y)

*Dile (dirigiéndose a la traductora) que sí me gusta el país, pero los guardias no dejan a uno. Y la migración nos ataca días y noches.*  
(Participante 2, grupo focal 1, Localidad X)

Se nota cómo aquellas comunidades que tienen Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPs) ubicadas en su interior tienen una gran ventaja frente a otras que están 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 dificultad está para hacerse los análisis, sonografías [...]. Cuando están embarazadas, a veces no se hacen nada de eso hasta que van a parir, por lo mismo, porque si no tienen documentos, no salen de la comunidad.*  
(Entrevista a proveedora de servicios de salud de empresa privada)

---

<sup>13</sup> Las policlínicas en el lenguaje popular son las que el nuevo Sistema Nacional de Salud denomina Unidades de Atención Primaria.

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

Casi la totalidad de las mujeres migrantes afirman 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 requiere acceder a servicios de salud por otras necesidades, la búsqueda se dilata o directamente se ve impedida por motivos económicos o de acceso por falta de documentación.

*Fui al hospital del Estado en varias ocasiones y nada se ha hecho hasta que fui a la clínica. En la clínica me internaron y luego me pidieron doce mil (RD\$12.000) pesos para una cirugía, y como que no tenía este dinero me quedo con la hematoma, mírala ahí (señala una protuberancia extendida en todo el brazo izquierdo).*  
(Participante 5, grupo focal 1, Localidad Y)

Según la información cuantitativa recolectada el 85.7% de las migrantes tiene hijos e hijas y de estas el 23.3% está embarazada; de todo el grupo de migrantes solo el 3.3% está embarazada por primera vez<sup>14</sup>. Las mujeres entrevistadas se encuentran en los rangos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29 años.

En este sentido, destaca que las mujeres embarazadas y madres migrantes asumen, en general, un rol de cuidadoras. No tienen alternativas diferentes. 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 prioriza 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.

*Yo empujé la puerta, le dije que no me iba a ir hasta que atendieran a mi hijo. Él tenía una fiebre, y no le querían atender. Hice un escándalo y después me atendieron. No me importa lo que digan [...]*  
(Trabajadora comunitaria, Localidad Y)

Esta reflexión es importante porque se tiende a congelar la mirada sobre las mujeres migrantes en su salud reproductiva y en tanto su posición social como mujeres migrantes embarazadas pobres usuarias de los servicios públicos de salud, sin examinar cuáles aspectos quedan ocultos tras esta entidad significativa. Es decir, que funciona como una construcción narrativa que cierra y clausura otros posibles sentidos y situaciones de la vida de estas mujeres.

---

<sup>14</sup> Algunas de las que estaban embarazadas ya tenía hijos o hijas.

En los testimonios recogidos surgen demandas respecto a su propia salud, pero percibiéndose en ellos una situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres migrantes, por la dificultad que les significa el acceso, entre otras cosas por los costos involucrados.

*[...] otra no tiene, y tiene que ir al médico; me pide 100 pesos prestados, si lo tengo entonces puedo salvarle la vida, pero si no hago nada y me pide prestado para ir al médico diré no tengo, así morirá.  
Si todas hacemos algo y la otra está enferma le puede prestar una ayuda a la otra.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

Vinculado a la situación económica emerge el tema del seguro médico. En consistencia con la ENI 2017 (ONE, 2018), casi la totalidad de las mujeres migrantes afirman no tener seguro de salud (68). Sin embargo, en los grupos focales se encuentran casos en los que las mujeres que sí tienen seguro de salud igualmente manifiestan dificultades para cubrir sus gastos en casos complejos u otros no relacionados con la salud materna.

*Fui a la clínica y me mandaron hacer una sonografía por quinientos (RD\$500) pesos y me hacen una cirugía por treinta mil pesos (RD\$30,000), teniendo mi seguro Senasa.*  
(Participante 1, grupo focal 1, Localidad Y)

*No, en el hospital público me dijeron ocho mil (RD\$8.000) pesos, y fui a la clínica y me dijeron doce mil (RD\$12.000) pesos, y no lo tengo.*  
(Participante 5, grupo focal 1, Localidad Y)

### 3.2.4 Percepciones y acciones de discriminación

Las percepciones de discriminación operan como un dispositivo simbólico<sup>15</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 informe (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 pacientes dominicanas querían que pusiéramos un día solo para atender a las haitianas. Y yo les dije que no, que eso no lo podíamos hacer.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

Los factores de discriminación que aparecen en los relatos de las mujeres migrantes se refieren a maltrato verbal, actitudes negativas del personal de salud y de servicios hacia ellas

---

<sup>15</sup> 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 estas y en su entorno (Chartier, 1992; Reguillo, 1996).



y sus hijos o hijas y a prácticas como la organización de la atención por turnos y cupos diferenciados para migrantes y población nacional, en determinados casos<sup>16</sup>.

*[...] yo tengo mi pasaporte, pero a los que no tienen documentos los tratan mal y si se trata de enfermedad grave puede ser que te mueras antes de que te atiendan. ¿Entiendes?*  
(Participante 2, grupo focal 1, Localidad Y)

*No solo que te atienden en la tarde, también las usuarias dominicanas dicen "haitianas del diablo" cuando atienden a una haitiana o a un niño haitiano, aun vean el alto nivel de sufrimiento de la paciente haitiana o de la criatura haitiana.*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad Y)

En ocasiones, las propias mujeres migrantes no ven o normalizan las situaciones de maltrato y discriminación, porque tienen una alta valoración de la atención médica recibida. Estas agradecen la posibilidad de estar en República Dominicana.

*Aquí encontramos muchas más ventajas. Cuando vas a dar a luz no lo minimizan, porque el dominicano puede "decir haitiano del diablo vete a tu país y yo tengo que obedecer", mi familia está allá, pero lo que toca aquí se lo doy.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

Otras relatan que se resisten a ser maltratadas, pero el costo que podrían llegar a pagar es el de la no atención.

*En la UNAP aceptan solo a cinco migrantes por día y a una gran cantidad de dominicanas. Yo llegué tarde y la mujer que trabajaba ahí me dijo que si quiero que me atiendan tengo que barrer el patio, yo le dije, ajá [...] ¡Así no! En ese día tuve que regresar con el niño.*  
(Participante 4, grupo focal 2, Localidad Y)

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 puede 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.

En la Localidad Y se escuchan relatos que ponen de manifiesto elementos graves de discriminación. El siguiente intercambio surge entre las participantes de un mismo grupo focal en una de las comunidades que se atiende en un hospital periférico. Los centros asistenciales que no se ubican en las cabeceras de localidades son foco de mayor crítica.

*Que el haitiano puede llegar de primero, como quiera atienden al dominicano de primero y el haitiano quedara esperando. A veces hasta el turno te quitan; puede ser que te toca el número 1, lo guardan para otro y te pasan el 5.*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad Y)

---

<sup>16</sup> Estos casos no fueron observados durante la atención en hospitales o centros de salud, pero sí referidos por las mujeres en sus relatos.

*Me hicieron lo mismo también, llegue de primero y me dieron el número 11.*  
(Participante 4, grupo focal 1, Localidad Y)

*Te dicen: ¡Vete para tu país o vete a la policlínica!*  
(Participante 1, grupo focal 1, Localidad Y)

*Ellos muchas veces no quieren atender a uno, por lo cual te recomiendan la policlínica.*  
(Participante 7, grupo focal 1, Localidad Y)

*Ellos no quieren atender más a haitianos en el hospital.*  
(Participante 5, grupo focal 1, Localidad Y)

*Te atienden, pero en la tarde; si tú no puedes esperar hasta la tarde, puede ser que te mate la enfermedad.*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad Y)

En ese mismo orden, y con la misma funcionalidad, las experiencias de malos tratos en los momentos de parto que se repiten en las comunidades pueden desalentar la demanda oportuna de salud, así como incidir en el comportamiento y la actitud tanto de los prestadores de salud como de las usuarias, reproduciendo estigmas y temores<sup>17</sup>. La discriminación es una violación de derechos específicos de estas mujeres, pero también tiene consecuencias para el sistema de salud, como lo han identificado miembros del personal de salud en las entrevistas realizadas:

*[...] a veces ellas creen que las vamos a tratar mal [...].*  
(Personal de salud, Localidad X)

*[...] puedo agregar a eso que hay veces que vienen predispuestos. Predispuestos en el sentido de que ellos entienden que uno los va a discriminar. O como que yo le tengo que brindar la atención primero a ellos por el simple hecho de que ellos son haitianos y que, si no se les brindó primero, ellos entienden que eso es discriminación o se pueden sentir mal. Respecto a eso, ya es un poquito a veces difícil manejar esa parte.*  
(Personal de salud, Localidad X)

Forman parte también de lo que ha sido estudiado con amplitud en investigaciones sobre morbilidad y mortalidad maternas. Prácticas catalogadas como Retraso Tipo II, que son factores de demoras que inciden en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por parte de la mujer y su familia, relacionadas con barreras sociales, culturales, económicas o experiencias previas negativas frente a los servicios de salud (Ortiz y otros, 2010, citado en UNFPA Colombia, 2014).

Las mujeres haitianas tienen la percepción de que sus experiencias de maltrato y violencia están vinculadas con su nacionalidad. La dimensión de ser mujer o la percepción de

---

<sup>17</sup> Sobre cómo afectan las expectativas, preocupaciones y experiencias previas y el impacto que ellas producen en la atención de salud de las personas migrantes, se puede leer más en Cabieses, Oyarte, Chepo, Bustos y Chadwick en Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017, p. 230.

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.

Con la exposición de estos testimonios, no se está afirmando que no se brinde atención. Muy por el contrario, durante el trabajo de campo se observa que el sistema de salud recibe a estas mujeres y las acoge dentro de los centros de salud y hospitales. En el Capítulo 4 sobre atención de salud materna se abunda más sobre el nivel de satisfacción de las usuarias migrantes. En los grupos focales también se recogieron testimonios sobre prácticas que, fortalecidas, podrían contribuir a disminuir las barreras producto de la percepción y experiencias de discriminación.

*Bueno, no he encontrado a alguien que me maltrate donde estoy viviendo, las personas son buenas.*

*Para mí son padres, madres, son buenas personas. Todos son buenos conmigo si tengo que ir al médico vienen y me llevan, me tratan bien, aunque no hable el idioma nos toman mucha paciencia.*

(Participante 8, grupo focal 1, Localidad X)

*Yo no puedo decir nada en esto, porque cuando mi hijo se enfermó, desde que llegué al hospital me atienden.*

(Participante 9, grupo focal 1, Localidad Y)

*Uno de mis hijos, o sea, la última, le di a luz en el hospital de aquí. Fue con cesarí (sic). No me maltrataron, me dieron una atención como si fueran mis padres o un familiar, como extranjera me trataron bien. Le agradezco al país, no es mío, pero es como si lo fuera, porque estoy en él. No botaré mi país por él, pero este también lo considero mío. En los hospitales que voy no me maltratan, me tratan bien, como si fuera mi país.*

(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

*Diré que me atienden bien, solo he dado a luz a un solo niño.*

(Participante 8, grupo focal 2, Localidad X)

### 3.2.5 Experiencias de violencia obstétrica

Las experiencias de violencia obstétrica, además de ser una grave violación a los derechos humanos en los casos de las migrantes, aparecen 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 producir una experiencia específica en la que incide un cúmulo de factores, como la barrera idiomática y las condiciones sociales y económicas.

La violencia obstétrica es una de las formas de violación de derechos humanos de las mujeres, definida como el conjunto de violaciones ejercidas por parte del personal de salud alrededor del embarazo y el parto (Barinas, 2012, citada en Báez, 2017), en general. En sí misma, es una barrera para la atención de salud, porque en la práctica no se concreta con las garantías debidas. Así también socaba la autoestima y el empoderamiento de las

mujeres, y evidencia las relaciones de poder desiguales entre las usuarias migrantes y prestadores/as de salud (Báez, 2017).

*Muchas veces no tratan mal [...] somos nosotros mismos que provocamos que nos traten mal. Yo estoy embarazada, estoy en mis 9 meses, y si yo no llevo un control qué voy a decir. No solo a las haitianas que dejan así, cuando llegan sin control es a todo el mundo, haitiana, dominicana, inglés.; después que no tenga su control, no se puede hacer nada.*  
(Participante 2, grupo focal 1, Localidad X)

El siguiente testimonio, relatado en parte en presente, en parte en pasado, muestra también lo que se expuso en el segmento anterior, sobre cómo estas experiencias marcan la vida de las mujeres e inciden en la percepción general sobre discriminación y atención de salud.

*Cuando tengas dolor de parto y te vas al hospital, aun estas en el momento de dar a luz, te dicen que todavía no te toca, hasta cuando vean que se te está saliendo el bebé, te dicen que te pares y subas la camilla. Ellos me atienden en el último (en referencia al último hijo), cuando el bebé empezó a salir hasta que cayó al piso. No cargaron el bebé ni lo lavaron, también no me lavaron a mí, me dijeron "haitiana del diablo". Y después de dar a luz no me lavaron, tuve que tomar remedio casero como tizana para limpiarme; me dijeron "haitiana del diablo". No me querían tocar y de repente que me dieron la espalda, salió el bebé. Me enviaron a casa con todo el sucio. La cabeza del bebé estaba llena de pegote.*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad Y)

*A mí me toco parir así también, me dieron una inyección "pitosín" y en la sala donde había toda la gente, porque eso de una vez desde que dan esa inyección no va a hacer mucho, tú tienes que parir. Y mira tuve que parir, en frente de toda esa gente, después te llevan a la sala. Y a mí se me salió como una cubeta de sangre cuando yo me "apie" para mandarme en el burrito y agarrando ya tú sabes, se rega (derrama) toda esa sangre aquí, en la sala donde habíamos toda la gente.*  
(Participante 2, grupo focal 2, Localidad Y)

Por otra parte, las mujeres migrantes también se refieren 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.

*En el hospital yo rompí fuente, le pedí que me llevara, entonces me dijo que debería quedarme en mi país. Como había rompido fuente desde mi casa cuando llegué a emergencia parí el niño en emergencia ahí mismo; los médicos me preguntaban que me hice y le dije todo.*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad X)

*¡Ay!, ella te va contar una situación. Cuando ella va a dar a luz a su niña, el portero no la deja entrar y ella tenía dolor; le dijo que ella pare mucho, que vaya en Haití a dar a luz, que ellas paren demasiados niños. Siempre pasa con los porteros, los porteros son frescos. Después de eso hay otro caso también con los doctores.*  
(Lideresa comunitaria, Localidad Y)

*[...] hay una joven por allá que tiene como trece años y está embarazada. Le llegó los dolores de parto. Luego llegó a XXXX con dolor fuerte para dar a luz a las doce. La devolvieron a su casa*

*diciendo que no tenía dolores, llegando ella a su casa dio a luz al bebé en la misma noche que la devolvieron a su casa. La mayoría de la gente no quiere ir ahí por eso, y por eso se llena el otro hospital.*

(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

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.

*[...] en la primera cesaría (sic) me sentí bien, pero en la segunda, iwauuuuu!, eso fue algo. No es que ellos me trataron mal, sino que después de la cesaría, ellos dan unos masajes a uno. Eso me dolió bastante. Pero después todo ha sido bien de mi parte.*

(Participante 1, grupo focal 2, Localidad X)

Si bien con otras características, ciertas situaciones de maltrato y violencia obstétrica son compartidas con la población dominicana, y han sido recogidas en otros estudios. Varios informes sobre salud reproductiva en República Dominicana señalan los efectos de las desigualdades de género en el sistema de salud y en la vida y la salud de las mujeres en general. Las mujeres migrantes también lo identifican.

*Es con todos la falta de atención. A veces usted ve unos jóvenes, estos jóvenes aun no son médicos. Usted encuentra estos jóvenes dando servicio, solo le preguntan su nombre, no te preguntan ni que sientes. No toman tu caso bien.*

(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

### 3.3 ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA

En este capítulo se aborda lo que ocurre dentro de los hospitales públicos y centros de salud para examinar los elementos que pudieran actuar como barreras para el acceso a la salud reproductiva de las mujeres migrantes en las comunidades observadas. Asimismo, se da cuenta de la atención de salud recibida, a partir de las impresiones de las mujeres consultadas, en triangulación con datos cuantitativos recogidos mediante cuestionario estandarizado<sup>18</sup>.

También se revisan las prácticas de autocuidado de las mujeres embarazadas al poner la mirada en cómo relatan la gestión del cuidado de su salud en su entorno familiar y comunitario y se relacionan con elementos propios de su cultura, historia, país de origen y su propio recorrido migratorio.

---

<sup>18</sup> También en este capítulo se anotaron datos comparativos con el grupo de mujeres dominicanas que respondieron a los cuestionarios, cuando dicho ejercicio era relevante.

Cabe aclarar, que 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 articulan con vínculos y relaciones, es decir, se construyen 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.

### 3.3.1 La barrera idiomática

El idioma surgió 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 observa cómo mujeres que no saben español permanecen recluidas en sus hogares. Para interactuar con otras personas que no fueran de su comunidad, requieren asistencia y más aún para salir de ellas.

Algunas de las que afirman trabajar, lo hacen en los límites de donde viven. 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 atención en salud es cuando más se movilizan por fuera de sus comunidades. De esta forma, la atención de la salud materna se constituye en elemento de gran importancia no solo para el cuidado de las gestantes, sino también para su integración social.

*Para ellas salir de la comunidad, llegar a la ciudad es como ir a otro mundo.  
(Personal de salud, Localidad X)*

En algunas entrevistas, es la pareja la que hace de traductor y la información suministrada por las mujeres pasa por el control masculino, con todo el sesgo que esto podía tener. Se registran casos en los que la entrevista prevista no pudo ser realizada, porque la pareja no la autorizó o en el transcurso de esta el hombre no entendía conveniente seguirla. Para la aplicación de los cuestionarios en hogares, se aprecia un dominio de los hombres y de la comunidad sobre lo que ellas pueden o deben decir<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Por lo mismo, para la realización de los grupos focales se buscaron lugares neutrales y seguros lejos de la observancia de los hombres y sus entornos. Sin embargo, no hablar el idioma del país receptor no se identifica claramente como una dificultad significativa por parte de las usuarias migrantes. Esto debe ser entendido en el marco de la gravedad de otras barreras como la violencia obstétrica y la discriminación, como se pudo ver en el capítulo anterior.

En este segmento se abordarán los modos cómo las mujeres migrantes gestionan esta brecha en la comunicación en los centros asistenciales, en una relación en la que esa interacción (médico-usuaria) es de vital importancia.

Cabe resaltar que el hecho de que las mujeres migrantes haitianas no perciban el problema de comunicación como una limitación prioritaria no significa que no la experimenten. De las entrevistadas migrantes vía cuestionario, 47 refieren haber tenido problemas para entender lo que le decía el personal de salud, con mayor o menor frecuencia.

La Localidad X, cuya comunidad migrante es más tradicional, y está más integrada, es la que expresa una menor dificultad (13 de 20 mujeres dicen que nunca han tenido inconvenientes para entender lo que dice o hace el personal de salud), lo que muestra la relevancia de la integración social y educativa.

De las 70 mujeres migrantes entrevistadas, 25 no hablan español, mientras que 32 afirman que hablan “un poco”, pero no es suficiente para garantizar una atención fluida. De ahí la necesidad que tienen de buscar estrategias que en los relatos se repite como: “hay personas que me acompañan para hacerme la traducción”, “una gente me ayuda”, “voy con alguien que sabe hablar español”.

