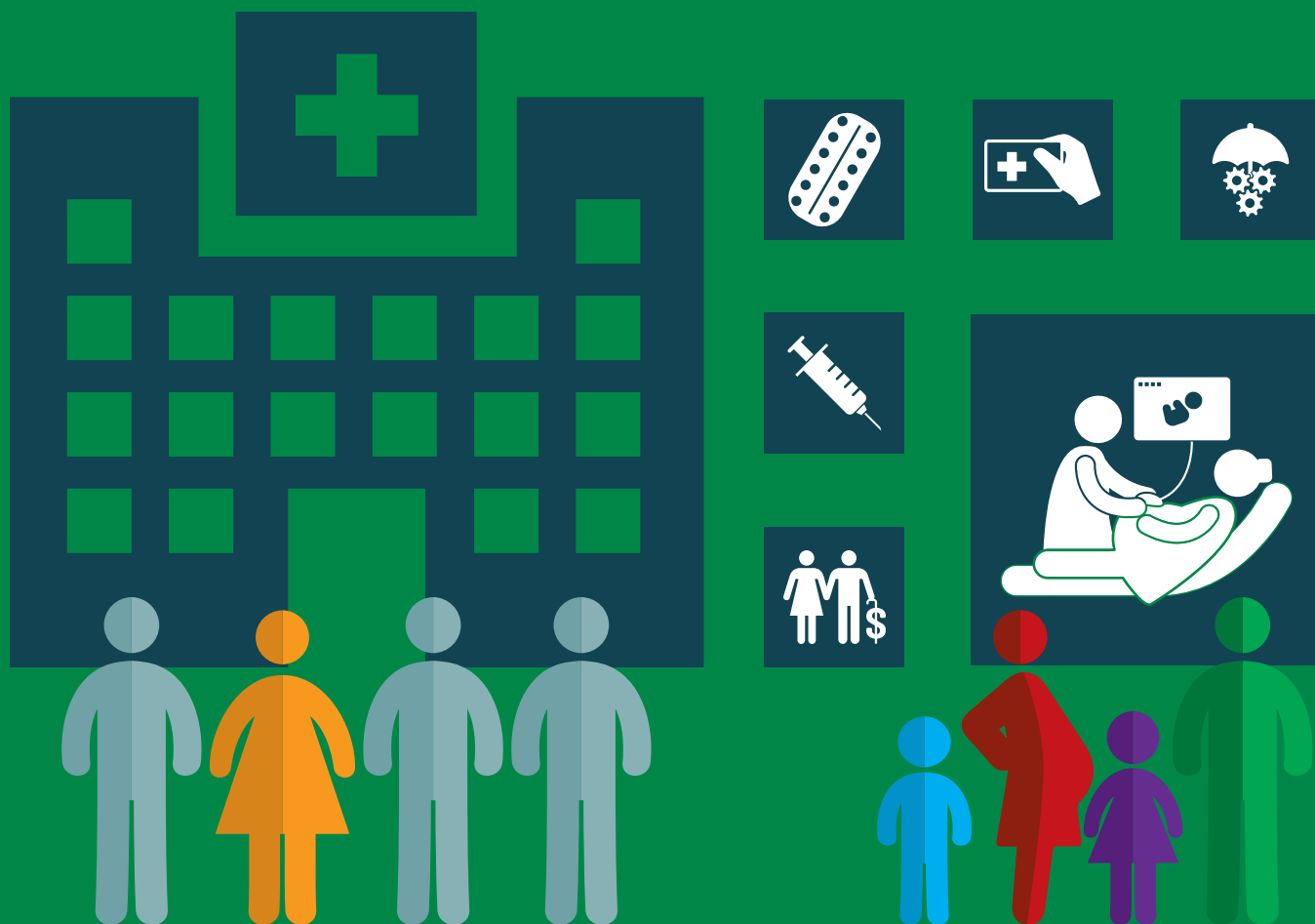




ESTUDIO COMPLEMENTARIO  
**ENI-2017** SEGUNDA ENCUESTA  
NACIONAL DE  
INMIGRANTES

EL ACCESO DE INMIGRANTES Y DESCENDIENTES  
A LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL  
EN LA REPÚBLICA DOMINICANA



