

CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO

ESTUDIO COMPLEMENTARIO DE LA
PRIMERA ENCUESTA NACIONAL
DE INMIGRANTES EN
LA REPÚBLICA DOMINICANA ENI-2012

Revisión de los datos:
Morbilidad mortalidad por VIH en
el Sistema de Atención Integral del
DIGECITSS-Ministerio de Salud Pública,
2012



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



giz



Fondo de Población de las Naciones Unidas



**CARACTERÍSTICAS Y
ANÁLISIS DE SALUD DE
LA POBLACIÓN
DE ORIGEN EXTRANJERO**

Santo Domingo, República Dominicana

Diciembre del 2014

©ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS ENI-2014

**CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS DE SALUD
DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO**

Santo Domingo, República Dominicana, diciembre 2014

Investigadores responsables:

Ernesto Guerrero, Médico epidemiólogo

Yeycy Donastorg, Médica investigadora

Alejandro de los Santos, Informático



Dirección General VIH/SIDA (DIGECITSS):

Dr. Luis Ernesto Feliz, Director

Lic. Gisela Ventura, Encargada de Proyectos



**Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)
GmbH y EPOS health Management**

Dr. Robert Cazal-Gamelsy, Director del Proyecto

"Mejorar el acceso de los migrantes a los servicios VIH en el Caribe"



Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA):

Sonia Vásquez, Representante Auxiliar

Jeremy Freehill, Oficial Nacional de Programas Población y Desarrollo

Altagracia García, Asistente de Programas

Consejo consultivo:

Frank Báez Evertsz, Investigador principal de la ENI

Elba Franco, Coordinadora del Proyecto

Florinda Rojas Rodríguez, Directora del Instituto Nacional de Migración

Dr. José Selíg, Profesor de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Dr. Robert Cazal-Gamelsy, Director Proyectos GIZ

Luis Ernesto Félix, Director DIGECITSS

Apoyo editorial:

Correctora de estilo: Rosario Flores

Diseño y diagramación: Karen Cortés H.

Impresión: Gráfica Willian, S.R.L.

ISBN: 978-9945-015-08-9

Una publicación del **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)**

Av. Anacaona No. 9, Mirador Sur, Santo Domingo

Teléfono: 809 537 0909 | Fax: 809 537 2270

<http://www.unfpa.org.do>

Twitter: @unfpa_rd | Facebook: UNFPA República Dominicana

Este proyecto está financiado por: **Agencia de Cooperación Alemana (GIZ)**

Todos los derechos reservados.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	15
1. MARCO CONCEPTUAL	19
1.1. Antecedentes	19
1.2. Salud y derechos humanos	20
1.3. Inmigración en la isla Española	22
1.4. Inmigrantes procedentes de Haití.	23
1.5. Salud y migración	25
1.6. Sistema de salud en la República Dominicana	28
1.7. VIH - SIDA	30
2. DATOS Y MÉTODOS.	32
2.1. Metodología	32
2.2. Construcción de las variables	34
2.3. Definición de la población de estudio	34
2.4. Procedimientos y análisis	35
2.5. Uso de proporciones como medidas de riesgo	36
3. PERFIL DE LOS INMIGRANTES.	36
4. PROBLEMAS DE SALUD Y ACCIDENTES DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO	45
5. ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE ASISTIÓ LA POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO	56
6. AFILIACIÓN A UN SEGURO DE SALUD	65

7. PAGO DE LA ATENCIÓN DE SALUD	70
8. VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN MIGRANTE	85
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
1. Perfil de los inmigrantes	88
2. Salud y enfermedad	88
3. Lugar de atención	89
4. Seguro de salud	90
5. Pago de la atención	91
6. VIH/SIDA	92
RECOMENDACIONES	93
Políticas	93
Enfermedad	93
Seguros de salud	94
Pagos	94
VIH	95
 ABREVIACIONES96
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 98
 ANEXOS	 102
Anexo 1.	
Rangos y descripciones de las variables analizadas102
Anexo 2.	
Construcción de la variable grupos socioeconómicos106
Anexo 3.	
Gráfico 3.5. Provincias con porcentajes de población de origen extranjero en relación al total de sus poblaciones, superiores o próximos al porcentaje a escala nacional.108
Anexo 4.	
Tabla No. 1.	
SRS y cantidad de UNAP a escala nacional, 2011109

ÍNDICE DE CUADROS

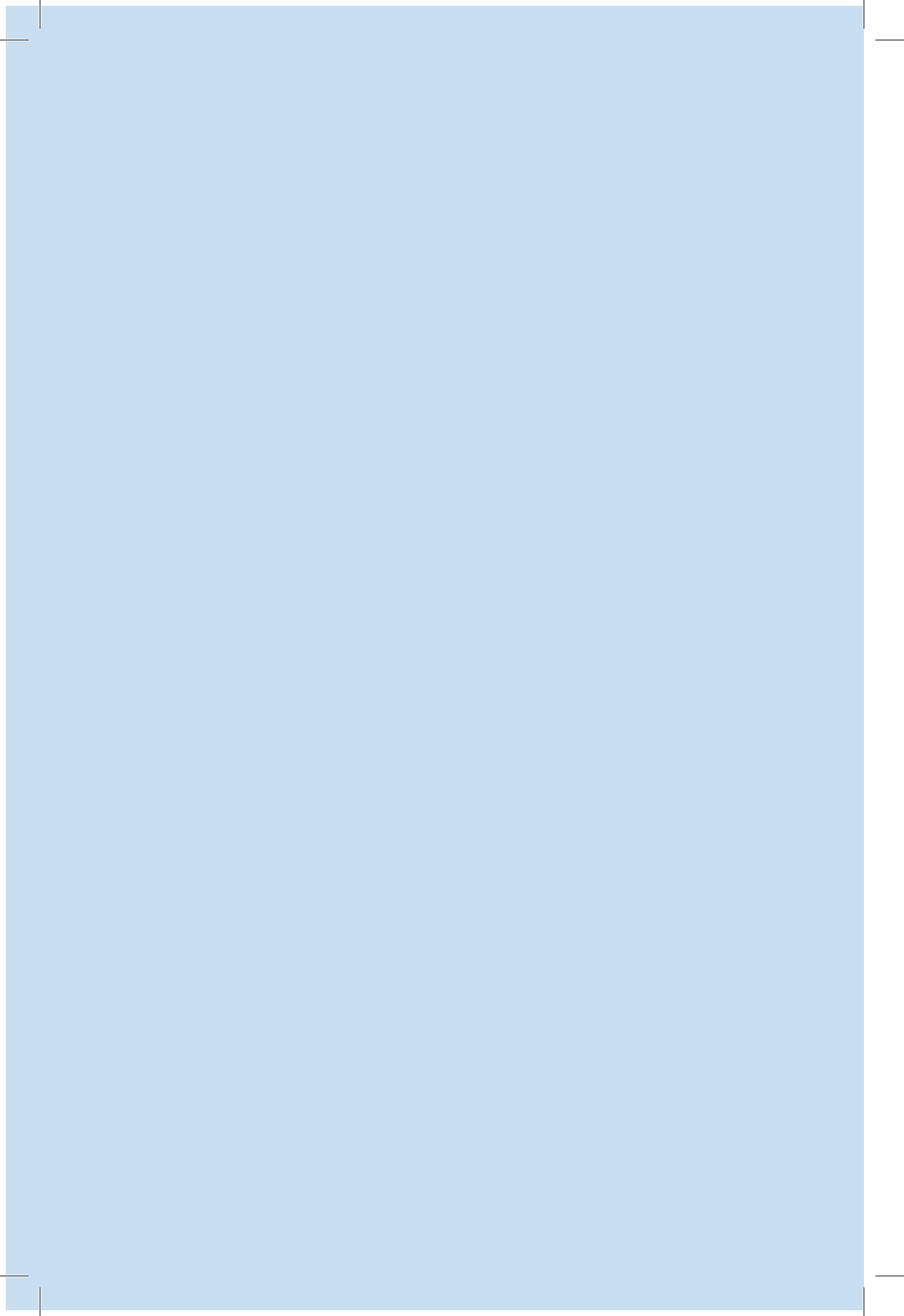
Cuadro 1.	Distribución porcentual de la población de origen extranjero según variables sociales	38
Cuadro 2.	Distribución porcentual de la población de origen extranjero según variables demográficas y económicas	41
Cuadro 3.	Problemas de salud y accidentes durante los últimos doce meses en la población de origen extranjero	45
Cuadro 4.	Proporción de la población de origen extranjero que tuvo un problema de salud en los últimos 12 meses, según variables sociales	48
Cuadro 5.	Proporción de personas que tuvieron un problema salud según variables demográficas y económicas	51
Cuadro 6.	Establecimiento al que asistió por problemas de salud	56
Cuadro 7.	Tipos de establecimientos de salud a los que asistieron los nacidos en Haití, según variables sociodemográficas y económicas (%)	60
Cuadro 8.	Establecimiento al que asistió la población de origen extranjero por problemas de salud en últimos 12 meses y última vez que se atendió con médico o enfermera (%)	63
Cuadro 9.	Población de origen extranjero y afiliación a seguro de salud	65
Cuadro 10.	Población de nacidos en Haití con seguro de salud, según variable de estudio	67
Cuadro 11.	Población de origen haitiano que tuvo un accidente de trabajo y que asistió a un establecimiento de salud según formas de pago	72
Cuadro 12.	Población de origen extranjero y forma de pago del servicio salud, según región de residencia (%)	74

Cuadro 13.	Forma de pago de la población de origen extranjero que asistió a un establecimiento de salud, según región de salud (%)	76
Cuadro 14.	Población de origen extranjero que asistió a establecimientos del Estado y recibió asistencia totalmente gratuita, según regiones de salud	77
Cuadro 15.	Servicios de salud ofrecidos a pacientes extranjeros y valores en millones de pesos dominicanos para el año 2012	78
Cuadro 16.	Servicios ofrecidos a pacientes extranjeros según región de salud	80
Cuadro 17.	Atención médica a población extranjera y gasto estimado en base al Reporte de Atenciones, Departamento de Estadísticas del MSP	81
Cuadro 18.	Número de servicios de salud proporcionados a personas de origen extranjero, según región de salud	83
Cuadro 19.	Servicios de salud a mujeres de origen extranjero, según región de salud	84
Cuadro 20.	Casos diagnosticados con VIH, según nacionalidad y variables socio demográficas 1991-2012	85
Cuadro 21.	Porcentaje de hombres y mujeres que están en tratamiento con ARV	86
Cuadro 22.	Total defunciones por VIH-SIDA según nacionalidad 2010-12	87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribución de la población de origen extranjero	37
Gráfico 2.	Población de origen extranjero según región de salud donde residen	44

Gráfico 3.	Población de origen extranjero que tuvo problemas de salud	47
Gráfico 4.	Proporción de problemas de salud en nacidos en Haití según número de hijos	53
Gráfico 5.	Proporción de problemas de salud en los nacidos en Haití, según grado de alfabetización y dominio del idioma español	54
Gráfico 6.	Población de origen extranjero que tuvo problemas salud, según región de salud	55
Gráfico 7.	Población de origen extranjero según establecimiento al que asistió por problemas de salud	56
Gráfico 8.	Población de origen extranjero y tipo de establecimiento al que asistió por problemas de salud	58
Gráfico 9.	Tipo de establecimiento de salud al que asistieron los nacidos en Haití, según grandes dominios de residencia	62
Gráfico 10.	Porcentaje de la población de origen extranjero que asistió a un establecimiento del Estado cuando enfermó y la última vez que visitó un médico o enfermera, según regiones de salud (%)	64
Gráfico 11.	Afiliación a un seguro de salud de dominicanos y de la población de origen extranjero	66
Gráfico 12.	Población de origen extranjero afiliada a un seguro de salud, según región de salud	68
Gráfico 13.	Probabilidad de la población de origen extranjero de acceder a un seguro de salud según grupo socioeconómico	69
Gráfico 14.	Forma de pago total de la población de origen extranjero	70
Gráfico 15.	Formas de pago de la atención de salud según población de origen (%)	71
Gráfico 16.	Establecimiento de salud al que asistió y forma de pago de la población de origen haitiano	75



PRESENTACIÓN

Las encuestas, en general, ofrecen múltiples posibilidades y potencialidades de explotación de los datos, sin embargo su lectura e interpretación no siempre se realizan con la profundidad deseada. En muchos casos, lo que es peor, los informes de sus resultados permanecen en los estantes de bibliotecas públicas y privadas sin ningún uso.

La Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2012) tuvo como objetivos principales estimar el volumen de la población de inmigrantes internacionales residentes en el país; caracterizar sus particularidades demográficas y socioeconómicas, y analizar los vínculos de los migrantes con sus sociedades de origen y la contribución que brindan a la República Dominicana. Los resultados obtenidos de esta encuesta conforman un importante caudal de datos confiables y novedosos sobre diversos temas relativos a la inmigración algunos de los cuales hemos querido analizar en profundidad.

Por tal motivo, nos hemos propuesto aprovechar la base de datos de la ENI-2012 para la elaboración de un estudio complementario adicional dedicado al tema de salud. Al hacerlo, se llena un vacío existente sobre esta materia de alta importancia cuyo conocimiento resulta indispensable para definir políticas públicas tendentes a mejorar las condiciones generales de la población de origen extranjero, potenciar su impacto positivo en el contexto nacional y amortiguar posibles impactos negativos.

Para la elaboración del estudio fue escogido, mediante concurso, el investigador principal quien trabajó con la rigurosidad y la entrega necesaria

para producir los volúmenes que en este momento presentamos con gran satisfacción y desde una perspectiva de Derechos Humanos y en el caso del volumen presente desde una perspectiva de Salud Pública.

La ENI-2012 produjo información en cantidad y calidad suficiente, la misma que ha permitido cruzar información sobre temas que merecen especial atención por parte de los gobiernos y de todas las organizaciones nacionales e internacionales interesadas en esta realidad y responsables de actuar para modificarla. Asimismo, la ENI-2012 puede ser útil para efectuar nuevos y más completos análisis, y obtener conocimientos con base factual que sirvan para delinear recomendaciones en materia de políticas referidas a la inmigración.

La explotación de los datos de la ENI-2012 ha contribuido a despejar dudas y a responder con mayor evidencia preguntas sobre la realidad de los inmigrantes. Solo falta en este momento el compromiso decidido de las instituciones del sector público y privado, y la voluntad política de responder a las problemáticas que estos estudios nos revelan, con especial énfasis las que involucran a la juventud, la mujer, la familia, el mercado laboral y las condiciones de vida.

El volumen que en esta ocasión presentamos tiene como propósito, describir los problemas de salud de esta población, elaborar sobre los establecimientos de salud a los que acuden, abundar sobre su afiliación a seguro de salud, estimar el gasto nacional en su salud y abordar el VIH y SIDA en este grupo poblacional.

Pretendemos que con la producción y el examen de los datos presentados en este trabajo se fortalezca la capacidad del Estado y de la sociedad civil para la formulación e implementación de programas y políticas públicas, y también crear un entorno propicio para el acceso de los migrantes a los servicios de salud.

Para la ocasión hemos contado con el respaldo de investigador principal destacado, el Dr. Ernesto Guerrero. Su compromiso social sumado a su cualificación y experiencia han hecho posible un análisis que permite una mejor comprensión del tema tratado y que contribuirá a acciones en beneficio del desarrollo del país.

Nuestro reconocimiento al Consejo Consultivo que, de manera voluntaria y permanente, dio seguimiento e hizo valiosos aportes para la realización de este estudio en las personas de Frank Báez, Investigador Principal de la ENI-2012, Florinda Rojas, Directora General del Instituto Nacional de Migración, José Selig, Profesor de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, y Elba Franco, Coordinadora de Proyecto de la ENI-2012; a Gisela Ventura, Encargada de Proyectos de la Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA; a Robert Casal-Gamelsy (GIZ/EPOS), Director del Proyecto “mejorar el acceso de los migrantes a los servicios de VIH en el Caribe (financiado por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo Alemán, en cooperación con PANCAP); a Jeremy Freehill, Oficial Nacional de Programas de Población y Desarrollo del UNFPA y a Altagracia García, Asistente de Programa del UNFPA, cuya entrega, dedicación y eficiencia hicieron posible el logro de lo planificado.

¡Muchas gracias!

Dr. Luis Ernesto Félix Báez

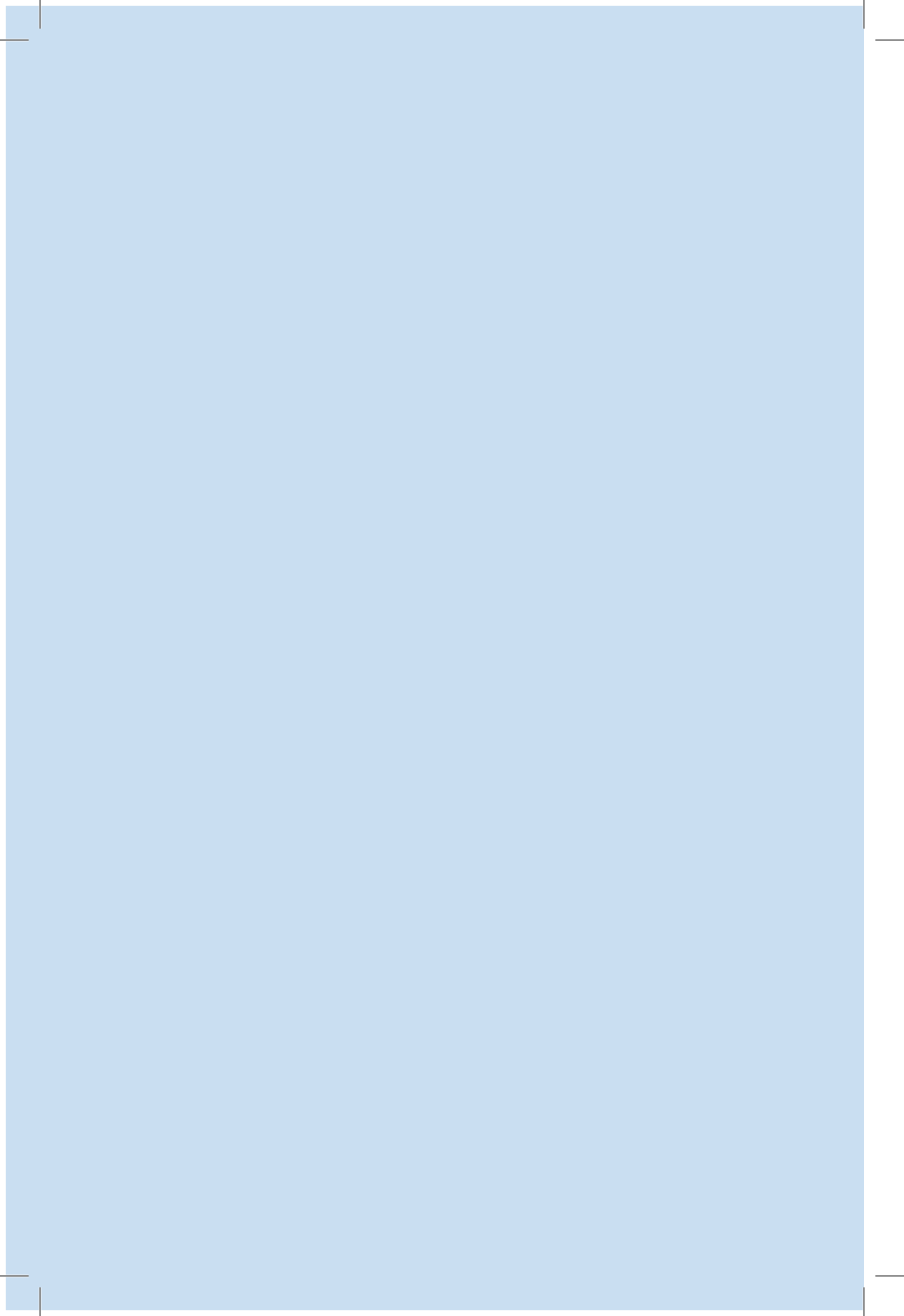
Director General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
(DIGECITSS)
Ministerio de Salud Pública (MSP)

Sonia Vásquez

Representante Auxiliar
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Marina MEUSS

Directora Residente Caribe
Deutsche Gesellschaft für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene por objetivo describir y comparar las condiciones de salud de la población de origen extranjero en la República Dominicana. Para este cotejo se analizaron las variables presentes en la *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana ENI-2012* (ONE-UNFPA-UE, 2013). Además se revisaron otras encuestas e informes que incluyen la variable nacionalidad, como por ejemplo: *Reporte anual morbilidad y el Informe gastos en salud 2012*, ambos del Ministerio de Salud Pública, y la base de datos de “Atención integral a personas que viven con VIH”.

La República Dominicana es un país de inmigración y de emigración que recibe inmigrantes desde hace larga data. A partir de la última década del siglo XX, no solamente ha crecido el volumen de los flujos, sino que se han diversificado sus patrones de localización geográfica (Lozano W., 2005). Por razones geográficas y de desarrollo los inmigrantes haitianos constituyen la gran mayoría de inmigrantes extranjeros en la República Dominicana. Junto a estos también se han establecido, en menor proporción, los originarios de Estados Unidos, China, Cuba, Colombia, y de países europeos.

Una gran parte de estos inmigrantes, documentados e indocumentados, ha ido dejando descendencia que exhiben mejoría en muchos indicadores de desarrollo humano, pero que en gran parte de los casos reproducen el fenómeno de morbilidad de los padres. Esta movilidad de la población tiene repercusiones en la salud y por ende en los derechos humanos de los migrantes, así como de las personas que conviven en el mismo territorio.

La magnitud de la inmigración en República Dominicana por varias décadas ha permanecido como un aspecto difícil de medir estadísticamente, lo que ha dado pie para que algunas personas y entidades difundieran cifras

empíricas sobre la magnitud del fenómeno. Asimismo, las vinculaciones de estos cambios migratorios con los servicios de atención en salud han sido abordadas públicamente, no obstante la falta de estudios de profundidad que permitan comprender con mayor exactitud esta temática y que faciliten el diseño y la proyección de planes y programas de salud que incluyan el tema migratorio.

Este trabajo tiene como propósito central examinar la vinculación entre salud y proceso migratorio, considerando con particular interés la situación de salud-enfermedad, la utilización de servicios, los modos de financiamiento y la disponibilidad de un seguro de salud de las personas de origen extranjero, dentro de la perspectiva de los derechos humanos.

El análisis se centra en cuatro grupos poblacionales: nacidos en Haití –que constituyen el colectivo más numeroso; nacidos en otros países; nacidos en la República Dominicana hijos de padres y/o madres haitianas, y nacidos en la República Dominicana hijos de inmigrantes de otros países.

Concomitantemente se hace un análisis de la morbilidad por el Virus de Insuficiencia Humana (VIH) en nacionales y extranjeros.

El contar con información detallada sobre la situación social y familiar de los inmigrantes y sobre las personas nacidas en el país de padres extranjeros y sus circunstancias actuales hace posible estimar y caracterizar algunos de los procesos y fenómenos significativos de su perfil de salud-enfermedad, el uso que hacen de los servicios de salud y los métodos de pago.