Se registraron casos en los que incluso responden que nunca han tenido problemas de comunicación, pero esto se debe a que la usuaria lleva siempre a otra persona para hacerle de intérprete. Es decir, no porque ella tenga un dominio del idioma o porque se haya encontrado una solución distinta (que el personal médico sepa creole, por ejemplo).

*Pero si no te sabes expresar en español, y no hay traductor, los médicos te sacan a buscar alguien para traducir para ti o te permiten entrar a otro que sepa mejor el español.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad Y)

*Muchas veces no me entienden, entonces debo salir a buscar a alguien para que me ayude.*  
(Usuaria de hospital, Localidad Y)

*Bueno, cuando recién llegué aquí no entendía, no hablaba. Ahora me defiendo un poquito; por el momento no necesito que nadie me acompañe al médico. Cuando no entiendo algo le digo al médico que no lo entiendo. Antes cuando recién llegué tenía que tener obligatorio [alguien] que me lleve, porque cuando el médico decía algo y no tenía quien me pudiera traducir, si tengo que poner una cita cuando tengo que volver. Por el momento ya me defiendo.*  
(Participante 5, grupo focal 1, Localidad X)

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

- 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 deben pagar a los traductores o hacerse cargo de sus gastos de transporte.

- b. **Agencia del personal de salud:** cuando son el personal quien busca ayuda dentro de los límites del hospital a alguien que sepa creole o trata 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 buscaba atención se vuelve un requisito y también una norma (comportamiento esperado) contar con una persona que le traduzca. Cuando es el personal de salud el que procura una solución, también viene dado por el lado de la comunidad migrante.

*Ellos buscan a uno que dominan mejor el español para traducir para ellos.*  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad Y)

Se registran testimonios en los que el personal de salud hace esfuerzos para establecer la comunicación y las atienden “*aun sin entenderse*”, por señas, “*siempre buscan a alguien que las traduzca*” o que el “*médico habla despacio*”, para propiciar una mejor comunicación. Al ser una dificultad tan frecuente, sorprende el caso de una doctora haitiana que facilita la interacción y colabora con sus colegas en la atención de las personas de su comunidad.

Esta dependencia de otras personas para acceder a la atención se constituye en una carga extra para las mujeres que les implica erogaciones económicas y exposiciones a situaciones de maltrato con otros/as usuarios/as, incluso dentro de su propia comunidad, limitando su acceso a la salud.

*Cuando me toca ir al hospital, prefiero pagarle a alguien que sabe hablar español un día de trabajo para que me acompañe, porque un día fui sola y pedí a un hombre ayudarme, él me dijo que no y pasé vergüenza.*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad Y)

*Cuando usted no entiende y usted le pide un favor a un paisano, ellos te tratan mal, entonces te pones tímido.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)



*Si no entiendo algo le digo a alguien: ¿por favor, como se llama eso? [...] entonces ellos te dicen: “no soy haitiano, pregúntale a otra persona, no soy haitiana. Eso son peor que los dominicanos, desde que vine de Haití pedí favor una sola vez.  
(Participante 3, grupo focal 1, Localidad X)*

La barrera idiomática también tiene consecuencias en la atención de salud:

*A mí me trataron bien, porque yo sé hablar, porque la gente no sabe hablar las trataron mal, a mí no.  
(Participante 2, grupo focal 2, Localidad Y)*

Aun teniendo todas esas dificultades de comunicación, la mayoría de las mujeres migrantes (40 de un total de 70, lo cual representa el 57%) indica que van solas a los centros de salud y hospitales. Esto aumenta su vulnerabilidad frente a esta barrera, acrecentando, por tanto, su grado de dependencia de terceros.

### 3.3.2 El problema de la documentación

El presente estudio no consideró el estatus migratorio ni el tipo de documentación de las participantes, porque se parte del marco de la universalidad del derecho a la salud, consagrado en la Constitución nacional y recogido también en la Ley de Salud. Se indaga sobre si tener o no documentos constituye una barrera para el acceso y la atención de salud. Para esto se preguntó (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 en este estudio posee documentos de su país de origen, mas no de República Dominicana (Cuadro 6), lo cual indica que el tema de la documentación se centra en la problemática de la regularización migratoria y en la tenencia de un documento válido para iniciar trámites de residencia. Sin embargo, se resalta que 20 de un total de 70 (29%) sí posee documentos en República Dominicana.

**Cuadro 6** Distribución del número de mujeres entrevistadas nacidas en Haití por situación de documentación, 2018

Posesión de documentación	Documentos de su país de origen	Documentos de República Dominicana
No	13	47
Sí	55	20
No responde	2	3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>70</b>

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 realización 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.

*[...] me encontré con una persona que dijo que necesitaba ir a buscar un acta de nacimiento y ella tiene siete (7) meses de embarazo y se ve blanquita, es una anemia crónica vamos a decir. Ella tiene y se ve blanca, entonces el doctor estaba asustado y dijo tráeme sus análisis, ella trajo el análisis, pero tenía el nombre de otra persona y le preguntamos por qué tiene el nombre de otra persona y dijo no porque cuando yo fui a realizar las analíticas me dijeron que no, porque no tenía ningún documento. Aunque sea un acta de nacimiento tenía que traer, entonces ella vino de Haití, el marido la mandó, entonces ella no trajo su acta y tuvo que prestar un acta para realizar las analíticas con otro nombre. Nosotros le dijimos que eso iba ser un problema. Después no supimos de ella.*  
(Lideresa comunitaria, Localidad Y)

*[...] sí, claro que sí, si el papá no tiene ni la mujer, no lo dejan salir, tiene que buscar a alguien para que lo ayude.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad X)

*Sí(piden), para sellar alguna analítica*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad X)

Lo anterior se vincula con las respuestas que las propias mujeres migrantes dan en el marco del cuestionario aplicado. Cuarenta y dos (42) de un total de setenta (70), dijeron que sí las atienden, aunque no lleven documentos, dieciséis (16) que no y doce (12) no respondieron.

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 lo pueden pedir representa un obstáculo difícil de solucionar por sí mismas y menos aún en momentos de emergencia.

La mayoría de las mujeres migrantes entrevistadas afirma que sí les han pedido documentos para atenderse (48), mientras que 17 dijeron que no. Dos (2) manifiestan que no acuden a los hospitales ni solicitan los servicios y tres (3) no responden.

A las que indican que si no llevan documentos las atienden de igual forma (42 de las entrevistadas), se les preguntó cómo las tratan. La mayor parte expresa que la atención es igual, sin ningún inconveniente (29 de ese grupo). Algunas, sin embargo, dicen que las atienden de mala manera (9) y dos (2) que las han maltratado por falta de documentación;

otras dos (2) no respondieron. En los relatos se recogen referencias a maltratos asociados con la falta de documentación.

*No sé, porque yo tengo mi pasaporte, pero a los que no tienen documentos los tratan mal y si se trata de enfermedad grave puede ser que te mueras antes de que te atiendan. ¿Entiendes?*  
(Participante 2, grupo focal 1, Localidad Y)

*Me atienden mal porque no tengo documento.*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad Y)

También se formuló la pregunta respecto a que, si no la atienden porque no lleva documentos, que le dice o hace el personal de salud. Dentro de este grupo que respondió que no las atienden sin documentos (17 en total de las 70 entrevistadas migrantes), a 11 les han pedido que vuelvan a su casa a buscarlos.

Asimismo, se preguntó a las usuarias migrantes qué hacen cuando no las atienden por falta de documentos. Diez (10) de diecisiete (17) indican volver a su casa para traerlos. Sin embargo, cabe la pregunta sobre qué seguridad tiene el sistema de salud en cuanto a la permanencia de estas mujeres bajo su cuidado o si no son usuarias que el propio sistema pierde, mujeres que vuelven a sus casas y no regresan, precisamente, porque no tienen documentos. De esta forma, la falta de documentación puede volverse una barrera para el acceso.

En uno de los testimonios se recoge la confusión generada debido al uso de documentos de terceras personas al momento del parto. En esta historia, el elemento de la documentación se articula con otros como el de la barrera idiomática para ocasionar una situación de mayor gravedad: la violencia obstétrica.

El siguiente es un relato a tres voces: la mujer migrante que cuenta su experiencia, la traductora y la lideresa comunitaria que acompañó a la mujer durante todo ese proceso.

*Ella tuvo un niño, y dicen que se murió. Ella cree que le robaron. Al parecer (ella me estaba contando) cuando ya llegó la hora de salir y el bebé permanece mucho tiempo en el vientre se puede tomar el líquido amniótico. Entonces parece que tomó este líquido y ella también. Le apretaron mucho la barriga y cuando el bebé nació no quería gritar, entonces parece que tenía líquido en los pulmones y no podía respirar, y lo mandaron a XXX de emergencia. Cuando los niños están en esta condición normalmente las madres no los ven, estuvo en cuidado intensivo, entonces le dicen ve a tu casa, y cuando volvió lo dijeron que había muerto. Entonces le pregunté a ella si les enseñaron el cuerpo del niño, ella dice que no. Eso pasó el 5 de abril de 2017.*

*Los doctores tenían dos números: tenían el número de mi padre y tenían el número de una amiga. Y ella lo dijeron vete, tu hijo [...], y ella podía ir después de un día o dos días ella puede ir a verlo, ella fue, al principio no la dejaron verla, porque según la persona que fue con ella, fue la que dio su nombre y no dio el nombre de la madre. Entonces les dijeron que ella tenía que venir con la persona que dio el nombre que era la amiga de ella. En la situación dio el nombre de ella en vez del nombre de la madre, por falta de documentos. Entonces cuando ella tuvo que venir y buscar a la otra amiga que fue con ella y cuando llegaron allá ahí fue cuando les dijeron que el bebé se había muerto. No le dijeron lo que pasó con nada de eso, nada más les dijeron que el bebé no sobrevivió. Y ya. Incluso*

*ella dio mucho viaje porque en ese proceso del viaje fue que trajo a la amiga que dio como madre del bebé, ahí que dijeron que estaba muerto. Ella siendo la madre. Es una situación muy grave. Ella no pudo enterrar a su hijo. Pasa que también dio el nombre de otra persona.*  
(Lideresa comunitaria, Localidad Y)

### 3.3.3 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.

Sin embargo, en la información recogida en los grupos focales se encontró que, en algunos casos, la presentación de este récord se vuelve un requisito para la atención. En esas situaciones, cuando por algún motivo (pérdida, olvido o porque sin documentación no se le puede abrir uno) la usuaria no lo presenta en el lugar de consulta, se le niega la atención o se le brinda de mala manera, generando incomodidad, es decir, se convierte en una barrera.

*Y si se te perdió la tarjeta, tienes que ir a otro hospital, ahí no te van a atender. Aunque esté grave, porque yo me encontré con una mujer y la ayudé bastante, y a lo último yo no pude hacer nada porque hablé a la que está en caja, en archivo. Ella me dijo que no hay sistema y no lo voy a encontrar por nombre y con ocho meses de embarazo; ella está para que la transfieran, y le toca su chequeo con su médico, ni siquiera puede chequearse con el médico. Ella dijo: porque puedo ir con el médico que me chequea para que puedan hacer algo por mí y ahora se le perdió la tarjeta que le dan, porque hay un récord de las embarazadas, porque ellas pueden encontrar su nombre, pero no quisieron ayudarla de esa forma. Si se le perdió la tarjeta ella tuvo que ir a otro hospital a hacerse todos los procesos de nuevo, porque sin eso no la atienden.*  
(Participante 5, grupo focal 2, Localidad Y)

*Hay mujeres que vienen desde Haití estando embarazadas, muchas veces no escuchan, a veces llegan directamente a dar a luz. Sí, es verdad que no llevan su control, este es el mayor problema. El médico, aunque vea que el bebé está a punto de salir prefieren dejar que dé a luz en el piso, porque no tienen un récord que indique que usted llevó su control completo, por este motivo critican algunas de las haitianas más de las cuales vienen a dar a luz aquí. Pero a mí no me tratan mal, porque siempre llevé mi control cuando estuve embarazada.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

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.

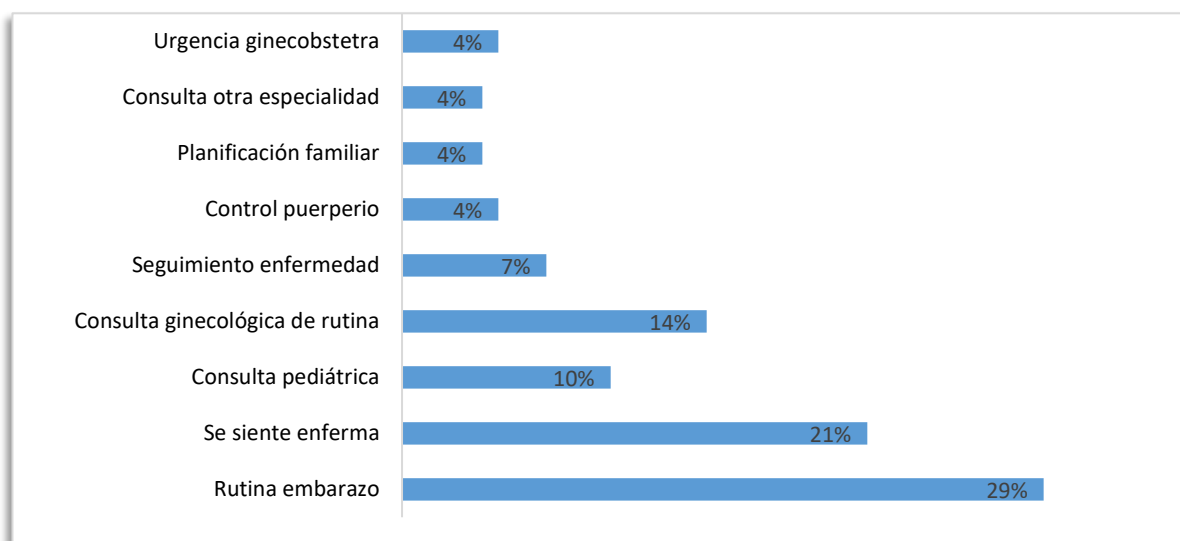
Sin embargo, para las mujeres pierde importancia al momento del parto, porque no reemplaza la documentación que requieren para registrar el nacimiento de su hijo o hija.

### 3.3.4 Motivo de consulta

Como se indica en la presentación, el estudio se centra 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>20</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 (ver Gráfico 2).

**Gráfico 2** Distribución porcentual del número de mujeres entrevistadas según motivo de consulta, 2018



Como se observa, 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.

<sup>20</sup> Las mujeres dominicanas refieren 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.

### 3.3.5 Negación de atención

En la información levantada vía cuestionario, gran parte de las mujeres migrantes expresa que no le han negado la atención de salud (49 de 70). En el caso del grupo de dominicanas fue casi la totalidad (49 de 54). De las entrevistadas migrantes, 19 dicen que sí les ha negado la atención y dos (2) que nunca han asistido a un hospital público. En el grupo de las dominicanas, solo dos (2) manifiestan que sí se les ha negado la atención y tres (3) no respondieron.

De las mujeres nacidas en República Dominicana de origen haitiano, 6 indican que sí se les ha negado la atención y otras 6 que no. En este grupo, se encuentran dos (2) casos que refieren discriminación por nacionalidad. En este dato, de nuevo la Localidad Y es la que aparece con mayores márgenes de vulnerabilidad. Así, de un total de 19 migrantes que dicen que alguna vez les habían negado la atención, 13 son habitantes de esas comunidades.

Sobre las razones de negación de atención, las mujeres migrantes indican las siguientes (Cuadro 7):

**Cuadro 7** Distribución del número de mujeres entrevistadas por país de origen o nacimiento según motivo de negación de atención, 2018

Motivo de negación de atención	Nacidas en Haití	Nacidas en República Dominicana de origen haitiano	Nacidas en República Dominicana
No respondieron o no saben	13	1	1
Cantidad excesiva de pacientes	3	0	0
Por cuestión de idioma	1	0	0
Por problemas de documentación	1	0	0
Referencia una UNAP	1	0	0
Discriminación por nacionalidad	0	2	0
Falta de personal médico	0	1	0
Porque no encontraba la tarjeta (récord)	0	1	0
Porque no había luz	0	1	0
Maltrato del personal de salud	0	0	1
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

Un elemento que surge en los grupos focales vinculado a la negación de atención es 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, como se expresa en el siguiente relato de una gestante que fue derivada de un hospital de segundo nivel a otro de tercer nivel. Esta usuaria esperaba recibir una atención de urgencia primero y no un referimiento inmediato.

[...] yo llego allá y por lo menos tengo un dolor de barriga con 36 semanas de embarazo y todos saben que con 36 semanas se puede dar a luz, yo pienso que debieron de chequearme. Yo estaba en el banquito donde todo el mundo espera [...].  
(Participante 2, grupo focal 1, Localidad X)

### 3.3.6 Complicaciones durante el embarazo y el parto

La mayoría de las mujeres migrantes informa que no ha tenido ninguna complicación durante su embarazo. Sin embargo, nuevamente aquí se debe notar la diferencia entre las localidades observadas en el estudio. Mientras que en la Localidad Y el 50% de las entrevistadas apunta que sí había tenido alguna dificultad (18 mujeres migrantes), esa proporción disminuye al 27% en la Localidad X (solo 9 mujeres). Asimismo, se registra menos afirmaciones de complicaciones cuando se trata del grupo de mujeres dominicanas en las dos localidades (14 en total, 7 en cada una).

Cuando se les pregunta qué complicación han tenido, 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 los diagnósticos dados por el personal de salud. Para el grupo de dominicanas, las complicaciones más mencionadas fueron la presión alta y la anemia, también en ese orden.<sup>21</sup>

Sobre los partos, se observa la misma tendencia (Cuadro 8). La Localidad Y se presenta, de nuevo, como la más vulnerable, ya que en ese territorio son más las mujeres que indican que han tenido alguna complicación durante su último parto o en alguno de ellos. Se resalta, sin embargo, que de la totalidad de las mujeres migrantes entrevistadas la mayoría no haya identificado haber tenido dificultades (41 de un total de 70, alrededor del 59%). Estas tendencias numéricas son importantes para entender lo que pasa en cada localidad y señalar posibles temas de urgencia que deben ser atendidos por el sistema de salud, sin dejar de valorar las experiencias particulares que fueron relatadas y que otorgan cualidad al estudio. Los datos muestran la necesidad de información y conocimiento en muchos de los casos.

**Cuadro 8** Distribución del número de mujeres entrevistadas por localidad de residencia según país de origen o nacimiento y tipo de complicación durante su último parto, 2018

Tipo de complicación	Localidad X	Localidad Y	Total
<b>Nacidas en Haití</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>17</b>
Anemia	0	1	1
Complicaciones luego del parto	0	2	2
Dolores de cabeza	1	3	4
Infecciones vaginales	0	1	1
Parto prematuro	0	1	1
Presión alta	1	4	5

<sup>21</sup> El síndrome hipertensivo del embarazo, parto y puerperio es una de las principales causas de muerte materna, a la que le siguen las hemorragias, por lo que es de mucha importancia la estrategia de seguimiento que se pueda realizar desde el sistema de salud para contrarrestar esos riesgos.