ESTUDIO COMPLEMENTARIO  
"EL ACCESO A INMIGRANTES Y DESCENDIENTES A LA SALUD  
Y A LA PROTECCIÓN SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA"  
©SEGUNDA ENCUESTA NACIONAL DE INMIGRANTES, ENI-2017  
Santo Domingo, República Dominicana, septiembre 2018

**Investigador principal**  
MATÍAS BOSCH CARCURO

**Investigadores**  
Maritza Pérez Domínguez  
Jaime Rodríguez Rodríguez

**Apoyo en el análisis de datos y gráficos**  
Perla Rosario Fabián



**Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA:**  
Representante Nacional: Sonia Vásquez  
Coordinadora de proyecto: Elba Franco  
Encargada de Comunicaciones: Dania Batista  
Asistente financiera administrativa: Miguelina Estévez

**Apoyo editorial**  
Corrección de estilo: Rosario Flores  
Diseño y diagramación: Karen Cortés H.

**ISBN:**  
978-9945-015-24-9

Una publicación del **Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA**  
Av. Anacaona, Mirador Sur  
Santo Domingo, República Dominicana  
Teléfono: (809) 537-0909  
[www.dominicanrepublic.unfpa.org](http://www.dominicanrepublic.unfpa.org)



La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero de la **Unión Europea**. Su contenido no necesariamente refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

# EL ACCESO DE INMIGRANTES Y DESCENDIENTES A LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS  
**ENI-2017** SEGUNDA ENCUESTA  
NACIONAL DE  
INMIGRANTES

## CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN</b> . . . . .	12		
<b>INTRODUCCIÓN</b> . . . . .	14		
Características, objetivos y metodología del estudio . . . . .	14		
<b>Capítulo I.</b>			
<b>SALUD, BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL: PERSPECTIVA CONCEPTUAL</b> . . . . .	16		
1.1 Bienestar y protección social . . . . .	17		
1.2 Seguridad social . . . . .	18		
1.3 Derecho a la salud . . . . .	20		
1.4 Perspectiva alternativa desde la salud pública y la salud colectiva latinoamericana. . . . .	24		
<b>Capítulo II.</b>			
<b>DERECHO Y ACCESO DE LOS INMIGRANTES A LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL     EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO</b> . . . . .	27		
2.1 Instrumentos normativos internacionales. . . . .	29		
2.2 Instrumentos normativos nacionales . . . . .	32		
2.2.1 Derecho a la salud . . . . .	34		
2.2.2 Derecho a la seguridad social . . . . .	34		
<b>Capítulo III.</b>			
<b>ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA SEGUNDA ENCUESTA NACIONAL DE INMIGRANTES,     ENI-2017</b> . . . . .	41		
3.1 Perfil poblacional . . . . .	42		
3.2 Perfil de demanda y acceso a servicios de salud. . . . .	51		
		3.2 Afiliación al aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones . . . . .	66
		3.3 Pagos por servicios de salud . . . . .	78
		3.4 Uso de métodos anticonceptivos . . . . .	82
		3.5 Fecundidad y maternidad . . . . .	90
		3.6 Idioma y educación en mujeres y madres . . . . .	98
		<b>Capítulo IV.</b>	
		<b>CONCLUSIONES</b> . . . . .	102
		4.1 Sobre el enfoque de la salud y la protección social . . . . .	103
		4.2 Sobre el marco normativo . . . . .	104
		4.3 Perfil de demanda y acceso a servicios de salud. . . . .	105
		4.4 Afiliación al aseguramiento . . . . .	106
		4.4 Pagos por servicios de salud . . . . .	108
		4.4 Uso de métodos anticonceptivos . . . . .	108
		4.5 Fecundidad y maternidad . . . . .	109
		4.6 Idioma y educación en mujeres y madres . . . . .	109
		<b>Capítulo V. RECOMENDACIONES</b> . . . . .	110
		5.1 Armonización entre normativas y convenciones . . . . .	111
		5.2 Políticas públicas en salud y protección social . . . . .	111
		<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> . . . . .	114
		<b>Documentos jurídicos e institucionales</b> . . . . .	117