En el capítulo 1 de este estudio se presentan los aspectos conceptuales y se resumen los principales hallazgos de la bibliografía existente sobre el tema de migración, salud y derechos humanos de la población inmigrante.

Los datos y métodos de este estudio se explicitan en el capítulo 2, en particular la elección de 25 variables de estudio y la construcción de otras variables, sobre todo de análisis socioeconómico y de distribución geográfica.

Para contextualizar el análisis, en el capítulo 3 se provee un perfil de los entrevistados de origen extranjero. Se analiza sus características socio demográfico y las diferencias principales entre estos grupos. En este capítulo también se ofrece un panorama general de algunos de los grandes desafíos que enfrentan los planificadores de políticas al abordar los vínculos entre migración, salud y derechos humanos.

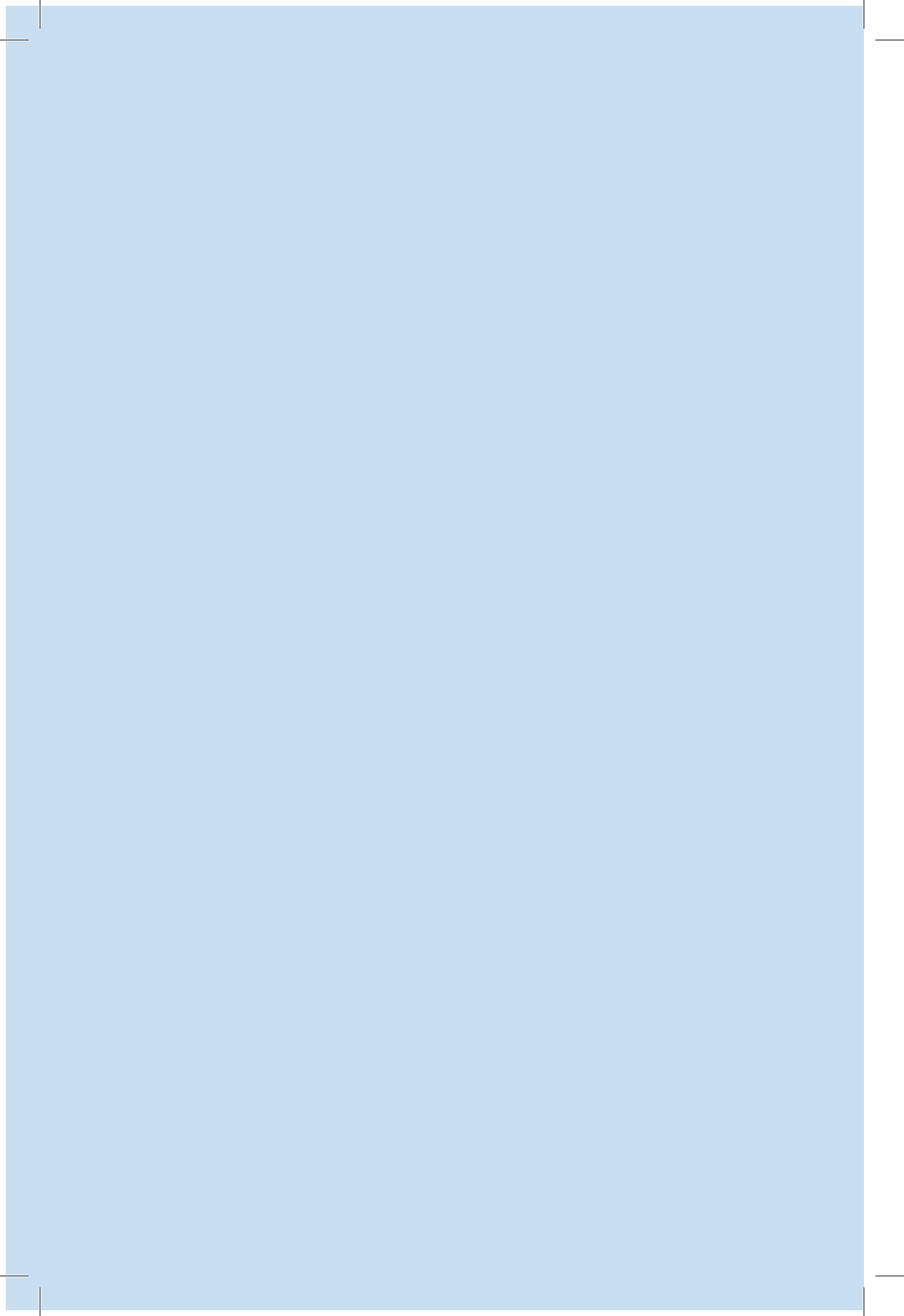
En el capítulo 4 se examinan las condiciones de salud de las personas de origen extranjero, además se identifican las desigualdades en los perfiles de salud-enfermedad de los migrantes según actividad a la que se dedican y grupo socioeconómico al que pertenecen.

En el capítulo 5 se describen las desigualdades y las iniquidades en el acceso a los servicios de salud de los grupos socioeconómicas en los que se ha estratificado la población migrante y las condiciones de los servicios públicos a los que tienen acceso en la República Dominicana; en particular, se presta especial atención a la utilización de los servicios de salud del Estado de parte de las categorías más vulnerables de inmigrantes y se subrayan algunos de los desafíos más importantes para promover y proteger su salud.

En los capítulos 6 y 7 se describe la disponibilidad del seguro de salud y las diferentes formas de pago de la población de origen extranjero, así como sus repercusiones de acuerdo al modo de vida del inmigrante dentro de un marco de derechos humanos.

En el capítulo 8 se examinan las cuestiones relativas al VIH que han sido abordadas por los estudios que incluyen la variable población migrante en la República Dominicana.

Finalmente, en el capítulo 9 se resumen las principales conclusiones y recomendaciones.



1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

Cada vez se desplazan más personas por motivos económicos, políticos, humanitarios y medioambientales. El fenómeno de las migraciones representa una cuestión social multicausal y compleja, de relevancia y trascendencia en todo el mundo (*The Economist*, 2002). La migración, tanto forzada como voluntaria, regular e irregular, sugiere que, a menos que se preste atención a esos grupos, existe el riesgo de que en muchos lugares diversos individuos y grupos queden excluidos socialmente y no puedan beneficiarse de la salud y la atención médica que les corresponde como seres humanos.

La salud es un derecho humano fundamental del que deben disfrutar todos los seres humanos sin discriminación alguna; la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece un principio internacional esencial en virtud del cual “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Naciones Unidas, 1946).

Sin embargo, en muchos países, los trabajadores migratorios viven en condiciones precarias de salud no necesariamente por políticas oficiales de salud restrictivas, sino por estar mal informados sobre las posibilidades de acceder a los servicios de salud. Además, carecen de medios financieros para acceder a los seguros o a los servicios privados.

Cuando se diseñan los planes y programas de salud, es oportuno considerar que todos los derechos humanos –incluido el derecho a la salud– son aplicables a todas las personas: migrantes, refugiados y demás no nacionales. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (OPS, 2010).

1.2. Salud y derechos humanos

Tradicionalmente se ha considerado que las cuestiones relativas a la inmigración pertenecen al ámbito de la soberanía nacional y por tal razón el fenómeno migratorio a veces es visto desde una perspectiva de discriminación y hostilidad xenófoba y en el marco de políticas nacionales que dificultan la entrada, la integración social y el bienestar de los inmigrantes y sus familiares (Naciones Unidas).

En un país de alta inmigración y emigración como es la República Dominicana los derechos humanos garantizan la protección jurídica contra las acciones que interfieren con las libertades fundamentales y la dignidad humana de individuos y grupos. Los derechos humanos abarcan un completo abanico de derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, y se aplican con carácter universal (Oficina del Alto Comisionado, 2001).

En tal sentido, las organizaciones internacionales, los defensores de los derechos humanos, los gobiernos y las ONG prestan cada vez más atención a los aspectos de la migración relacionados con los derechos humanos, en particular los derechos humanos de los migrantes que no son refugiados ni solicitantes de asilo, ya que las políticas en materia de inmigración pueden tener consecuencias importantes para la salud pública (Verbruggen N., 2001).

En los instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce explícitamente que los derechos humanos, incluidos los derechos específicos relacionados con la salud, son aplicables a todas las personas: migrantes, refugiados y demás no nacionales. Dicho de otro modo, los derechos humanos formarían parte integrante del diseño, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en materia de migración (ICERD, 1965).

Existen dos tratados internacionales en los que se reconocen expresamente los derechos de salud de los migrantes irregulares, a saber, el *Convenio sobre las organizaciones de trabajadores rurales* de 1975 y el *Convenio sobre los trabajadores migratorios*¹ (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1990).

¹ La República Dominicana no es signataria de la ratificación de esta convención.

De igual manera, la *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias*, de 1990, otorga a todos los trabajadores migratorios y sus familiares, ya sean migrantes regulares o irregulares, el derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente.

Cabe también señalar que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al interpretar el derecho a la salud, indicó que los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud absteniéndose de denegar o limitar –por motivos económicos, físicos y culturales– el acceso igualitario de todas las personas, incluidos los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos (Consejo Económico y Social, 2002).

A fin de proteger los derechos de los niños y niñas migrantes, en fecha 23 de julio del 2014, el Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos emitió una resolución en la que solicita a los Gobiernos receptores que en sus políticas migratorias se contemple como objetivo principal el bienestar de las niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados, a partir de una perspectiva humanitaria y basada en el pleno respeto a sus derechos humanos (OEA, 23 de julio del 2014).

El artículo 3 de la Ley Nacional de Salud 42-01 establece el derecho a la salud de todos los dominicanos y los ciudadanos extranjeros de ambos sexos que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Asimismo, el principio de Universalidad de la Ley 87-01 plantea que el SDSS “deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica”.

“La voluntad que muestren los países para dar la bienvenida a los migrantes y la manera en que les traten servirán para medir su grado de compromiso con la igualdad y la dignidad humana; su preparación para adaptarse a los cambios asociados a la migración será un indicador de la medida en que están dispuestos a aceptar las obligaciones y oportunidades que conlleva la globalización, así como del concepto que tienen de la ciudadanía mundial; y la actitud que muestren hacia esta cuestión pondrá asimismo a prueba su conocimiento de las lecciones y obligaciones de la historia (Annan, 21 de noviembre del 2003).

1.3. Inmigración en la isla Española

Los dominicanos somos un crisol de pueblos y un producto de diferentes olas migratorias a través de nuestra historia y sobre todo en sus últimos 150 años de historia republicana.

A la llegada de los españoles la isla estaba casi enteramente poblada por los taínos, sin embargo los primeros pobladores pertenecían a grupos aborígenes procedentes de los ríos Orinoco en Venezuela y Tapajós en las Guayanas que se establecieron a través de cuatro oleadas migratorias, las primeras tres fueron de siboneyes, arahuacos, y taínos y la cuarta oleada fue de caribes, estos últimos se mezclaron con los taínos, dando lugar a los ciguayos (Cassá, 1985).

Los españoles y los franceses que por siglos se repartieron el control de la isla fomentaron la primeras olas de inmigración europea (Azcarte, 2010). Posteriormente, a partir de la segunda década del siglo XIX, durante la Ocupación Haitiana de la República Dominicana se promovió la migración de negros libertos procedentes de los Estados Unidos que se establecieron en las provincias de Puerto Plata y Samaná (Willmore, LXXIII).

A lo largo de nuestra vida republicana se sucedieron varias oleadas migratorias de españoles que llegaron como refugiados de la Guerra Civil; de judíos de Europa del Este; de japoneses que arribaron durante y finalizada la segunda Guerra Mundial; y, con el desarrollo de la industria azucarera en el siglo pasado, de inmigrantes procedentes de las islas del Caribe (llamados cocolos) (FUNGLODE, 2014). Más recientemente han llegado inmigrantes procedentes de China y Taiwán, así como otros inmigrantes europeos y latinoamericanos.

1.4. Inmigrantes procedentes de Haití

Apenas los españoles y franceses se dividieron el gobierno de la isla, se iniciaron las migraciones fronterizas. Sin embargo, no fue hasta el 1915 –con la primera invasión norteamericana a la isla– que se fomentó la migración del lado Oeste, donde había abundante mano de obra barata, al lado Este, donde había mucha tierra barata (Vázquez Frías, 2013).

La migración desde Haití ha sido una migración pacífica y trabajadora, pero cuantiosa, pues no ha encontrado ningún freno ni control, ya que fueron los dos Estados de la isla quienes estimularon ese éxodo mediante acuerdos para la contratación de jornaleros haitianos destinados a la industria azucarera que era controlada, en ese entonces, casi en su totalidad por el Gobierno dominicano.

Una vez derrocado el Gobierno dictatorial de Jean Claude Duvalier en el 1986, se interrumpieron los contratos de importación de braceros entre los dos Gobiernos, dando paso a la importación informal o al contrabando a través de agentes reclutadores, que contaban con el auspicio oficial o el de empresas privadas, aunque esta vez no se formalizaba ningún compromiso de retorno (Abreu et al., 2012).

Asimismo, para la transformación urbana de la ciudad de Santo Domingo, el Estado y los constructores privados contrataron mano de obra haitiana. Asimismo, migrantes de Haití arribaron a pueblos del interior que empleaban su mano de obra barata para el trabajo agrícola.

La economía dominicana es 7.5 veces más grande que la haitiana. El PIB per cápita de Haití es apenas el 13.4 % del dominicano. Aproximadamente el 78-80% de los haitianos vive en pobreza extrema (Banco Mundial, 2013). Según la *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana ENI-2012* (de aquí en adelante ENI-2012), antes de emigrar, los inmigrantes haitianos tenían una tasa de desocupación abierta de 40.5 %, lo que indica que el desempleo es un factor determinante de la migración.

La diferencia en los niveles salariales entre Haití y República Dominicana y la poca distancia a cubrir para emigrar, mantienen un continuo flujo migratorio a través de la frontera, como señala Aristry Escuder (2010). Una

vez en el país, los migrantes haitianos se integran rápidamente a las labores productivas en áreas rurales y urbanas, generalmente por medio de acuerdos verbales. El terremoto del 2010 motivó otra oleada de inmigrantes, esta vez con un perfil distinto ya que una proporción mayor de mujeres y niños llegaron durante ese periodo (ONE-UNFPA-UE, 2013).

En la última década se han multiplicado las manifestaciones de algunos sectores dominicanos que piden al Gobierno poner fin a lo que llaman una invasión pacífica de Haití a la República Dominicana, y acusan además a las grandes potencias de orquestar un plan para fusionar los dos países. Algunos políticos con orientación xenofóbica han reclamado la expulsión de los haitianos y sus descendientes, a quienes no consideran como dominicanos pese a que han nacido en el territorio nacional.

En respuesta a estas demandas, en el 2013, el Tribunal Constitucional de la República Dominicana emitió la sentencia TC/O168/13, que declaró como no dominicanos a todos los nacidos de padres extranjeros en tránsito, sin importar la fecha en que estos inmigrantes habían llegado y su tiempo de permanencia en el país (Tribunal Constitucional, 2013).

Como respuesta a esta polémica sentencia, considerada como violatoria a los tratados y convenios internacionales relativos a los derechos humanos por organizaciones nacionales e internacionales, fue emitido el decreto 169-14 (Presidencia de la República, Ley No. 169-14 de 2014 que establece un régimen especial para las personas nacidas en el territorio nacional inscritas irregularmente en el Registro Civil dominicano sobre naturalización, 2014) y sus reglamentos que regulan la permanencia de los extranjeros en el país y que dan facilidades para adquirir la nacionalidad a todos los hijos de inmigrantes llamados inscritos irregulares.

1.5. Salud y migración

La transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud no es un fenómeno nuevo. Desde hace siglos el comercio, la migración, las guerras y las conquistas han puesto en contacto a poblaciones de lugares apartados. Acciones de apariencia nimia que suceden en lugares distantes se manifiestan, literalmente, en el umbral de nuestros hogares (Frenk J., 2007).

La colonización de la Española en el siglo XVI ocasionó la introducción del sarampión y la viruela que contribuyeron al exterminio de los pueblos indígenas (Porter D., 1999). Esta situación obligó a la importación de esclavos de África Occidental, quienes a su vez trajeron consigo el paludismo y la fiebre amarilla. Por otro lado, la sífilis, cuyos orígenes algunos atribuyen a los indígenas nativos de esta isla, causó estragos en todo el mundo (Rothschild BM., 2005).

En octubre del 2010 la presencia de un puesto militar Nepalés al servicio de la Misión de Naciones Unidas para la estabilización de Haití (MINUSTAH) fue vinculada con la epidemia de cólera que causó la muerte de miles de personas en toda la isla, principalmente en Haití (Alejandro Cravioto, 2010); de igual manera, la posterior llegada del virus africano de Chikungunya en el 2014 –a cuya difusión contribuyó la importación de neumáticos usados del Japón que sirvieron de reservorios para la reproducción de mosquitos– provocó una epidemia en toda la isla que luego se extendió por todo el Caribe y Centro y Sudamérica (OPS, 2014).

Las enfermedades infecciosas bien sean virales, bacterianas o de otra índole no conocen fronteras, y, además, para lograr una mayor eficacia y efectividad en el manejo y la prevención de enfermedades infecciosas (como por ejemplo, la tuberculosis, la malaria y el VIH) se deben tratar de manera anónima y gratuita en los centros públicos de salud independientemente del estatus legal de los inmigrantes (Wheen F., 2000).

Por otro lado, no son solamente las personas y los microbios quienes viajan de un país a otro; también lo hacen las ideas y los estilos de vida. El choque cultural que suele acompañar al contacto inicial con un nuevo sistema sociocultural puede ser psicológicamente complejo y representa mucho más que la simple negación del acceso a los servicios sociales y de salud de la

localidad (Carballo M, 1996). Problemas del idioma, desempleo o trabajo no deseado; dificultades en los hábitos de trabajo; aislamiento social, nostalgia, problemas de la autoestima; pérdida de estatus social y profesional y otros factores semejantes, sumados a una vulnerabilidad biológica, pueden provocar que también la salud mental del emigrante se vea comprometida. A esto se puede agregar la estigmatización y la discriminación directa o implícita de los inmigrantes que no solo infringen los principios fundamentales de los derechos humanos, sino que pueden contribuir al mal estado de salud.

Un alto porcentaje de la población inmigrante son hombres jóvenes en edad económicamente activa que viajan solos, sin embargo, una vez establecidos, muchos traen a sus familiares más cercanos, quienes a su vez pasan a convertirse en grupos vulnerables y marginados de la población y que requieren atención prioritaria en el contexto de los servicios esenciales de salud.

La inadaptación a su entorno y a la cultura del país receptor constituye el principal problema psicosocial encontrado sobre todo en las mujeres, quienes además sufren desórdenes mentales asociados a la migración (estrés y depresión) y cuya desadaptación puede derivar en adicciones y promiscuidad (IASFM, 1994). Este cuadro se complica aún más ya que muchos inmigrantes simplemente no pueden comunicarse con los dispensadores de atención médica de forma satisfactoria. Mientras la tuberculosis y el SIDA son tratados en la mayoría de los casos en forma gratuita, la prestación de servicios para los migrantes irregulares en caso de problemas de salud mental –en los que el beneficio para la población general no resulta evidente de inmediato– es escasa o inexistente.

Desde la década de los 90 se ha incrementado el flujo de niños y adolescentes inmigrantes haitianos no acompañados que son víctimas del tráfico de menores y que son explotados por adultos quienes los obligan a mendigar en las principales calles y avenidas de las grandes urbes, principalmente en Santo Domingo y Santiago. Esta tipología de inmigrantes es además víctima potencial de violencia y abusos sexuales (Save the Children, 2003).

En informaciones que recogen los periódicos de circulación nacional se informa que miles de haitianos cruzan al territorio dominicano cada año en busca de asistencia médica en los hospitales de las zonas fronterizas, en particular embarazadas que llegan sin ningún tipo de control prenatal.

Se dice que las mujeres parturientas haitianas que asisten a estos establecimientos de salud en la frontera sobrepasan en más de 80% a las dominicanas (Pérez, 2014) y que lo hacen debido a que los hospitales haitianos no disponen del personal, los equipos o los insumos para los procedimientos quirúrgicos. Además, los hospitales en Haití cobran todos los servicios, en cambio, en ocasiones el servicio es totalmente gratuito en el lado dominicano.

En un estudio bien documentado sobre la reducción de la transmisión vertical del VIH en las embarazadas haitianas que acuden a los hospitales de la frontera se da suficiente evidencia sobre el compromiso del Sistema Sanitario Nacional con la prestación de servicios a inmigrantes haitianos de ambos sexos; además, dicho estudio establece que esta población está siendo atendida en los servicios de salud, en especial en lo relativo a la “Estrategia de eliminación de la transmisión vertical” (De la Rosa, 2012).

A fin de reducir la carga económica que representan los gastos en salud de la población de origen extranjero, el Presidente de la República solicitó la construcción de dos hospitales en la frontera dominico-haitiana, petición que fue aprobado por la Comunidad Económica Europea (León, 2014). A la fecha se debate sobre el lado en el que serán construidos, quién se encargará de su gerencia, cuál será el financiamiento para su operatividad y la procedencia de los recursos humanos.

El derecho a la salud requiere que los establecimientos, bienes y servicios médicos estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados. Empero, por diversas razones, los trabajadores inmigrantes pueden tener menos oportunidades de solicitar tiempo libre para recibir atención médica durante el día. De hecho, muchos necesitan realizar dos o más trabajos con el fin de sobrevivir económicamente, por lo cual ni siquiera pueden acceder a esos servicios en horario de la tarde. Al mismo tiempo, es frecuente que vivan y trabajen en zonas apartadas de las ciudades o en zonas agrícolas en las que los servicios médicos no son muy accesibles físicamente (Guasasco C., 2002).

La vivienda es un indicador de la calidad de vida de las personas ya que las condiciones de la misma o el hacinamiento, en el caso de los migrantes y en particular de los indocumentados, suele ser una cuestión problemática. La mayoría de los migrantes no solo llegan con poco dinero sino que, en

muchos casos, su situación de temporalidad no les permite “invertir” en viviendas de buena calidad (Brown, 2008).

El portador principal de enfermedades gastrointestinales en una población humana son las heces contaminadas. En la sociedad las personas que no tienen acceso al agua potable o a medidas apropiadas para el desecho de aguas negras están a mayor riesgo de enfermar. Vemos que muchos inmigrantes no tienen esta necesidad básica resuelta, lo que contribuye a la diseminación de enfermedades gastrointestinales como el cólera.

Para muchos dominicanos e inmigrantes procedentes de Haití la falta de educación y comunicación en salud conduce a interpretaciones erróneas: la enfermedad es interpretada bajo una concepción mágica religiosa en base a la cual un mal, a petición de alguien, es transferido por un espíritu a las personas, razón por la cual muchos antes de acudir al médico visitan al curandero que sabe tratar esos males (De Moya y Capellán, 1992).

La pertenencia a un grupo socioeconómico también contribuye a determinar la frecuencia y el tipo de enfermedad, el lugar al que la gente asiste y la forma de pago. Por lo regular son los que están en la escala más baja, los más desposeídos, los que asisten a los servicios gratuitos que ofrecen los programas de salud pública. Un factor que puede disuadir a los migrantes irregulares a la hora de solicitar atención y tratamiento es el temor a que las personas que prestan los servicios médicos estén vinculadas a las autoridades de inmigración.