Tipo de complicación	Localidad X	Localidad Y	Total
Otros	0	2	2
<b>Nacidas en República Dominicana de origen haitiano</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Anemia	0	1	1
Otros	0	1	1
Plaqueta baja	0	1	1
República Dominicana	10	6	16
Amenaza de aborto	0	1	1
Anemia	0	1	1
Complicaciones luego del parto	3	0	3
Parto prematuro	2	1	3
Preeclampsia, preinfarto	1	0	1
Presión alta	1	0	1
Otros	3	3	6
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>36</b>

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.

Las mujeres migrantes, desde el marco de la discriminación, puntualizan complicaciones, que como se pudo ver anteriormente, constituyen manifestaciones de violencia obstétrica.

La mayor parte de las mujeres indica que sí volvió al centro médico para hacerse controles luego del parto. Llama la atención que son más las mujeres migrantes que manifiestan haber vuelto al hospital para un chequeo (48 de un total de 70, alrededor del 69%) que las dominicanas (31 de un total de 54, alrededor del 57%). De las que dicen que no volvieron en el grupo de migrantes (7), resaltan que el factor tiempo (no disponer de tiempo para hacerlo) es la causa, mientras que en el de las dominicanas (15) el tema de la espera para las citas, la cantidad de pacientes en los centros asistenciales o que no sienten la necesidad de ir porque se sienten bien, son las razones esgrimidas.

Entre las que sí acuden a consultas de control luego del parto, la necesidad de llevar a sus hijos o hijas a vacunación se constituye en un motivo de peso. Por lo mismo, es importante que esta variable sea tomada en cuenta para aplicar otro tipo de medidas que también se relaciona con la salud materna y la planificación familiar, a partir de los espacios pediátricos.

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

Más allá de las dificultades o complicaciones que pudieran presentarse durante el embarazo, y el conocimiento que las gestantes deberían tener sobre los signos de alarma durante esa etapa, las mujeres entrevistadas en general se muestran conscientes de que el embarazo implica una serie de cuidados.



En uno de los grupos focales, en la Localidad Y, una migrante indicó que, si bien llegó a República Dominicana a los ocho (8) meses de embarazo, “prácticamente a parir”, sí se realizó chequeos médicos en Haití.

*[...] cuando salí de Haití yo me chequeaba. Chequeaba allá, por que vine estando embarazada aquí.*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad X)

Sin embargo, se encuentran dificultades en la confirmación de embarazo por parte de las mujeres migrantes. En las UNAPs observadas, se informa 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 mujeres 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 se deben a los anticonceptivos. En estos casos, se produce una alerta tardía de embarazo y una búsqueda retardada de los servicios de salud.

*[...] yo trabajaba en una pica pollo, yo estaba dizque “gorda” y yo en mi opinión yo digo, estoy comiendo de todo por eso es que estoy tan gorda, pero yo tomaba la pastilla. Y una amiga me dice: eso no es normal no te miraste la cadera, como lo tienes ancha debes estar embarazada; y yo, para salir de dudas, fui y compré una prueba de esas que venden en las farmacias y cuando la hice salió positivo. Y ni así, yo dije no, no estoy embarazada. Entonces agarré y fui a la clínica del padre, me hice una sonografía y el doctor me dice es varón y tienes 4 meses de embarazo.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad X)

*Ellos tienen muy buenos promedios (en controles prenatales), andan alrededor de los 7 u 8 controles prenatales, habrá sus casos [...]. Lo que ellos no son muy bueno, es viniendo temprano, por ejemplo. Yo pienso más bien que es por asuntos, creencias religiosas y o tabúes [...]. Una dominicana muy fácil te llega: tengo náuseas, mareo, malestar. Y tú dices: bueno, tiene cinco, seis, siete semanas. Ellas (las migrantes) no llegan con embarazos con tan pocas semanas, te llegan con embarazos un poquito más avanzados [...].*  
(Personal de salud, Localidad Y)

Por otra parte, se ve que la falta de conocimiento sobre los síntomas que se deben tomar en consideración durante el embarazo para buscar atención médica agravaba la vulnerabilidad de las mujeres migrantes en estado de embarazo, pudiendo estar propiciando la demora en la búsqueda del servicio de salud.

Precisamente, respecto a las señales de alarma, del total de mujeres migrantes entrevistadas vía cuestionario, 18 indica no conocer cuáles son, 22 identifican “molestias al orinar”, 8 el “sangrado”, mientras que otras 8 señalan “dolores abdominales”. Otros síntomas como aumento de peso, flujo vaginal maloliente, manos o pies hinchados o salida de líquido por la vagina fueron mencionados por un bajo número de personas.

### 3.3.8 Prácticas de autocuidado después del parto

Si durante el embarazo, el cuidado de la salud aparece en el estudio asociado a la práctica médica, la atención especializada y provisiones en la alimentación, después del parto, está articulado al autocuidado. Las mujeres migrantes entienden que el periodo posparto implica un compromiso y tiempos de pausa para que sus cuerpos se puedan recuperar.

*Yo creo que las haitianas tratan mejor el parto que las dominicanas; las dominicanas cuando dan a luz después de 3 día ya están afuera todo desmangada, descuidan su cuerpo mucho, pero algunas haitianas hacen igual que las dominicanas.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

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 en emergencias.

En los grupos focales de esa localidad, las mujeres confirman 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.

*Esa es la cultura de nosotras; pensamos que cuando damos a luz queda mucha sangre y mucha cosa dentro de nosotras. Entonces buscan hojas, ponen a hervir agua en una lata, lo echan en un tubo y dejan que un poquito de vapor salga, y luego la chica se sienta encima del resto del vapor que va saliendo y con un palo le dan al cubo y lo menean para que salga más vapor. Lo menean entonces el vapor, va limpiando lo de adentro, porque el vapor lo que hace es que te congela la sangre, te lo coagula.*  
(Promotora de salud de origen haitiano, grupo focal 2, Localidad Y)

Este proceso, que también se realiza en varias culturas de América Latina y de transmisión intergeneracional, ha ido decantando sus sentidos en el contexto migratorio y específicamente en el grupo estudiado. Otros países que conviven con culturas heterogéneas (ya sea porque forman parte de su propia diversidad o por la llegada de migrantes) han tenido que hacer ajustes a los servicios médicos que ofrecen para integrar e incluir a poblaciones diversas<sup>22</sup>.

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.

---

<sup>22</sup> En México, por ejemplo, desde el Estado se trabajó en un Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes, indicando que además de considerar los niveles de vulnerabilidad de estas poblaciones, “el enfoque intercultural en los servicios de salud supone que los usuarios al momento del contacto con el personal de salud, manifiestan, además de su enfermedad la concepción que tienen de ella y cierta preferencia por formas propias de tratamiento” (Secretaría de Salud, 2014, p. 7).

Del sentido de limpieza y autocuidado, la práctica también aparece vinculada a otro significado: una respuesta que los hombres esperan de las mujeres (“para que se aprieten sus partes íntimas”), una demanda para la satisfacción sexual masculina. Esta afirmación es escuchada por el personal de salud, que también repiten algunas mujeres migrantes. Por partida doble, entonces, pueden recibir maltrato (de sus parejas y del personal de salud que no comprenden las razones de la práctica o les atribuyen otro sentido).

*Cuando yo parí, a mí mi suegra me hizo coger vapor. No tengo madre, porque mi madre se murió en 2008. Con ese vapor me quemé todo mi parte, y eso ahí se quemó, y el doctor me dijo ¡No vaya a coger vapor! Con todo quemado, a los ocho días, cuando yo no me aguanté, porque yo tenía que no podía despegar la ropa, porque se me pegó en la herida yo grité y fui, cuando llegué el doctor me decía: yo sabía, ¿qué más tú tienes? ¡Yo les dije a ustedes que no cogieran ese maldito vapor! Si los hombres que ustedes tienen no les quieren abrir, supuestamente dique para apretar; ¡no lo quieren así, bótalo! El día que tu viniste te dije que no cojas vapor. Fue un sermón grande que me dieron: [...]te vas a comprar un polvo que es lo mismo que utilizar el vapor. De la misma manera que el vapor te va a apretar de la misma manera que el polvo, te va apretar.*  
(Lideresa comunitaria, Localidad Y)

*Cuando yo fui, no había gente que estaba curando, y el portero me dejó parada allí y yo llorando. Dique: ¡quién te dijo para coger ese vapor! No podía aguantar hasta abajo a llegar a la casa.*  
(Participante 4, grupo focal 2, Localidad Y)

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 inclusivos). Relatos sobre este tipo de experiencias, por ejemplo, no fueron recogidos en la Localidad X.

*Y eso después del embarazo te lo coagula y eso te da cáncer.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad Y)

*Entonces, cuando llegan a una edad [...]. Por eso que las haitianas han tenido ese problema, mi mamá también lo tuvo, mi [mamá] tuvo su hemorragia antes de morir, dos años antes de morir, tenía cuarenta y dos (42) años. Y cuando llega a esa edad, yo visto que la mayoría de las haitianas han pasado eso cuando llega la menstruación es por coágulos que llegan, y todos esos hijos que han parido cuando cogen ese vapor, la sangre baja por coágulos y orina a veces la sangre, no es bueno, para mí [...].*  
(Participante 2, grupo focal 2, Localidad Y)

### 3.3.9 Evaluaciones sobre la atención médica

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

Cincuenta y dos (52) mujeres migrantes dicen que la atención del personal de salud es buena, once (11) regular, seis (6) no responden y solo una (1) la evalúa como mala. Tampoco identifican otro tipo de inconvenientes para atenderse, además de la barrera idiomática en 52 de las 70 entrevistadas.

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

<p><b>Tiempo en la espera y turnos para la atención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Cantidad de pacientes:</u> Había mucha gente y decidió volver después; No le alcanzan los números; El tiempo no les da y ponen otra cita.</li> <li>• <u>Los médicos no se presentan:</u> <i>"Una vez fui, pero el médico nunca llegó"</i>.</li> <li>• <u>Atención lenta:</u> <i>"Se pierde mucho tiempo"; "Duré mucho tiempo en emergencias y no había medicamentos"</i>.</li> </ul>
<p><b>Percepciones de maltrato, discriminación y mala atención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Maltrato:</u> Los doctores la maltratan a ella, pero a sus niños le dan buena atención.</li> <li>• <u>Mala atención:</u> <i>"No me atendieron bien a la niña una vez que la traje con un dolor"</i>.</li> <li>• <u>Percepción de discriminación:</u> Preferencias para dejar pasar a dominicanas antes que a las haitianas.</li> </ul>
<p><b>Inconvenientes de tipo administrativo (récord o expediente clínico):</b></p> <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>
<p><b>Falta de dinero para transporte</b></p>
<p><b>Miedo a deportación</b></p>
<p><b>Autonomía:</b> No tienen permiso de su pareja.</p>
<p><b>Dificultades al momento de registrar a hijos o hijos recién nacidos</b></p>
<p><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.</p>

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

<p><b>Trato igualitario:</b></p> <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>
<p><b>Buen trato:</b></p> <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>
<p><b>Calidez humana en la atención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El médico que le atendió tuvo mucha paciencia.</li> <li>- Todo salió bien.</li> <li>- <i>"Me chequeó bien y fue amable"</i>.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Me trataron con amor".</li> <li>- "La doctora es cariñosa con la gente".</li> </ul>
<b>Esfuerzos para superar barrera idiomática:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Se comunicó bien conmigo".</li> </ul>
<b>Calidad en la atención:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Me atendieron a la niña y se mejoró de una vez".</li> <li>- La doctora se tomó su tiempo para hacerle la consulta y le dio recomendaciones para cuidarse.</li> <li>- "La doctora me chequeó bien y me dijo lo que tenía que hacer".</li> </ul>

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".

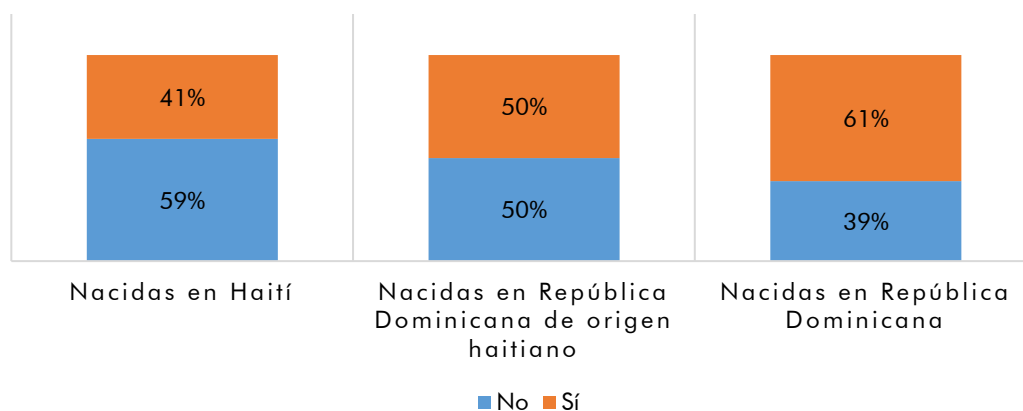
### 3.4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ENTRE LA PRÁCTICA Y LA PERCEPCIÓN

*Les voy a contar una gran realidad. Cuando una adolescente se embaraza en casa materna está privada de las buenas informaciones. Las viejas no saben y no creen en el nuevo método de planificación. Ellas mejor creen en un método natural tal como: el uso de la semilla de girasoles. Esta adolescente después de parir su primer hijo sigue la misma práctica que la llevo al primer embarazo y así pare uno, dos, tres hasta un sinnúmero de hijos. Hasta que salga del techo materno y pueda socializarse con otras amiguitas que le hablan de la planificación, ya tiene una casa llena de hijos. Esa es mi historia. Llegué a tener seis (6) hijos por falta de orientación. Siempre salí embarazada dos meses después de cada parto. Mi madre me exigía semilla de girasoles que nunca las tome con el temor de que se puede germinar en mi vientre. Si estuviera aquí en República Dominicana o sabiendo que existiera la planificación no tuviera más de dos hijos, contra los seis (6) que tengo ahora.*  
(Participante 9, grupo focal 1, Localidad Y)

#### 3.4.1 Métodos de anticoncepción y prácticas de autocuidado

Cuarenta y una (41) mujeres migrantes entrevistadas indicaron que no usan métodos de anticoncepción, pero otras 28 sí (ver composición porcentual en Gráfico 3). La mitad de las que no los usan, estaban embarazadas al momento de la aplicación del cuestionario (en total 20 mujeres). En el caso de las dominicanas, la proporción se invierte. Treinta y tres (33) dicen que sí los utiliza y veintiuno (21) que no. De este último grupo que no usa métodos, 13 están embarazadas. Los datos cuantitativos también se triangulan en este capítulo.

**Gráfico 3** Composición porcentual del número de mujeres entrevistadas por país de origen o nacimiento según uso de métodos anticonceptivos, 2018



Estos datos evidencian 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 las resistencias al uso de métodos de planificación familiar, en los grupos focales se identifican que 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, es una causa de peso por la que las mujeres abandonan, cambian o se resisten a la planificación. Las mujeres migrantes manifiestan altas necesidades insatisfechas de anticoncepción y, por ello, un gran número de embarazos no planificados.

*A veces te dan una pastilla, te dicen que se va a parar tu regla, pero lo que pase es que te fluye más.*  
(Participante 5, grupo focal 1, Localidad X)

*Yo no estaba preparada, pero llegó [...]. No se podía hacer nada (refiriéndose a su hijo). Yo había dicho que no quería más bebé después que tuve los 2 primeros. Después me enfermé, como me planifiqué con el segundo no me hacía bien. Es por esto que decidí dejar la planificación y de ahí salí embarazada. Después que le di a luz no me sentía sofocada y cada vez que voy al hospital me dice que mi presión esta normal [...]. Después de dar a luz que me siento mejor o como yo estaba. [...] me dicen que la inyección y la pastilla te suben la presión, no la presión, no el apretamiento que tengo.*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad X)

*He planificado tres veces, pero me dio hemorragia.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad Y)

En general, las mujeres han referido incomodidades en sus experiencias con los métodos de planificación familiar:

*Hay unos que duran mucho, unos duran de dos (2) a tres (3) meses para tener la menstruación, a unos no le llegan, unos se engordan mucho y unos que se enflaquean.*  
(Participante 4, grupo focal 1, Localidad Y)

*Tengo seis meses con mi implante y todavía no veo mi menstruación.  
(Participante 2, grupo focal 1, Localidad Y)*

*Tengo 2 años sin ver mi menstruación.  
(Participante 1, grupo focal 1, Localidad Y)*

El método de preferencia entre las mujeres migrantes participantes del estudio es la inyección, seguido por la píldora y la esterilización femenina. En cuarto lugar, aparecen los implantes. El dispositivo intrauterino o DIU solo es mencionado en el grupo de las nacidas en República Dominicana de origen haitiano, mientras que el condón masculino solo en el grupo de las dominicanas (Cuadro 9).

**Cuadro 9** Distribución del número de mujeres entrevistadas por país de origen o nacimiento según tipo de método anticonceptivo usado, 2018

Tipo de método anticonceptivo usado	Nacidas en Haití	Nacidas en República Dominicana de origen haitiano	Nacidas en República Dominicana
Esterilización femenina	5	0	16
Implantes	4	0	0
Inyecciones	11	0	7
Píldoras	8	5	7
DIU	0	1	0
Condón masculino	0	0	3
No utilizan	41	6	21
No responden	1	0	0
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>12</b>	<b>54</b>

La inyección, que se coloca cada tres meses, permite a la mujer espaciar sus consultas médicas. La preferencia por este método, indicada por la población migrante entrevistada vía cuestionarios, es consistente con los relatos recogidos en los grupos focales. Se encontraron casos en los que, incluso, se comercializan dentro de la comunidad. Para ellas les significaba mayor seguridad por un tiempo, aun a costa de las molestias que refieren tener. Ante el esfuerzo que les supone planificarse (en costos, salidas de la comunidad y tiempos en seguimientos y controles), este método les ofrece una alternativa.

*Yo fui al hospital, hice los análisis y no había inyecciones tuve que ir a comprar de las que vienen de Haití, y me la puse y luego me dio un tremendo dolor de barriga; tuve que ir en dos hospitales, desde este tiempo me da miedo usar las inyecciones de estas.  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad Y)*

Asimismo, es en el momento del cambio o la espera entre un método y otro cuando relatan que se producen los embarazos:

*Yo tuve un caso de una comadre que tenía la inyección cada tres (3) meses. Ella no veía la menstruación y a lo último el doctor le dijo vamos a darte ese método de las pastillas, te van a bajar la menstruación. Aun así, ella fue hacerse su analítica y salió con quistes. A lo último que ella fue a los cinco (5) meses, le dijeron que ella tiene un bebé. Después de todo eso proceso. Ella tomaba las pastillas, tampoco le hacía efecto y bebía medicamento para quistes y pensado que era quistes y era un bebé.*

(Participante 2, grupo focal 2, Localidad Y)

Cada cuerpo (de cada mujer, con su historia particular) es distinto y tiene reacciones diferentes. De ahí que no siempre un mismo método ocasiona las mismas reacciones en todas las mujeres. Sin embargo, se observa cómo las narrativas, el boca a boca, operan como dispositivos que refuerzan la resistencia ante la ausencia de información y seguimiento individual.

*[...] una vez fui al hospital, vi a una mujer, ella dijo que con una inyección se embarazó.*

(Participante 5, grupo focal, Localidad Y)

La confianza en el método es de fundamental importancia para asegurar la constancia en su uso. Los testimonios de fracasos de pares o malas experiencias propias profundizan la resistencia y producen una conclusión que a la luz de la cotidianeidad tiene lógica: “no los uso, porque no resultan”.