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b>	Cantidad de inmigrantes según país de origen	42
<b>Gráfico 2.</b>	Inmigrantes según rangos de edad	43
<b>Gráfico 3.</b>	Descendientes según rangos de edad	43
<b>Gráfico 4.</b>	Cantidad de inmigrantes totales por rangos de edad según región de planificación	44
<b>Gráfico 5.</b>	Cantidad de descendientes por grupos etarios según región de planificación	45
<b>Gráfico 6.</b>	Cantidades de inmigrantes por sexo y rangos de edad	46
<b>Gráfico 7.</b>	Cantidad de inmigrantes por rangos de edad según dominios geográficos	47
<b>Gráfico 8.</b>	Cantidad de descendientes por grupos edad según dominios geográficos	48
<b>Gráfico 9.</b>	Cantidad de inmigrantes según sexo y región de planificación	49
<b>Gráfico 10.</b>	Distribución de los inmigrantes según sexo y dominio geográfico	49
<b>Gráfico 11.</b>	Cantidad de descendientes según sexo y región de planificación	50
<b>Gráfico 12.</b>	Cantidad de descendientes según sexo y dominio geográfico	50
<b>Gráfico 13.</b>	Porcentaje de inmigrantes enfermos o accidentados en los últimos 12 meses	51
<b>Gráfico 14.</b>	Porcentaje de descendientes enfermos o accidentados en los últimos 12 meses	51
<b>Gráfico 15.</b>	Proporción de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención, por zona de residencia	52
<b>Gráfico 16.</b>	Proporción de descendientes según centro de salud donde recibió atención, por zona de residencia	52
<b>Gráfico 17.</b>	Proporción de inmigrantes por centro de salud donde recibió atención, según región de planificación	53
<b>Gráfico 19.</b>	Proporción de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención por dominio geográfico	55
<b>Gráfico 20.</b>	Proporción de descendientes según centro de salud donde recibió atención por dominio geográfico	56
<b>Gráfico 21.</b>	Proporción de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención, por zona de residencia	57
<b>Gráfico 22.</b>	Proporción de descendientes según centro de salud donde recibió atención por zona de residencia	57
<b>Gráfico 23.</b>	Cantidad de inmigrantes visitaron hospitales públicos por región de planificación	58
<b>Gráfico 24.</b>	Cantidad de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención por sexo	59
<b>Gráfico 25.</b>	Cantidad de descendientes según centro de salud donde recibió atención por sexo	59
<b>Gráfico 26.</b>	Proporción de inmigrantes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad	60
<b>Gráfico 27.</b>	Proporción de descendientes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad	61
<b>Gráfico 28.</b>	Proporción de inmigrantes y descendientes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad y regiones de planificación	62
<b>Gráfico 29.</b>	Proporción de inmigrantes y descendientes según centro de salud donde recibió atención por rangos de edad y dominio geográfico	64
<b>Gráfico 30.</b>	Proporción de inmigrantes y descendientes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad y zona de residencia	65
<b>Gráfico 31.</b>	Centros de atención visitados por inmigrantes haitianos	66
<b>Gráfico 32.</b>	Proporción de inmigrantes y descendientes que están afiliados a algún seguro de salud	66
<b>Gráfico 33.</b>	Cantidad de inmigrantes que están afiliados a algún seguro de salud	67
<b>Gráfico 34.</b>	Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud según país de origen	67
<b>Gráfico 35.</b>	Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por región de planificación	68
<b>Gráfico 36.</b>	Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por dominio geográfico	69
<b>Gráfico 37.</b>	Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por zona de residencia	69
<b>Gráfico 38.</b>	Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud	70
<b>Gráfico 39.</b>	Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por región de planificación	70
<b>Gráfico 40.</b>	Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por dominio geográfico	71
<b>Gráfico 41.</b>	Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por zona de residencia	71
<b>Gráfico 42.</b>	Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud según sexo	72
<b>Gráfico 43.</b>	Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud según sexo	72
<b>Gráfico 44.</b>	Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por rango de edad	73
<b>Gráfico 45.</b>	Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por rango de edad	73
<b>Gráfico 46.</b>	Inmigrantes afiliados a seguro médico por actividad económica	74
<b>Gráfico 47.</b>	Inmigrantes afiliados a seguro médico por grupos de ocupación	75
<b>Gráfico 48.</b>	Proporción de inmigrantes y descendientes que son titulares de su seguro de salud	75
<b>Gráfico 49.</b>	Cantidad de inmigrantes y descendientes que son titulares de su seguro de salud	75
<b>Gráfico 50.</b>	Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud según tipo de contrato de trabajo	76
<b>Gráfico 51.</b>	Cantidad de descendientes que son afiliados a algún seguro de salud según tipo de contrato de trabajo	76