1.6. Sistema de salud en la República Dominicana

El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública (Rathe, M. y Moline, A., 2011).

El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud.

El MSP recibe fondos de origen fiscal que son los que financian su red de prestadores que atienden a la población pobre que todavía no ha sido asegurada por el sistema. En agosto del 2013 fue desmontada la cuota de recuperación que la población tenía que pagar aun recibiendo los servicios en los hospitales públicos (Portal Presidencia de la Presidencia, 2013).

Los fondos de la seguridad social provienen del Gobierno dominicano –un monto per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como empleador– y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un monto per cápita determinado.

Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud. La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Con el fin de otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el régimen subsidiado, la ARS también paga a proveedores privados sin fines de lucro.

El SENASA también afilia a una parte de los empleados del Gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas solo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de su propio bolsillo en efectivo.

Dentro del sistema de atención en salud, el país dispuso en el año 2012 de 1,756 establecimientos de salud, de los cuales 165 son hospitales, 38 son hospitales provinciales y 126 hospitales municipales. Hay un total de 1,591 otros establecimientos, de los cuales 906 son clínicas rurales (ONE, Estadísticas vitales, 2012)

En el año 2012, el gasto en salud del sector público ascendió a un monto de RD\$63,881.96 millones, equivalente a US\$1,584.02 millones, y el monto per cápita fue de RD\$6,303.04 equivalente a US\$156.29 (MSP, 2013).

Aquellos que reclaman no ofrecer servicios de atención gratuita a los inmigrantes indocumentados lo hacen bajo la falsa premisa de que los mismos son los principales responsables de la precaria situación del servicio hospitalario, que a los contribuyentes les sale muy caro pagar por esos servicios de salud y que excluirles de las prestaciones sociales serviría para disuadir a futuros migrantes irregulares o indocumentados de entrar al país (Human Watch, 2002).

Al 31 de diciembre del año 2012, la población afiliada al Seguro Familiar de Salud fue de 5,023,703 millones de personas, en términos absolutos, aumentó en 488,857 personas. La cobertura de la población afiliada al 31 de diciembre del 2012, en relación al total general de la población del país, representó el 49.6%, de los cuales el 23.9% son varones y el 25.7% mujeres.

La contratación de migrantes en situación irregular por parte de la empresa privada y en ocasiones por el mismo Estado no obliga ni supervisa a la provisión de seguros de salud ni cobertura sanitaria porque de esta forma la fuerza de trabajo resulta más barata que la contratación de nacionales, que exigen seguro médico y otras prestaciones laborales.

1.7. VIH - SIDA

Desde el inicio de la epidemia de VIH en la década del 80, la epidemia y las medidas de prevención y control en la República Dominicana han estado relacionadas a las medidas que son tomadas en los países con los que tenemos mayor intercambio migratorio, como son Haití y los Estados Unidos. Haití es el país que tiene las tasas de infección más alta en toda la región de las Américas (ONUSIDA, 2012).

Los resultados de la Segunda Encuesta de Vigilancia de Comportamiento con Vinculación Serológica (EVCVS), realizada en el 2012 en la República

Dominicana, indican que la prevalencia de VIH se mantiene estable en las poblaciones estudiadas. Es una epidemia concentrada por ser superior a un 5% en grupos de poblaciones vulnerables (CONAVIHSIDA, 2012).

Para el año 2013 se estima que 44,000 dominicanos y dominicanas viven con VIH. Los hombres que tienen sexo con hombres presentan una prevalencia de VIH de 6.1% y las trabajadoras sexuales presentan una tasa de prevalencia de VIH de 4.8%. La prevalencia del VIH en mujeres entre 20-24 años de edad es tres veces la de aquellas entre 15-19 años. En tanto que el 95% de los adolescentes y el 88% de las adolescentes no se han hecho la prueba de VIH en los últimos doce meses (UNFPA, 2013).

Otro grupo poblacional de interés para la respuesta a la epidemia de VIH son los residentes de los bateyes: comunidades en donde residen trabajadores de los ingenios azucareros, entre los que se encuentran inmigrantes recientes de Haití que buscan trabajo estacional en la República Dominicana. La prevalencia de VIH en esta población fue de 3.2%, según la ENDESA Especial del 2007.

Las provincias fronterizas de ambos países, por su contexto de suma pobreza, son muy afectadas por la presencia del VIH-SIDA y otras enfermedades como la tuberculosis, la malaria y las infecciones de transmisión sexual. De acuerdo con la Dirección General Control ITS y SIDA (DIGE-CITSS) persisten escenarios de epidemia generalizada en la población de seis provincias (Valverde, Monte Cristi, Dajabón, Santiago Rodríguez, Elías Piña y La Vega), según informaciones disponibles a la fecha. Cinco de las provincias con escenario de epidemia generalizada, se encuentran ubicadas en la línea fronteriza donde existe una alta movilidad de población, dada por el intercambio comercial binacional, la migración haitiana y los cuerpos de seguridad del Estado para protección de los puntos de entrada (DIGE-CITSS, 2014).

2. DATOS Y MÉTODOS

2.1. Metodología

Este estudio se basa en los datos provenientes de la *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana ENI-2012*, que recopiló datos sobre los inmigrantes y los nacidos en la República Dominicana hijos de inmigrantes. En nuestro caso particular también se utilizaron otras fuentes como el *Reporte de morbimortalidad 2012* del MSP y la base de datos de “Atención integral” del DIGECITSS.

La ENI-2012 fue ejecutada por la Oficina Nacional de Estadística de la República Dominicana entre el 31 de julio y el 30 de septiembre de 2012. Sus resultados permiten conocer una serie de aspectos relevantes sobre los inmigrantes y sus descendientes tales como: el volumen de la población inmigrante y el de sus descendientes nacidos en República Dominicana; sus características sociodemográficas y educativas; enfermedades y acceso a los servicios de salud; y las características de sus hogares, familias y viviendas.

La muestra efectiva cubrió 68,146 viviendas y lugares habitados (mediante el Cuestionario 1 básico de hogar y/o lugar habitado). Se realizaron 13,449 entrevistas a inmigrantes y 6,997 descendientes de inmigrantes con entrevistas completas mediante los Cuestionarios Individuales 2 y 3 realizados a inmigrantes y nativos descendientes de inmigrantes para un total de 20,446 entrevistas completas.

La ENI-2012 es una encuesta probabilística de una etapa de muestreo de alcance nacional. La muestra fue diseñada utilizando un muestreo aleatorio estratificado de conglomerados compactos (completos) en una sola etapa. Los conglomerados fueron escogidos en cada estrato con probabilidad proporcional al número de viviendas ocupadas, usando un arranque aleatorio y una selección sistemática.

Hay varios aspectos metodológicos novedosos que conviene destacar ya que ellos permitieron una correcta captación de los inmigrantes. En primer lugar, la consideración de todos los lugares habitados, ya sean viviendas con-

vencionales o no, a efectos de captar de modo adecuado a la población inmigrante, dado que se conocía que parte de los nacidos en Haití podrían vivir en obras en construcción u otro tipo de espacio tradicionalmente no considerado como vivienda. En segundo lugar, se empleó una metodología especial orientada a que la mayoría de los inmigrantes respondieran a la encuesta.

Por lo general, como se señala en el *Informe general* de la ENI-2012 (ONE-UNFPA-UE, 2013), cuando se realizan encuestas de este tipo en contextos con una alta proporción de inmigrantes indocumentados y donde prevalece un ambiente de controversia sobre los mismos –como es el caso de República Dominicana– se corre el riesgo de que una parte de los inmigrantes eluda ser entrevistada, rechace la situación de entrevista o, al efectuarla, tienda a falsear algunas informaciones. Ante este escenario se diseñó e implementó una estrategia con el objetivo de generar confianza entre la población de origen extranjero, difundir información sobre la encuesta y formar redes sociales de apoyo para la realización de la misma. También se incorporaron intérpretes en los equipos de entrevistadores, quienes junto con el apoyo de los enlaces comunitarios contribuyeron a facilitar las entrevistas y a reducir al mínimo el rechazo de las personas a ser encuestadas. La tarea previa de organización del trabajo de campo se realizó durante seis meses y logró contar con el apoyo de más de 180 organizaciones comunitarias.

El presente estudio se centra en la comparación de cuatro grupos de población inmigrante: nacidos en Haití, nacidos en otros países, hijos de inmigrantes de Haití e hijos de inmigrantes de otros países

Se utilizaron variables relativas tanto referidas al momento de la migración como a la situación actual, y en el tratamiento de todas las variables se buscaron similitudes y diferencias por región dentro de la República Dominicana. De igual manera, en este estudio se ponen en contexto los conocimientos sobre el VIH recogidos en reportes oficiales y otras encuestas realizadas durante en el año 2012.

2.2. Construcción de las variables

Todas las variables en este estudio (anexo 1) se utilizaron bajo el mismo método y definición dados por la ENI-2012; solo en algunos casos se integraron (consolidaron) algunas categorías de las mismas.

En base a las variables de la ENI-2012 se construyeron dos nuevas variables

a. Grupo socioeconómico

La variable nivel socioeconómico es una variable que fue construida en base a las respuestas a diferentes variables que se pidieron en la encuesta ENI-2012. Su evaluación estuvo sujeta a la respuesta dada dentro de las variables del cuestionario como: tipo de servicio sanitario, artículos que tienen en su hogar (carro, nevera, estufa, lavadora, televisor y teléfono celular); y abastecimiento de agua y material predominante de construcción de la vivienda (techo, pisos y paredes).

b. Regiones de salud

Se agruparon en cada región de salud las provincias que comprende cada una de ellas.

2.3. Definición de la población de estudio

Inmigrantes: de acuerdo a lo señalado, la población inmigrante objeto de la encuesta ENI-2012 estuvo constituida por todas aquellas personas que nacieron en otro país y que residen habitualmente en la República Dominicana, independientemente de su estado migratorio.

Pueden ser: inmigrantes nacidos en Haití o inmigrantes nacidos otros países distintos de Haití.

Descendientes de inmigrantes: toda persona nacida en la República Dominicana hijo de uno o ambos padres nacidos en el extranjero.

Pueden ser: nacidos en la República Dominicana de padres haitianos o nacidos en la República Dominicana de padres de otros países.

Población de origen haitiano: corresponde a los inmigrantes nacidos en Haití y los nacidos en la República Dominicana de padres haitianos.

Población de origen extranjero: corresponde a toda la población de inmigrantes y los nacidos en la República Dominicana de uno o ambos padres nacidos en el extranjero.

2.4. Procedimientos y análisis

- Se analizaron las tablas corridas con los análisis estadísticos realizados en la encuesta ENI-2012 para determinar el perfil de la población migrante relacionado con situación salud-enfermedad, acceso a servicios de salud; seguro de salud y forma de pago.
- Se crearon nuevas variables a partir de las existentes.
- Se hizo un análisis multivariado, de correlaciones y regresiones en búsqueda de relaciones causales y factores explicativos
- Se revisó y analizó la base de datos de VIH -SIDA del Sistema de Atención Integral (SAI) de la DIGECITSS para identificar variables de interés y la consistencia de estas variables.
- Se contrastaron los hallazgos con informes nacionales sobre situación de salud, VIH y factores de riesgo contenidos en otros estudios, ya sean de vigilancia de comportamiento, vigilancia centinela de ITS y VIH, reportes de morbilidad y mortalidad del Ministerio de Salud, entre otros.

2.5. Uso de proporciones como medidas de riesgo

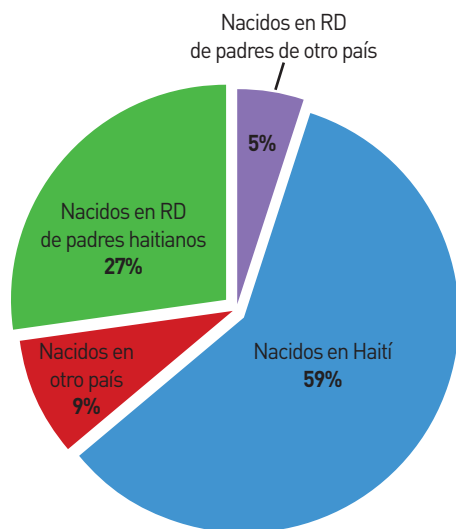
En algunos cuadros apelamos al uso de proporciones como indicadores de riesgo ya que mientras más alta la proporción mayor es la probabilidad de riesgo. Para su cálculo dividimos la ocurrencia de un hecho entre el total de posibilidades que ese hecho ocurra y lo multiplicamos por cien.

3. PERFIL DE LOS INMIGRANTES

De acuerdo a los resultados de la ENI-2012 el total de inmigrantes alcanza el volumen de 524,632 personas, es decir, el 5.4% del total de la población del país. De ese total 458,233 personas nacieron en Haití, representando el 87.3% de la población de inmigrantes, mientras que 66,399 personas, el 12.7% del total, son originarias de otros países, lo que revela el elevado predominio de los inmigrantes haitianos en el total de los inmigrantes radicados en el país.

La población de origen haitiano constituye el 6.9% de la población de República Dominicana. La agregación de todos los inmigrantes y los descendientes de inmigrantes constituye la población de origen extranjero. La magnitud de dicha población se sitúa en 768,783 personas, representando el 7.9% de la población total del país. 458,233 personas nacieron en Haití y 208,423 son hijos de uno o dos padres nacidos en Haití.

Gráfico 1.
Distribución de la población de origen extranjero



Fuente: ENI-2012.

Del total de personas de origen extranjero en el país, un 59% son inmigrantes nacidos en Haití y un 9% son inmigrantes nacidos en otros países distintos a Haití, un 27% son nacidos en la República Dominicana (RD) de padres haitianos y un 5% nacidos en la República Dominicana de padres de otros países (se entiende diversos de Haití).

Cuadro 1.
Distribución porcentual de la población de origen extranjero según variables sociales

Variables de estudio	Inmigrantes		Nacidos en RD de padres de	
	Haití	Otros países	Haití	Otros países
Edad				
0-9	5.7	16.8	52.8	33.9
10 a 29	54.5	29.3	33.8	24.4
30-64	37.6	43.2	12.0	25.4
65 y más	2.2	10.7	1.4	16.4
Sexo				
Hombre	65.0	58	53.4	52.0
Mujer	35.0	42	46.6	48.0
Número hijos				
Ninguno	41.6	49.3	57.3	39.1
Uno	19.2	17.1	13.4	15.3
2 a 5	34.5	33.1	24.6	36.0
6 y más	4.7	0.6	4.7	9.7
Sabe leer y escribir				
Sí	72.4	99.5	86.3	96.3
No	27.4	0.5	13.4	3.7
Conocimiento del español				
Muy bien	9.6	62.5	63.0	88.3
Bien	25.9	17.1	28.9	10.4
Regular	38.6	12.6	6.9	0.9
Poco o nada	25.7	7.1	1.0	0
Abastecimiento de agua				
Acueducto	84.6	93.5	82.7	94.2
Manantial, río o arroyo	11.2	4.7	8.5	3.8
Otros	4.2	1.8	8.8	2.0
Servicio sanitario				
Uso exclusivo	33.7	95.6	44.5	90.7
Compartido	53.3	3.2	43.2	6.5
No tiene	12.1	0.2	11.6	1.3

Fuente: ENI-2012.

De acuerdo con el cuadro 1, entre los inmigrantes nacidos en Haití la población de 10 a 29 años es más de la mitad (54.5%), solo el 5.7% son menores de 9 años y un 2.2% son mayores de 65 años, lo que indica que estamos frente a una población joven, socioeconómicamente activa. Por otro lado un 52.8 % de los nacidos en la República Dominicana de padres haitianos son menores de 9 años.

Los inmigrantes de otros países mayores de 65 años constituyen el 10.7%, mientras que un 16% de los hijos de inmigrantes de otros países pertenecen a ese grupo de edad. Este porcentaje dentro de un número pequeño de personas tiende a distorsionar los resultados en este grupo de población con errores de muestreo.

De acuerdo al sexo se destaca que entre todas las categorías de población de origen extranjero hay una mayor proporción de hombres. Entre los inmigrantes haitianos este porcentaje es de 65.0%, es decir, hay una relación de 1.8 hombres por cada mujer. Entre los inmigrantes nacidos en otros países hay un 58% de hombres. Entre los nacidos en el país hijos de inmigrantes haitianos, también hay una ligera desproporción entre la relación de masculinidad 1:1.5 En la población inmigrante haitiana siempre hay una predominancia del sexo masculino, aunque en los últimos años hay un aumento en la proporción de mujeres, las mismas que se emplean como domésticas o vendedoras ambulantes.

El 44.7% de los personas de origen extranjero no tiene hijos vivos y entre los de origen haitianos hay un 4.7% que tiene más de 6 hijos. El tamaño promedio de los hogares es de 3.3 personas para el total de hogares del país, en cambio, los hogares con miembros nacidos en Haití presentan un promedio de 2.3 personas y los hogares con miembros nacidos en otros países uno de 2.7 personas.

El 64.1% del total de los hogares del país está dirigido por hombres. En los hogares conformados por personas nacidas en Haití se tiene que el 83.1% de los hogares está dirigido por hombres. De igual manera, una más alta proporción de jefatura masculina se presenta también en los hogares con inmigrantes nacidos en otros países (77.9%).

En lo que respecta a la educación el 27.4% de la población de cinco años y más nacida en Haití reportó no saber leer ni escribir, proporción que es mayor en la zona rural (40.7%) respecto a la zona urbana (21.7%). El 13.4% de los nacidos en el país de padres haitianos y mayores de 5 años no sabe leer ni escribir. El 62% de los nacidos en Haití y que fueron a la escuela alcanzó el nivel básico. Un 8% llegó al nivel universitario, situación contraria a la de los inmigrantes nacidos en otros países donde un alto 52.5% arribó a ese nivel.

De acuerdo a la Oficina Nacional de Estadística (ONE), citando datos del Censo de Población y Vivienda 2010, en la República Dominicana hay un 13% de la población que no sabe leer ni escribir, cifra que es el doble para los nacidos en Haití. Para esta categoría ocurren variaciones considerables entre provincias, alcanzando 36.5% en Pedernales y 8.8% en Santo Domingo.

De acuerdo a las afirmaciones del director de Programas Especiales del Ministerio de la Presidencia y Coordinador del Equipo Técnico de la Junta Nacional de Alfabetización (Marte, 2014), a un año de iniciar un intenso plan de alfabetización, la República Dominicana logró bajar su tasa de analfabetismo a un 7%.

El 25.7% de los inmigrantes haitianos habla poco o nada de español y el análisis por residencia, muestra que en la zona rural el 46.9% de la población femenina dice que habla nada o poco de español. Las mujeres que trabajan en el hogar, sobre todo las que viven en los bateyes, tienen menos oportunidad de interactuar con dominicanos y les toma más tiempo aprender el idioma, situación contraria a las que trabajan como domésticas o vendedoras en la calle.

Un 40.2% de los inmigrantes de Haití tiene dos años o menos residiendo en el país. De acuerdo a los datos del período de llegada a la República Dominicana, se tiene que el 38.6% de los inmigrantes llegó recientemente entre el 2010 y el 2012. Es probable que se trate de gente que emigró al país, después del terremoto en Haití

El 4% de los inmigrantes de origen haitiano vive en viviendas con piso de tierra, porcentaje que en la zona rural aumenta hasta un 25%. Muchos de los encuestados nacidos en Haití en los grandes centros urbanos viven en casas vacías o en construcción, pero con pisos de otros materiales.

A nivel nacional casi la mitad (42.5%) de los inmigrantes de Haití y el 24.3% de los descendientes de inmigrantes de Haití emplean leña o carbón para cocinar. El 11.2% de los inmigrantes haitianos se abastece de agua de manantiales, ríos y arroyos. En el caso de los inmigrantes de Haití y descendientes de inmigrantes de Haití de la zona rural los porcentajes que consiguen su agua en manantiales, ríos, arroyos, lluvia y pozos son del 29.03% y 27.06% respectivamente.

Cuadro 2.
Distribución porcentual de la población de origen extranjero
según variables demográficas y económicas

Variables de estudio	Inmigrantes		Nacidos en RD de padres de	
	Haití	Otros países	Haití	Otros países
Residencia				
Urbana	65.1	89.6	66.8	90.2
Rural	34.9	10.4	33.2	9.8
Tres grandes dominios de residencia				
Alta concentración urbana	42.4	53.5	38.8	57.9
Resto urbano	24.1	35.0	28.3	31.6
Zona rural	33.5	11.5	32.8	10.4
Grandes regiones				
Gran Santo Domingo	33.6	46.7	37.4	49.3
Cibao o Norte	39.5	31.3	22.5	29.4
Sur	13.2	8.1	16.3	6.8
Este	13.7	14.0	23.8	14.4
Provincias				
Frontera	9.9	2.6	8.6	0.8
No frontera	90.1	97.4	91.4	99.2
Rama de ocupación				
Agricultura, ganadería	35.7	2.8	19.0	4.0
Industrias manufactureras	3.8	10.5	8.6	18.3
Construcción	25.9	3.8	15.0	4.0
Comercio	16.5	19.6	23.4	22.7
Otros servicios	18.1	63.4	33.9	50.9
Tipo de contrato				
Por escrito	12.0	54.9	22.1	64.9
Verbal	79.3	31.4	67.9	26.7
Otro tipo	1.6	4.7	2.9	0.7
Grupo socioeconómico				
Muy bajo	59.6	26.9	61.6	32.1
Bajo/medio bajo	33.1	8.3	28.8	17.7
Medio	6.4	27.8	7.7	23.0
Medio alto	1.0	37.0	1.9	27.3

Fuente: ENI-2012.

La mayoría de los inmigrantes (68.2%) residen en la zona urbana, aunque en proporción menor que la población nativa del país (74.5%). En el cuadro 2 se observa que el porcentaje de población que reside en la zona urbana es más elevado entre los inmigrantes nacidos en otros países (89.6%) que entre

los inmigrantes haitianos (65.1%). Hasta la década de los 90 la mayoría de los inmigrantes haitianos residían en los bateyes, pero con el auge de la construcción una gran mayoría ha emigrado hacia las grandes ciudades.

La mayor parte de los inmigrantes y sus descendientes viven en las zonas urbanas de Santo Domingo y Santiago. Uno de cada tres inmigrantes haitianos (33.5%) vive en la zona rural. En la zona rural los inmigrantes realizan básicamente labores agrícolas como el corte de la caña y también en los cultivos de arroz, café y cacao.

Del total de población nacida en Haití, el mayor porcentaje reside en la zona del Cibao (39.6%); le sigue Santo Domingo con un 33.6%, luego el Este con un 13.7% y finalmente el Sur con un 13.2%. En la zona Norte o Cibao se encuentran las provincias de Santiago y Valverde que albergan gran cantidad de inmigrantes de Haití, y ciudades como Esperanza –inicialmente un batey– se han convertido en lugares en los que pernoctan la mayoría de los inmigrantes indocumentados que entran por la frontera Norte.