*Esa niña cuando ya le di a luz, yo no quería más niños por ahora mismo. Cuando yo salí embarazada del otro niño que tiene 8 meses ella tenía 2 años, pero yo no lo planeé, yo no quería el segundo porque me estaba planificando. Fue un descuido. Creo que fue que se me olvidó tomarme la pastilla y yo dije bueno [...] Como tengo una pareja yo acepte tenerlo, pero no fue algo planeado.*

(Participante 3, grupo focal 2, Localidad X)

*[...] yo no confié ni en la pastilla. En lo único que podía confiar es en la inyección, porque la pastilla se le puede olvidar a uno, aunque la inyección hace daño a veces no le baja la menstruación.*

(Participante 8, grupo focal 2, Localidad X)

Sentirse bien y que no le cause daño, es uno de los primeros factores influenciadores del grado de satisfacción mencionado. Cabe resaltar que, así como los relatos hablan de falta de adherencia, también refieren uso y constancia.

*Cuando mi hijo tenía 3 años me agarre de la planificación, desde hace 6 año me planifico. Usaba la inyección, pero eso no me hacía bien, me engordaba, hacía que no pudiera caminar, paré la inyección. Ahora uso las píldoras, hasta ahora no me hacen daño, me llega mi regla cada mes.*

(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

*Una persona que se había inyectado y también me llevó para inyectarme.*

(Participante 4, grupo focal 2, Localidad Y)<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Estos relatos cobran importancia en diálogo con la percepción de miembros del personal de salud que expresaron tener la creencia de que las mujeres migrantes no utilizan métodos anticonceptivos porque está en su voluntad y deseo tener muchos hijos o hijas (ver capítulo 7), y atribuían dicha actitud a patrones culturales.



En las comunidades se observa una casi nula predisposición al uso de condones. Ante la pregunta, las mujeres migrantes se sonríen, hacen bromas entre ellas y dicen poco. Las que confirman que sí los usan despiertan las risas de las demás. Es el único método de anticoncepción dirigido a los hombres, pero tiene consecuencias en las cualidades morales de las mujeres. Una desigualdad de género que representa violencia simbólica y causa condiciones de precariedad severas en la vida cotidiana de las mujeres.

*Yo en mi opinión no me gustaría usarlo con mi pareja. Cómo te explico [...], yo siento que no soy una mujer de la calle, para mí es mi opinión, no se para las demás. No soy de la calle para usar preservativo, no me gusta.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad X)

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

Ante los vacíos de información, y cuando en el registro de la experiencia queda la ineficacia del método o la comprobación de que le hace daño (no antes, sino en ese intermedio), es cuando en el relato de las mujeres aparece la recomendación del uso de métodos alternativos o métodos naturales. Es decir, estas soluciones alternativas se encuentran entre la oferta de anticoncepción que las mujeres tienen y sobre las que escuchan referencias personales, de recomendación de pares o de familiares, como el conocimiento disponible. La experiencia de otras mujeres emerge como una voz creíble frente a la propia.

*Usan la semilla de higuera, no lo sé [...], se coge la semilla si quieres durar siete años sin salir embarazada te tomas siete semillas.*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad X)

Investigadora: ¿y eso resulta?

*[...] si hay una señora que lo hizo, tomó cuatro semillas y tiene cuatro años sin tener hijos.*  
(Participante 6, grupo focal 2, Localidad X)

*[...] yo creo, porque mi mamá lo hacía. La semilla de higuera tú no la conoces.*  
(Participante 4, grupo focal 2, Localidad X)

*Mi hermana lo tomó por diez años. No es a todo el mundo que resulta, porque ni la pastilla [...] saliendo de dar a luz la consume sin rasguñar. Te tomas siete u ocho o por cuanto año quiera.*  
(Participante 5, grupo focal 2, Localidad X)

La siguiente conversación se produjo en uno de los grupos focales realizados en la Localidad Y:

*Yo, cuando termino, tomo agua salada [...]* (Se reían las otras)  
(Participante 5, grupo focal 2, Localidad Y)

*Un vaso de agua muy frío.*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad Y)

*Lo usaba mucho, lo del vaso de agua fría, antes de tener a mi hijo.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad Y)

Promotora comunitaria: *Antes de tener a tu hijo, ¿cuánto tiempo tienes en la práctica de tomar el agua fría?*

*Mucho tiempo, no se decir cuánto.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad Y)

Promotora comunitaria: *¿Nunca te embarazaste con el vaso de agua?*

*No*  
*Después de sacar la inyección de tres (3) años, no uso nada ni inyección ni pastillas.*  
(Participante 3, grupo focal, Localidad Y)

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

En este apartado se trata la articulación de la autonomía de las mujeres para decidir tener o no hijos o hijas, con las relaciones de pareja y otros elementos que inciden en esta ecuación. Las condiciones económicas son un factor de importancia en la decisión de gestar. De ahí que varias mujeres expresan la relación de 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.

*[...] de mi marido, porque él es quien trabaja, porque es él quien nos va a atender. Porque si no vamos a coger lucha, es el que busca, es el que tiene que ayudar con los hijos.*  
(Participante 5, grupo focal 1, Localidad X)

*Mi marido (es el que toma la decisión) porque es él quien va a trabajar para la manutención de los hijos, porque yo no estoy trabajando. [...] aquí no veo empleo, aunque yo quiera trabajar no hay. Es el hombre, todo es el hombre quien puede mantener a los hijos. Aunque yo quiera trabajar no podría, porque no tengo documentos.*  
(Participante 8, grupo focal 1, Localidad X)

Sin embargo, por estas mismas razones otras mujeres se sienten con más poder de decisión y hacen frente a la presión que pudieran tener de sus parejas:

*[...] yo tengo 2 [hijos], mi esposo quisiera uno más, pero la decisión es también mía. Le digo no, esta fue mi decisión. Él dice que debo tener más bebé, pero debe ser un varón, no sé [...], pero ahora no voy a parir más hijos. Con otra él tiene 10 hijos, murieron 4, le quedan 6 más los 2 míos, más otro que tiene con otra son 9. Su hijo mayor tiene 30 años, está en Haití. Ahora no puedo tener más hijos, me planifico y mi marido lo sabe, pero si me decido le diré "ok" dejaré de planificarme a ver más adelante, porque la situación está muy dura para estar pariendo.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

*[...] por mí siempre quise tener dos hijos: un varón y una hembra, pero él quería cuatro, pero yo llegué a la conclusión [...] (le dice a su pareja): "si quieres cuatro me voy y quédate aquí y vas a buscar otra mujer para tener tus cuatro hijos", pero el tiempo fue pasando y vio que la situación se*

*estaba poniendo más difícil. Dije bueno [...] vamos a quedarnos con esos dos ahora. Yo no estoy preparada (esterilizada), yo me quería preparar, pero los doctores no quisieron, supuestamente estoy muy joven, pero yo me quería preparar. Mi pareja dijo: como no estas preparada, pero no vamos a tener más hijos, pero si llega uno lo vamos a tener. Yo digo: voy a tratar de que no llegue, porque no quiero más, y decidimos que nos vamos a quedar con esos dos, vamos a tratar de que la lucha que cogimos nosotros tratar de que ellos no pasen lo mismo.*

(Participante 3, grupo focal 2, Localidad X)

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

*La decisión la toma la mujer, porque ella es la que abre sus piernas, lo sé muy bien: son siete (7) hijos que tengo.*

(Participante 6, grupo focal 1, Localidad Y)

*[...] la decisión es mía, porque lo digo soy yo quien lo va a cargar. Cuando estoy así no me siento bien, si fuera por mí solo tendría un solo bebé. No es dizque el marido la decisión. Soy quien la toma, si hubiese que morir soy yo la que moriría y yo sola si no encuentro un buen médico que me ayude con el parto me puedo morir.*

(Participante 3, grupo focal 2, Localidad X)

*Una persona que tenga un paquete de niños tiene que comprar ropa, pagar escuela [...]. Si una persona tiene cinco hijos, ocho, la cabeza de esa madre se calienta para vestir esos niños. Las clases ya van a iniciar<sup>24</sup>. La cabeza de la madre se pone muy caliente, para mi estoy pensando no tener más hijos. Cada madre debe pensar como viene las cosas más adelante, ella no sabe cómo vienen las cosas más adelante, es por eso no puedo decir que voy a dejar de planificarme para tener más bebés.*

(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

En el Cuadro 10 se pueden observar las diferencias en las respuestas entre una población y otra respecto a la capacidad de decidir sobre la planificación familiar. Mientras que en la población dominicana solo 5 mujeres de un total de 54 dicen que la decisión de tener hijos o hijas es de su pareja, en la población migrante haitiana esa frecuencia se eleva (16 de 70). Asimismo, 23 mujeres dominicanas y 20 de las migrantes indican que la decisión depende de ambos (de ella y su pareja).

Estos datos reafirman lo que las mujeres narran en sus relatos: relaciones desiguales, donde todo el peso de la balanza estaba puesto en ellas, y un entorno económico y cultural que no les facilita posibilidades de autonomía y las expone a situaciones de violencia.<sup>25</sup>

*Sí, lo puedes decir porque nuestros maridos nos dan a comer, nos traen en el territorio dominicano, ellos nos pueden golpear también.*

(Participante 10, grupo focal 1, Localidad Y).

---

<sup>24</sup> Al momento del levantamiento de la información, el año escolar estaba por iniciarse.

<sup>25</sup> Durante el levantamiento de información se encontraron dos casos que referían violencia por parte de sus parejas como parte de la vida cotidiana de las mujeres migrantes.

**Cuadro 10** Distribución del número de mujeres entrevistadas por país de origen o nacimiento según de quién cree es la decisión de tener o no hijos o hijas, 2018

De quién cree es la decisión de tener o no hijos o hijas	Nacidas en Haití	Nacidas en República Dominicana de origen haitiano	Nacidas en República Dominicana
De ambos	20	5	23
De Dios	4	0	2
De mí	17	3	18
De mí pareja	16	3	5
Del doctor-a	2	0	0
No tiene pareja	1	0	0
No responde	10	1	6
Total	70	12	54

### 3.4.3 Demandas de información y orientación

En términos generales, la mayor parte de las mujeres migrantes indican conocer sobre métodos anticonceptivos y que han tenido algún grado de acceso a información. La dificultad que declaran se encuentra en el conocimiento sobre el uso de estos su salud reproductiva y sexualidad. Es decir, en la calidad del conocimiento y la información. Esta implica un seguimiento cercano del personal de salud, una interacción fluida médico–usuaría que, en el caso de las mujeres migrantes, tiene limitaciones específicas. Cincuenta (50) del total de migrantes entrevistadas dicen haber escuchado información sobre métodos de anticoncepción, mientras que otras 54 indican que el embarazo se previene usando métodos anticonceptivos.

En los grupos focales algunas mujeres demandaron información, realizando preguntas concretas tales como: “¿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 emergió y las mujeres están abiertas a escuchar. También se escuchan preguntas respecto al momento de empezar la planificación luego de sus partos y temores sobre las consecuencias en su salud y la de su hijo o hija en edad de lactancia: “¿No me hará nada?”

*Ella se puede planificar (hablando al grupo acerca de la pregunta de las participantes). Eso no le va a afectar (al bebé), y hay planificación para la mujer que está amamantando. Tienes que ir para el hospital y el médico te aplicará la que te corresponde como mujer amamantando.*  
(Lideresa comunitaria, Localidad Y)

### 3.4.4 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. Once (11) de las migrantes consultadas responden que no siempre quisieron ser madre, lo que confirma una necesidad insatisfecha histórica de planificación en sus vidas.

Como se puede ver a lo largo de los relatos expuestos en este capítulo, varias mujeres señalan que su maternidad no ha sido planificada, que en ocasiones solo llegó y en otras, la ausencia de información y orientación sobre métodos fue determinante. Es importante retomar las afirmaciones de mujeres migrantes que, específicamente, dicen que no ha sido su decisión ser madres.

*[...] ninguno fue mi decisión, pero ya los cinco están ahí.*  
(Participante 1, grupo focal 2, Localidad X)

*Yo siempre quería tener hijo cuando tenga dinero, para poder ofrecerle una mejor vida, y lamentablemente así no fue, mi primer hijo no fue planificado.*  
(Participante 11, grupo focal 1, Localidad Y)

Ninguna de las mujeres participantes indica que su plan de vida es tener muchos hijos o hijas. La incidencia de lo que la pareja quiere o que este deseo se transforme en condicionante para el vínculo es un elemento que debe ser observado con detenimiento en la atención de salud reproductiva de las mismas. Esto señala la urgencia de trabajar con la población masculina migrante para no dejar la responsabilidad exclusiva a las mujeres.

*No tenía plan de verdad de parir solo me puse a parir. Esa es la realidad, después de tener su primer hijo y el segundo ya no hay deseo de seguir pariendo. Yo no quería tener hijo, pero es todo lo contrario.*  
(Participante 9, grupo focal 1, Localidad Y)

*Cuando era más joven siempre quería tener un solo hijo no más, pero no el caso tuve el primero y sigo teniendo.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad Y)

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 expone en las narraciones como parte de los proyectos de sus vidas, pero condicionado a la edad y a la situación económica.

- ✓ *Si, quería ser madre con una edad más o menos por ejemplo a dieciocho (18) o a veinte (20) años, sin embargo, a los trece (13) años ya tuve mi primer hijo.*
- ✓ *Siempre soñaba ser madre. Yo siempre quería tener hijo cuando tenga dinero para poder ofrecerle una mejor vida, y lamentablemente así no fue, mi primer hijo no fue planificado.*
- ✓ *Yo sí, siempre he tenido el deseo de ser mamá.*

- ✓ *Yo sí quería, pero no tan a temprana edad.*
- ✓ *Llegue a ser mamá muy temprano que no quería.*
- ✓ *Las diferencias que veo en mi caso, yo no quiero tener un hijo que no puedo ofrecerle lo que necesita, sin poderle enviar a la escuela.*

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

## 3.5 RAZONES PARA MIGRAR

En este apartado se expone la información recogida en torno a las razones y motivaciones de las mujeres para migrar de Haití hacia República Dominicana; cómo estas expectativas se asocian a su bienestar y salud, y cuáles son las ventajas de su vida en el país de destino, así como los desafíos que encuentran. También se analiza la relación de la autonomía económica con los proyectos migratorios propios, componente que incide como barrera para la realización de los derechos de la salud reproductiva.

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

*Vine aquí en búsqueda de trabajo, pero no encuentro eso. Solo me quedo en mi casa, porque trabajo no hay.*

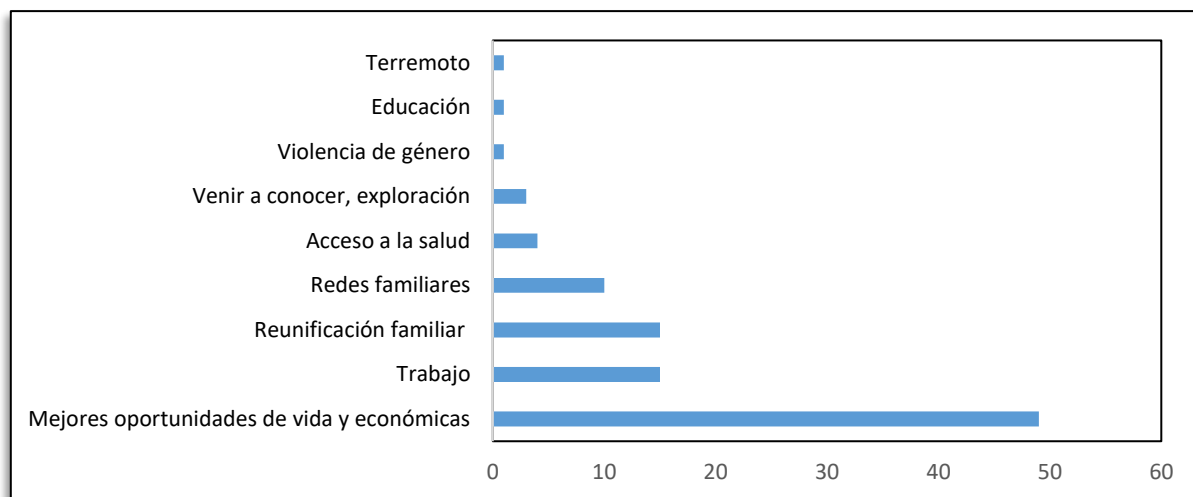
(Mujer migrante entrevistada, Localidad Y)

Las mujeres migrantes haitianas expresan 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<sup>26</sup> (Gráfico 4).

---

<sup>26</sup> Los datos numéricos que se exponen en el Gráfico 4 se refieren a la frecuencia con que eran mencionadas estas motivaciones, pudiendo una misma persona enumerar más de una. La sistematización que aquí se presenta fue construida a partir de las preguntas abiertas realizadas a las mujeres migrantes a través de los cuestionarios.

**Gráfico 4** Distribución del número de mujeres haitianas entrevistadas según razón para migrar de Haití a República Dominicana, 2018



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 y sus hijos e hijas. En los grupos focales, 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 de generar sus propios ingresos siempre estuvo presente como motivo para migrar, y dicho eje está articulado a las necesidades básicas de sus hijos e hijas.

*Vinimos porque estamos buscando algo mejor para ayudar a nuestros hijos; la posibilidad de Haití no es lo mismo que en República Dominicana. Cuando trabajo (en referencia al tiempo que trabajaba en Haití) lo que deberían darte no te lo dan completo. Pero República Dominicana lo que vale el trabajo te lo dan, no necesitan tu dinero, eso es lo que estamos buscando para poder ayudar a nuestros hijos, buscando algo más alto.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

No en todos los casos esas expectativas se ven satisfechas. Se recogieron relatos que sintetizan experiencias más positivas y otras muy negativas, que muestran la variabilidad del fenómeno migratorio, dependiendo de las vivencias personales y colectivas.

*Buscando una mejor vida. Vinimos a buscar la mejoría, pero les dominicanos nos quieren pisotear, nos ponen a trabajar y nos abusan, nos ponen a trabajar durante un día entero y lo que nos pagan son ciento cincuenta (RD\$150) o doscientos (RD\$200) pesos y no beneficiamos nada.*  
(Participante 11, grupo focal 1, Localidad Y)

Estas condiciones económicas se relacionaban con las oportunidades laborales que pueden tener las mujeres migrantes y cómo esto afecta lo que sienten en relación con sus trayectorias migratorias.