<b>Gráfico 52.</b>	Afiliación de los inmigrantes a algún seguro de salud según documento de identidad	77
<b>Gráfico 53.</b>	Afiliación de los descendientes a algún seguro de salud según documento de identidad	77
<b>Gráfico 54.</b>	Afiliación a un seguro de riesgos laborales en el lugar de trabajo de los inmigrantes y de los descendientes	77
<b>Gráfico 55.</b>	Cantidad de inmigrantes y descendientes afiliados a alguna AFP por rango de edad	78
<b>Gráfico 56.</b>	Pagos por atención médica de los inmigrantes y descendientes	78
<b>Gráfico 57.</b>	Inmigrantes y descendientes afiliados a algún seguro de salud según centro donde recibieron asistencia médica y su sexo	79
<b>Gráfico 58.</b>	Pago por atención médica de los inmigrantes según sexo	79
<b>Gráfico 59.</b>	Pago por atención médica de los descendientes según sexo	80
<b>Gráfico 60.</b>	Cantidad inmigrantes que recibieron atención en hospitales públicos según forma de pago	81
<b>Gráfico 61.</b>	Cantidad descendientes que recibieron atención en hospitales públicos según forma de pago	81
<b>Gráfico 62.</b>	Cantidad de inmigrantes que recibieron atención en clínicas privadas según forma de pago	81
<b>Gráfico 63.</b>	Cantidad de descendientes que recibieron atención en clínicas privadas según forma de pago	81
<b>Gráfico 64.</b>	Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por mujeres inmigrantes y descendientes	82
<b>Gráfico 65.</b>	Porcentaje de mujeres inmigrantes y descendientes que declararon utilizar métodos anticonceptivos modernos o no modernos	82
<b>Gráfico 66.</b>	Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres inmigrantes	83
<b>Gráfico 67.</b>	Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres descendientes	83
<b>Gráfico 68.</b>	Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres inmigrantes según región de planificación	84
<b>Gráfico 69.</b>	Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres descendientes según región de planificación	85
<b>Gráfico 70.</b>	Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres inmigrantes según zona de residencia	86
<b>Gráfico 71.</b>	Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres descendientes según zona de residencia	87
<b>Gráfico 72.</b>	Métodos anticonceptivos con mayor uso declarado por las mujeres inmigrantes de 15 a 19 años según zona de residencia	88
<b>Gráfico 73.</b>	Métodos anticonceptivos con mayor uso declarado por las mujeres descendientes de 15 a 19 años según zona de residencia	89
<b>Gráfico 74.</b>	Mujeres inmigrantes y descendientes con hijos y sin hijos	90