Hay una mayor proporción de inmigrantes de otros países (46%) que viven en el Gran Santo Domingo, mientras que una menor proporción de este grupo vive en la región Sur (8.1%).

Conforme a los resultados de la encuesta durante los siete días anteriores a las entrevistas estaban ocupados el 62.3% de los inmigrantes haitianos y el 47.1% de los inmigrantes procedentes de otros países. Entre las personas que refieren haber hecho un trabajo en los últimos siete días, destaca que solo el 12.0% de los inmigrantes haitianos y el 22.2% de los nacidos en el país descendientes de inmigrantes haitianos señalaron disponer de un contrato de trabajo por escrito, lo que indica la informalidad del trabajo de las personas de origen haitiano en las relaciones contractuales.

Los inmigrantes haitianos se concentran en términos ocupacionales en cuatro ramas de actividad: el sector agropecuario (35.7%), la construcción (25.9%), el comercio (16.5%) y los otros servicios (18.1%). Conforme a los resultados de la encuesta ENI-2012, el 1.5% de los inmigrantes haitianos empleados desempeñaba ocupaciones de gerencia y de nivel profesional y técnico; el 18.2% trabajaba en servicios, venta y labores administrativas; un 12.8% se dedicaba a tareas agrícolas y agropecuarias calificadas; un 26.9%

estaba integrado por trabajadores calificados como oficiales, operarios, artesanos y operadores de instalaciones y máquinas; y un 42.1% realizaba ocupaciones elementales.

Respecto a la distribución de los grupos socioeconómicos, en el estrato socioeconómico muy bajo se encuentra el 59.7% de los nacidos en Haití y el 61% de los nacidos en el país de padres haitianos. Solo el 1% de los nacidos en Haití entra en la categoría medio alto y alto. Entre los inmigrantes de otros países un 26.9% entra en los grupos muy bajos, en tanto que un 37% en los grupos medio alto, alto. Si consideramos la República Dominicana como una comunidad única, donde conviven diferentes grupos de población, tenemos que admitir que hay grandes desigualdades que sitúan a la gran mayoría de la población nacida en Haití en condición de extrema pobreza. En el estudio de distribución de los grupos socioeconómicos según provincias publicado por la ONE en el 2009, la distribución de la población dominicana por grupos socioeconómicos era:

Muy bajo	10.9%
Bajo	28.6%
Medio-bajo	25.8%
Medio	21.2%
Medio alto-alto	13.3%

Según otro estudio (Gain Report, 2008) del Gobierno de los Estados Unidos en el 2008, en la República Dominicana la población se divide en los siguientes grupos socioeconómicos:

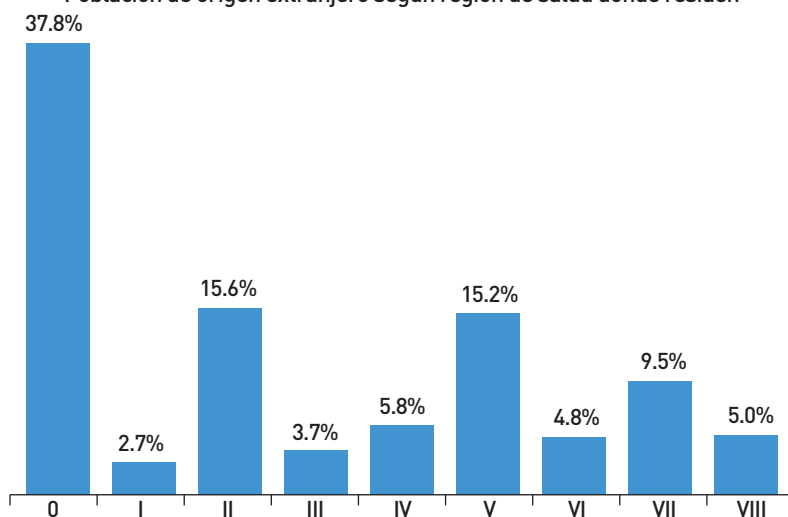
Muy bajo	10%
Bajo	47%
Medio-bajo	20%
Medio-alto	17%
Alto	6%

De acuerdo con la misma publicación, la República Dominicana es el país antillano con el mayor número de personas en los sectores alto, medio-alto y medio-bajo. Y el segundo país con la mayor cantidad de personas en los sectores bajo y muy bajo. El país antillano con más personas en este último nivel es Haití.

Por otra parte, según la ENI-2012, de acuerdo a las categorías de ocupación, los ingresos promedio por mes de los trabajadores asalariados se sitúan en RD\$8,962.8 para los inmigrantes haitianos y en RD\$ 11,348.5 para los descendientes de inmigrantes. Los ingresos promedio más elevados de los inmigrantes haitianos y los descendientes de inmigrantes corresponden a los empleadores y patrones, RD\$37,924.1 y RD\$22,937.6 respectivamente, seguidos por los trabajadores por cuenta propia, RD\$12,227.0 y RD\$16,133.6, en ese orden.

Gráfico 2.

Población de origen extranjero según región de salud donde residen



Fuente: ENI-2012.

De acuerdo al gráfico 2, las regiones de salud donde reside el mayor número de población de origen extranjero son la región O (que incluye al gran Santo Domingo); la II que comprende las provincias de Santiago, Puerto Plata y Espaillat; la región V con las provincias de San Pedro, La Altagracia, La Romana, El Seybo y Hato Mayor, y finalmente la región VII con las provincias Valverde, Santiago Rodríguez Montecristi y Dajabón.

De las provincias citadas las que tienen mayor porcentaje de población de origen extranjero en relación al total de sus poblaciones son Montecristi

con un 18.9% y Valverde con un 17.9%. En la región de salud 0 se encuentra el mayor porcentaje de personas de origen extranjero, 37.8%, seguido por las regiones II y V con 15.0 y 15.2%. En la región VII aparece un 9.5%, en tanto que en la región I solo reside un 2.7% de la población de origen extranjero.

4. PROBLEMAS DE SALUD Y ACCIDENTES DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO

La salud es una condición básica para la vida, un derecho humano y uno de los motores del desarrollo económico y social. La encuesta indagó si en los doce meses anteriores el entrevistado estuvo enfermo o tuvo algún accidente o ambas cosas, además que si la persona padecía una enfermedad crónica.

Cuadro 3.
Problemas de salud y accidentes durante los últimos doce meses en la población de origen extranjero

Problemas de salud	Total	%
Total	768,783	100.0
Estuvo enfermo	232,793	30.3
Tuvo un accidente de trabajo	2,294	.30
Tuvo otro tipo de accidente	3,380	.44
Estuvo enfermo y tuvo un accidente	1,868	.24
Padece una enfermedad crónica	2,167	.28
No estuvo enfermo ni tuvo un accidente	518,242	67.41
Sin información	8,038	1.05

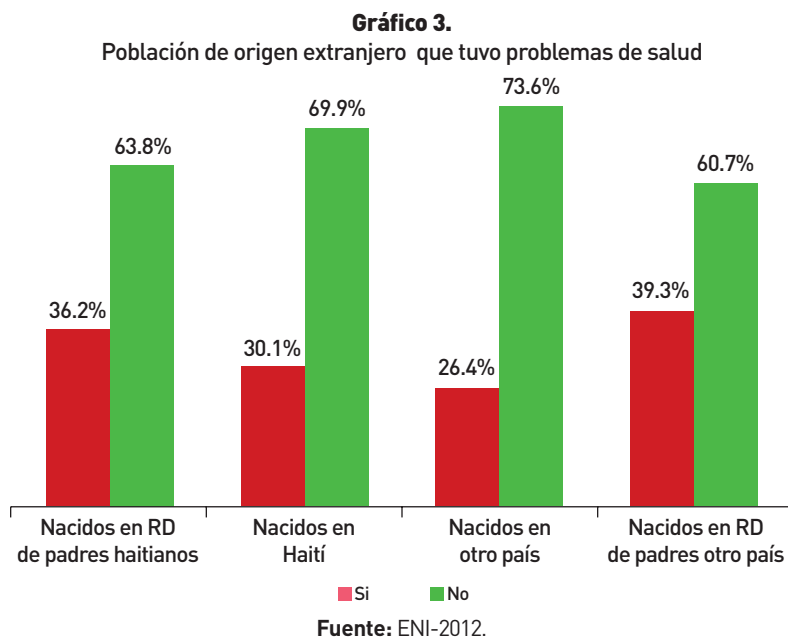
Fuente: ENI-2012.

Un estimado de 232,793, es decir el 30.3% o casi una tercera parte de la población de origen extranjero, estuvo enferma y un porcentaje menor tuvo un accidente de trabajo en el periodo de referencia. Se estima en 3,380 el número de personas que estuvieron enfermas y además sufrieron un accidente de trabajo.

De acuerdo a los resultados de la encuesta ENDESA 2007, el 23% de los residentes habituales de los hogares entrevistados de la población general, tuvieron alguna enfermedad o problema de salud, sin internamiento, pero solo en los 30 días previos a la encuesta. En cambio en la ENI-2012 el periodo de observación es de un año.

Un estimado de 2,294 personas (0.2%) reportaron haber tenido un accidente de trabajo y unas 2,167 reportaron tener una enfermedad crónica, cifra muy inferior al 15% que reportó ENDESA 2007 en la población general. Esto se puede deber a que la población de inmigrantes son jóvenes y pocos reportan enfermedades crónicas, mientras algunos otros no las tienen diagnosticadas.

Los nacidos en Haití y sus descendientes fueron los únicos que reportaron accidentes de trabajo, lo que sugiere que son ellos los que realizan los trabajos más riesgosos.



La proporción de las personas que enfermaron no es muy diferente en todas las categorías. El 39.3% del grupo de hijos de inmigrantes de otros países reportó haber tenido algún problema de salud en los últimos doce meses, seguido por el 36.2% de los hijos de haitianos y el 30.1% de los nacidos en Haití; el grupo de nacidos en otros países fue el grupo con menos porcentaje de problemas de salud o accidentes (26.4%).

El porcentaje más elevado de problemas de salud en el grupo de nacidos en la República Dominicana de padres de otros países puede explicarse, entre otras cosas, a que es un grupo pequeño con un alto porcentaje de personas mayores de 65 años (18%) y se puede asumir que, en parte, se trata de los hijos de inmigrantes de otras islas del Caribe (cocolos), muchos de los cuales están en los grupos socioeconómicos muy bajos o bajos. El porcentaje alto en el grupo de nacidos en el país de padres haitianos podría deberse a que se trata de un grupo muy joven (más del 50% tiene menos de 10 años).

Cuadro 4.
 Proporción de la población de origen extranjero que tuvo un problema de salud en los últimos 12 meses, según variables sociales

Variables de estudio	Inmigrantes		Nacidos en la RD de padres haitianos
	Haití	Otros países	
Edad			
0-9	37.3	37.8	39.9
10 a 29	26.4	19.0	28.7
30-64	32.5	21.0	34.3
65 y más	50.3	46.8	61.0
Sexo			
Hombre	26.2	22.0	34.0
Mujer	36.7	31.5	37.7
Número hijos			
Ninguno	24.2	19.7	26.0
Uno	29.0	25.1	39.9
2 a 5	34.0	27.9	32.4
6 y más	43.8	64.3	61.1
Sabe leer y escribir			
Sí	28.1	23.6	30.1
No	33.1	32.0	37.0
Conocimiento español			
Muy bien	26.0	22.8	25.8
Bien	27.5	27.9	42.1
Regular	31.1	26.1	31.2
Poco o nada	30.1	18.0	32.9
Piso de la vivienda			
Mármol, cerámica o cemento	36.3	24.8	27.2
Tierra	42.6	0.0	55.4
Abastecimiento de agua			
Acueducto	27.6	24.4	30.2
Manantial, río o arroyo	26.0	25.9	30.8
Servicio sanitario			
Sí	27.6	24.3	32.9
No	29.2	0.0	29.6

Fuente: ENI-2012.

En el cuadro 4 se presenta el porcentaje de personas con problemas de salud de la población de origen extranjero. Las proporciones están calculadas por cien y a medida que la proporción es más alta, el riesgo o la probabilidad de que ese evento ocurra también es más alto.

En el cuadro 4 vemos que los problemas salud ocurren con más frecuencia entre los menores de 9 años y los mayores de 65 años de edad, lo que quiere decir que los niños y los ancianos son los más vulnerables a tener problemas de salud y accidentes. La proporción más alta en todas las categorías corresponde a los mayores de 65 años (más de la mitad declaran haber sufrido un problema de salud en los últimos doce meses), seguida por la de menores de 5 años.

El grupo de menor riesgo son los inmigrantes nacidos en otros países que tienen edades entre 10 y 29 años, con una tasa de 19.0. Entre los nacidos en Haití y los hijos de haitianos las proporciones son las más bajas para esos mismos grupos de edades, 26.4 y 28.7% respectivamente. Este grupo de edad es el que refiere que se enferma menos probablemente debido a su juventud. Por otro lado, genética y constitucionalmente son más resistentes a muchas enfermedades ya que provienen de lugares con altos porcentajes de mortalidad infantil (se deduce que los más débiles murieron en la infancia); además, es el grupo que emigra para trabajar por lo que es posible que manejen una noción diversa de lo que significa sentirse enfermo.

Las mujeres tienen la proporción más altas de problemas de salud que los hombres, en todos los grupos de personas de origen extranjero. Entre los nacidos en Haití las mujeres alcanzan el porcentaje de 36.7 y los hombres el 26.2. Las mujeres haitianas cuya presencia viene aumentando, sobre todo a partir del 2010, tienen un nuevo perfil, pues se integran a las labores productivas sea como domésticas o como vendedoras ambulantes. Estas mujeres haitianas afro-descendientes pueden en alguna medida ser objeto de rechazo por su doble condición de mujeres y haitianas, con repercusiones en la salud de las mismas (Landry, 2013).

Si observamos el cuadro 4, vemos que la proporción de problemas de salud aumenta a medida que aumenta el número de hijos; estos son mayores cuando las personas tienen 6 o más hijos. Para los nacidos en el país hijos de haitianos la cifra alcanza el 61.1%, para el caso de otros inmigrantes el 64.3% y para los nacidos en Haití el 43.8%. Hay que señalar, que se trata de hijos vivos, no necesariamente los que viven con el inmigrante.

La proporción de problemas de salud es alta entre las personas de origen haitiano que habitan en viviendas con pisos de tierra. Siendo 55% para

hijos de nacionales haitianos y 42.6% para los nacidos en Haití. Piso de tierra es una de las variables que definen las categorías de grupos socioeconómicos de muy bajo y bajo nivel.

La proporción entre los que cocinan con carbón o leña son relativamente iguales a la de quienes utilizan otros combustibles para cocinar. De igual manera son semejantes entre los que tienen servicio de agua procedente del acueducto y aquellos que la toman de ríos y manantiales.

No aparece mucha diferencia entre los que tienen servicios sanitarios y los que no los tienen, como sucedía con las distintas fuentes de abastecimiento de agua. Sin embargo, los problemas de la presencia de heces humanas en los ríos y cañadas obviamente pone en riesgo la salud de los muchos que aún usan esas fuentes acuíferas para su consumo y también la de los que consumen productos agrícolas que emplean aguas contaminadas para el riego. Del mismo modo, la ubicación de letrinas con hoyo seco y el uso inapropiado de letrinas de todo tipo que contaminan fuentes de aguas cercanas pueden ser de gran riesgo para la salud pública.

Cuadro 5.
 Proporción de personas que tuvieron un problema salud
 según variables demográficas y económicas

Variables de estudio	Inmigrantes		Nacidos en la RD de padres haitianos
	Haití	Otros países	
Residencia			
Urbana	30.1	26.4	37.0
Rural	29.5	22.5	33.1
Tres grandes dominios			
Alta concentración urbana	30.0	27.9	37.4
Resto urbano	30.6	24.8	36.8
Zona rural	29.2	20.7	32.8
Grandes regiones			
Gran Santo Domingo	29.5	26.9	35.3
Cibao o Norte	33.2	28.7	43.5
Sur	24.8	23.6	36.2
Este	26.2	18.5	28.8
Provincias			
Frontera	31.6	21.0	36.5
No frontera	29.7	26.1	35.7
Rama de ocupación			
Agricultura, ganadería	24.6	2.2	21.9
Industrias manufactureras	27.2	24.3	24.5
Construcción	25.2	11.7	30.6
Comercio	33.1	19.8	32.3
Otros servicios	28.4	21.4	27.6
Grupo socioeconómico			
Muy bajo	30.3	23.8	36.1
Bajo/medio bajo	30.2	16.8	35.1
Medio	24.8	29.0	30.7
Medio alto	24.1	27.9	33.6

Fuente: ENI-2012.

En el cuadro 5 se observa que los que viven en la zona urbana tienen ligeramente más riesgo de enfermarse, sobre todo entre los hijos de haitianos. En el área urbana habita el 67% de las personas de origen extranjero. La proporción de quienes tuvieron un problema de salud es más baja entre los que residen en la zona rural, en particular para el caso de hijos de inmigrantes nacidos en Haití cuya proporción es de 33.1% frente al 37.0% que tuvo un problema de salud en el área urbana.

Cuando observamos los tres grandes dominios, de nuevo las proporciones son muy parecidas entre los distintos grupos. Cuando se categorizan por grandes regiones encontramos que las tasas son más elevadas en todas las categorías para los residentes de Cibao o Norte, con un 33.2% para los nacidos en Haití y un 43.5% para los hijos de haitianos. Esta zona es donde porcentualmente vive la mayoría de los nacidos en Haití.

El grupo de hijos de inmigrantes de otros países en la región Este tiene un alto porcentaje de personas con problemas de salud. Los hijos de inmigrantes de otros países probablemente son los hijos de emigrantes de las islas inglesas caribeñas, que tiene bajos niveles socioeconómicos y en su mayoría exceden los 65 años. Otra interpretación es que en nuestras cifras son ponderadas, pero en números absolutos este grupo es pequeño y más susceptible a las variaciones y errores de muestreo.

Cuando se comparan la proporción de personas con problemas de salud entre la zona de frontera y la que no es frontera, encontramos que es ligeramente más alta para la población de origen haitiano que vive en la frontera.

En todas las categorías las proporciones son más elevadas entre los que no trabajan y van de 34.1% a 26.6% entre los nacidos en Haití; de 25.5% a 21.6% entre los otros inmigrantes, y de 33.6% a 27.5% entre los nacidos en la República Dominicana de padres haitianos. Las probables razones es que disponen de menos recursos económicos para comprar alimentos y menos medicinas y, en consecuencia, están más débiles físicamente y si se enferman se agravan o se vuelven recurrentes.

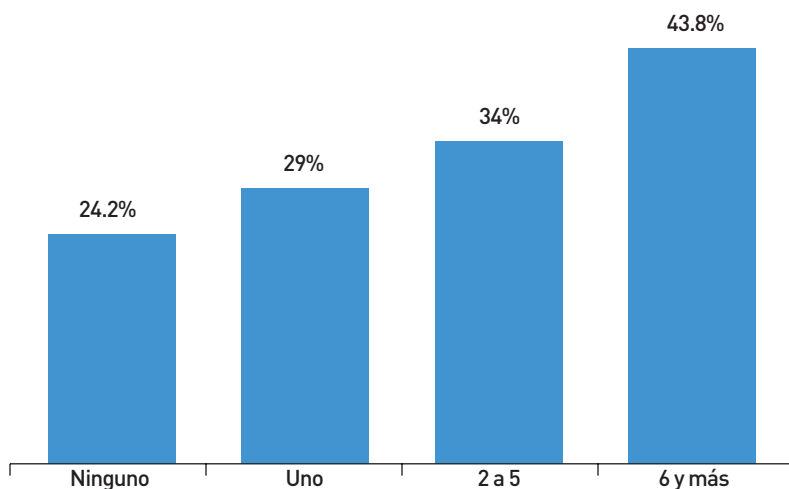
Las proporciones son más elevadas entre los trabajadores de los servicios de comercio y vendedores al por mayor y detalle de Haití (33.1%), que en años recientes son más mujeres que hombres.

Las proporciones o probabilidad de tener un problema de salud son mayores entre los estratos muy bajos comparadas con los de medio alto y alto. Entre los nacidos en Haití va desde un 30.3% para los grupos muy bajos, que son la mayoría, a un 24.1% entre los grupos medio y medio alto. Cuando se observa exclusivamente tasas de enfermedad entre entrevistados de origen haitiano, se puede ver que a más alto grupo socioeconómico, menor

posibilidad de enfermar. En cambio, en el grupo de nacidos en el extranjero de otros países distintos a Haití hay un porcentaje alto de los estratos económicos muy bajo (22.8%) y medio (26.1%) que enfermó.

Gráfico 4.

Proporción de problemas de salud en nacidos en Haití según número de hijos

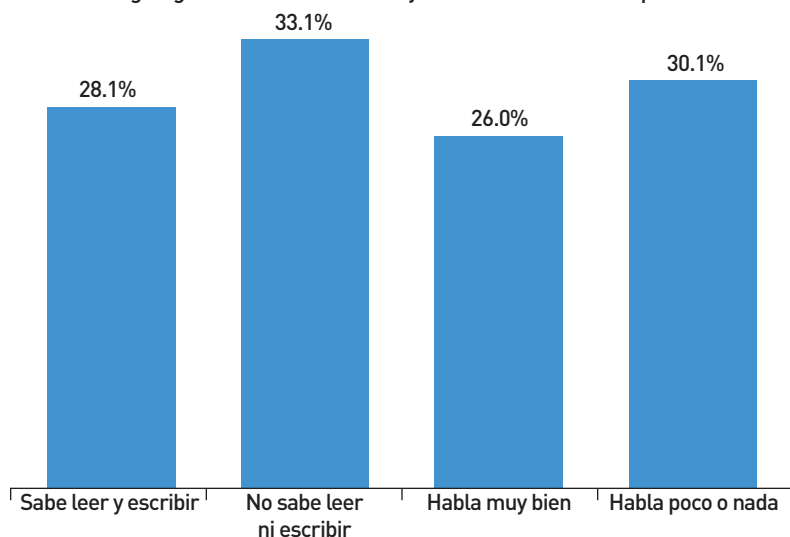


Fuente: ENI-2012.

En el gráfico 4 se puede observar que mientras mayor el número de hijos vivos, mayor la proporción de enfermedad o de sufrir un accidente. El tener muchos hijos vivos significa mayor riesgo para la mujer de enfermar, la disponibilidad de alimentos en el hogar tiene que ser racionada y la disponibilidad para hacer otras tareas es más limitada, sin mencionar el estrés que ocasiona el tener que buscar los bienes materiales para los hijos.

Gráfico 5.

Proporción de problemas de salud en los nacidos en Haití, según grado de alfabetización y dominio del idioma español



Fuente: ENI-2012.

En el gráfico 5 se muestra que las proporciones son más altas entre las personas nacidas en Haití que dicen no saber leer ni escribir. Estas personas tienen mayores dificultades para acceder a las informaciones y mensajes de prevención y para dar seguimiento a las recomendaciones que dan los médicos y enfermeras. Para este grupo poblacional el porcentaje que no sabe leer y tuvo problemas de salud es de 33.1% respecto al 28.1% que sabe leer.