*[...] no nos sentimos bien, porque todos los días no levantamos y debemos quedar en casa. No podemos trabajar, tener un negocio, aunque uno pudiera tener la idea de vender, aunque sea botella de agua si otra no lo vende entonces vive con ambición o hacen magia o te la compra "fiao" y no te pagan y entonces debes quedarte sentado. No hay trabajos para las mujeres, aunque podríamos decir déjame cocinar para vender a los mismos trabajadores, pero ellos también te la compran y no te pagan. No tienen compasión de nosotras las mujeres. Deberían decir vamos a pagarle y así ellas pueden continuar el negocio [...], el dinero que el esposo da a veces no alcanza para hacer la compra. Pero si uno hace algo, se puede completar. Nosotras las mujeres no tenemos garantía, porque imagínate en la comunidad es estar sentada y hablar.*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

*[...] antes de estar embarazada yo trabajaba en la casa de un señor llamado "XXX". Es un hombre que tiene mucho dinero y me pagaba 2,000 mil pesos yo hacía de todo y uno tiene que pagar pasaje todos los días. 2,000 pesos quincenales.*  
(Participante 3, grupo focal 2, Localidad X)

*Si estamos bien, porque lo que tenemos lo compartimos juntos. Estamos bien gracias a Dios. Tenemos crédito para comprar nuestro arroz pues cuando no podemos pagar y están cobrando nos escondemos debajo de la cama [...]* (risas de las otras participantes).  
(Participante 9, grupo focal 1, Localidad Y)

Esta última intervención da cuenta de la capacidad de agencia de las mujeres migrantes, aun en circunstancias difíciles. En una de las comunidades se encontró un grupo de mujeres organizadas que activan su economía alrededor de la actividad agrícola (pelar y vender gandules), con créditos de particulares. Esta situación, sin embargo, no deja de ser angustiante para las mujeres que cuentan cómo deben sortear cada miércoles (el día que pasaba el cobrador) la disyuntiva de pagar o no la deuda.

El factor económico es uno de los determinantes de salud que las mujeres identifican como la situación de mayor influencia (52 de las 70 mujeres entrevistadas migrantes vía cuestionario). Un recurso que define no solo el acceso a la salud, sino también valorado como el más importante para el estado de bienestar que buscan.

*Sí, mi problema es la falta de recurso, porque tengo este niño que tragó una piedrita. Desde ayer quiero llevarle para el médico, pero no puedo a causa de dinero que no tengo.*  
(Participante 2, grupo focal 1, Localidad Y)

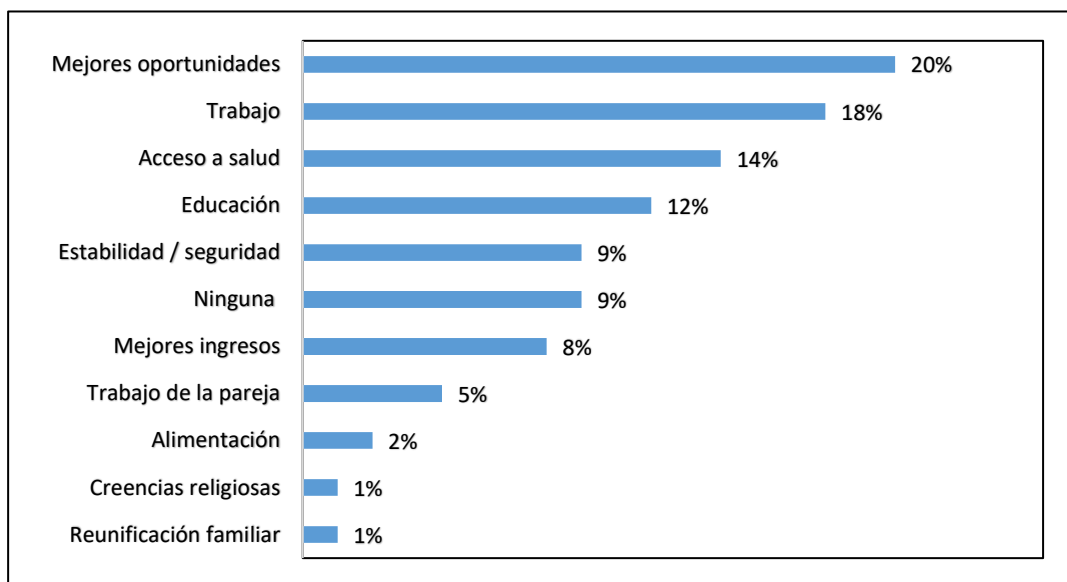
*[...] otra no tiene y tiene que ir al médico me pide 100 pesos prestados si lo tengo entonces puedo salvarle la vida, pero si no hago nada y me pide prestado para ir al médico diré no tengo, así morirá [...]*  
(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)



### 3.5.2 Ventajas y desafíos de la vida migrante

Ya estando en el país de destino, las mujeres migrantes haitianas valoran la posibilidad de las mejores oportunidades que pudieran tener en República Dominicana<sup>27</sup>, así como la posibilidad de mejores ingresos y trabajo. Es también en este momento de sus trayectorias migratorias (ya cuando llegaron a territorio dominicano) que aparecen el acceso a la salud y la educación como ventajas frente a su país de origen (Gráfico 5).

**Gráfico 5** Distribución porcentual de las mujeres haitianas entrevistadas, residiendo en República Dominicana, según los principales motivos para vivir aquí, 2018



Al respecto en uno de los grupos focales se señala la experiencia en cuanto a salud materna en el país de origen:

*[...] puede ser que no pague por los medicamentos, pero la mayoría no encuentra medicamentos a veces los tiques que dan no alcanzan y la mayoría no llegan a pasar porque se trasladan a otra comunidad y a veces no hay dinero para seguirlo (en referencia a los controles prenatales). Los hospitales están lejos del camino, es largo de aquí a que llegue a este hospital, da luz en el camino. Es la razón que usan la comadrona para dar a luz, si ven que no se puede en la casa preparan una cama de madera para trasladarlo. Como 50 hombres la cargan para llevarla a una distancia que encuentre un vehículo, regresan a dar a luz a casa. Por eso, la mayoría de las mujeres mueren cuando están dando a luz porque quedan en casa, si la comadrona hace el parto hay que pagarle por venir y luego por hacer el parto.*

(Participante 6, grupo focal 1, Localidad X)

También se preguntó cuáles son sus mayores dificultades o desafíos en la vida que llevan en República Dominicana. Respondieron que la barrera idiomática fue el gran desafío cuando llegaron, 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.

<sup>27</sup> Ídem.

### 3.5.3 Autonomía económica

*Yo vendo gandules a cien (RD\$100), todos los días  
(Participante 9, grupo focal 1, Localidad Y)*

En los grupos focales, las mujeres migrantes manifiestan de forma constante su angustia por la situación económica que, en órdenes de prioridades, supera la necesidad de acceso a salud, educación, vivienda u otro derecho. Esta inquietud se articula a las pocas oportunidades de trabajo que dicen encontrar para ellas mismas y las que sus parejas encuentran. Aunque se autoperciben 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 por cuestionarios se encuentran mujeres que se dedican a la actividad agrícola (cultivo). En los grupos focales participaron las que están 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 que tiene origen en la distribución sexual desigual del trabajo. Una hipótesis por confirmar en estudios de mayor profundidad sería que los hombres migrantes haitianos tienen más oportunidades laborales (y por lo tanto de socialización, integración e inclusión) que las mujeres migrantes haitianas.

Asimismo, se notó 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:

*[...] cuando veía que caía entonces, volvía a trabajar porque era yo que pagaba el colegio de los niños (en Haití). Pero llegué y no estoy en nada y digo debo trabajar y podríamos unir el dinero, pero él dice que no, que mi trabajo es estar en la casa. No quería que yo trabajara, pero ciento que puedo trabajar.*

(Participante 5, grupo focal 1, Localidad X)

*No es porque estoy trabajando aquí (en referencia a sus razones para estar en República Dominicana). Estoy aquí es porque mi marido me mandó a buscar, si no, no quería venir. El pudiera pensar que estaba en otra cosa allá por eso que vine. Aquí no estoy haciendo nada ni negocio, raramente que consigo un trabajito de pelar gandules por cincuenta (50) pesos.*

(Participante 2, grupo focal 2, Localidad Y)

*Me siento normal, pero no estoy trabajando, mi esposo es que trabaja, porque aún no tengo documentos aquí. Por eso no me siento tan bien, si tengo documentos me sentiría mejor.*  
(Participante 6, grupo focal 2, Localidad X)

Varias mujeres indican que sus maridos las han mandado a buscar para que se ocupen del trabajo doméstico. En esas condiciones, 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. Ante la falta de posibilidades específicas, las mujeres se ven obligadas a 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. Control de sus parejas, no saber español, control migratorio, no tener documentos y una alta carga y responsabilidad familiar, son algunos de los factores que las restringen.

*No quería tener los cinco, quería tener solo dos, pero por las circunstancias los tuve. No tengo marido, ninguno de los padres me ayuda con los niños.*  
(Participante 5, grupo focal 2, Localidad X)

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 precondicionadas por su necesidad, deseo e impulso de lograr mejores condiciones de vida para sus familias. Al llegar, sin embargo, se encuentran con un contexto limitante y que las circunscribe a roles de género tradicionales sin posibilidad de transformación.

### **3.6 PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD**

En este capítulo se exponen los datos recogidos en entrevistas realizadas a personal de salud de centros asistenciales de las localidades consideradas para el estudio, con el objetivo de identificar desde su perspectiva los factores que operan como barreras en la atención de la salud reproductiva de las mujeres migrantes. Se entrevistó un total de 28 profesionales, 18 mujeres y 10 hombres de varias especialidades: ginecobstetricia, medicina general, medicina familiar y comunitaria, enfermería, nutriología médica, pasantes y residentes.

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

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

Las situaciones más graves que hemos tenido acá con pacientes embarazadas han sido con mujeres extranjeras, son los sangrados y la anemia grave. Es lo más precario, entonces por su situación económica, por su situación migratoria, de no tener papeles para poder circular en la región y por su situación idiomática se no hace muy difícil, se nos hace muy difícil y tenemos que institucionalmente resolverle todo.

(Personal de salud, Localidad Y)

Sí, es muy común porque muchas pacientes por la cuestión del idioma no se toman la medicación adecuada, entonces viene el problema de las anemias. Muchas veces cuando llegan aquí hay que ponerles sangre o dan a luz y después se produce el sangrado por la disminución de la hemoglobina. Pero la barrera es el idioma, a veces viene con la presión alta y uno le dice tómese este medicamento 2 veces al día y te dicen que sí, todo que sí, pero no se la toman y eso trae esos inconvenientes que va en detrimento de las pacientes. Muchas veces por la poca comunicación se le explica y se lo escribe, pero no hay un seguimiento real que se lo tome o no, como a veces uno se lo explica a un paciente, mira este medicamento es para la presión alta, si no te lo tomas te puede subir la presión, y ese es un pequeño inconveniente aunque el medicamento se lo den en el hospital, a veces viene sin tomárselo o sin tomárselo de la manera adecuada, es un inconveniente muy común.

(Personal de salud, Localidad Y)

### 3.6.2 Barrera idiomática

La barrera idiomática es la dificultad más importante según señalan médicas/os y enfermeras y sobre la que manifiestan la necesidad de buscar una solución urgente (26 de las 28 personas entrevistadas puntualizan este tema como obstáculo que ocurre siempre o con mucha frecuencia). (Cuadro 11)

**Cuadro 11.** Composición de las barreras identificadas por el personal de salud para la atención sanitaria, por nivel de incidencia en la calidad de la atención, 2018

Barreras identificadas	Bajo	Medio	Alto	No reportados	Total
Nivel educativo	13	4	11	0	100%
Idioma	2	0	26	0	100%
Creencias religiosas	13	8	4	3	100%
Poca adherencia a métodos anticonceptivos	4	5	19	0	100%
Falta de información (récord) sobre las usuarias	6	6	16	0	100%
Alimentación de las usuarias	2	3	23	0	100%
Poca asistencia a sus controles	8	5	15	0	100%
Dificultad para hacerles seguimiento	8	3	17	0	100%
Falta de documentos de las personas atendidas	11	2	14	1	100%

Sí, bastante dificultad. La historia clínica prenatal que se le hace a la paciente desde la consulta los datos no son suficientes, porque muchas veces el idioma es una barrera porque hay que buscar el intérprete de ellos mismos.

(Personal de salud, Localidad Y)

*No, aquí la mayor dificultad para la atención es la barrera idiomática, y como hay tantos extranjeros, a nosotros no se nos dificulta tener siempre alguien que nos colabore en la traducción, entre ellos mismos vienen acompañados con alguien que hable español, esa es la principal dificultad, idiomática [...].*

(Personal de salud, Localidad X)

Ningún miembro del personal de salud hablaba creole al momento del levantamiento de información y la mayoría tampoco contaba con soporte de una persona como traductor/a. Sin embargo, la dificultad de comunicación se presenta 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.

*A pesar de la dificultad de idioma, ellas son muy apegadas a su seguimiento de salud, tenemos mejores resultados en su seguimiento de salud más que en mujeres dominicanas, porque son educadas en cuanto a su diagnóstico cuando una ya la tiene en el sistema, uno la educa y ella acude a buscar el servicio.*

(Personal de salud, Localidad X)

Precisamente, estos son los miembros del personal de salud que indican que rara vez tienen dificultad para entender lo que las usuarias extranjeras dicen (5). En un caso, una trabajadora comunitaria hace de traductora, pero de manera voluntaria y se está gestionando su contratación al momento del levantamiento de información. El personal de salud de la mencionada unidad de atención primaria indica lo favorable que había sido contar con esta colaboración.

*El apoyo de traductora es una comunitaria, no pertenece a la estructura del sistema de salud. Hemos tratado de que se inserte como promotora de salud, la tuvimos temporaria, pagándoles por servicios prestados y se ha quedado por voluntad propia apoyando a la comunidad en cuanto a ese servicio.*

(Personal de salud, Localidad X)

Sin embargo, 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 se nota que incide en las percepciones y las actitudes respecto a las usuarias, así como de ellas sobre la atención.

*Ellas tienen esa percepción, porque al no dominar el idioma se llegó a preparar a pacientes sin comunicárselo, y desde ahí empezaron los problemas, porque al no comunicarle yo que la voy a preparar y usted queda sin tener bebés. Usted no entendió que yo le dije ¿Te quieres preparar? Y eso ha causado cierto temor, al no tener un consentimiento informado, lea y firme si no solo de manera verbal sin dominar el idioma es un problema [...].*

(Personal de salud, Localidad Y)

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 confiabilidad y frecuencia recurren, entre el delgado abanico de alternativas con el que cuentan.

*No, a través del intérprete que por lo general es de su misma nacionalidad es que nos podemos comunicar con la paciente, incluso los intérpretes le explican lo que nosotros estamos diciendo y nos explican a nosotros lo que ellos están también diciendo. O sea, que hay buena comunicación en cuanto a eso.*  
(Personal de salud, Localidad X)

Otros han aprendido algunas palabras o se comunican por señas:

*Bueno, principalmente el equipo de enfermería más que todo le hablamos hasta por señas. Porque ahí tratamos de comunicarnos como sea. Si hay uno que entienda más el español entre las salas, se busca a ese para que interprete y le pueda explicar a la paciente lo que le estamos diciendo.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*Uno se sabe esos términos para uno tener una orientación porque a veces vienen sin ningún familiar, no es que nosotros sepamos hablar su idioma, pero de ellos nosotros hemos aprendido algunos de esos términos.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*Nos tardamos más con ellas, hacemos señas, usamos un lenguaje coloquial. "Hay que tratar de que entienda". Se le pregunta para ver si de verdad entendió: "se le pregunta: ¿cómo fue que ya te expliqué?"*  
(Personal de salud, Localidad X)

Esas opciones de respuestas ante el problema se resumen en la siguiente lista:

- ✓ Se busca la asistencia de otra usuaria que ayude con la traducción.
- ✓ Se cuenta con la ayuda de una persona acompañante.
- ✓ Se hacen preguntas para asegurarse que entendió.
- ✓ Se busca a un familiar o alguien de la comunidad para que sea intérprete.
- ✓ Repitiendo con gestos y señas.
- ✓ Con apoyo en algunas palabras aprendidas.
- ✓ Se le explica despacio, con detalles y se le da instrucciones.
- ✓ Se trata de explicar minuciosamente con ayuda de alguien más.
- ✓ Se intenta hablar creole con un conocimiento básico.

La dependencia de traductores/as de la propia comunidad y no manejar el idioma de las usuarias determina la calidad de atención que se brinda, según señalan las personas entrevistadas.

*[...] nosotros confiamos en el traductor que este ahí el familiar u otro nacional haitiano que nos traduzca, si la traducción es buena tenemos buenos resultados, si no es difícil.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

Una salida más sostenible y definitiva fue requerida por el personal de salud y se registran dos posibles soluciones que no necesariamente se ven en forma separada: 1. Asistencia de traductores/as contratados/as por el personal de salud y 2. Cursos de creole para todo el personal médico y de enfermería, así como de servicios auxiliares.

### 3.6.3 Alimentación deficiente y complicaciones de salud de las mujeres migrantes

Para el personal de salud, 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 la anemia con la que dicen que las usuarias llegan a los centros de atención médica.

*La anemia suponemos que es por recurso para la ingesta. Ellas no tienen los recursos suficientes para tener una alimentación adecuada, porque comemos por dos personas, tenemos que alimentar a la madre y al producto, no tanto la cantidad, sino la calidad de los alimentos, por la situación económica. Tú sabes que cuando ellos van de un país a otro y en esa condición se las hace difícil porque ellos ahorran para salir de su país y en tema alimentación están limitados, los extranjeros el tema alimentación es limitado por el tema de la pobreza en que viven.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*Las situaciones más graves que hemos tenido acá con pacientes embarazadas han sido con mujeres extranjeras, son los sangrados y la anemia grave es lo más precario, entonces por su situación económica.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*La dificultad que nosotros tenemos para el seguimiento de ellas es, que la medicación ellas no la cumplen, no la toman o no la compran, no tienen los recursos y la alimentación es muy mala porque ellas casi no se alimentan debidamente por su escaso nivel económico.*  
(Personal de salud, Localidad X)

El personal de salud subrayó 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. Cabe reiterar que esta preocupación se observa con más fuerza en la Localidad Y, en la que el personal de salud entrevistado coincide en señalar este factor como grave debido a la situación económica por la que atraviesan las mujeres migrantes.

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

*Sí, mira lo que pasa, algunas, la mayoría de las extranjeras que vienen [...] presentan una complicación, por ejemplo, son falcémicas o tienen un trastorno hipertensivo, una preclamsia, ya son gesta ocho, gesta seis, en su mayoría tienen muchos hijos [...]*  
(Personal de salud, Localidad X)

Veinte personas miembros del personal de salud entrevistado consideran que la complicación más frecuente en mujeres migrantes es la presión arterial elevada, seis (6) la anemia, una (1) las infecciones vaginales y otra no respondió.

Al hablar las complicaciones que puede generar, el personal de salud expresa 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. A esta ancla de significación (“carga”) las personas entrevistadas se refieren en reiteradas ocasiones, confiriéndole un peso significativo.

*[...] son al revés las de aquí (en referencia a las mujeres dominicanas), se te mueren en un abrir y cerrar de ojos y ellas (en referencia a las mujeres migrantes) tú, luchas, luchas, y luchas, y se te salvan, pero duran [...]. Te consumen de todo, medicamento, sangre y se salvan, son al revés.*  
(Personal de salud, Localidad X)

El otro elemento que surge como determinante en la posibilidad u ocurrencia de complicaciones durante la atención del embarazo en ambas poblaciones es la presión arterial elevada, lo que también provoca morbilidades. Como ya se dijo, esta condición es una de las más comunes en embarazos y un factor que puede convertirse en desencadenante de la mortalidad materna. Sin embargo, en la mayoría de los casos es tratable y la muerte materna evitable. Desde la percepción de algunos/as trabajadores/as de la salud, esta condición tiene una raíz genética vinculada a factores de etnicidad, lo que habla de un alto prejuicio que puede estar condicionando la atención.

*Bueno, porque los libros no se equivocan y dicen que hay una incidencia muy alta de los trastornos hipertensivos de las pacientes de raza negra. Genética le puede poner.*  
(Personal de salud, Localidad X)

No obstante, en sentido general, ante la pregunta de por qué cree que se presentan esas complicaciones, surgen también 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.