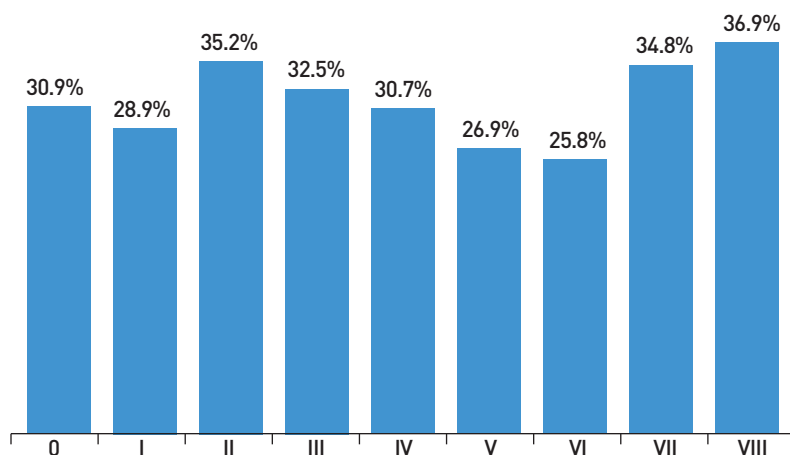
Por otra parte, encontramos que la proporción de problemas de salud es más elevada entre los que hablan poco o nada de español (30.1%), que entre los que hablan bien el español (26.0%). El 25.7% de los inmigrantes haitianos habla poco o nada de español. Entre los inmigrantes de Haití hay una notable diferencia entre hombres y mujeres en la categoría de “habla español poco o nada”, siendo 17.3% para ellos y 31.3% para ellas. El análisis por región muestra que en la zona rural el 46.9% de la población femenina dice que habla nada o poco de español.

Podemos decir que esta limitación lingüística de las mujeres representa serias barreras en los mercados laborales, del sector formal o informal, y también para realizar una efectiva consulta médica.

Otros estudios han demostrado que los desenlaces adversos de los embarazos de los grupos de inmigrantes están determinados en la misma medida por cuestiones culturales y biológicas (M & F, 2010). En consecuencia, las probabilidades de un diagnóstico erróneo y un tratamiento inadecuado han sido y continúan siendo elevadas.

Gráfico 6.

Población de origen extranjero que tuvo problemas salud, según región de salud



Fuente: ENI-2012.

De acuerdo al gráfico 6 la proporción más alta de problemas de salud entre personas de origen extranjero la encontramos en la región de salud VIII con un 36.9%, aunque el número de inmigrantes en esta región representa solo el 5% del total. La segunda región de salud con altas proporciones es la región II con un 35.2%. Las regiones donde menos entrevistados dijeron tener problemas de salud fueron la VI y la V con un 25.8 y 25.9% respectivamente. Las regiones II y VII tienen altas proporciones de nacidos en Haití.

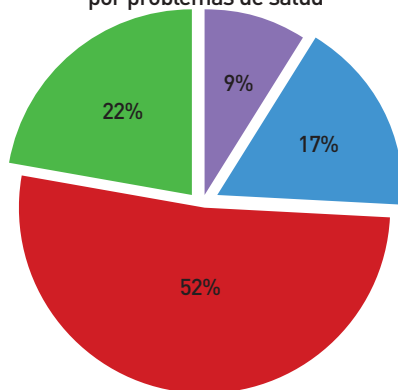
5. ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE ASISTIÓ LA POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO

Cuadro 6.
Establecimiento al que asistió por problemas de salud

	Total		Inmigrantes				Nacidos en RD de padres de			
	Total	%	Haití	%	Otros países	%	Haití	%	Otros países	%
Total	239,398	100	135,116	56.3	16,612	7.3	73,953	30.8	13,717	5.7
No asistió a ningún lugar	19,998	8.4	14,602	10.8	674	4.1	3,889	5.3	834	6.1
Clínica rural de Salud Pública	17,009	7.1	10,056	7.4	334	2.0	6,487	8.8	132	1.0
Consultorio de Salud Pública	16,326	6.8	8,985	6.6	579	3.5	6,304	8.5	459	3.3
Centro de Salud del IDSS	7,278	3.0	4,282	3.2	147	0.9	2,551	3.4	298	2.2
Hospital, dispensario militar	403	0.2	71	0.1	298	1.8	33	0.0	0	0.0
Clínica, consultorio privados	52,068	21.7	22,409	16.6	11,972	72.1	9,574	12.9	8,112	59.1
Clínica, ONG	1,280	0.5	548	0.4	157	0.9	490	0.7	85	0.6
Hospital de Salud Pública	125,036	52.2	74,163	54.9	2,451	14.8	44,625	60.3	3,797	27.7

Fuente: ENI-2012.

Gráfico 7.
Población de origen extranjero según establecimiento al que asistió por problemas de salud



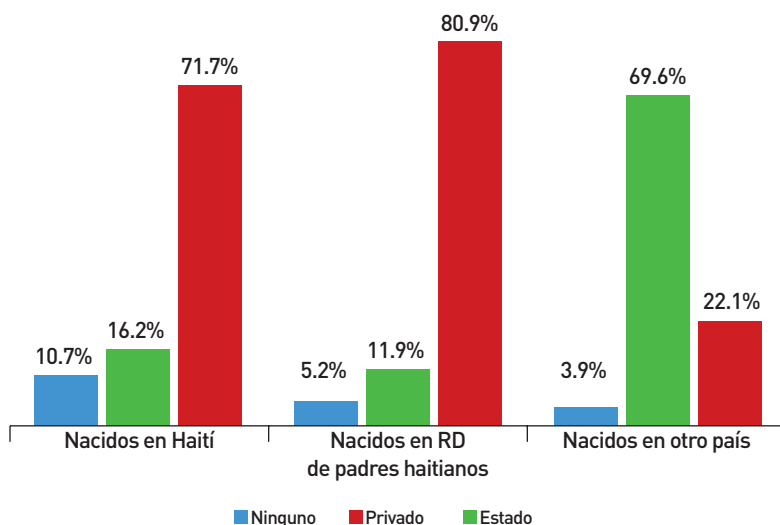
Fuente: ENI-2012.

Se estima que alrededor de 239,398 personas entrevistadas que tuvieron un problema de salud o un accidente de trabajo en los últimos doce meses indicaron el lugar a dónde asistieron para tratarse. De acuerdo con el gráfico 7, el 69% de las personas de origen extranjero con problemas de salud fueron a establecimientos del Estado: el 52% a un hospital público y el 17% a una clínica rural, dispensario de salud pública, consultorio del IDSS o a un hospital militar. Mientras que un 22% asistió a una clínica privada o a un dispensario de una ONG y un 9% no asistió a ningún establecimiento de salud. Un porcentaje de 0.1% indicó que fue a otro lugar distinto al de los citados.

La población general, según los resultados de la encuesta ENDESA 2007, busca atención principalmente en establecimientos estatales ya que 63% de las consultas en los últimos 30 días previos a la encuesta ocurrieron en este tipo de centros, y solo el 31% se recurrió al sector privado (incluyendo ONG); el porcentaje de la población de origen extranjero que se atiende en el sector público es mayor que el de la población general, en tanto que es menor el que accede a la consulta privada.

Las pruebas estadísticas de Pearson de análisis correlaciones parciales bilaterales indican que este resultado es significativo (.000) y el coeficiente de correlación (r) es débil (.186).

Gráfico 8.
Población de origen extranjero y tipo de establecimiento al que asistió por problemas de salud



Fuente: ENI-2012.

En el gráfico 8 encontramos que el 10.7% de los nacidos en Haití que enfermaron o tuvieron accidentes pero no asistieron a los servicios de salud, como sucedió con el 5.2% de los nacidos en la República Dominicana de padres haitianos.

Quienes asistieron a los establecimientos de salud pública (hospital, consultorio o clínica rural) en mayor proporción fueron los hijos de padres nacidos en Haití (80.9%). En cambio, los inmigrantes nacidos en otros países prefieren asistir a los establecimientos privados: casi un 70% de los nacidos en otros países del extranjero acudió a establecimientos privados y solo un 22.1% acudió a un establecimiento del Estado.

Entre los nacidos en Haití el 10.7% que, a pesar de estar enfermo, no acudió a ningún establecimiento de salud está conformado por gente joven trabajando, que buscan atención médica cuando están muy enfermos o que recurren a otras alternativas para tratarse. Una posibilidad es que estén

asistiendo a un curandero, como podría el caso del 0.1% que indicó que acudió a “otro” lugar o el 3.3% que no ofreció información sobre el lugar al que asistió cuando enfermo en los últimos doce meses.

Los trabajadores migratorios sufren con frecuencia por causa de su incapacidad para obtener seguros de salud. Además de hacer frente a condiciones peligrosas de vida y de trabajo, los migrantes suelen resistirse a pedir tratamiento médico debido a los costos asociados, la imposibilidad de faltar al trabajo, la falta de medios para costear el cuidado de sus hijos y los problemas de transporte. Muchos no están familiarizados con los sistemas locales de atención médica y pueden tener dificultades lingüísticas o culturales para informar sobre sus problemas.

Por otro lado, en la ENDESA 2012 se encontró que las razones por las cuales las personas con morbilidad reciente o crónica no consultaron a un profesional de la salud –doctor, enfermera o psicóloga– en los últimos treinta días fueron porque “No pensó que era necesario” (37% de los casos); “Solucionó él/ella o la familia el problema” (27%) o “(La persona enferma) continúa su tratamiento” (28%). Otro porcentaje menor aluden a problemas o deficiencias de los servicios de salud –como la lejanía de los establecimientos, la ausencia de medicamentos, la mala atención recibida, entre otros.

Cuadro 7.
Tipos de establecimientos de salud a los que asistieron los nacidos en Haití,
según variables sociodemográficas y económicas (%)

Variables de estudio	No asistió a ninguno	Establecimiento del Estado	Establecimiento privado
Edad			
0-9	5.9	81.1	13.0
10 a 29	12.7	70.3	17.0
30-64	9.3	71.5	19.2
65 y más	9.9	75.3	14.8
Sexo			
Hombre	12.9	69.4	17.7
Mujer	7.9	74.7	17.3
Residencia			
Urbana	10.7	67.8	21.6
Rural	10.9	79.2	9.9
Tres grandes dominios			
Alta concentración urbana	9.5	65.6	24.9
Resto urbano	12.9	73.1	14.0
Zona rural	10.7	78.7	10.6
Grandes regiones			
Gran Santo Domingo	10.5	65.5	24.1
Cibao o Norte	8.1	77.1	14.8
Sur	14.4	75.8	9.8
Este	17.9	65.5	16.6
Provincias			
Frontera	13.1	77.6	9.3
No frontera	10.4	71.1	18.5
Región de salud			
0	10.7	65.8	23.5
I	3.1	85.5	11.4
II	8.0	71.2	20.8
III	5.0	82.8	12.2
IV	11.9	82.1	6.0
V	18.0	64.4	17.5
VI	21.9	64.7	13.4
VII	10.3	83.2	6.5
VIII	5.7	79.2	15.1

Fuente: ENI-2012.

Los menores y los ancianos son los que más utilizan los servicios de salud del Estado. Como se aprecia en el cuadro 7 los nacidos en Haití menores de 9 años y mayores de 65 años son los que más utilizan los servicios de salud estatales, 81.1% y 75.3% respectivamente. Un porcentaje de 12.7% de los que están en el grupo de edad de 10 a 29 años no asisten a ningún servicio de salud cuando se sienten enfermos, en tanto que un 19.2% del grupo de 30 a 64 años asistió a los servicios privados.

Las mujeres nacidas en Haití asisten con más frecuencia que los hombres a los establecimientos del Estado, 74.7% y 69.4% respectivamente. Las mujeres enferman más y disponen de más tiempo para asistir a los establecimientos de salud, a diferencia de los hombres, solo un 7.9% de las mujeres dijeron que no asistieron a ningún lugar cuando estuvieron enfermas.

La asistencia a clínicas privadas fue de un 21.6% para los residentes en la zona urbana y de solo un 9.9% para los residentes en la zona rural. En la zona rural existen menos opciones para asistir a los establecimientos de salud privados. Por otro lado, a nivel general, las personas que residen en la zona rural asistieron en mayor proporción a los establecimientos estatales que las que residen en la zona urbana.

En el caso de los nacidos en Haití, los resultados demuestran que apenas el 9.8% de los residentes de la región Sur asistió a un centro médico privado, frente al 24.1% de los residentes de la región del gran Santo Domingo. Cabe también señalar que entre los residentes de la región Este un 17.1% no acudió a ningún lugar cuando estuvo con un problema de salud.

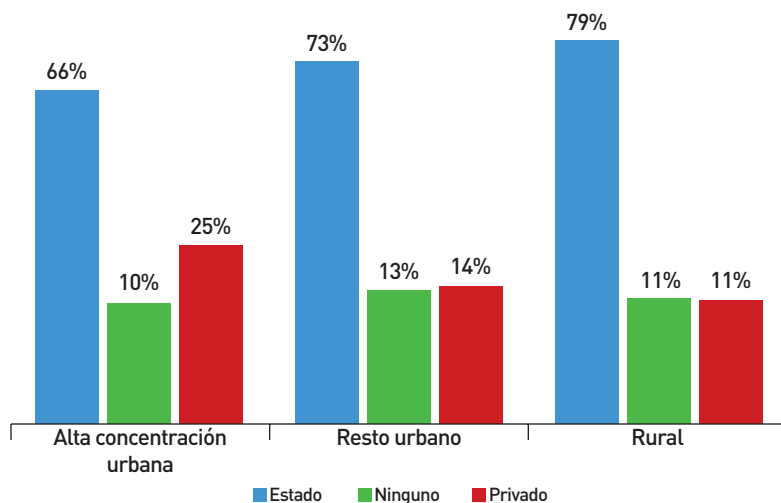
Entre los que viven en las provincias de la región fronteriza un 9.3 % asistió a un médico privado cuando estuvo enfermo o tuvo un accidente, frente a un 18.5% que vive en otras provincias no fronterizas que también usa ese tipo de servicios. La asistencia a los establecimientos de salud de provincias fronterizas de parte de los nacidos en Haití representa alrededor de un 10% del total de visitas. En esas provincias el 13.1% no asistió a ningún establecimiento de salud cuando tuvo algún problema, mientras el 77.6% asistió los establecimientos de salud del Estado.

Cuando observamos la asistencia de la población a los establecimientos de salud según región de salud, se observa que los porcentajes más elevados

de inasistencia estuvieron en las regiones de salud V (21.9%) y VI y (18.0%). Las regiones con más altos porcentajes de asistencia a establecimientos del Estado fueron la I (85.5%) y la VII (con un 83.2%) y las con mayor asistencia a establecimientos privados fueron las regiones 0 (23.5%) y II (20.8%); estas últimas incluyen los grandes centros urbanos de Santo Domingo y Santiago, donde también hay una mayor disponibilidad de servicios de atención privada. Las regiones de salud IV (6.0%) y VII (6.5%) son las que presentan menos porcentajes de asistencia a un establecimiento privado

Gráfico 9.

Tipo de establecimiento de salud al que asistieron los nacidos en Haití, según grandes dominios de residencia



Fuente: ENI-2012.

En el gráfico número 9 se observa que un 25% (una de cada cuatro) de las personas nacidas en Haití que residen en las zonas de gran concentración urbana, como son Santo Domingo y Santiago, asisten a las clínicas privadas cuando tienen un problema de salud. Las que residen en la zona rural acuden con más frecuencia a los establecimientos del Estado (79%) y menos a los establecimientos privados (11%).

¿Dónde asistió la última vez que visitó un médico o enfermera?

En el cuestionario de la ENI-2012, además de preguntar a los entrevistados sobre el lugar dónde asistieron por problemas de salud en los últimos 12 meses, se les preguntó dónde asistió la última vez que visitaron un médico o enfermera. En el cuadro 8 se presentan las diferencias porcentuales entre las respuestas dadas a ambas preguntas.

Cuadro 8.

Establecimiento al que asistió la población de origen extranjero por problemas de salud en últimos 12 meses y última vez que se atendió con médico o enfermera (%)

Lugar donde asistió	Ninguno / No se atendió	Estado	Privado
Cuando enfermó en los últimos 12 meses	8.3	68.0	21.0
Última vez que se atendió con un médico o una enfermera	21.6	56.0	19.3

Fuente: ENI-2012.

En el cuadro 8 observamos que entre los que dicen enfermaron en los últimos 12 meses un 8.3% dijo no haber asistido a ningún establecimiento de salud, un 68% asistió a un establecimiento del Estado y un porcentaje menor (21%) recurrió a un establecimiento de salud privado.

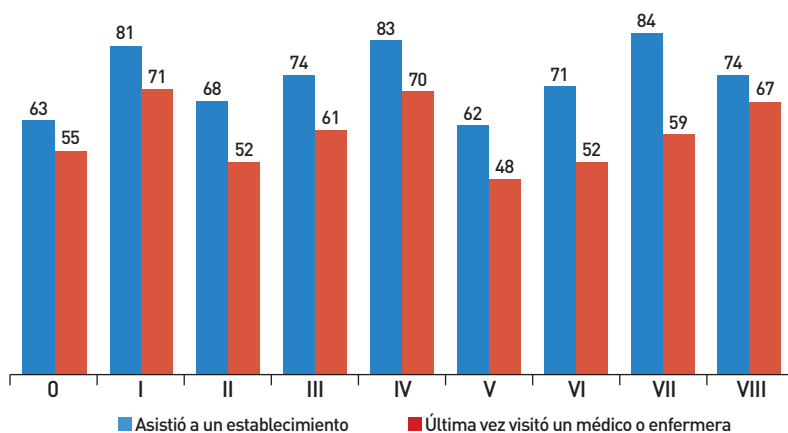
En cambio cuando se amplía el periodo de tiempo y se les pregunta a todos los entrevistados sobre el lugar donde asistieron la última vez que visitaron un médico o enfermera, un porcentaje de 21.6% dijo no que fue a ningún establecimiento, un 56% señaló que fue a un establecimiento del Estado y un 19.3% a un establecimiento privado.

Hay que considerar que en este grupo de población el rango de los que no han visitado un médico o enfermera va de 8% a 21%. La diferencia porcentual para el caso de los que declararon no haber ido a ningún establecimiento y los que no se atendieron con un médico o enfermera pueden estar ligada a que la pregunta se hizo a todos y no solo a los que enfermaron. Es probable que como en la segunda pregunta se implica un periodo más largo, los encuestados pueden haber olvidado a qué lugar fueron o simplemente se trata de un grupo de población que no se ha percibido enferma y nunca ha visitado un médico o enfermera.

El análisis estadístico por el método de Pearson bilateral indica que hay una correlación fuertemente significativa con un nivel de significancia de .000 y un coeficiente de correlación (r),.779 entre las dos variables.

Gráfico 10.

Porcentaje de la población de origen extranjero que asistió a un establecimiento del Estado cuando enfermó y la última vez que visitó un médico o enfermera, según regiones de salud (%)



Fuente: ENI-2012.

En el gráfico 10 se observa que en las regiones IV y VII es donde más se utilizan servicios de salud del Estado. En general, el porcentaje de entrevistados que dijeron recurrir a los servicios del Estado es menor cuando se refieren a la última vez que cuando se refieren a la última visita a un médico o enfermera. La región V es la que presenta un menor porcentaje de uso de servicios de salud del Estado (62% y 48% para ambas preguntas).

6. AFILIACIÓN A UN SEGURO DE SALUD

La asistencia médica en la República Dominicana está marcadamente dividida entre dos sectores: el público y el privado. El sector del Estado, que supuestamente es inferior (según creen muchas personas que nunca han visitado un hospital público), proporciona a los pacientes atención, intervenciones médicas y hasta medicamentos gratuitos.

Hasta junio del 2013 en los hospitales públicos el paciente pagaba una parte del costo total de la asistencia (de modo similar al pago que realizan los portadores de planes de seguro médico privado) y, en muchos casos, los que usaban este servicio estatal tenían que comprar los medicamentos por su propia cuenta.

La póliza de seguro privado tiene dos ventajas: el paciente tiene más opciones de centros de asistencia médica (aunque no todos los planes de seguro son aceptados por todas las clínicas) y las aseguradoras (en su mayoría) pagan parte del costo de medicamentos. Sin embargo, una póliza de seguro médico privado no está al alcance de muchas personas como por ejemplo los que no son dependientes de afiliados, los que no son residentes legales (con cédula de identidad dominicana), los desempleados y los trabajadores del sector informal.

Cuadro 9.

Población de origen extranjero y afiliación a seguro de salud

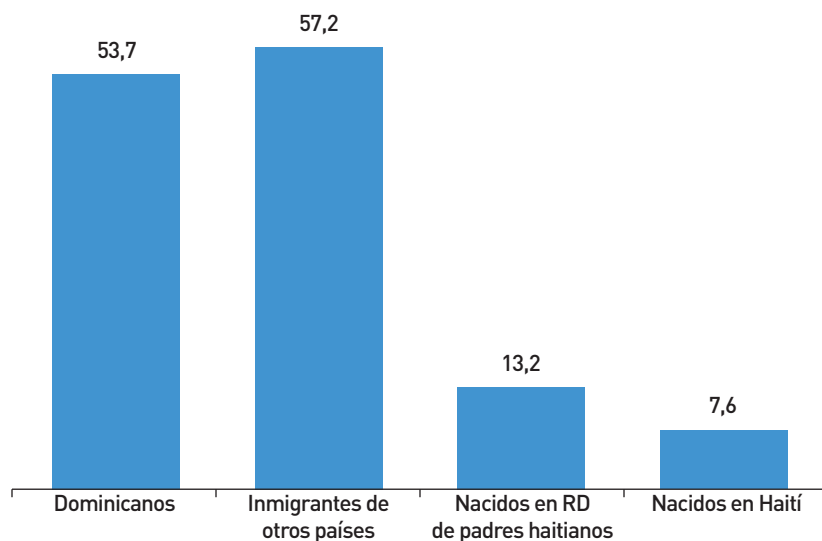
Afiliación a seguro de salud	Población de origen extranjero	%
Total	768,783	100.0
Sí	114,206	14.9
No	645,901	84.0
No sabe	2,206	.3
Sin información	6,469.8	

Fuente: ENI-2012.

Conforme a los resultados del estudio, que se observan en el cuadro 9, el 84.0% de la población de origen extranjero declaró no estar afiliada a un seguro de salud (ver cuadro 10). Un 14.9% dijo estar afiliada a un seguro, en tanto que no se obtuvo información precisa del 1.1%.

Gráfico 11.

Afiliación a un seguro de salud de dominicanos y de la población de origen extranjero



Fuente: ENI-2012 y SENASA.

En el gráfico 11 se observa que mientras un 53.7% de los dominicanos y un 57.2% de la población de inmigrantes nacidos en otros países disponen de un seguro de salud, solo el 13.2% de los nacidos en el país de padres haitianos cuenta con ese tipo de seguro, siendo el porcentaje aún más bajo para los nacidos en Haití, apenas 7.6%.