En cuanto a las complicaciones que médicos/as y enfermeras<sup>28</sup> señalan como más frecuentes durante la atención de los partos, se encuentran la presión arterial elevada en primer lugar

---

<sup>28</sup> Se entrevistó solo a mujeres enfermeras. Durante el levantamiento de información no aparecieron enfermeros hombres entre las opciones a ser entrevistados/as.



(15 menciones) y la anemia en segundo (6). También se mencionan complicaciones como hemorragias (3), eclampsia (1) y parto prematuro (1).

### 3.6.5 Controles prenatales y seguimiento durante el embarazo

El personal de salud manifiesta una percepción diferente respecto a la cantidad de controles prenatales que declaran 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 se tiene dificultad en el seguimiento de los embarazos y que las mujeres se realizan sus chequeos sin muchos inconvenientes<sup>29</sup>. El problema que se observa en las UNAPs es que estos controles se inician más tarde.

*No, fíjese que no. Que ellas si tienen muy buen cumplimiento en sus controles en la mayoría de los casos. Obviamente hay excepciones, pero en la mayoría de los casos, siempre que tú le hablas y las concientizas bien, casi siempre vienen cuando tienen sus citas, realizan sus analíticas, ellas se adhieren bastante respecto a eso. Ellas tienen muy buenos promedios, andan alrededor de los 7 u 8 controles prenatales, habrá sus casos [...]. Lo que ellas no son muy buenos es viniendo temprano, por ejemplo.*

(Personal de salud, Localidad X, UNAP)

*De las que se realizan, bueno, oye lo que te voy a decir, de diez pacientes migrantes que vienen, dos tienen chequeos prenatales, las otras llegan aquí a parir solamente, ellas llegan completas o vienen por emergencia con dolores y ya hay que subirla, porque ya van a parir, o vienen a la consulta, para que le indiquen lo que le hace falta y vienen a parir, pero no todas tienen chequeos prenatales.*

(Personal de salud, Localidad X, centro hospitalario)

El personal de salud se habla de las mujeres migrantes como una entidad que no tiene fisuras. Aparece así un solo tipo de mujer: con 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 su atención. 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:

---

<sup>29</sup> 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.

## **Barrera idiomática**

*Uno les pone la cita y ellas vienen cuando lo entienden, porque hay una dificultad idiomática, cuando ellas crean ellas vuelven, no vienen cuando tienen la cita pautada, sino cuando se les presenta un dolor, o ya tiene el parto o cuando se sienten mal de salud.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

## **Movilidad interna**

*Ellas llegan, se atienden la primera vez, se desaparecen y vienen cuando le toca referimiento para el hospital. Tú le preguntas y te responden: porque me fui de la ciudad [...]. Y como en la ciudad hacen referimientos de nosotros, ellas vienen [...].*  
(Personal de salud, Localidad Y)

## **Educación, residencia permanente**

*Para que ellas cumplan con los 5 chequeos tienen que estar bien educada y tienen que vivir efectivamente en la comunidad y que la hayamos captado en los primeros meses de su embarazo, pero la gran población llega ya en su condición de un embarazo a término, mayor de 34 a 35 semanas y una gran población que llega faltándole días para su desembarazo.*  
(Personal de salud, Localidad X)

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.

En relación con el conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo por parte de las mujeres migrantes, la mayoría del personal de salud opina que sí tienen conocimiento (18 de 28), porque acuden a los centros de atención ante la aparición de alguno de ellos o de alguna dolencia, es decir cuando tienen un problema de gravedad.

*En materia general, no veo diferencia con ninguna otra. Son pacientes que tienen el mismo patrón de venir ya al final del embarazo, de desaparecerse meses si uno le diagnostica un embarazo temprano.*  
*¡Pero cuando sienten algo vienen! Si ellas se sienten mal o sienten algo diferente a lo normal, ellas vienen a buscar el servicio.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

### 3.6.6 Requisitos para la atención

Casi todo el personal de salud subraya que no hay requisitos para la atención y que es universal (21 de un total de 28). Las otras 7 personas dicen que 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 si no lo tienen no es un impedimento para la atención. Las diferentes participaciones de 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:

*Son los mismos requisitos que tenemos para toda la población. Buscar el servicio y en el centro se identifica su estatus, donde vive y a través de los promotores se le hace una visita domiciliaria para garantizar la veracidad de que esa usuaria pertenece a la comunidad. Es importante su cédula; como son extranjeras, hacemos énfasis en lo que es su pasaporte, porque la gran mayoría no son documentadas (en referencia a su estatus de regulación migratoria). Pueden tener documentos de su país, pero lo niegan porque entienden que se les puede hacer daño o que no se les va a dar el servicio. Para organizar el servicio y lo que es una ficha de familia, sí necesitamos los datos de documentos (acta de nacimiento, vacunas de los menores, etc.), pero a todos los usuarios se les da el servicio sin ningún limitante.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*No hay requisitos, porque imagínate muchas de ellas vienen hasta con documentos de otras personas y uno lo que se avala de lo que nos dicen.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*En realidad, no usamos documentos, con el nombre como ellos lo digan, con eso es suficiente.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*[...]se le presente una situación al momento de su egreso, sobre todo a las parturientas por el tema de documentación, regularmente esa es la mayor queja.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*(...) nosotros tan pronto llegan, pueden llegar aquí, de hecho, unos de los principales problemas que a veces hemos tenido es que se cambian los nombres, vienen sin identidad, y luego no sé cómo adquieren una identidad, y a veces tú estás siguiendo un paciente que tú lo tienes con un nombre y con un récord y de repente viene y te traen otro "no, porque mi nombre verdadero es este, ya yo no uso más aquel" a veces uno no tiene ni como corroborar eso, pero no es que se da frecuente, sí hay casos de esos. Porque la mayoría están indocumentados y se dan casos de esos, de para entonces tu tener un récord es realmente... Y mucha gente que por tabúes y creencias pues ocultan algunos antecedentes, pero tan pronto nosotros captamos un paciente, el paciente se trata igual como cualquier otro usuario y se hace el expediente igual que cualquier otro usuario.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*Bueno, deberían de tener una documentación, pero imagínese... la mayoría llegan sin documentación y uno no puede negarle el servicio.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*Por lo general cuando vienen a consulta se le pide en registro una identificación, cuando es una emergencia no se le pide identificación porque hay que atenderla como quiera. Por consulta como es más organizado se le pide pasaporte o cédula dominicana, se le pide la identificación.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*No, para la atención no. Le damos la misma atención a todos, tengan o no tengan documentos.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

La articulación de los elementos que hacen a la situación migratoria particular de las mujeres migrantes haitianas se identifica en las anteriores expresiones y el desafío que implica esta realidad para el sistema de salud. Cabe resaltar que, para el personal médico, la importancia radica en la necesidad de identificar a las personas para construir su historia médica y no en el estado de regularización de residencia.

Se observan buenas prácticas en centros hospitalarios donde reemplazan el número de documento de la persona por el número de su historia clínica, a través de la cual pueden hacer seguimiento. Por lo mismo, tal como lo afirma 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.

### **3.6.7 Instrucciones para la atención a personas migrantes en el área de salud materna y planificación familiar**

Las personas entrevistadas indican que no recibieron ningún tipo de instructivo específico en referencia a alguna política focalizada en las necesidades de la población migrante. En todos los casos, se explica que se aplican los protocolos generales de atención.

Un entrevistado del personal de salud señala que, debido a la gran incidencia de pacientes diagnosticados con tuberculosis en la población migrante, se adoptaron medidas especiales y se realizaron capacitaciones para trabajar. Otros dos dicen que sí recibieron algún tipo de recomendación especial por parte de las autoridades sanitarias como:

- ✓ Hay que hablar más despacio para facilitar la comunicación ante la barrera idiomática.
- ✓ No se debe discriminar y prestar la atención requerida.

### 3.6.8 Prácticas culturales y creencias

El personal de salud, en general, no tiene la percepción de que las creencias religiosas de las mujeres migrantes afectan la atención. Sin embargo, sí 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. Especialmente sostienen que determinadas actitudes y comportamientos de las usuarias migrantes están configurados por patrones culturales y los vinculan incluso a factores étnicos y nacionales.

*El comportamiento, ellos tienen una cultura diferente en el sentido de que no se quieren planificar y nosotros sí, porque llevamos un control de natalidad. Quiere decir, cuando una mujer dominicana tiene dos o tres embarazos se prepara o se planifica para tener otro hijo, pero ellos no se planifican, ellos tienen hijos sin planificarse. Quiere decir, sin un control, sin saber la educación que le van a dar, sin saber el seguimiento, si ese niño se enferma o no se enferman, aunque sea de escasos recursos económicos como quiera no tienen un control.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*Sí, porque principalmente cuando están aquí en sala que se van a planificar se niegan a planificarse. Parece que tienen algunas creencias, porque creen que no van a quedar más embarazadas y entonces ahí ellas se libran, son muy pocas que después de explicarles se dejan inyectar o darles pastillas.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*[...] cada día vienen más y ellos no tienen cuidado con su salud sexual, porque sus costumbres son así [...]. Ellos son así.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*No utilizan sus medicamentos cuando tienen que utilizarlos, ellos usan su brebaje, la misma situación económica le limitan a adquirir algunos medicamentos, la misma raza predispone a trastornos hipertensivos, por la cultura no se planifican, no tienen ningún control a nivel del acto sexual, son muy promiscuas y eso hace que se infecten unos con otros.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*En las nacionales haitianas están los mitos de creencias de la hechicería, porque ellas vienen con una creencia de que le van a hacer brujería, amarrar su embarazo, que le van a hacer daño.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*[...] de con quién uno está trabajando, pues uno sabe con qué se maneja y ella es testigo que se lo puede decir, a veces te ocultan la edad gestacional porque temen que otra persona lo sepa y entonces le haga una brujería que le amarre su barriga y que no pueda parir a tiempo y que pasen con eso, entonces, prefieren esperar, tener más meses que esté más grandecita la barriga que no le pueda pasar nada malo, pero una vez que ellas inician [...]. Yo estoy en el campo de la especulación, porque ellas me dicen es "bueno, porque yo estaba muy cansada, yo estaba muy ocupada, los malestares no me dejaban venir" o sea, no hay razones de peso para eso. Ninguna razón de peso para eso.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*Porque todavía hay usuarias que llevan ciertos digamos [...] tabús o creencias y le dan seguimiento a esto, aunque ya están discontinuado, aunque se demuestra que no afecta en nada como por ejemplo la comida, hay ciertos alimentos que ellas no comen después de parida como el huevo y el guineo.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*[...] otras dicen que no, que quieren parir a la mala, o sea, su cultura.*  
(Personal de salud, Localidad X)

El personal de salud apunta 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 las mujeres migrantes. En esta operación discursiva se carga de responsabilidad a las mismas mujeres demandantes y receptoras de servicios de salud. Durante el estudio no se identifica ninguna acción de política pública orientada a desmontar prejuicios y tabúes respecto a la atención médica y planificación familiar que podrían 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 salud 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, con los métodos de planificación familiar.
- ✓ Realizan prácticas culturales sobre las que el personal no tiene conocimiento específico como: amarrar el embarazo, 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. Las culturas se rigen por normas sociales, en algunos casos muy rígidos, que no tienen flexibilidad para facilitar transformaciones. El personal de salud identifica esto como barrera 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 la manifestación de autonomía

durante este proceso fueron consideradas como un desapego a los protocolos y, por tanto, actitudes que debían ser corregidas.

*Desgarros (en referencia a las complicaciones que se presentan durante los partos), ellas son, como le digo, un poquito expresivas, se apean de la camilla, se tiran al piso, incluso se paran de la camilla van al baño y ahí es que expulsan, se han dado muchos casos.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

Durante el estudio se evidencia 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 estas es cotidiano y de larga data.

### 3.6.9 Planificación familiar

Otra de las barreras de importancia para la atención de la salud reproductiva de las mujeres migrantes, señalada por el personal de salud, es la poca adherencia al uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, cuando se les pregunta si las usuarias migrantes los utilizan, la respuesta varía. Catorce (14) miembros del personal de salud dicen que “algunas” los usan; nueve (9) consideran que no los utilizan y cinco (5) manifiestan que sí lo hacen.

Muchas de las resistencias señaladas por médicos, médicas y enfermeras se relacionan con las prácticas y creencias de orden cultural, que fueron analizadas en párrafos anteriores. En estos casos, también la responsabilidad sobre el éxito o no de la planificación familiar se deposita en las mujeres, en sus deseos y en la forma que ellas tienen de vivir su sexualidad y su vida reproductiva.

*Ellas dicen que ellas no se planifican, ellas no utilizan ningún método anticonceptivo que ellas mejor prefieren seguir así, salir embarazada en cualquier momento y que no, que no les gusta usar métodos anticonceptivos.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

*Se planifican, pero pon, por ejemplo, que están aquí, que uno las concientiza, que uno les da la charla, pero por general la mujer haitiana le gusta parir, le gusta tener hijos. No es como la dominicana, la dominicana por lo menos tenemos la percepción de que uno, que dos, que la educación, que la economía [...]. Pero después que ya están aquí (en referencia al territorio nacional), se pulen, se concientizan y eso, y ellas se controlan un poco.*  
(Personal de salud, Localidad X)

Algunos miembros del personal de salud visibilizan que varias de las problemáticas que enfrentan las mujeres migrantes son las mismas que tienen la población dominicana, y que las resistencias no se refieren necesariamente a su condición migratoria o a patrones culturales u origen, como se muestra en el siguiente testimonio:

*Poco apego al método, porque es muy cambiante. Eligen un método hoy y luego se cambian a otro, empiezan a mostrar evidencias de sangrado que es normal durante los procesos o si ganan peso,*

*ellas deciden cambiarlo. Uno la educa y le dice que son hormonas y que producen cambios en su cuerpo y que no es adecuado hacer cambios. Si no le doy el servicio, a veces se van a otro centro y cuando vienen donde mí vienen con el método cambiado. Esto sucede con todas las mujeres tanto las dominicanas como las haitianas.*  
(Personal de salud, Localidad X)

En el estudio se observa cómo la falta de conocimiento ocasiona prejuicios en las dos partes que forman la interacción médico-paciente, produciendo resultados desfavorables tanto para el trabajo que desarrolla el personal de salud como para el bienestar y los derechos de las usuarias. La persona entrevistada lo dice de esta manera:

*Las pastillas, el implante debajo del brazo y las inyecciones, el DIU no les gusta mucho porque existe el tabú entre ellas de que el médico las prepara sin consentimiento de ellas. Creen que cuando usted las está poniendo en la camilla les está haciendo una ligadura.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

Por otra parte, según considera el personal de salud, la pareja participa más que para ser protagonista y responsable de la planificación familiar y el cuidado de sus familias, para poner trabas a las mismas, limitar y hasta coaccionarlas para que no utilicen métodos de anticoncepción.

*Muchas veces dicen que tienen que planificar primero con el esposo y otras veces dicen que el esposo quiere seguir teniendo más hijos sin tener que estar evitándolo.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*Uno les explica que mientras más hijos tienen más dificultad económica van a tener, que los hijos tienen que prolongarse para darles más educación a sus hijos, que ella misma no tenga más dificultad para que pueda trabajar, pero ellas dicen que la decisión la toma su marido.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*Por ejemplo, porque el marido quiere y ella no [...] (en referencia al deseo de tener hijos o hijas).*  
(Personal de salud, Localidad Y)

Los métodos que, según el personal de salud, tienen más demanda en la comunidad migrante son (por orden de mención en las entrevistas):

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

Esta información fue diferente a la proporcionada por las mujeres migrantes, quienes señalan como primera opción el uso de las inyecciones. Asimismo, se preguntó al personal de salud sobre cuáles creen son las resistencias o limitantes para el uso. A continuación, se listan las respuestas más mencionadas:



- 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.

Lo expuesto anteriormente se relaciona con la percepción del personal de salud respecto al grado de adherencia que tienen las mujeres a la anticoncepción, que consideran como regular y malo.

### 3.6.10 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 deben hacer frente. Desde el sector salud, la migración es entendida como un factor que “saca” recursos al Estado, un tema político al que debe dar respuesta, pero ante el cual también se sienten desprovistos/as de herramientas o protocolos de acción.

Las personas migrantes no son vistas como personas productivas o que contribuyen con el 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. La ausencia de esta mirada agudiza la situación que estas atraviesan, como se evidencia en los capítulos anteriores.

*Es un tema que yo entiendo un poco complejo por la razón de que el aspecto migratorio trae enfermedades de un lado a otro y las complicaciones que tienen este tipo de pacientes causan como dificultad, que no podemos tener un presupuesto real ocasionando un problema nacional de salud.*

*No tenemos el control sobre la cantidad de pacientes que se atienden porque hay pacientes que llegan directamente desde Haití a la atención de su parto muchas veces son los que vienen con anemia, con sangrado, no tenemos ningún tipo de control porque no tenemos ninguna historia ni intérprete. Sin embargo, los que están con sus chequeos generalmente no se complican, otras llegan hoy, mañana y así [...].*

(Personal de salud, Localidad Y)

Bueno, que deberían exigirle al gobierno de ellos que nos den una parte de los insumos que nosotros gastamos en ellos, ya que tenemos que buscarles los medicamentos, la sangre, los antibióticos para que no se compliquen.  
(Personal de salud, Localidad X)

Para nosotros es un factor sumamente delicado. Porque cuando los inmigrantes llegan a nuestro país, no tenemos un control de salud apropiado, porque llegan sin nada, llegan vacíos, sin documentos no sabemos si hay un sistema de inmunización en su condición de salud. Una alta población llega ya con una enfermedad de base, ya sea ETS, VIH SIDA y algunas enfermedades de vías respiratorias. De mayor prevalencia. [...] aumenta los perfiles epidemiológicos de nuestro país en cuanto a población. Disminuye la calidad de vida de ellos, porque se evidencia en su interrogatorio que son mujeres múltiparas, que han tenido más de 2 o 3 embarazos o partos. Y la poca cultura que ellas tienen de esterilizarse.  
(Personal de salud, Localidad X)

Yo no soy racista, pero soy de los que piensa que debería de haber un control. Por ejemplo, si fuera por muchos dominicanos todos quisieran ir a EE. UU., el sueño, pero no todo el que quiera puede ir, tiene que tener visa. Yo pienso que aquí deberíamos recibir a todo migrante que tenga las condiciones para estar, que tenga su permiso por migración, cosa que aquí con nuestro vecino Haití no tenemos y también ahora con venezolanos que vienen y se les pasa su tiempo y se quedan ilegales. Uno no puede culpar a la persona porque lo hacen por una necesidad, nadie se va a un país desconocido si no es por una necesidad, pero debería haber un control de las autoridades. Yo no puedo ir a EE. UU. Si no tengo un permiso hasta en el mismo Haití. Porque esa migración de las haitianas ha influido mucho en el aumento de la morbilidad materno fetal, porque son culturas diferentes y sociedades socioeconómicas diferentes.  
(Personal de salud, Localidad Y)

[...] es un tema un tanto delicado, y escabroso, porque yo lo veo desde dos vertientes. Desde el punto de vista de ellas como salida a buscar una mejor vida para mí bebé, porque donde yo estoy no es lo que yo quisiera que él tuviera. Y eso es natural y eso es inherente a todo ser humano, tu querer salir a buscar nuevos horizontes y mejor vida. Yo pienso que ellas lo miran en función de eso, no es que nosotros estemos bien, pero si lo comparas de dónde vienen, dicen "mejor voy a estar" pero no tengo otra opción, para donde irme y para dónde coger, yo pienso que, si hubiese un acceso igual de fácil para migrar a otro lugar, como, por ejemplo, el norte, aquí no hubiera uno de ellos. Por eso le digo [...]. Entonces, yo pienso que ese tema está basado, ese asunto de migrar, la migración en vientre incluso es buscando nuevos horizontes. Quizá esperanzado por alguna historia bonita de alguien que le fue bien y yo pienso que también me va a ir igual de bien y después no sale así, y vemos luego la realidad que no era así, que a lo mejor era mejor lo que yo tenía, porque por lo menos quizás allí se me entendía desde mi propia idiosincrasia y se me brindaba algo desde mi propia idiosincrasia. Pero, no lo puedo decir que lo condeno ni que lo aplaudo, ni mucho menos, es una cuestión [...] social, es una cuestión político social el problema migratorio y no podemos decir que nadie sea culpable de querer buscar nuevos horizontes.  
(Personal de salud, Localidad X)

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

<p><b>Población que presenta muchas complicaciones médicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Muchas mujeres extranjeras pariendo con complicaciones.</li> <li>- Pacientes que se encuentran en riesgo.</li> <li>- Pacientes que llegan con precondiciones como anemia, ITS y VIH.</li> </ul>
<p><b>Población que contribuye a aumento de indicadores de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta la tasa de natalidad.</li> <li>- Falta un control o limitante sobre el número de hijos según período intergenésico.</li> <li>- Disparan los índices de mortalidad materna.</li> <li>- Aumento de la población que demanda atención.</li> <li>- No se planifican y se reproducen sin control.</li> </ul>
<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>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" fue repetida 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 conviven a diario, el personal de salud también demanda 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 ya 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.

*Yo pienso que se nos ha salido de las manos esa situación, o sea, aquí tú puedes sondear, hay seis salas aquí dentro de parto, cogen 38 pacientes, creo que son, de esas 38 pacientes, 20, qué se yo, más de 20 son extranjeras, y todas tienen una complicación, ninguna trae documentos. O sea, se*

*nos ha salido de las manos totalmente, y se le da su atención, sí se sacan del problema que vienen en el momento. Pero yo pienso que se podría hacer algo más porque ya las tenemos aquí, por lo menos orientarlas, no sé de qué forma, por lo menos regularizarlas, porque ya están aquí. Hay que brindarles la atención, pero yo pienso que, si la paciente se orienta, todas esas complicaciones se pueden evitar, porque la mayoría de los pacientes aquí son extranjeros.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*Bueno, yo siempre he dicho que ya ellas son parte de nuestros indicadores de salud. Nosotros le brindamos un servicio como si fueran nacionales dominicanas, pero como que hay concientizarlas, nosotros necesitamos más apoyo porque si ya ellas son parte de nuestros indicadores deben estar más acorde con todo lo que nosotros tenemos establecido en cuanto a salud, por ejemplo, los protocolos, venir a sus chequeos [...].*  
(Personal de salud, Localidad X)

*Yo pienso que deberíamos concientizar primero al personal de como poder comunicarnos efectivamente 100% con ellas, las migrantes para así poder llevar a cabo una buena salud reproductiva sobre el manejo de los anticonceptivos, poder magnificar cuando decidan y cuando no.*  
(Personal de salud, Localidad X)

*Los principales retos son la falta de educación, si no están educados siempre lo veremos como una barrera y nunca podremos rebasar esa situación sino se educa el haitiano. Usted sabe que la gran mayoría de haitiano que vienen aquí es iletrado, muy pocas persona van a la escuela, el haitiano que va a la universidad ya sale bien preparado pero aquí no vienen preparados la gran mayoría.*  
(Personal de salud, Localidad Y)

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.

### 3.6.11 Evaluación de su trabajo

El personal de salud entrevistado demuestra 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. En este sentido, de las 28 personas entrevistadas, 13 ofrecen la valoración de "Muy bueno", 10 responden que es "Bueno", cuatro "Regular" y 1 no respondió.

Otros/as tienen una posición más crítica al indicar que se pudiera 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.

## 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

El Estado dominicano aporta medidas para la concreción de los derechos de salud reproductiva de las mujeres migrantes dentro de su territorio, en coherencia con garantizar la universalidad del acceso a la atención de salud. Como se puede apreciar a lo largo de este informe, una medida 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.

El estudio otorga 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 están embarazadas, seis por primera vez y dos esperan la confirmación de embarazo. De las 70 migrantes entrevistadas, cuatro tienen 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 oscilan desde 2 y 3 años hasta 20 y 30 años, lo que muestra la variabilidad de los tipos migratorios que se encuentran en 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 están embarazadas). Igualmente, dentro de este grupo de mujeres dominicanas, para dos (2) de ellas ese es su primer embarazo. En cuanto a controles prenatales, 16 de 20 embarazadas afirman realizarlos mensualmente, una (1) cada tres meses, dos (2) se han realizado solo un chequeo al momento del estudio y otra (1) no se ha efectuado ningún control. Respecto a la cantidad de hijos o hijas, en general, la mayoría de las mujeres de todos los grupos que fueron parte del estudio tienen hasta 3 (tres), 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 aprecia que los años de residencia incidan 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) está 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 expresan ellas mismas.

La investigación evidencia la manera en que las barreras se articulan unas a 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, es 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 aprecian iniciativas específicas de trabajo focalizado con población migrante en el marco de acciones de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y de tuberculosis y cólera, lo que muestra la viabilidad de aplicación de medidas administrativas y de políticas públicas dirigida 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, viviendo en condiciones de pobreza, negras, haitianas, en situación migratoria irregular y en situaciones económicas y sociales de alta fragilidad, deben ser tomadas en cuenta para no correr el riesgo de aumentar la desigualdad y ampliar la discriminación.

Tal como lo expresan Wooding y Ramírez (s/f), “una norma igual aplicada a personas con realidades distintas suele derivar en la práctica en desigualdades en lugar de la pretendida igualdad”. Se ha perdido de vista la necesidad de políticas sociales enfocadas en la población migrante que se encuentra en el país, así como las características y la tipología migratoria de las mujeres migrantes haitianas. Hay que considerar, bajo el sustrato de la universalidad, que los servicios que se brindan pueden verse debilitados. El reconocimiento de derechos requiere, en determinadas situaciones, estrategias de políticas concretas.

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 estén impidiendo una integración que favorezca el 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 salud, es una de las barreras 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, en el marco del estudio se observa 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. Existen diversas posiciones de sujeto –y por lo tanto diferentes construcciones de identidad–, que determinan también 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.

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), y se ven obligadas a asumir una nueva responsabilidad que la institucionalidad del servicio público les entrega.

El personal de salud comparte una noción general sobre el tema migratorio, respecto al cual no tiene un conocimiento más 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, se visualizaron 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 de las vivencias personales, la cultura, las condiciones sociales y económicas, las determinantes sociales y de género.

Asimismo, se observa la necesidad de articular respuestas desde el sistema de salud 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, las mujeres migrantes 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 por fuera del sistema de salud.

Lo encontrado en el curso de esta investigación es consistente con las problemáticas detectadas en otros países que acogen a población migrante (Cabieses, Oyarte, Chepo, Bustos y Chadwick en Cabieses, Bernal 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 discriminaciones. 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 pensando 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 Bernal en Cabieses, Bernal 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 observa 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 identifica 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.

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.** Este es el primer punto de contacto con las mujeres gestantes migrantes, pero también de cercanía con las comunidades de seguimiento. En ese sentido, se recomienda 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 promotores/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>30</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.

---

<sup>30</sup> Ver <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.

## BIBLIOGRAFÍA

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>

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>

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)

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.

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.

Bosch Carcuro, M. (2018). *El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social en la República Dominicana. Estudio complementario ENI-2017*. Santo Domingo: UNFPA.

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>

Cabieses, B., Bernales, 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)

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). (2014). *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2013)*. Santo Domingo: CESDEM.

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>.

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>

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).

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.

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>

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.

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).

Hasbun, J. (2014). *Seguridad humana en los bateyes de la República Dominicana*. Proyecto Inter agencial. Reporte de Línea de Base. Santo Domingo.

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>

Maguid, A. (2013). *Familia, género y migración. Estudios complementarios ENI 2012*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).

Magliano, M.J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *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)

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.

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)

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>

Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2018). *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2017)*. Santo Domingo: ONE.

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).

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>

Ortega, G. (2017). *Planificación familiar vs. atención del embarazo. Análisis costo beneficio en población afiliada al SENASA*. Santo Domingo: SENASA.

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>

Pérez Then, E., Miric, M. y Vargas T. (2011). *El embarazo en adolescentes en la República Dominicana* Santo Domingo: PROFAMILIA.

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).

Petrozziello, A. (2014). *Género y el riesgo de apatridia para la población de ascendencia haitiana en los bateyes de República Dominicana*. Santo Domingo: OMBICA.

Pimentel, R. (2013). *Perfil de la Salud Materna. ODM5*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.

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)

Rubio M.J. y Varas J. (1997). *El análisis de la realidad en la intervención social, métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Editorial CCS.

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>

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>

Verrijp (1997). *Respiramos el mismo aire. Salud, nacionalidad y descendencia de la mujer en siete bateyes dominicanos*. Santo Domingo: MUDHA.

## ANEXOS

### Anexo 1: RESUMEN NUMÉRICO DE TRABAJO DE CAMPO

**Cuadro A.1**  
Resumen numérico de trabajo de campo

Lugares tomados para el levantamiento de información			
2 localidades provinciales 2 centros hospitalarios centrales 2 centros hospitalarios municipales 3 unidades de atención primaria 14 comunidades 28 entrevistas a personal de salud 12 entrevistas a actores claves 3 entrevistas a actores complementarios			
País de nacimiento	Cuestionarios aplicados con respuestas cerradas	Grupos focales	Observación en centros hospitalarios y en comunidades
Mujeres nacidas en Haití	70	4 con una participación promedio de 6 a 10 personas cada uno	Notas de cuaderno de campo
Mujeres nacidas en República Dominicana de padres o madres haitianas	12		
Mujeres nacidas en República Dominicana	54	2 con una participación promedio de 6 a 10 personas cada uno	
<b>Total general</b>	<b>136</b>	<b>6 grupos focales</b>	

**Cuadro A.2**  
Distribución según localidad

País de nacimiento	Localidad X	Localidad Y	Total general
Mujeres nacidas en Haití	34	36	70
Mujeres nacidas en República Dominicana de padres o madres haitianas	3	9	12
Mujeres nacidas en República Dominicana	27	27	54
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>72</b>	<b>136</b>



**Cuadro A.3**  
Distribución de cuestionarios según lugar de aplicación

Distribución de cuestionarios según lugar de aplicación	
En hospitales y centros de unidades de atención primaria	54
En comunidades y hogares	82

**Cuadro A.3**  
Personal de salud entrevistado según localidad

Personal de salud entrevistado			
	Mujeres	Hombres	Total
Localidad Y	6	5	11
Localidad X	12	5	17
<b>Total</b>	18	10	28

**Cuadro A.3**  
Especialidad médica del personal de salud entrevistado

Especialidad médica del personal de salud entrevistado								
	Gineco bstetricia	Medicina general	Pasante medicina general	Enfermería	Nutriología médica	Medicina familiar y comunitaria	Medicina familiar	Total
Localidad Y	4	3	1	1	1	1	0	11
Localidad X	8	2		4		1	2	17

## Anexo 2: CUESTIONARIO PARA MUJERES

### CUESTIONARIO PARA MUJERES ESTUDIO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Entrevistador-a:	
Fecha:	
Lugar de la entrevista:	
Hora de inicio:	
Hora de finalización:	
Código de la persona entrevistada:	
Firma de la persona autorizando la entrevista:	

#### 1. DATOS PERSONALES Y MIGRATORIOS

**1. ¿Habla español?**

- Sí
- No
- Un poco

**2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?**

Edad en años \_\_\_\_\_

**3. ¿Dónde vive actualmente? ¿Cómo se llama su barrio o sector?**

Provincia \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

Barrio/paraje \_\_\_\_\_

**4. ¿En qué país nació? (Si es República Dominicana pasar a la pregunta 6)**

- República Dominicana
- Haití
- Venezuela
- Otro \_\_\_\_\_

**5. ¿Qué tiempo tiene viviendo en República Dominicana?**

Tiempo en años \_\_\_\_\_

**6. ¿Cuál es su estado civil? Ud. está:**

- En una relación, pero no vive con la pareja
- Casada
- Unión libre
- Separada

- Divorciada
- Viuda
- Soltera, no sale con nadie al momento
- Otro \_\_\_\_\_

7. ¿Actualmente vive Ud. en su vivienda con su pareja?

- Sí
- No

8. ¿Dónde vive su pareja?

- Haití
- República Dominicana
- Otro. Especifique \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene hijos (as)? (si es no saltar a la siguiente sección)

- Sí                      Cuantos \_\_\_\_\_
- No

10. ¿Cuántos hijos-as vivos-as tiene Ud.?

Cuántos \_\_\_\_\_

11. ¿Cuántos hijos-as viven con Ud.?

Cuántos \_\_\_\_\_

12. ¿Cuántos años tienen sus hijos-as?

Hijo-a	Edad	Sexo

## 2. EDUCACIÓN

13. ¿Sabe leer y escribir? ¿En cuáles idiomas?

Idioma	Lee	Escribe	Habla
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Creole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Asistió o asiste a la escuela? (si es Nunca ha asistido pase a la siguiente sección)

- Sí, asiste
- No asiste, pero asistió
- Nunca ha asistido

15. ¿Cuál fue su último curso aprobado?

PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSITARIA	
Completa		Completa		Completa	
No completa		No completa		No completa	

**3. DATOS ECONÓMICOS Y LABORALES**

16. ¿Actualmente tiene trabajo? (si es no pase a la pregunta 19)

- Sí
- No

17. ¿En qué trabaja?

- Cultiva, cosecha
- Cuida ganado
- Elabora algún producto para la venta
- Negocio propio (colmado, tienda, otros)
- Construcción
- Atención al público (banca, comercio, bares y restaurantes)
- Venta en la vía pública (ropa, alimentos, otros artículos)
- Transporte (conducción de carros o motos públicos)
- Trabajo en casa de familia (trabajo doméstico)
- Otros oficios (limpieza de casas, patios, fincas, ropas, etc.)
- Belleza y peluquería
- Trabajo doméstico no remunerado (en su vivienda)
- Otro \_\_\_\_\_

18. ¿Recibe Ud. un salario o pago por su trabajo?

- Sí
- No

19. ¿Cuántas personas del hogar tienen trabajo pago o realizan alguna actividad que les genere ingresos?

19.1 Cuántos \_\_\_\_\_

20. ¿Todas esas personas aportan a la mantención de la familia?

- Aportan todos
- Solo aportan algunos, quiénes \_\_\_\_\_
- No aporta nadie

21. ¿En total, cuánto es el ingreso mensual del hogar para la mantención de la familia? (si dice por semana o quincena, poner el cálculo mensual)

21.1 RD\$ \_\_\_\_\_

**4. ATENCIÓN Y CONSULTA MÉDICA EN EL HOSPITAL O UNAP**

22. ¿Va al doctor-a cuando se siente enferma?

- Sí
- No

22.1. Si es No, ¿Por qué?

- No tengo para pagar el transporte

- No tengo para la consulta
- No quiero ir sola
  - Su pareja no la deja
  - No tiene con quien dejar a los hijos-as
  - No le da permiso en su trabajo
  - No la han tratado bien la última vez que fue a consulta
  - Otros \_\_\_\_\_

23. **¿Visita algún hospital o centro de salud?** (si es Sí que nombre el de mayor frecuencia)

- Sí                      Cuál \_\_\_\_\_
- No

24. **¿Cuánto tiempo le toma llegar de su casa al hospital o UNAP?**

Tiempo de desplazamiento (en hora y minutos) \_\_

25. **¿Cuánto gastó en transporte (ida y vuelta)?**

RD\$ \_\_\_\_\_

26. **¿Alguna vez le negaron la atención?**

- Sí
- No

Si es No, por qué \_\_\_\_\_

27. **¿Le han pedido documentos para atenderle?**

- Sí
- No

28. **¿Si no trae documentos, le atienden?**

- Sí
- No

28.1. **Si la atienden sin documentos, ¿cómo es la atención?**

- Le atienden igual sin ningún inconveniente
- Le atienden, pero de mala manera
- Le atienden, pero la maltratan verbalmente
- Otro \_\_\_\_\_

28.2. **Si no la atienden, ¿Qué le dicen o hacen?**

- No le dicen nada
- Le piden que vuelva con sus documentos
- Avisan a alguna autoridad que Ud. no tiene documentos
- Otro \_\_\_\_\_

28.3. **Si no la atienden, ¿Ud. qué hace?**

- Pide un documento prestado a otra persona
- Vuelve a su casa a buscar un documento
- Ya no vuelve
- Otro \_\_\_\_\_

29. **¿Alguna vez ha tenido dificultades para entender lo que le dicen o para que los doctores o las enfermeras le entiendan a usted?**

- No, nunca
- Sí, pero muy rara vez

- Sí, con mucha frecuencia
- Sí, siempre

29.1. **Si es Sí, ¿Cómo se resuelve?** (pregunte si intervienen otras personas para resolver la dificultad de la comunicación o que dé detalles sobre cómo se resuelve)

	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca	Comentarios
el personal médico hace lo posible para lograr la comunicación, involucrando a otros pacientes y o personal médico, hablando despacio, haciendo señas, etc.					

30. **¿Alguna vez ha tenido algún otro tipo de inconveniente para atenderse?** (diferente al tema de documentos o comunicación)

- Sí
- No

**Si es Sí, ¿Qué pasó?** (Se recomienda recoger varias experiencias, si las hay, preguntar quiénes estuvieron involucrados y si se resolvió o no).

31. **¿Para qué fue al hospital (motivo de consulta) o centro de salud?** (si la entrevista es el hogar preguntar por la última vez que fue al hospital)

- Consulta ginecológica de rutina
- Exámenes de rutina del embarazo
- Control puerperio
- Vine a consulta porque me siento enferma
- Consulta de seguimiento o control por enfermedad
- Entrega de resultados por enfermedad o malestar previo
- Otro \_\_\_\_\_

32. **¿Cuándo viene a la consulta cuánto tiempo ha esperado para que le atendieran** (si está en el hogar, preguntar cuánto tiempo esperó la última vez)? \_\_\_\_\_

33. **¿Cuánto tiempo estuvo en la consulta con el doctor-a** (si está en el hogar preguntar por la última vez que hizo consulta)? \_\_\_\_\_

34. **A las consultas, ¿fue o va sola o acompañada?**

- a. Sola
- b. Acompañada

34.1. **Si es acompañada (b), ¿quiénes la acompañan?**

- Familiares

- Amigos-as
- Pareja
- Hijos-as
- Otros

**35. ¿Le ha atendido un médico hombre o mujer?**

- Hombre
- Mujer

**36. ¿Se siente más cómoda cuando la atiende un médico hombre o una mujer?**

- Hombre
- Mujer

**37. En la atención, ¿cómo evalúa la atención brindada por el siguiente personal de salud o servicios que le atendió?**

Personal de salud	Buen a	Regul ar	Mal a	NA	¿Por qué? / comentarios
Ginecobstetra					
Bionalista					
Psicólogo-a					
Enfermería					
Médicos-as residentes					
Otros					
<b>Personal de servicios</b>					
Personal de atención al usuario-a					
Portería					
Seguridad					
Limpiadores-as/Camilleros-as					
Otros					

## 5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

**38. ¿Ha estado embarazada?**

- Sí
- No (Si es No pase a la pregunta 46)

**39. ¿Cuántos embarazos ha tenido?**

Número de embarazos \_\_\_\_\_

40. ¿Cuántos partos ha tenido?