Cuadro 10.
Población de nacidos en Haití con seguro de salud, según variable de estudio

Grandes regiones	%
Gran Santo Domingo	7.0
Cibao o Norte	4.2
Sur	2.5
Este	23.3
Tipo de contrato	
Por escrito	35.4
Verbal	6.3
Rama de ocupación	
Agricultura, ganadería	32.3
Industrias manufactureras	15.2
Construcción	14.2
Comercio	9.9
Grupo socioeconómico	
Muy bajo	6.3
Bajo/medio bajo	8.1
Medio	14.8
Medio alto	27.6

Fuente: ENI-2012.

Al analizar el cuadro 10 encontramos que entre el grupo de inmigrantes nacidos en Haití hay algunos grupos que han logrado mejorar la cobertura de salud a través de un seguro. Entre estos se encuentra la región Este del país (La Romana, San Pedro y La Altagracia), donde un 23% dispone de un seguro de salud (aunque todavía es un porcentaje bajo en relación a los dominicanos y otros inmigrantes). Muchos de los nacidos en Haití que residen en esas zonas trabajan para la industria del turismo o en centrales azucareras privadas, sectores que ofrecen una afiliación de seguro a sus empleados.

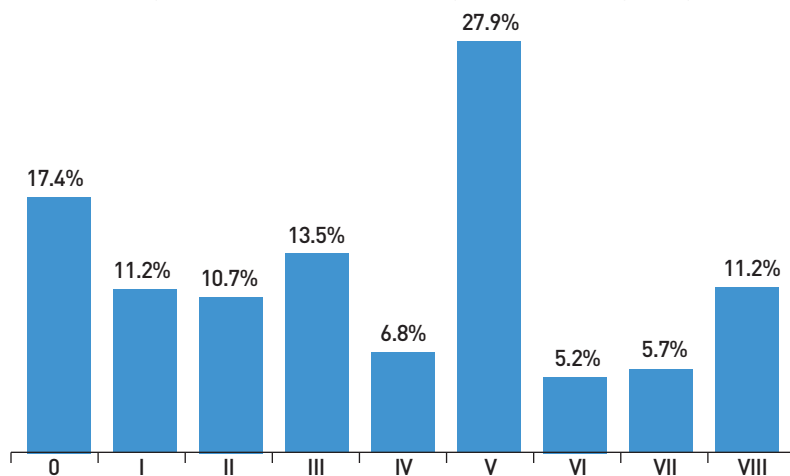
El tener un contrato de trabajo por escrito aumenta las posibilidades de disponer de un seguro de salud, ya que el 35.4% de inmigrantes de Haití con ese tipo de contrato lo posee frente a solo un 6.3% de los contratados verbalmente, aunque todavía las cifras sean pocos alentadoras si se piensa que solo uno de cada tres haitianos que tiene un contrato escrito dispone de un seguro de salud. Muy pocos nacidos en Haití consiguen un trabajo con contrato escrito y esta es una de las razones por las cuales los empleadores prefieren a los haitianos cuyas demandas por prestaciones legales y sociales son exiguas o inexistentes. Esta informalidad beneficia obviamente a los empleadores.

Un porcentaje de 32.0% de los que trabajan en la rama de agricultura y ganadería disponen de un seguro de salud. Es factible pensar que muchos de los que trabajan en el cultivo y procesamiento de la caña de azúcar, sobre todo los que trabajan para ingenios azucareros privados, han conseguido un seguro de salud.

Finalmente, cuando hacemos la categorización por grupos socioeconómicos nos encontramos que el grupo socioeconómico medio alto, que representa el 1% de la población nacida en Haití, cuenta con un 27% de asegurados. Respecto a la edad, vemos que los grupos con menos cobertura de seguro de salud son los menores de 9 años (2.0%), los residentes en el Sur del país (2.5%), los residentes en las provincias fronterizas (3.4%) y las mujeres nacidas en Haití (5.4%). Estos grupos son los más vulnerables y los que más enferman. Son igualmente los que demandan los servicios gratuitos en los establecimientos del Estado.

Gráfico 12.

Población de origen extranjero afiliada a un seguro de salud, según región de salud

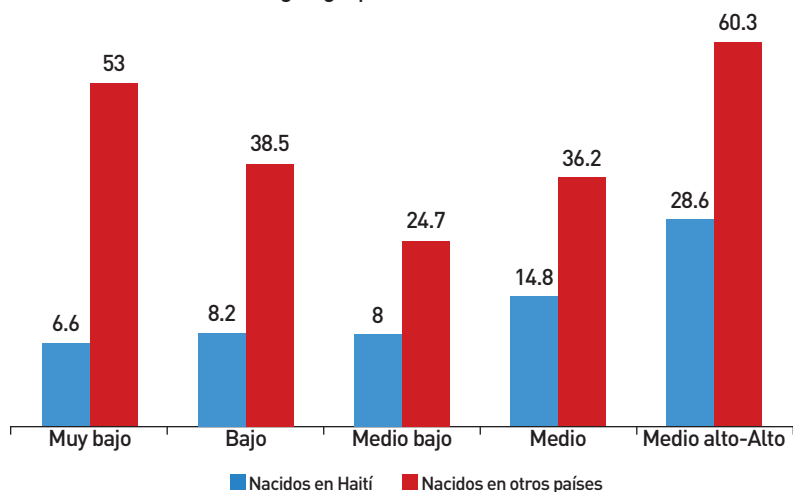


Fuente: ENI-2012.

Como observamos en el gráfico 12, encontramos que la región V (región Este, o zona de Yuma) es donde la población de origen extranjero proporcionalmente tiene el más alto nivel de cobertura (27.9 %), casi el doble del promedio de las demás regiones. Le sigue la región O que tiene un 17.4% y luego la región III con un 13.5%. Las dos regiones que tienen la menos cantidad de afiliados son la VI y la VII, con 5.2 y 5.7% respectivamente.

Gráfico 13.

Probabilidad de la población de origen extranjero de acceder a un seguro de salud según grupo socioeconómico



Fuente: ENI-2012.

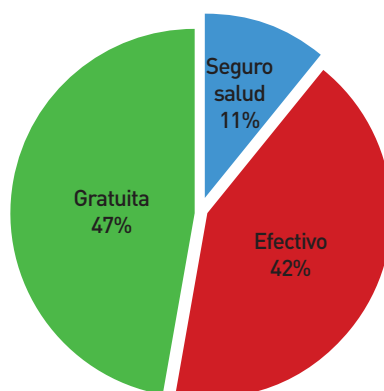
En el gráfico 13 vemos que la probabilidad de disponer de un seguro social en la población nacida en Haití esa directamente relacionada con el grupo socioeconómico: mientras más baja sea su clase social menos probabilidad de disponer de seguro médico. Para el grupo “muy bajo” la probabilidad es 6.6 de cada cien personas en ese grupo, mientras que el grupo “medio alto-alto” la probabilidad es cuatro veces más (28.6 de cada cien personas en el grupo).

En los inmigrantes nacidos en otros países, la posibilidad de acceder a un seguro de salud es de 60.3 de cada cien en el grupo económico “medio

alto-alto”, en tanto que los que están en el grupo “muy bajo” tienen un 53 de cada cien de probabilidad, al contrario de lo que ocurre con los nacidos en Haití que están en ese mismo grupo socioeconómico. Llama la atención que hay un grupo de nacidos en otros países del extranjero que están en la categoría socioeconómica “muy bajo” y que sin embargo tienen una alta cobertura de seguro de salud (53 de cada cien).

7. PAGO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Gráfico 14.
Forma de pago total de la población de origen extranjero



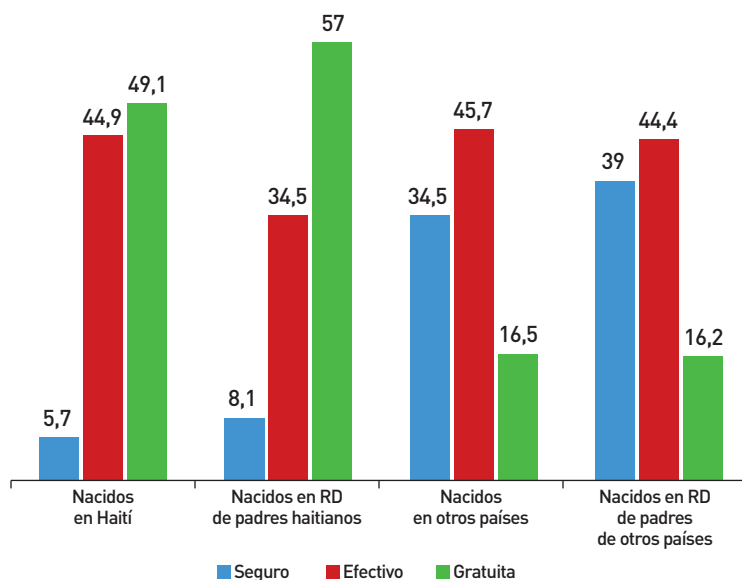
Fuente: ENI-2012.

En la investigación se indagó acerca del modo en que la población de origen extranjero recibió atención médica. De acuerdo al gráfico 14, el 47% de esta población recibió atención médica de manera gratuita, un 42% pagó en efectivo o le prestaron dinero para ello y un 11% utilizó un seguro médico.

De acuerdo a la ENDESA 2007, las formas de pago de las consultas en los últimos 30 días, como resultado de problemas de salud, fueron muy pa-

recidas a las reportadas por la población de origen extranjero. El 44% de esta población recibió atención médica gratuita, lo que no implica que gastaran en medicinas, exámenes u otros aspectos relacionados con la atención. En el 36% de los casos se realizó el pago en efectivo, en tanto que en el 12% los gastos fueron cubiertos, totalmente o en parte, por el seguro de salud.

Gráfico 15.
Formas de pago de la atención de salud según población de origen (%)



Fuente: ENI-2012.

En el gráfico 15 podemos ver que los nacidos en Haití y sus descendientes recurren con mayor frecuencia el servicio de atención gratuita, en tanto que los otros inmigrantes y sus descendientes utilizan como formas de pago el efectivo y el seguro de salud. Hay que destacar que gran parte del pago en efectivo probablemente se hizo en instituciones del Estado ya que el porcentaje de uso de servicios sanitarios estatales es más elevado que el que se presenta como asistencia gratuita.

En las personas nacidas en Haití un 49.1% refiere haber recibido la asistencia médica de forma gratuita, en tanto que un 44.9% dijo haber pagado en efectivo por el servicio recibido y solo un 5.7% pagó el servicio con un seguro médico, porcentaje inferior al de los que declararon disponer de un seguro médico (7.6%). Los nacidos en Haití, no obstante a ser pobres, en su mayoría trabajan y pagan por los servicios de atención privada o las cuotas de recuperación en los servicios públicos.

En cuanto a los nacidos en el país de padres haitianos se observa que una mayor proporción recibió asistencia gratuita (57.0%), mientras que el 34.5% pagó en efectivo y el 8.1% lo hizo con un seguro de salud.

Entre los inmigrantes de otros países y los hijos de estos, la tendencia principal es a pagar en efectivo, seguida por el pago a través del seguro médico. Se trata de un grupo en el que el 50% de sus integrantes son menores de 10 años. Un 16% de inmigrantes e hijos de inmigrantes de otras nacionalidades recibieron la atención de manera gratuita.

De acuerdo a la ENDESA 2007 para la población general, el promedio general de gasto por atención ambulatoria de salud recibida en los últimos 30 días –que incluye los gastos en medicinas y exámenes de laboratorio– fue de 1,416 pesos. Para las personas que realizaron consultas en centros privados, el promedio fue RD\$2,421; mientras que en los establecimientos de la SESPAS y del IDSS las cifras respectivas fueron RD\$916 y RD\$958 respectivamente. Estos pagos son considerados altos para una población de origen haitiano que tiene promedio de ingresos muy bajos.

Cuadro 11.

Población de origen haitiano que tuvo un accidente de trabajo y que asistió a un establecimiento de salud según formas de pago

Población de origen haitiano	Total No.	Establecimiento del Estado			Establecimiento privado		
		Seguro %	Efectivo %	Gratuita %	Seguro %	Efectivo %	Gratuita %
Nacidos en la RD de padres haitianos	575	13.7	11.0	47.0	6.1	11.1	11.1
Nacidos en Haití	983	11.9	23.6	50.3	2.7	11.5	0.0

Fuente: ENI-2012.

De acuerdo con el cuadro 3, se estima en 2,294 el número de personas que tuvieron un accidente de trabajo, todas de origen haitiano, de las cuales 1,648 (71.8%) corresponde a nacidos en Haití y 646 (28.2%) a hijos de haitianos. El 18.3% del total eran del sexo femenino y todas estaban en edad económicamente activa.

En el cuadro 11 encontramos el número de personas que tuvieron un accidente de trabajo y que reportaron asistieron a un establecimiento de salud del Estado o privado además de los porcentajes en la forma de pago.

El 50.3% de los nacidos en Haití y el 47.0% de los nacidos en la República Dominicana de padres haitianos reportaron que fueron a un servicio del Estado y recibieron asistencia gratuita. Un 23.6% de los nacidos en Haití refiere pagó en efectivo en un establecimiento del Estado y un 11.9% pagó con seguro de salud.

De los nacidos en la República Dominicana de padres haitianos, un 13.7% pagó con seguro y un 11.0% pagó en efectivo. En cambio cuando asistieron a un establecimiento privado el porcentaje que pagó con seguro médico fue menor, solo 6.1%, aunque este es mayor al de los nacidos en Haití que recurrieron al seguro (2.7%).

Los trabajadores migratorios, en particular los indocumentados, aceptan con frecuencia peligrosas condiciones de trabajo por temor a llamar la atención y perder sus empleos o ser deportados.

Cuadro 12.
Población de origen extranjero y forma de pago del servicio salud,
según región de residencia (%)

Variables de estudio	Inmigrantes		Nacidos en la RD de padres haitianos
	Haití	Otros países	
Regiones			
Gran Santo Domingo			
Seguro médico	8.6	36.1	8.2
En efectivo	56.3	53.0	42.2
Gratuita	34.7	10.9	49.4
Cibao o Norte			
Seguro médico	2.1	43.7	3.0
En efectivo	41.3	34.6	34.6
Gratuita	56.6	20.2	62.4
Región Sur			
Seguro médico	2.1	26.6	4.1
En efectivo	28.9	36.1	21.6
Gratuita	68.6	33.8	73.8
Región Este			
Seguro médico	15.4	21.1	19.3
En efectivo	41.3	56.0	29.6
Gratuita	42.6	19.8	50.0

Fuente: ENI-2012.

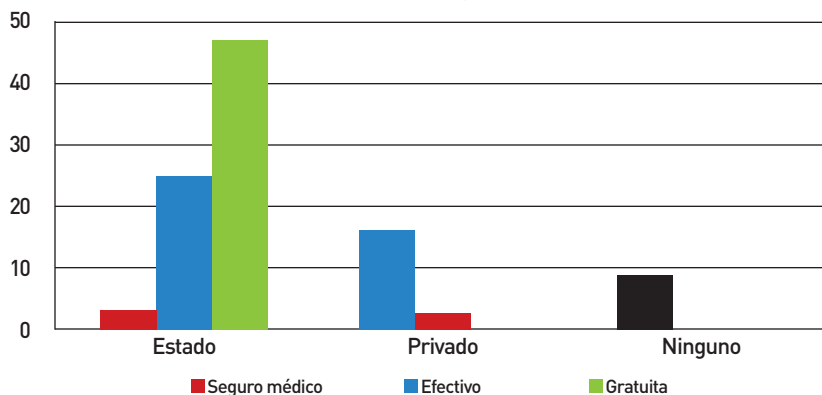
De acuerdo con el cuadro 12, la proporción de personas que recibieron atención médica de salud gratuita varía de manera considerable de acuerdo a la región de residencia. Un 56.3% de los entrevistados nacidos en Haití que residen en el Gran Santo Domingo pagaron en efectivo por la atención y solo el 34.7% recibió asistencia gratuita. En la región Sur el 68.6% recibió asistencia gratuita, en cambio en la región Este el 42% recibió asistencia gratuita.

Se puede observar, por ejemplo, que en el grupo de las personas nacidas en Haití, un 15.4% de las que residen en la región Este pagó con seguro médico, comparado con un bajo 2.2% para las regiones Sur y Norte.

El tipo de pago de la población haitiano según rama de actividad llama la atención ya que los que están en la rama de agricultura y ganadería son los que más usan el servicio de forma gratuita (71.2%) y, a pesar de que en el cuadro 10 un 32.3% dijo disponer de un seguro, solo el 4.7 refirió haber pagado la última

vez utilizando esta modalidad. Esta discordancia podría deberse a que, aun presentando la tarjeta de seguro, en los establecimientos públicos o privados se les cobró una cuota extra en efectivo que no corresponde al pago total por el servicio recibido. Los que están en el área de la construcción son los que en mayor proporción pagan el servicio en efectivo (57.5%). En cambio, un 18.1% de los que trabajan en el área de manufactura pagó con seguro médico.

Gráfico 16.
Establecimiento de salud al que asistió y forma de pago de la población de origen haitiano



Fuente: (ENI-2012).

En el gráfico 16 se muestra que de las personas de origen haitiano que asisten a los servicios del Estado, un 4.4% reporta que pagó con seguro médico, en tanto que un 33.1% indica que pagó en efectivo o le prestaron dinero para pagar y un 46.2 % obtuvo asistencia gratuita. Dado que en los establecimientos del Estado se cobraba una cuota de recuperación, solo un porcentaje de 46% (menos de la mitad) del total de personas que enfermaron y asistieron a un servicio de salud recibió asistencia totalmente gratuita.

De los que asistieron al establecimiento o clínica privada (incluye consultorio de ONG), un 3% pagó con seguro médico. En tanto que un 8.81% de los nacidos en Haití no asistió a ningún establecimiento de salud cuando enfermó.

La realización de las pruebas estadísticas arrojó un nivel de significancia de .000 es decir altamente significativa y el coeficiente de correlación (r) fue de -.511.

Cuadro 13.
Forma de pago de la población de origen extranjero que asistió a un establecimiento de salud, según región de salud (%)

Región de salud	Seguro médico	Efectivo	Gratuita
0	14.4	50.4	34.9
I	8.0	50.0	42.0
II	6.0	58.9	35.2
III	6.5	27.5	65.0
IV	4.5	10.2	84.8
V	21.1	34.4	43.5
VI	2.9	36.9	59.0
VII	3.2	10.8	85.9
VIII	8.5	41.3	49.5

Fuente: ENI-2012.

En el cuadro 13 se observa que en las regiones de salud 0, I y II más del 50% de los entrevistados declaró haber pagado en efectivo cuando asistió a un establecimiento de salud; las regiones de salud IV y VII son las que registran menor proporción de personas de origen extranjero que pagó en efectivo, 10.2 % y 10.8% respectivamente. Las regiones que registran mayor proporción de personas de origen extranjero que se atendió de manera gratuita son la IV y la VII. Estas últimas regiones de salud son las que tienen una mayor de población de bajo nivel socioeconómico dispersa, cuentan con menos establecimientos privados y disponen de una alta proporción de clínicas rurales; asimismo, en la región de salud VII se concentra una alta proporción de inmigrantes nacidos en su mayoría en Haití.

Los entrevistados de la región V fueron los que reportaron mayor proporción de pago con seguro médico (21.1%), cifra superior a la región 0 en la que un 14.4% utilizó esa forma de pago. Se debe volver a enfatizar que los entrevistados que pagaron una cuota de recuperación pudieron haber percibido que se les estaba cobrando por todo el servicio; dicha cuota no es estándar sino que depende de la capacidad financiera del paciente evaluada por un trabajador social.

Cuadro 14.
 Población de origen extranjero que asistió a establecimientos del Estado
 y recibió asistencia totalmente gratuita, según regiones de salud

Región de salud	Acudieron a establecimientos del Estado	Recibieron atención totalmente gratuita	%
Total	163,482	100,320	61
0	55,677	28,053	50
I	4,869	2,346	48
II	28,326	13,122	46
III	6,800	5,553	82
IV	10,903	10,002	92
V	19,136	10,912	57
VI	6,495	4,403	68
VII	20,799	19,372	93
VIII	10,478	6,557	63

Fuente: ENI-2012.

El cuadro 14 presenta, en la primera columna, la cantidad de personas de origen extranjero que enfermaron en los últimos doce meses y acudieron a los servicios de salud del Estado y, en la segunda columna, cuántas de esas personas recibieron asistencia gratuita (en cifras absolutas y porcentajes). En el análisis por región de salud, resulta que los residentes de la región 0 son los que en mayor número acudieron a los establecimientos del Estado (55,677), seguidos por los de la región II con 28,326 y luego los de las regiones VII y V. Sin embargo, una parte de los entrevistados informó que pagó parcial o totalmente por el servicio. En el caso de la región de salud VII, el 93% recibió todo gratuito, en cambio en la región II solo el 46% de los que asistieron a los establecimientos del Estado recibieron asistencia totalmente gratuita.

Inversión del Ministerio de Salud en atención a pacientes extranjeros

De acuerdo al reporte de gasto del Ministerio de Salud Pública para la atención a pacientes extranjeros en el año 2012, se hizo una inversión por un monto de RD\$1,288.86 millones. Al dividir esta suma entre el estimado de población de origen extranjero dado por la ENI-2012, encontramos que se gastó un promedio de RD\$ 1,676.00 por extranjero (US\$ 40.00 a la tasa 42x1), inferior al estimado de gastos para la población general que fue de RD\$6,303.04 equivalente a US\$156.29 gasto per cápita en salud.

De acuerdo a dicho reporte, el gasto en extranjeros representa un 3.87% del gasto del Ministerio y el 2.02% del total general de la inversión en salud del sector público y fue utilizado para financiar los servicios de laboratorios, consultas, emergencias, partos, cesáreas, control de embarazos, cirugías, transfusiones de sangre y vacunas a extranjeros.

Cuadro 15.
Servicios de salud ofrecidos a pacientes extranjeros y valores en millones de pesos dominicanos para el año 2012

Servicios	Número de atenciones	Monto en millones RD\$	%
Total	2,685,098	1,288.86	100.00
Consultas	1,121,651	505.42	39.21
Emergencias	420,402	338.90	26.29
Internamientos	54,223	112.97	8.77
Cirugías	16,186	65.69	5.10
Partos	24,744	74.45	5.78
Cesáreas	5,727	23.24	1.80
Análisis clínicos	957,001	105.17	8.16
Transfusiones	31,868	38.24	2.97
Controles de embarazos	21,428	5.37	0.42
Dosis de vacuna	31868	19.40	1.50

Fuente: Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, DGPSS, MSP.

Como se puede ver en el cuadro 15, el total de atenciones brindadas a pacientes extranjeros fue de 2,685,098, en las que resalta la consulta de primera vez y subsecuentes con un total de 1,121,651. Esta información fue tomada de las memorias de las Oficinas Regionales en el 2012.

Por otro lado, el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública en sus datos de registro mensual de producción y servicios hospitalarios para el 2012 (que no incluye clínicas rurales) señala (según el reporte del 98% de los establecimientos) un total de 220,682 consultas, es decir cuatro veces menos consultas que las del reporte de gastos en salud, que tiene como fuente la memoria anual de las Oficinas Regionales de Salud (ver cuadro 16).