Número de partos \_\_\_\_\_

41. ¿Ha tenido algún aborto (perdida)?

Número de abortos \_\_\_\_\_

42. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer embarazo?

Edad en años: \_\_\_\_\_

43. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer hijo?

Edad en años: \_\_\_\_\_

44. ¿Tiene hijos fallecidos-as?

No

Sí

44.1. Si es Sí, ¿cuál fue la causa?

Edad	Causa	Comentario

45. ¿Actualmente utiliza algún método de anticoncepción? (Si la respuesta es NO pase a la 52)

Sí

No

46. ¿Cuál es el método que utiliza?

Píldora

DIU

Inyecciones

Implantes

Condón masculino

Esterilización femenina

Otro. Especifique \_\_\_\_\_

47. ¿Quién eligió el método que usa?

Yo

Mi pareja

Ambos

En el centro de salud/ el o la médico

Otro. Especificar \_\_\_\_\_

48. ¿Dónde compra o consigue los anticonceptivos?

Farmacia

Farmacia del pueblo (PROMESE)

Hospital o UNAP

Otra institución. Cuál \_\_\_\_\_

49. ¿Paga por los métodos anticonceptivos?

Sí                      Cuánto \_\_\_\_\_

No



**50. ¿Está satisfecha con el método que usa?**

Satisfecha 3	Más o menos satisfecha 2	No satisfecha 1	NA	¿Por qué? / comentarios

50.1. Si no está satisfecha, ¿qué método le gustaría usar?

**51. Si no se cuida con ningún método, ¿por qué no lo hace?**

- Quiero quedar embarazada
- Mi religión lo prohíbe
- Mi pareja no quiere
- No tengo pareja
- No tengo relaciones sexuales
- Creo que se tienen que tener todos los hijos-as que vengan
- No sé cómo cuidarme
- No tengo dinero para comprar las medicinas
- No tengo dinero para venir a consulta a pedir las medicinas
- Se me hace difícil venir a consulta por medicinas (tiempo, hijos-as, etc.)
- Otro \_\_\_\_\_

–

**6. ATENCIÓN SALUD MATERNA**

**52. Si está o ha estado embarazada:**

**52.1. ¿Se ha hecho chequeos?**

- Sí
- No (Si es No pase a la pregunta 55)

**52.2. ¿Dónde se ha hecho los controles?**

Nombre del centro de salud u hospital

\_\_\_\_\_

**52.3. ¿Cuántos chequeos se ha hecho?** (si ha estado embarazada, preguntar por el último embarazo)

- Mensual
- Cada 2 meses
- Cada 3 meses
- 1 solo

**52.4. ¿Qué le revisaron durante la consulta?** (si ha estado embarazada, preguntar por el último embarazo)

- Presión arterial
- Vacunas
- Peso
- Alimentación
- Análisis de sangre y otros
- Le escucharon los latidos
- Otros \_\_\_\_\_

**52.5. Si no tuvo controles (chequeos) o no ha ido a ellos, explique la razón:**

- No tenía para pagar el transporte
- No quería ir sola a las consultas
- Su pareja no la dejó
- Tuvo problemas en su familia
- No sabía a dónde ir a hacerse controles
- No tenía con quien dejar a los hijos-as
- No le dieron permiso en su trabajo
- Se le olvidó la fecha de la cita
- No la han tratado bien la última vez que vino a consulta
- Otros \_\_\_\_\_

**53. ¿Ha tenido alguna complicación durante su embarazo o cuando estuvo embarazada?**

- No, ninguna
- Sí
  - Problemas de presión alta
  - Dolores de cabeza
  - Diabetes gestacional
  - Infecciones vaginales
  - Anemia
  - Amenaza de aborto
  - ITS, VIH SIDA (infecciones de transmisión sexual)
  - Otros \_\_\_\_\_

**54. Si está o ha estado embarazada, ¿tomó o toma medicinas indicadas por el médico?**

- Sí
- No

**54.1. Si es Sí, ¿Cuáles?**

- Vitaminas
- Medicamentos para controlar la presión
- Suplementos para la anemia
- Otros \_\_\_\_\_

**54.2. Si es No, ¿Por qué no las está tomando?**

- No tengo dinero para comprar
- No me las dan en el hospital
- No tengo seguro
- Tomo medicinas naturales
- Tomo otras medicinas
- No creo que las necesite
- Otros \_\_\_\_\_

**55. Si está embarazada o ha estado embarazada, ¿Qué come habitualmente o que comía cuando lo estuvo?**

- Pasta

- Habichuelas (otros granos)
- Arroz
- Plátano
- Carne de res, pollo
- Pescado
- Huevos
- Vegetales
- Leche, queso
- Frutas
- Otros. Detalle:

**56. Si está embarazada, ¿Cómo quiere que sea su parto?**

- Vaginal
- Cesárea

**57. Si ya ha tenido otros partos, ¿ha tenido algún parto en casa o fuera del hospital?**

- Sí
- No

**58. Si ya ha tenido otros partos o cesáreas:**

**58.1. ¿Tuvo alguna dificultad?**

- Sí
- No

**58.2. Si es No, ¿Qué dificultad médica tuvo?** (hay que preguntar que le dijeron los médicos)

- Problemas de presión alta
- Dolores de cabeza
- Diabetes gestacional
- Infecciones vaginales
- Anemia
- Amenaza de aborto
- Parto prematuro
- Complicaciones luego del parto
- No se pudo hacer controles ni chequeos
- ITS, VIH SIDA (infecciones de transmisión sexual)
- Otros

**58.3. ¿Fue parto vaginal o cesárea?**

Número de parto	Vaginal	Cesárea

**58.4. ¿Cómo la trataron durante el parto?**

Número de parto	Bien	Regular	Mal	NA	¿Por qué? / comentarios

**58.5. Después del parto, ¿volvió al centro de salud para controles?**

Sí

No

Por qué: \_\_\_\_\_

**7. COSTOS DE ATENCIÓN Y SEGURO DE SALUD**

**59. ¿Tiene seguro de salud?**

Sí

No

**60. ¿Tiene que pagar algo para que le atiendan?**

Sí

No

**60.1. Si es Sí, diga cuánto, dónde y para qué**

Cuanto \$RD	Dónde	Para qué (consulta, análisis, peaje, etc.)

**8. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA**

**61. ¿Ha escuchado información sobre número de hijos, relaciones de pareja, usar condones, cuidarse para no quedar embarazada, etc.?**

Sí

No

**62. ¿Dónde?**

Escuela

Iglesia

Televisión

Radio

Centros de salud, hospitales, policlínicas, clínicas

Otros \_\_\_\_\_

**63. ¿Qué métodos de Planificación Familiar o anticoncepción conoce? (puede marcar más de una opción)**

Píldora

DIU

Inyecciones

Implantes

- Condón masculino
- Esterilización femenina
- Otro. Especifique \_\_\_\_\_

**64. ¿Cómo cree que se previene el embarazo?** (puede marcar más de una opción)

- Usando un método anticonceptivo
- No teniendo relaciones sexuales
- Eyaculando fuera de la vagina
- Posponiendo el inicio de las relaciones sexuales
- No teniendo relaciones sexuales
- No sabe/no responde
- No se previenen
- Otros. Explicar \_\_\_\_\_

**65. ¿Conoce cuáles son los signos de alarma durante el embarazo ante los que tiene que ir a consultar a un médico?** (como sabe cuando debe ir al médico)

- Molestias al orinar
- Flujo vaginal mal oliente o abundante
- Sangrado vaginal o hemorragia
- Dolor abdominal
- Manos, pies o cara hinchados
- Aumento de peso de más de 2 kilos por semana
- Dolor de cabeza frecuente o intenso
- Visión borrosa
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Salida de líquido por la vagina
- Otros \_\_\_\_\_

## 9. PERCEPCIONES SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

**66. Si es madre, ¿siempre quiso serlo?**

- Sí, siempre quise ser mamá.
- No, no quería ser mamá.

**67. Si no tiene hijos, ¿quiere Ud. tener hijos-as?**

- No, no quiero.
- Sí, quiero.

**68. ¿De quién depende tener o no más hijos?**

- De mí
- De mí pareja
- De mí y de mi pareja (ambos)
- De Dios
- De la naturaleza
- Del doctor-a
- Otros \_\_\_\_\_

69. ¿Cuál de estas situaciones cree Ud. que influyen en su salud? (se puede marcar más de una opción)

- Falta de dinero
- Mala alimentación
- El trabajo de cuidado de la familia
- Mala relación con la pareja (peleas, discusiones)
- Problemas en la comunidad
- Mi pareja me pega o me hace daño
- Otros \_\_\_\_\_

## 10. TRÁNSITO MIGRATORIO

70. ¿Por qué decidió venir a vivir a RD?

\_\_\_\_\_

71. ¿Tiene documentos de identidad de su país de origen?

- Sí                      Cuáles \_\_\_\_\_
- No

72. ¿Tiene documentos en RD?

- Sí                      Cuáles \_\_\_\_\_
- No

73. ¿Cuáles han sido las principales ventajas de haber venido a vivir a RD?

74. ¿Cuáles han sido las principales dificultades o retos?

**Comentarios que quiera agregar la persona entrevistada:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Notas de observación de la persona que realiza la entrevista** (anote todo lo que parezca llamativo, los gestos corporales de la persona entrevistada, las interrupciones que tuvieron, qué o quiénes las provocaron, describa como es el lugar donde realiza la entrevista, cuente si la persona entrevistada tuvo privacidad y confianza para responder las preguntas y toda la información que considere importante):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Anexo 3: CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD

#### CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD ESTUDIO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Personal al que se le puede aplicar esta entrevista:

Enfermeros-as / Médicos-as / Auxiliares / Residentes – pasantes / Anestesiastas / Cirujanos-as / Psicólogos-as / Promotores-as / Jefe-a residentes / Jefe-a Enfermeras.

Entrevistador-a:	
Fecha:	
Lugar de la entrevista:	
Hora de inicio:	
Hora de finalización:	
Código de la persona entrevistada:	
Firma de la persona autorizando la entrevista:	

#### 1. DATOS GENERALES

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  
 F  
 M
3. Profesión: \_\_\_\_\_
4. Cargo o función: \_\_\_\_\_
5. Especialidad médica: \_\_\_\_\_
6. Nombre del centro de salud u hospital: \_\_\_\_\_
7. Idiomas que maneja:

Idioma	Lee	Escribe	Habla
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Creole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN MIGRANTE

8. ¿Cuál es el motivo de consulta más frecuente de las mujeres migrantes?  
 Consulta ginecológica de rutina  
 Exámenes de rutina del embarazo  
 Consulta de seguimiento o control de otras afecciones (medicina interna)  
 Entrega de resultados por enfermedad o malestar previo  
 Planificación familiar

- Búsqueda de métodos anticonceptivos
- Violencia de género
- Oncología
- Otro \_\_\_\_\_

**9. ¿Cuáles son los requisitos para la atención de mujeres migrantes?**

- Documentos
- Seguro médico
- Pagos por consulta
- Vestimenta
- No hay requisitos
- Otros – Especifique \_\_\_\_\_

**10. ¿Cuáles son las mayores dificultades o barreras que el personal de salud enfrenta para la atención a mujeres migrantes en los centros hospitalarios o centros de salud?**

Barrera	Alto	Medio	Bajo	País de origen de las personas
Nivel educativo				
Idioma				
Creencias religiosas				
Poca adherencia a métodos anticonceptivos				
Falta de información sobre las usuarias (recórd o registros)				
Mala alimentación				
Poca asistencia a sus controles				
Dificultad para hacerles seguimiento				
Falta de documentos de las personas atendidas				
Otros				

**11. Si tiene dificultad para hacerles seguimiento a las usuarias, detalle de que se trata:**

**12. ¿Tiene apoyo de traductor-a?**

- Sí
- No

**13. ¿Ha recibido alguna instrucción de parte de las autoridades sanitarias sobre la atención a migrantes?**

- Sí
- No

**14. Si es Sí, explique cuáles**

**15. ¿Alguna vez ha tenido algún inconveniente en el momento de la atención a la usuaria migrante o extranjera?**

- Sí
- No (si es NO pase a la pregunta 16)



15.1. ¿Qué pasó? ¿Quiénes estuvieron involucrados? Se recomienda recoger varias experiencias, si las hay.

15.2. ¿Se resolvió?

- Sí
- No

15.3. ¿Cómo?

- Se dialogó con las personas involucradas
- Se llamó al jefe-a del lugar o al director-a del hospital
- Hubo mediación de una tercera persona (otra usuaria, médico, etc.)
- Otro \_\_\_\_\_

16. ¿Alguna vez ha tenido dificultades para entender lo que le dicen las usuarias extranjeras?

- No, nunca
- Sí, pero muy rara vez
- Sí, con mucha frecuencia
- Sí, siempre

16.1. Si es Sí, ¿Cómo se resuelve?

	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca	Comentarios
El personal médico hace lo posible para lograr la comunicación, involucrando a otros pacientes y o personal médico, hablando despacio, haciendo señas, etc.					

17. Si existe una barrera idiomática, ¿cómo se asegura que la usuaria extranjera le comprenda?

\_\_\_\_\_

**3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

17. ¿En general, las mujeres migrantes utilizan métodos de planificación familiar?

- Si
- No (si es NO, pasar a la pregunta 20)
- Algunas (si es ALGUNAS, pasar a la pregunta 20)

18. **¿Qué métodos se utilizan con mayor frecuencia?** (puede seleccionar más de una opción)

- a. Píldora
- b. DIU
- c. Inyecciones
- d. Implantes
- e. Condón masculino
- f. Esterilización femenina
- g. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

19. **¿Quién toma la decisión generalmente?**

- Mujer
- Hombre
- Ambos
- Profesional
- Otros

20. **¿Cuáles son las resistencias o limitantes para el uso de métodos en las mujeres extranjeras?**

- Disponibilidad de métodos en el centro de salud u hospital
- Costos de los métodos para las usuarias
- Poca constancia en el uso de los métodos (adherencia)
- Usuarias prefieren métodos no disponibles
- Falta de apoyo de la pareja
- La pareja decide que no se cuide o planifique
- Tiene que esperar a que la pareja esté presente
- Dificultad para realizar seguimientos de pacientes.
- Otros \_\_\_\_\_

21. Si la razón es la poca constancia o adherencia de las usuarias, explique los motivos.

7

22. Si la razón es la dificultad para realizar seguimientos de pacientes, explique los motivos.

---

---

---

23. Si la razón es la falta de apoyo de la pareja, explique los motivos.

---

---

---

24. **¿Cómo participa la pareja en esa planificación?**

- Asiste a las consultas
- Usa condón
- No usa condón
- Pone trabas para que la mujer se planifique
- Decide en lugar de la mujer

- No participa
- No sabe si la pareja participa o no
- Otros \_\_\_\_\_

**25. ¿Cómo se informa o sensibiliza a las mujeres migrantes sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos?**

- Consejería en consultas
- Charlas en el hospital
- Visitas casa por casa
- Entrega de material informativo en el idioma de la migrante
- Entrega de material informativo en español
- Otros \_\_\_\_\_

**26. ¿Cómo evalúan el grado de adherencia a los métodos de planificación familiar y de anticoncepción?**

Muy buena 5	Buena 4	Regular 3	Mala 2	Muy mala 1	NA	¿Por qué? / comentarios

**4. SALUD MATERNA**

**27. ¿En promedio, cuántos chequeos prenatales se realizan las mujeres migrantes?**

Cuántos \_\_\_\_\_

**28. ¿Qué se chequea durante la consulta?**

- Presión arterial
- Vacunas
- Peso
- Alimentación
- Análisis de sangre y otros
- Latidos fetales
- Altura uterina
- Hinchazón de manos o pies
- Otros \_\_\_\_\_

**29. ¿Qué complicaciones se presentan en forma más frecuente durante la atención de los embarazos de mujeres migrantes?**

- Problemas de presión alta
- Dolores de cabeza
- Diabetes gestacional
- Infecciones vaginales
- Anemia
- Amenaza de aborto
- ITS, VIH SIDA
- Parto prematuro
- Complicaciones luego del parto
- Otros \_\_\_\_\_

**30. ¿Cuáles cree que son las dificultades que tienen las usuarias migrantes para venir a sus controles de embarazo o para planificarse?**

- Falta de dinero para pagar el transporte
- No quieren venir solas
- Temor por falta de documentación
- Autolimitación por miedo o estigma
- Violencia de género
- Influencia de la pareja
- No tienen con quien dejar a los hijos-as
- No tienen permiso en sus trabajos
- No tienen dinero para comprar las medicinas
- Falta de compromiso con sus controles
- Otros \_\_\_\_\_

**31. ¿Qué complicaciones se presentan en forma más frecuente durante la atención de los partos de mujeres migrantes?**

- Problemas de presión alta
- Diabetes gestacional
- Infecciones vaginales
- Anemia
- Amenaza de aborto
- Parto prematuro
- Eclampsia
- ITS, VIH SIDA
- Complicaciones luego del parto
- Otros \_\_\_\_\_

**31.1. ¿Por qué cree que se presentan estas complicaciones?**

**32. ¿Cuáles de estos signos de alarma durante el embarazo, se presentan de manera más frecuente en las usuarias migrantes?**

- Infección vaginal
- Cefaleas (dolores de cabeza)
- Sangrado vaginal o hemorragia
- Dolor abdominal
- Manos, pies o cara hinchados
- Aumento de peso de más de 2 kilos por semana
- Visión borrosa
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Salida de líquido por la vagina
- Otros \_\_\_\_\_

**32.1. ¿Tienen ellas conocimiento de estos signos de alarma?**

- Sí
- No

**33. ¿Las usuarias migrantes embarazadas manifiestan o solicitan algún tipo de preferencia para el parto?**

- Vaginal
- Cesárea
- No dicen nada
- No sabe

34. ¿Cómo se realiza el seguimiento de las mujeres migrantes durante el embarazo?

---



---



---

35. ¿Cómo se realiza el seguimiento de las mujeres migrantes durante el puerperio?

---

36. ¿Cómo evalúa el trabajo que se realiza en la atención a personas migrantes en el área de la salud, en el lugar en el que Ud. trabaja?

Muy bueno 5	Bueno 4	Regular 3	Malo 2	Muy malo 1	NA	¿Por qué? / comentarios

#### 5. PERCEPCIÓN SOBRE MIGRACIÓN Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

37. ¿Cómo participa la pareja/familia/amigos-as/comunidad en este proceso? ¿Ud. los ve involucrados?

38. ¿Considera que hay aspectos culturales y/o religiosos de las comunidades migrantes que pueden incidir en la calidad de los controles prenatales?

39. ¿Qué piensa del fenómeno de la migración y su relación con la salud sexual y reproductiva de la población?

40. ¿La salud sexual y reproductiva en las comunidades migrantes es un tema de preocupación para ustedes? ¿Porqué?

41. ¿Cuáles son los principales desafíos para la realización de la salud sexual y reproductiva de la población en general?

---