Cuadro 16.
Servicios ofrecidos a pacientes extranjeros según región de salud

Servicios	Total	Regiones de salud								
		0	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Total	844,475	260,368	20,379	141,060	32,538	64,004	147,334	32,772	105,821	40,199
Consultas	220,682	70,025	3,856	41,049	11,611	13,326	30,084	7,636	33,014	10,081
Internamientos	32,037	11,412	661	4,970	1,210	2,111	3,038	1,631	4,855	2,149
Emergencias	148,173	42,219	6,854	17,083	8,696	12,807	24,859	6,225	23,965	5,465
Partos	13,518	4,430	403	2,234	328	886	1,449	912	1,988	888
Cirugía	5,534	2,345	258	736	110	142	613	280	752	298
Análisis clínicos	323,323	99,048	6,213	57,343	7,212	25,136	70,569	11,651	29,194	16,957
Transfusiones	4,275	679	101	2,335	27	71	793	144	114	11
Cesáreas	4,727	2,381	107	539	78	208	597	175	418	224
Dosis de vacuna	51,457	13,446	930	9,813	1,088	6,574	10,122	1,606	6,371	1,507
Control del embarazo	40,749	14,383	996	4,958	2,178	2,743	5,210	2,512	5,150	2,619

Fuente: Base de datos de "Registro mensual de producción y servicio" del Departamento Estadísticas, MSP.

En el reporte de datos del formulario mensual conocido como 67A que registra el MSP indica que el número de servicios a la población extranjera fue de 844,475 de los cuales 220,682 fueron consultas. En este mismo reporte se puede ver la distribución de otros servicios de atención por regiones de salud, siendo la región o la que más servicios reporta 260,368 (30.8%).

Cuadro 17.

Atención médica a población extranjera y gasto estimado en base al Reporte de Atenciones, Departamento de Estadísticas del MSP

Servicios de atención	Número de atenciones	Precios/unidad en RD\$	Total RD\$
Total	944,355		506,026,543
*Consultas	264,818	450.6	119,326,990
Internamientos	32,678	2,083.43	68,081,783
*Emergencias	177,808	806.13	143,336,363
Partos	13,788	3,008.81	41,486,555
Cirugías	5,645	4,058.45	22,908,651
Análisis clínicos	329,789	109.9	36,243,861
Transfusiones	4,361	1,199.95	5,232,381
Cesáreas	4,822	4,057.97	19,565,664
*Dosis de vacuna	61,748	608.76	37,589,712
*Controles de embarazos	48,899	250.61	12,254,578

* Se agregó un 20%

Fuente: Base de datos del "Registro mensual de producción y servicios (67A)".
Unidad de Cuentas DGPSS, MSP.

En el cuadro 17, según el reporte de servicios del Departamento de Estadísticas del MSP, se puede observar que el gasto de salud en población extranjera fue estimado en 506.02 millones de pesos, valor poco menos de la mitad del estimado por la Unidad de Cuentas de gastos en salud, utilizando las informaciones de las Oficinas Regionales.

Metodología para el cálculo del gasto en salud en población extranjera

El cálculo se hizo a partir del "Reporte de servicios ofrecidos a la población extranjera" del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública para el año 2012 (Fuente: Base de datos del "Registro mensual de

producción y servicios, 67A”), el mismo que se realiza en base a los reportes mensuales de todos los centros hospitalarios del MSP.

Dado que el informe solo se refiere a los centros hospitalarios, para estimar la cantidad de servicios que se ofrecen en las clínicas periféricas y rurales –que no estaban incluidas en este informe– agregamos un 18% a los servicios ambulatorios como consultas, emergencias, vacunas y control de embarazos, ya que un 17.6% de los entrevistados en la ENI-12 refirieron usar estos servicios.

Al total de atenciones que se realizan en los hospitales se sumó un 2% para compensar el subregistro, ya que el informe solo cubría un 98%. Obtenido el número estimado de servicios ofrecido por el MSP, lo multiplicamos por el costo unitario estimado de cada uno de esos servicios (el mismo costo utilizado por la Unidad de Cuentas DGPSS del MSP). En resumen, el MSP ofreció un estimado de 944,335 servicios de atención y el costo estimado de gastos en extranjeros del MSP para el 2012 fue de RD\$506,026,543.00, lo que hace para un promedio de RD\$964.43 por cada extranjero (o 22.9. US\$), inferior al estimado por la oficina de cuentas.

Hay discrepancias con la Unidad de Cuentas del DGPSS en relación a los servicios a extranjeros ya que el gasto estimado para ese mismo año fue de RD\$1,288.86 millones, poco más del doble de lo estimado por nosotros. Parte de esa diferencia está en que para nuestro cálculo se consideró el reporte mensual de los establecimientos hospitalarios; en cambio, para el reporte de la Unidad de Cuentas se tomaron las memorias de los servicios regionales de salud del MSP.

Respecto a la validez de la distintas fuentes de información, cabe destacar que en el informe del Departamento de Estadísticas el dato de los centros hospitalarios se recoge mensualmente; en cambio, la información que ofrecen las Oficinas Regionales es un consolidado que se hace a final de año, a fin de que el Ministro pueda preparar sus memorias de actividades y, probablemente, tiene menos rigor científico. Donde hay mayores discrepancias es en lo referente a los partos (que solo se realizan en hospitales) y a las consultas, respecto a las cuales el informe del Departamento de Estadísticas no recoge información sobre las clínicas.

Cuadro 18.

Número de servicios de salud proporcionados a personas de origen extranjero, según región de salud

Regiones de salud	Inmigrantes	Enfermaron	Enfermaron y usaron servicios del Estado	Consultas*	Promedio de consultas
Total	768,783	242,503	166,052	264,818	1.59
0	290,471	90,430	55,677	84,030	1.5
I	21,043	6,104	4,869	4,627	1.0
II	120,095	41,997	28,326	49,259	1.7
III	28,170	9,164	6,800	13,933	2.0
IV	44,429	13,729	10,903	15,991	1.5
V	116,992	31,824	19,136	36,101	1.9
VI	36,569	9,651	6,495	9,163	1.4
VII	72,698	25,471	20,799	39,617	1.9
VIII	38,314	14,133	10,478	12,097	1.2

*Se sumó un 20% al total registrado.

Fuente: ENI-2012 y Departamento de Estadísticas, MSP.

El promedio de consultas por personas se calculó dividiendo el total de consultas entre el número de personas (estimado por la encuesta ENI-2012) que refirieron haber utilizado los servicios de los establecimientos del Estado cuando enfermaron en los últimos doce meses previos a la entrevista.

El índice de consultas por cada mil habitantes de origen extranjero que utilizaron los servicios de salud del Estado fue de 344.6, en tanto que el índice para el país en el año 2012 fue de 1,213.3 (OPS, Indicadores básicos de salud en la República Dominicana, 2012). Lo que significa que hay 3.5 veces más consultas en la población general que en la población de origen extranjero. Hay que señalar que la población de inmigrantes es joven y se enferma menos, por lo que utilizan menos los servicios que la población general.

Cuadro 19.
Servicios de salud a mujeres de origen extranjero, según región de salud

Regiones de salud	Inmigrantes	Mujeres	Mujeres en edad fértil	Partos y cesáreas*	Proporción partos y cesáreas por total mujeres	Tasa bruta de natalidad
Total	768,783	298,968	179,478	18,610	6.2	103
0	290,471	118,607	72,299	6,947	5.9	96
I	21,043	8,553	4,290	520	6.1	121
II	120,095	48,648	31,430	2,828	5.8]	90
III	28,170	8,779	5,319	414	4.7	78
IV	44,429	18,812	9,675	1,115	5.9	115
V	116,992	44,303	25,614	2,086	4.7	81
VI	36,569	13,280	7,406	1,108	8.3	150
VII	72,698	25,995	15,862	2,454	9.4	155
VIII	38,314	11,991	7,583	1,134	9.5	150

Fuente: Base de datos del "Registro mensual de producción y servicio", MSP.

(*): Total de consulta más un 18% correspondientes a clínicas rurales y 2% para completar subregistro.

****** Sumatoria de partos y cesáreas, más un 2% para completar subregistro.

El número de partos y cesáreas a extranjeras, según datos dados por los hospitales y reportados en el Informe 2012 del Departamento de Estadísticas del MSP, fue de 18,245. A esta cifra se sumó un 2% y obtuvimos un estimado de 18,610 partos y cesáreas practicadas a mujeres extranjeras (cuadro 18). El boletín estadístico de la ONE informó que en el 2012 se realizaron 17,968 partos a mujeres extranjeras, mientras el informe de las oficinas regionales señala 30,471 partos y cesáreas a extranjeras.

Al calcular el promedio de natalidad bruta en base a los partos y cesáreas reportadas por el Departamento de Estadísticas, encontramos que el promedio fue 104 partos por cada mil mujeres extranjeras en edad fértil, cifra que es cuatro veces más que el promedio nacional (que es de 22.8) y que el promedio de Haití (que es 25.4).

Esto se explica parcialmente al constatar que muchas de las mujeres extranjeras que dan a luz no son inmigrantes residentes (tres de cada cuatro); es también probable que el número de mujeres en edad fértil entre la población de origen extranjero sea superior al estimado.

Otra información que incide en nuestro cálculo es que estamos tomando como base toda la población de origen extranjero, aun cuando se sabe que muchas mujeres inmigrantes utilizan los servicios privados, sobre todo las de un origen distinto de Haití.

8. VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN MIGRANTE

Cuadro 20.
Casos diagnosticados con VIH, según nacionalidad y variables socio demográficas 1991-2012

Variables	Nacionalidad					
	Total		Dominicana		Extranjeros	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total	40,836	100.0	38,182	100.0	1,664	100.0
SEXO						
Hombre	19,131	46.8	17,998	47.1	692	41.6
Mujer	21,705	53.2	20,184	52.9	972	58.4
EDAD						
0 a 9	805	2.0	759	2.2	28	1.7
10 a 29	5685	13.9	5,070	14.7	409	24.6
30 a 45	17713	43.4	16,391	47.4	885	53.2
46 y más	12945	31.7	12,345	35.7	342	20.6
Condición						
Fallecidos	2,577	6.3	2,552	6.7	25	1.5
No fallecidos	38,259	93.7	35,630	93.3	1,63	98.5

En el cuadro 20 observamos que en la base de datos SAI de la Dirección General para control del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y SIDA (DIGECITSS), a partir del año 1991 se han notificado un total de 40,836

personas que viven con el VIH, de las cuales 1,664 son extranjeras y entre las mismas un 3.8%, es decir 1,553 personas, son de nacionalidad haitiana.

La mayoría de las personas registradas en esta base están entre las edades de 30 y 45 años de edad, y un 53% del total de casos corresponden a mujeres. Este porcentaje es ligeramente más alto en el grupo de extranjeros 58.8% (muchos de los diagnósticos se hacen en la consulta pre-natal en donde sistemáticamente se hace la prueba de VIH).

Del total de casos notificados, un 6.3% ha fallecido; mientras que este porcentaje baja a 1.5% para el caso de los extranjeros, quizás porque algunos se ausentaron del país o existe una mayor dificultad para darles seguimiento.

Cuadro 21.
Porcentaje de hombres y mujeres que están en tratamiento con ARV

Sexo	Total	Dominicanos	Extranjeros
Total	54.1	56.4	36.5
Hombres	55.6	57.8	38.4
Mujeres	52.8	63.8	50.2

Fuente: SAI.

Del total de casos diagnosticados, un promedio de 54.1% están o han estado con tratamiento antirretroviral (ARV); en cambio esta proporción es de solo 38.4% en los hombres extranjeros diagnosticados con VIH. Probablemente muchos se han marchado o simplemente no acuden a los servicios con igual frecuencia que las mujeres.

Cuadro 22.
Total defunciones por VIH-SIDA según nacionalidad 2010-12

Año	Defunciones por todas las causas	Defunciones por VIH y nacionalidad		
		Dominicanos	Extranjeros	Total defunciones por VIH
2010	27,020	496	24	520
2011	29,717	441	24	466
2012	29,751	511	32	543

Fuente: Lista 667 de la OPS, CIE10.

En el cuadro 22 se observa que, en coincidencia con las informaciones del Departamento de Estadísticas de SESPAS, desde el 2010 hasta el 2012 se han producido un promedio anual de 509 defunciones por VIH/SIDA. El promedio anual de extranjeros fallecidos fue de 26 casos o, en otras palabras, alrededor de un 5.2% de las personas que mueren anualmente por SIDA son extranjeras.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Perfil de los inmigrantes

- 1.1 La población nacida en Haití que reside en el país en su mayoría son: hombres jóvenes que viven en el área urbana (65%), sin hijos, y uno de cada cuatro habla poco o nada de español; además el 92% viven en extrema pobreza.
- 1.2 Los inmigrantes nacidos en otros países tienen un perfil de servicios y facilidades superior a los inmigrantes nacidos en Haití.

2. Salud y enfermedad

- 2.1 Alrededor de 250,000 (30.3%) personas de origen extranjero se enfermaron o tuvieron un accidente en los últimos doce meses previos a la encuesta.
- 2.2 Las personas de origen haitiano tienen trabajos más riesgosos que los de origen de otros países, ya que todos los accidentes de trabajo reportados ocurrieron en población de origen haitiano.
- 2.3 Los niños, los ancianos y las mujeres tienen mayor riesgo de enfermar en todas las categorías de origen extranjero. Los hijos de inmigrantes nacidos en otros países fueron los que refirieron el mayor porcentaje de problemas de salud (39%).
- 2.4 La proporción de problemas de salud es más elevada en todas las categorías entre los residentes de Cibao. También las personas de origen haitiano que habitan en viviendas con pisos de tierra tienen mayor riesgo.

- 2.5 El riesgo de problemas de salud aumenta a medida que aumenta el número de hijos. Con 6 y más hijos es de 61.1, para el caso de hijos de inmigrantes haitianos; de 64.3 para el caso de hijos de inmigrantes de otros países y 43.8 para los nacidos en Haití.
- 2.6 Las personas que no saben leer ni escribir o que hablan poco español tienen proporcionalmente más problemas de salud o de accidentes. Un 49% de la población femenina nacida en Haití habla poco o nada español.
- 2.7 En las regiones de salud VII y VIII se registra la proporción más elevada de problemas de enfermedad, en cambio, en la regiones I y V se registran las más bajas.
- 2.8 La probabilidad de tener un problema de salud es más elevada entre los grupos económicos muy bajos comparada con los de medio alto y alto. En los nacidos en Haití va desde un 30.3 en los grupos muy bajos –que son la mayoría– a 24.1 en los grupos medio alto y alto.

3. Lugar de atención

- 3.1 Más de la mitad (52%) de las personas de origen extranjero que enferman van a un hospital del Estado para recibir servicios de salud. Un 71% de los nacidos en Haití que tuvieron un problema de salud fueron a un establecimiento del Estado, en cambio un 16.2% asistió a un establecimiento privado. Un 10.7% de los nacidos en Haití informó que no fue a ningún establecimiento de salud cuando estuvo enfermo y un 1.7% fue a otro lugar distinto a los mencionados.
- 3.2 Las mujeres (74%), los menores de 10 años (81%) y los mayores de 65 años (73%) son los que más utilizan los servicios de salud del Estado.
- 3.3 Entre los nacidos en Haití, un 19.8% de los residentes de la zona urbana asiste a clínicas privadas y solo un 9.0% de los residentes de

la zona rural asiste a esos centros de salud. Los que viven en lugares de alta concentración urbana recurren con más frecuencia a un establecimiento privado que aquellos que residen en la zona rural (25% frente a 11%). Los residentes en la región Sur y en las provincias de la zona fronteriza son los que con menos frecuencia asisten a un establecimiento privado (9.8% y 9.4% respectivamente).

- 3.4 Un porcentaje menor de entrevistados (56.0%) dijo haber asistido a los servicios del Estado la última vez que lo atendió un médico o enfermera, en comparación con el 72% que señaló haber asistido a estos establecimientos cuando tuvo un problema de salud en los últimos doce meses. Los residentes en la región de salud V son los que hacen menos uso de los servicios del Estado: el 62% declaró no haberlos utilizado cuando enfermó en los últimos doce meses previos a la entrevista.

4. Seguro de salud

- 4.1 Más de la mitad de la población nacional tiene un seguro de salud, situación similar a los inmigrantes nacidos en otros países que en un 57% dispone de un seguro, mientras que apenas el 7.6% de los inmigrantes nacidos en Haití lo posee. Entre los nacidos en Haití el grupo con la más alta cobertura de seguro de salud está en la región Este (23.3%). De estos un 27.95% de los que residen dentro la región de salud V posee un seguro.
- 4.2 Un 35% de los inmigrantes nacidos en Haití que tiene contrato por escrito y un 32.3% de los que trabajan en la rama de agricultura o ganadería disponen de un seguro de salud.
- 4.3 Entre los inmigrantes nacidos en Haití la probabilidad de tener un seguro de salud está relacionada con el grupo socioeconómico al que pertenece. Un 27.9% de los que están en las clases medio alta/alta tienen un seguro médico, en cambio solo el 6.3% del grupo socioeconómico muy bajo posee seguro.

5. Pago de la atención

- 5.1 Un 47% de la población de origen extranjero recibió asistencia gratuita por un problema de salud en los últimos doce meses. En cambio, un 42% pagó en efectivo por el servicio y un 11% lo hizo con un seguro de salud.
- 5.2 Un 23% de los inmigrantes nacidos en Haití que tuvieron un accidente de trabajo asistieron a un establecimiento del Estado y pagaron en efectivo por la atención.
- 5.3 La zona rural tiene mayor proporción de personas que recibieron atención médica gratuita que las personas que residen en la zona urbana. Para el caso de los nacidos en Haití un 63.5% en la zona rural recibió atención médica gratuita a diferencia del 41.5% que la recibió en la zona urbana. Entre dos inmigrantes nacidos en Haití que residen en la región Este el 15.4 % pagó con seguro de salud, cifra alta comparada con la de la región Sur y Cibao norte donde solo el 2.2% recurrió a un seguro de salud como medio de pago.
- 5.4 Un 32.3 % de los inmigrantes nacidos en Haití que trabajan en la rama de agricultura o ganadería tienen seguro de salud, pero solo el 4.7% refirió haber pagado la última vez utilizando esta modalidad.
- 5.5 Un 56.3% de los entrevistados nacidos en Haití que residen en el Gran Santo Domingo pagaron en efectivo por la atención y solo el 34.7% recibió asistencia gratuita. Un porcentaje de 46% (menos que la mitad de la población de origen haitiano que tuvo un problema de salud y asistió a un establecimiento del Estado) recibió asistencia totalmente gratuita. Las regiones IV y VII son las que registran menor proporción de pago en efectivo (10.2 % y 10.8% respectivamente) y mayor proporción de servicios gratuitos.
- 5.6 El promedio de consultas de salud en los inmigrantes es menor que el de los nacionales, y el promedio de partos es mayor en la población de origen extranjero que en la nacional.

- 5.7 El gasto en salud en la población de origen extranjero para el año 2012 fue 506.02 millones de pesos dominicanos, cifra que difiere de la ofrecida por la Oficina de Cuentas que, en base a los reportes de la Oficinas Regionales, calculó 1,288.86 millones de pesos dominicanos.
- 5.8 El promedio de gasto per cápita en salud en el país para el 2012 fue de US\$159.00. Tomando como fuente el gasto en salud para el colectivo extranjero que ofreció la Oficina de Cuentas del MSP y la población de origen extranjero indicada por la ENI-2012, se estima que, en el año 2012, el gasto per cápita fue de US\$ 23 por cada persona de origen extranjero.

6. VIH/SIDA

- 6.1 Del total de casos registrados por DIGECITSS el porcentaje de extranjeros con VIH/SIDA es de 3.8%, de estos un 53% corresponde a mujeres.
- 6.2 El 38.4% de los hombres extranjeros con VIH/SIDA registrados está bajo tratamiento de ARV; de igual manera está en tratamiento el 57% de los pacientes masculinos dominicanos y el 52.8% del total de las mujeres dominicanas registradas.
- 6.3 Desde el 2010 cada año se producen un promedio de 509 defunciones por VIH/SIDA, de las cuales, en promedio, 26 corresponden a extranjeros. El 5.2% del total de muertes por SIDA anual son extranjeros, para una población que representa el 7.6% de la población.

RECOMENDACIONES

Políticas

Las recomendaciones emanadas de los convenios e instrumentos internacionales de los que la República Dominicana es signataria, tanto en materia de derechos humanos como en materia específica de salud, deben ser seguidas en los diseños de políticas, planes y programas de salud a nivel nacional. Lo que implica incluir en estos la atención a los inmigrantes de cualquier nacionalidad, sin discriminación social, política, religiosa, étnica, de edad o género. De lo contrario, existe el riesgo de que muchos individuos y grupos queden excluidos y no puedan beneficiarse de la atención médica y de los servicios de salud que corresponden a todos los seres humanos.

Garantizar mediante una metodología efectiva –comprobable– que las leyes y reglamentaciones de la Política Nacional de Salud aseguren el acceso de todas las personas a la atención esencial, preventiva y curativa de salud, y que se mantenga dicho acceso según las mejores prácticas internacionales y de acuerdo con las leyes en materia de inmigración.

Enfermedad

Contribuir en el mejoramiento del programa nacional de salud en Haití, en el marco de los acuerdos binacionales, así como colaborar y asesorar la construcción de nuevos hospitales en la región fronteriza, su puesta en operación, gestión y mantenimiento. Asimismo, incluir dentro de dichos acuerdos la posibilidad de ofrecer capacitación al personal de salud sobre los fundamentos principales de los derechos humanos y la asistencia que debe otorgarse a los inmigrantes, deportados y repatriados, independientemente de las restricciones migratorias cuando se soliciten servicios de atención en salud.

Ofrecer capacitación al personal de salud con respecto a los derechos humanos y manejo de los casos con inmigrantes y alentar su independencia respecto a las políticas migratorias cuando se requieran servicios de atención en salud.

Fortalecer los servicios de prevención e incentivar la educación y los programas de control de la natalidad entre estos grupos con programas bilingües y dentro del contexto cultural apropiado.

Seguros de salud

El Estado debe velar para que las entidades no estatales, tales como las empresas privadas, actúen de conformidad con el código laboral dominicano y en respeto de los derechos del trabajador y de los derechos humanos procurando un seguro de salud a sus empleados.

El Estado y la empresa privada deben cumplir las normas de los derechos humanos mediante la adopción de leyes, políticas y demás medidas que garanticen, entre otras cosas, un acceso adecuado a la atención médica y a la información de calidad de sus empleados independientemente de su estatus migratorio.

El Ministerio de Salud en sus programas de prevención debe informar a todos los inmigrantes que aquellos que sufren accidentes laborales tienen derecho a recibir una indemnización y, además, garantizar la existencia de mecanismos legales de reparación e indemnización.

Dado su bajo nivel socioeconómico, considerar una provisión de seguros de salud de régimen subsidiado para las mujeres y los niños nacidos en la República Dominicana de padres procedentes de Haití, que residen en el territorio nacional.

Pagos

Los servicios de trabajo social en los establecimientos de salud del Estado deben procurar que los pagos por servicios de atención médica y otros servicios relacionados se basen en un principio de equidad, a fin de asegurar que esos servicios, públicos o privados, estén al alcance de la población del nivel socioeconómico más bajo.

VIH

Fortalecer los programas binacionales del control del VIH/SIDA y negociar con el gobierno de Haití una acción colectiva internacional, por medio de la cual los dos Estados se compromete a lograr los objetivos del milenio.

Fortalecer los programas de cooperación e intercambio entre los Ministerios de Salud de ambos países para dar seguimiento y asegurar la adherencia al tratamiento en las poblaciones móviles incluyendo un sistema de referencia y contra referencia en los dos países y una dotación de ARV por el tiempo que el migrante pasa cada año en Haití.

ABREVIACIONES

ARS	<i>Administradoras de Riesgos de Salud</i>
ARV	<i>Anti-retrovirales</i>
ASFL	<i>Asociaciones Sin Fines de Lucros</i>
BATEYES	<i>Lugar alrededor de Ingenio donde viven haitianos y otros</i>
BM	<i>Banco Mundial</i>
CEDIMAT	<i>Centro de Diagnóstico y medicina avanzada</i>
CERSS	<i>Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud</i>
CND	<i>Consejo Nacional de Drogas</i>
CNSS	<i>Consejo Nacional de la Seguridad Social</i>
CNSS	<i>Consejo Nacional seguridad social</i>
CONAPOFA	<i>Consejo Nacional de Población y Familia</i>
CONAVISIHDA	<i>Consejo Nacional para el VIH y el SIDA</i>
COPRESIDA	<i>Consejo Presidencial de SIDA</i>
DDF-SRS	<i>Dirección Desarrollo Fortalecimiento Servicios Regionales Salud</i>
DGPSS	<i>Dirección General Presupuesto Sector Salud</i>
DIDA	<i>Dirección y Defensa de los Afiliados</i>
DIGECITSS	<i>Dirección General de Control de ITS y SIDA</i>
DIGEPRES	<i>Dirección Nacional de Presupuesto</i>
ENDESA	<i>Encuesta Demográfica y de Salud</i>
ENI	<i>Encuesta Nacional de Inmigrantes</i>
EVCVS	<i>Encuestas de Vigilancia y comportamiento grupos vulnerables</i>
GB	<i>Gastos de Hogares</i>
GGG	<i>Gasto General del Gobierno</i>
GIZ	<i>Cooperación Alemana (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit)</i>
GNS	<i>Gasto Nacional en Salud</i>
GPS	<i>Gasto Público en Salud</i>
GSG	<i>Gasto Social del Gobierno</i>
GTH	<i>Gay, Trans y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres</i>

IDSS	<i>Instituto Dominicano de Seguro Social</i>
ITS	<i>Infección de transmisión sexual</i>
MSP	<i>Ministerio de Salud Pública</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
ONE	<i>Oficina Nacional de Estadísticas</i>
ONU	<i>Organización de las Naciones Unidas</i>
ONUSIDA	<i>Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA</i>
PBSS	<i>Plan Básico del Seguro de Salud</i>
PIB	<i>Producto Interno Bruto</i>
PNAI	<i>Programa Nacional de Atención Integral</i>
PNRTV	<i>Programa Nacional de la Reducción de la Transmisión Vertical</i>
PROMESE	<i>Programa de Medicamentos Esenciales-</i>
PWIH	<i>Personas que viven con VIH</i>
SAI	<i>Servicios de Atención Integral</i>
SDSS	<i>Sistema Dominicano de seguridad Social</i>
SENASA	<i>Seguro Nacional de Salud</i>
SFS	<i>Seguro Familiar de Salud</i>
SIDA	<i>Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</i>
SISALRIL	<i>Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales</i>
TARV	<i>Terapia Antirretroviral</i>
Trans	<i>Transexual, transgénero</i>
TSS	<i>Tesorería de la Seguridad Social</i>
TSX	<i>Trabajadoras Sexuales</i>
UD	<i>Usuarios de Drogas</i>
UNAP	<i>Unidades de Atención Primaria</i>
UNFPA	<i>Fondo de Población Naciones Unidas</i>
VIH	<i>Virus de Inmunodeficiencia Humana</i>
SIDA	<i>Síndrome de Inmunodeficiencia Humana</i>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Annan K, Secretario General ONU, *Movimientos Internacionales de Seres Humanos*, 21 de Noviembre 2003, Conferencia Enma Lazarus, New York.

Anónimo, “Huddled masses, please stay away”, *The Economist*, 13 de junio, 2002; 2002, pág. 29

Azcarte, Graciela, “Migraciones Ibéricas”, *Boletín de la Asociación para el Estudio de la Migraciones* no. 2, 2010.

Blandino R., De Moya A, Capellán M., “Impacto Psicosocial del SIDA en bateyes”, *Educando por la vida*, 1992.

Brown, Girdler, “Eastern and Southern Africa”, *International Migration* 36, no. 4 (1998):513-552.

Carballo M, y Siem, H. (1996). “Migration, migration policy and AIDS” en M. Knipe & R. Rector (eds.), *Crossing borders. Migration, Ethnicity and Aids*, 1996, Londres, Taylor & Francis.

CONAVIHSIDA, Segunda encuesta de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica (EVCVS), 2012, Santo Domingo.

Consejo Económico y Social, Naciones Unidas, *Resolución 2002/31*, 2002, Ginebra.

Cravioto, Alejandro, Daniele Lantagne, G. Balakrish Nair y Claudio F. Lantata, *Reporte Cólera en Haití*, 2010.

De la Rosa, Jaime, *Análisis de Situación de Salud Consolidada de Tres Regiones de Salud de la Frontera*, 2012, Santo Domingo.

DIGECITSS, *Estado epidémico del VIH en la República Dominicana. Informe final del análisis y consultas sobre el tipo de epidemia*, 2014, Santo Domingo.

FUNGLODE, Fundación Global, *Portal Inmigración*, 2014, Santo Domingo.

Gain Report, *Global agricultural information network, Dominican Republic Report Guide*, 2008.

Guasasco, Charlene, Heuer, Loretta Jean y Lausch, Cheryl “Providing Health Care and Education to Migrant Farm workers in Nurse-managed Centers”, *Nursing Education Perspectives* 23, no. 4, julio-agosto 2002, págs. 164-171.

IASFM, *Mission Statement of the International Association for the Study of Forced Migration*, 1994, Oxford.

ICERD, *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*, 1965, Ginebra.

Julio Frenk, y Octavio Gómez-Dantés, “La globalización y la nueva salud pública”, *Salud pública Méx* 49, no.2, marzo-abril 2007.

Landry, V, “Feminización y urbanización de la migración haitiana”, *Pueblos y fronteras digital* 8, 2013, págs. 201-224.

León, Viviano de, “Aprueban construcción de hospitales en la frontera”, *Listín Diario*, 2014, 10 de julio.

Lozano, Wilfredo. *La paradoja de las migraciones. El Estado Dominicano frente a la inmigración Haitiana*, 2005, Santo Domingo, UNIBE.

Magdalena Rathe, y Alejandro Moliné, *Sistema de salud de República Dominicana*, 2011, Santo Domingo, Fundación Plenitud.

Ministerio Salud Publica, *Informe de gastos salud pública en República Dominicana*, 2013, Santo Domingo.

Naciones Unidas, Oficina de las Unidas, *Resoluciones E/CN./RES/1997/33, Observación 14, Comisión Derechos Humanos, sobre protección de los derechos humanos en relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)*, 1997, Ginebra.

Naciones Unidas, *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria*, 1946, New York.

OEA, Comisión permanente, *Resolución las niñas niños y adolescentes centroamericanos migrantes no acompañados*. 23 julio 2014, CP/DEC.54, Guatemala.

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, *Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff*, 2001, Ginebra.

OIT, *Convenio sobre los trabajadores migrantes* No. 97, 1ro de julio 1949.

ONE, “Estadísticas vitales”, *Boletín estadísticas vitales*, 2012, Santo Domingo.

ONE-UNFPA-UE, *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana ENI-2012*. 2013, Santo Domingo.

ONUSIDA, *Informe epidemiológico*, 2012, OMS, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud, “Actualización Epidemiológica del Chikungunya en las Américas”, *Boletín OPS*, 2014.

Organización Panamericana de la Salud, *Salud y Derechos Humanos, Sesión del Comité Regional*, 2010, Washington.

Pérez, Ruddy Germán, “En Hospitales de la frontera nacen dos haitianos por cada parturienta de RD”, *El Nacional*, 2014, 10 de junio.

Portal Presidencia de la Presidencia República, *Gobierno elimina cuota de recuperación*, 2013, 5 de agosto.

Porter D. *Health civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*, 1999, Londres, Routledge.

Presidencia de la República, Dominicana, *Ley No. 169-14 de 2014 que establece un régimen especial para la personas nacidas en el territorio nacional inscrita irregularmente en el Registro Civil dominicano sobre naturalización*, 2014, Santo Domingo.

Rothschild BM. “Historia de la Sífilis”, *Clinical Infectious Diseases*, 40(10): 1454-1463, mayo, 2005.

Save the Children, State of the Worlds Mothers, 2003.

Tribunal Constitucional, de la República, *Sentencia TC/0168/13. Referencia al expediente No. TC-05-2012-0077. Relativo al recurso de revisión constitucional en materia de amparo incoado por la señora Juliana Deguis Pierre, contra la sentencia No. 473/2012*, 2013, Santo Domingo.

UNFPA, *Datos sobre el VIH-SIDA*, 2013.

Varios, *Human Watch, Human Rights, The Aftermath of September 11-tightening of immigration Policies*, Foro Civil Euromediterráneo, 2002, Valencia.

Vázquez Frías, Pastor, *iÉxodo! Un siglo de migración Haitiana hacia la República Dominicana*, 2013, Santo Domingo.

Verbruggen N. ed., *Health Care for Undocumented Migrants*, 2001, Bruselas.

Wheen, F. “Labour’s new idea-scrambled government?” *The Guardian*, 2000, 2 de setiembre.

Willmore, Nehemiah, “Esbozo histórico de la llegada de los inmigrantes afroamericanos a la isla de Santo Domingo y Haití”, *Boletín del Archivo General de la Nación*, Volumen 26, LXXIII, pág. 129.

ANEXOS

Anexo 1. Rangos y descripciones de las variables analizadas

No.	Variable	Rangos	Descripción
1	Edad	01- 9 años 10-29 años 30-64 65 y más	Se consolidaron las edades en cuatro grupos Tiene usted entre:
2	Sexo	1. Hombre 2. Mujer	¿Es (nombre) hombre o hembra?
3	Zona de Residencia	1. Urbana 2. Rural	Zona de residencia del encuestado
4	Tres grandes dominios	1. Alta concentración Urbana 2. Resto Urbano 3. Rural	Área urbana Santo Domingo y Santiago Todas las demás aéreas urbanas Área rural
5	Grandes regiones	1. Gran Santo Domingo 2. Cibao o Norte 3. Este 4. Sur	Cuatro regiones geográficas creadas para esta encuesta
6	Provincias	1. Fronterizas 2. No fronterizas	Se agruparon en fronterizas todas las provincias limítrofes con Haití
7	Número de hijos vivos	1. Ninguno 2. 1 a 2 3. 3 a 5 4. 6 y más	¿Cuántos hijos e hijas vivos actualmente tiene usted?
8	Material del piso de la vivienda	1. Mosaico, granito, mármol, cerámica, cemento 2. Tierra 3. Otros	Material predominante del piso de la vivienda en que viven los encuestados
9	Combustible utilizado para cocinar	1. Leña o carbón 2. Gas propano o kerosén 3. Electricidad 4. No cocinan	¿Cuál es el principal combustible que se utiliza para cocinar?

CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN EXTRANJERO

No.	Variable	Rangos	Descripción
10	Fuente de abastecimiento de agua	1. Del acueducto dentro de la casa, acueducto fuera de la casa, acueducto o llave pública 2. Manantial, río, arroyo, canal, pozo o lluvia 3. Camión tanque 4. Otro	¿De dónde proviene el agua que usa el hogar?
11	Servicio sanitario	1. De uso exclusivo 2. De uso compartido con otra vivienda 3. No tiene baño o servicio	¿El baño o servicio sanitario es...?
12	Estado civil de los inmigrantes	1. Casado, unión libre 2. Soltero, viudo o separado	Estado conyugal de los encuestados
13	Saben leer y escribir	1. Sí 2. No	¿Sabe leer y escribir?
14	Nivel de instrucción	1. Inicial o preescolar, básico o primario 2. Medio o secundario 3. Superior o universitario, o postgrado 4. No sabe	¿Cuál es el nivel más alto que alcanzó?
15	Conocimiento del español	1. Muy bien 2. Bien 3. Regular 4. Poco o nada	¿Entiende y habla español muy bien, bien, regular, poco o nada?
16	Religión que practican	1. Católica 2. Evangélica 3. Adventista 4. Ninguna 5. Otro	¿Cuál es su religión?
17	Tiempo residiendo en la República Dominicana	1. Menos de 1 año 2. 1 a 2 años 3. 3 a 10 años 4. Más de 10 años	Tiempo de residencia en la República Dominicana en años
18	Trabaja (situación de ocupación)	1. Sí 2. No	¿Durante los últimos siete días, tuvo usted algún trabajo por paga o ganancia, aunque no fuera a trabajar por vacaciones, enfermedad u otra razón?
19	Tipo de contrato	1. Fijo 2. Temporal/ ocasional 3. Por ajuste 4. Otro tipo	¿Es usted un trabajador fijo, ocasional o temporal en ese trabajo?

No.	Variable	Rangos	Descripción
20	Grupo ocupacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obrero o empleado a sueldo o salario 2. Trabajador por cuenta propia, para su negocio o actividad 3. Empleador o patrón 4. Trabajador familiar o no familiar sin pago o ganancia 5. Servicio doméstico 	Grupo ocupacional que declararon los encuestados que señalaron estar ocupados
21	Rama de actividad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agricultura o ganadería 2. Industria manufacturera 3. Construcción 4. Comercio al por mayor o detalle 5. Otros 	Rama de actividad al que pertenecen las ocupaciones que declararon los encuestados que están ocupados
22	Grupo socioeconómico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy bajo 2. Bajo, medio bajo 3. Medio 4. Medio alto, alto 	De acuerdo a una serie de evaluaciones en las variables como tenencia de carro, nevera, televisión, lavadora, computadora, estufa, automóvil, estufa y teléfono, así como material predominante del techo, piso y pared, se determinaron los niveles socioeconómico de los encuestados
23	Problemas de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí, estuve enfermo 2. Sí, tuve un accidente de trabajo 3. Sí, tuve otro tipo de accidente 4. Sí, tuve enfermo y tuve un accidente 5. Padecí una enfermedad crónica 6. No estuve enfermo ni tuve un accidente 	¿Ha tenido (nombre) algún problema de salud o sufrió algún accidente durante los últimos doce meses?
24	Tenencia de seguro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	¿Está (nombre) afiliado a algún seguro de salud (seguro médico)?

No.	Variable	Rangos	Descripción
25	Pago por atención recibida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pagué con seguro médico 2. Pagué con efectivo, me prestaron dinero o pagó otra persona 3. Recibí atención médica gratuita 5. Otra forma 	Registra la forma de pago de los que declararon haber tenido algún problema de salud
26	Lugar donde se atendió la primera vez	<ol style="list-style-type: none"> 1. No asistió a ningún lugar 2. Clínica rural de Salud Pública, Consultorio de Salud Pública, Centro de Salud del IDSS, Hospital/ Dispensario Militar 3. Clínica Privada, Dispensario de Iglesia o Patronato 4. Hospital de Salud Pública 5. Otro 	¿Dónde se atendió (nombre) por ese problema de salud o accidente?
27	Lugar donde se atendió la última vez	<ol style="list-style-type: none"> 1. No asistió a ningún lugar 2. Clínica rural de Salud Pública, Consultorio de Salud Pública, Centro de Salud del IDSS, Hospital/ Dispensario Militar 3. Clínica Privada, dispensario de Iglesia o patronato 4. Hospital de Salud Pública 5. Otro 	¿Dónde se atendió (nombre) la última vez que consultó a un médico o enfermera?
28	Regiones de Salud (RSalud1)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Región 0, 1. Región I, 2. Región II, 3. Región III. 4. Región IV, 5. Región V, 6. Región VI, 7. Región VII, 8. Región VIII 	Estas regiones resultado del agrupamiento de las provincias, son las regiones utilizadas por el Ministerio de Salud Pública
29	Cómo pagó esa atención de salud (pago)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguro médico 2. En efectivo 3. Asistencia gratuita 4. Otra forma 	Forma de pago por atención a problemas de salud; estas categorías están basadas en el agrupamiento de las categorías iniciales. Efectivo es la fusión de la categoría 1 y 3, el resto permaneció sin agruparse

Anexo 2.

Construcción de la variable grupos socioeconómicos

Para la obtención de la distribución en grupos socioeconómicos (GSE) se siguió la metodología utilizada en el estudio de grupos socioeconómicos según provincias del 2009:

PRIMERA FASE. Algoritmo de creación de la GSE de los hogares según datos de la encuesta ENI-2012. La GSE se define como un índice construido a partir de la presencia de una serie de variables agrupadas en aspectos como bienes durables en el hogar, calidad de la vivienda, grado de salubridad de esta y nivel de escolaridad del jefe (hombre o mujer) del hogar.

1. Los bienes durables considerados para la construcción del grupo socioeconómico fueron televisor, nevera, automóvil, teléfono, estufa y lavadora.
2. La calidad de la vivienda ha sido definida a partir de los materiales de construcción del piso, techo y paredes, estableciendo los siguientes rangos:
 - a) viviendas de alta calidad, grupo al cual pertenecen todas aquellas unidades habitacionales con las siguientes características:
 - techo de concreto, piso de granito, mármol o cerámica y paredes de bloques o concreto,
 - techo de zinc, piso de granito, mármol o cerámica y paredes de bloques o concreto,
 - techo de asbesto cemento, piso de granito, mármol o cerámica y paredes de bloques o concreto,
 - techo de concreto, piso de mosaico y paredes de bloques o concreto,
 - techo de zinc, piso de mosaico y paredes de bloques o concreto,
 - techo de asbesto cemento, piso de mosaico y paredes de bloques o concreto, viviendas de baja calidad, grupo en el cual se incluyen todas aquellas no incluidas en la categoría “alta calidad”.

3. El grado de salubridad de la vivienda se construyó a partir de dos indicadores relacionados con el saneamiento básico: existencia de inodoro y de agua del acueducto público dentro de la vivienda. La combinación de estos dos elementos permitió definir las viviendas en dos categorías:
 - a) con alto grado de salubridad,
 - b) con bajo grado de salubridad.

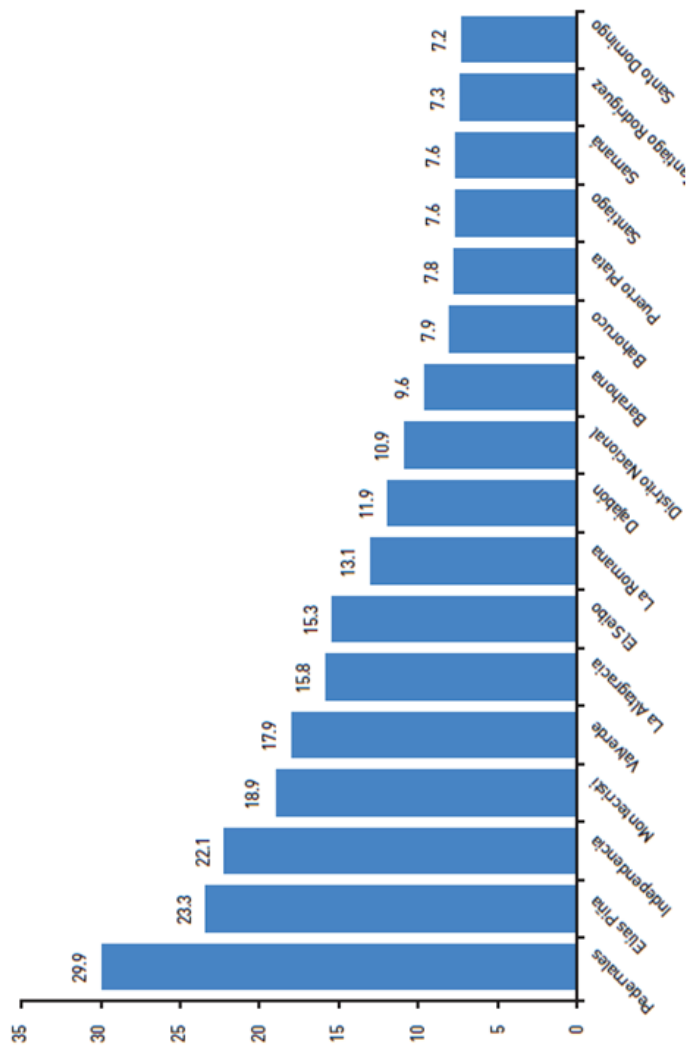
4. Con la variable nivel de escolaridad del jefe del hogar se procedió de forma similar que con las de calidad y al grado de salubridad de la vivienda, esto es, se definieron las dos categorías siguientes:
 - a) baja escolaridad, grupo al cual pertenecen jefes de hogar que como máximo alcanzaron a completar el bachillerato y,
 - b) alta escolaridad, donde se incluye a todos los jefes y jefas de hogar con estudios superiores.

En la construcción de este índice subyace la idea de que todos los hogares dispondrían de estas características siempre que tuvieran las condiciones para adquirirlas. Esto es, si existiesen las mejores condiciones en los hogares, se esperaría que todos dispusiesen de los bienes durables mencionados previamente, todos habitarían en viviendas de alta calidad, con alto grado de salubridad y los jefes tendrían una alta escolaridad.

Anexo 3.

Gráfico 3.5

Provincias con porcentajes de población de origen extranjero en relación al total de sus poblaciones, superiores o próximos al porcentaje a escala nacional



Anexo 4.

Tabla No. 1 SRS y cantidad de UNAP a escala nacional, 2011					
SRS	Cantidad de provincias	Provincias	UNAP		Total UNAP
			Zonas urbanas	Zonas rurales	
0	6	Santo Domingo Este, Santo Domingo Norte, Santo Domingo Oeste, Distrito Nacional Este, Distrito Nacional Oeste y Monte Plata	262	75	337
I	3	San Cristóbal, Peravia y San José de Ocoa	51	91	142
II	3	Santiago, Puerto Plata y Espaillat	157	118	275
III	4	Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná	86	90	176
IV	4	Barahona, Pedernales, Independencia y Baoruco	60	74	134
V	5	San Pedro, La Altagracia, La Romana, El Seibo y Hato Mayor	12	81	206
VI	3	San Juan, Azua y Elías Piña	27	92	119
VII	4	Valverde, Santiago Rodríguez, Montecristi y Dajabón	63	63	126
VIII	3	La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez	41	102	143

Fuente: Elaboración propia, con datos del MSP.

Se terminó de imprimir
en el mes de diciembre del año 2014,
en los talleres de
Gráfica Willian, S.R.L.,
Santo Domingo, República Dominicana.