<b>Gráfico 75.</b>	Mujeres haitianas según tengan o no hijos	90
<b>Gráfico 76.</b>	Madres inmigrantes según número de hijos	91
<b>Gráfico 77.</b>	Madres descendientes según número de hijos	91
<b>Gráfico 78.</b>	Madres haitianas según número de hijos	92
<b>Gráfico 79.</b>	Porcentaje de mujeres inmigrantes y descendientes que se realizaron controles prenatales durante su último embarazo	92
<b>Gráfico 80.</b>	Cantidad de controles prenatales realizados durante el embarazo de mujeres inmigrantes y descendientes según dominio geográfico	93
<b>Gráfico 81.</b>	Porcentaje de inmigrantes que realizaron controles prenatales por región de planificación	94
<b>Gráfico 82.</b>	Porcentaje de descendientes que se realizaron controles prenatales por región de planificación	94
<b>Gráfico 83.</b>	Porcentaje de mujeres inmigrantes que realizaron controles prenatales por zona de residencia	95
<b>Gráfico 84.</b>	Porcentaje de descendientes que realizaron controles prenatales por zona de residencia	95
<b>Gráfico 85.</b>	Porcentaje de mujeres inmigrantes que realizaron controles prenatales según dominio geográfico	96
<b>Gráfico 86.</b>	Porcentaje de descendientes que se realizaron controles prenatales por dominio geográfico	96
<b>Gráfico 87.</b>	Porcentajes de mujeres inmigrantes nacidas en Haití y en otros países que realizaron 8 o más controles prenatales	97
<b>Gráfico 88.</b>	Porcentaje de mujeres descendientes que realizaron 8 o más controles prenatales	97
<b>Gráfico 89.</b>	Porcentajes de mujeres entre 15 y 19 años inmigrantes y descendientes que han dado a luz	98
<b>Gráfico 90.</b>	Cantidad de mujeres entre 15 y 19 años inmigrantes y descendientes que han dado a luz según zona residencia	98
<b>Gráfico 91.</b>	Idioma principal hablado por los inmigrantes	98
<b>Gráficos 92, 93 y 94.</b>	Idioma principal hablado por los inmigrantes según sexo	99
<b>Gráfico 95.</b>	Nivel de dominio del idioma español en las mujeres inmigrantes	99
<b>Gráfico 96.</b>	Dominio del idioma español de inmigrantes que indicaron ser madres	100
<b>Gráfico 97.</b>	Idioma principal hablado por las mujeres descendientes	100
<b>Gráfico 98.</b>	Nivel de dominio del idioma español en las mujeres descendientes	100
<b>Gráfico 99.</b>	Nivel educativo de la población de madres inmigrantes	101
<b>Gráfico 100.</b>	Nivel educativo de la población de madres descendientes	101

## PRESENTACIÓN

El Fondo de Población de las Naciones Unidas es un aliado estratégico de los Gobiernos, siendo parte de su misión principal colaborar con la producción, procesamiento, análisis y utilización de datos sociodemográficos para la formulación de políticas y programas en materia de población y desarrollo sostenible.

Uno de los retos que se desprendió de los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes, ENI-2017, fue la posibilidad de profundizar el análisis de los datos referidos a determinados aspectos de la inmigración a fin de contar con informaciones que sirvan para tomar decisiones colectivas encaminadas a diseñar y ejecutar políticas públicas integrales e inclusivas, sin importar procedencia, así como también para garantizar un ordenamiento del movimiento migratorio que permita fortalecer la capacidad del ejercicio de derechos, al tiempo que se robustece la institucionalidad del Estado democrático.

Dentro de esta perspectiva se enmarca el estudio *Acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social en la República Dominicana*, que hoy presentamos, el cual aprovecha parte del enorme caudal de información de la más alta calidad que ofrece la ENI-2017. Cabe recordar que esta encuesta fue posible gracias a la unión de voluntades del Gobierno dominicano —representado por el Ministerio de Economía, Población y Desarrollo (MEPyD)—, la Oficina Nacional de Estadística (ONE) y la cooperación internacional, específicamente de nuestra agencia —el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)— y la Unión Europea, que brindó el apoyo financiero y acompañamiento.

Este estudio tiene como objetivo examinar la demanda de inmigrantes y descendientes de inmigrantes de los servicios de salud y protección social en general, y de salud sexual y reproductiva en particular, realizando cruces de variables en atención al perfil sociodemográfico y territorial de esas poblaciones. Para su realización contamos con la valiosa experiencia de Matías Bosch Caruro como investigador principal, cuyo compromiso, capacidad, pasión y entusiasmo en trabajar estos contenidos hicieron su aporte mayor al solicitado. ¡Muchas gracias Matías a ti y a tu equipo por vuestra contribución y entrega!

Numerosas razones hacen pertinente la presente investigación. Para mencionar un solo ejemplo, en materia de seguridad social esta evidencia la necesidad de elaborar políticas que garanticen el acceso de las personas inmigrantes a servicios de protección social y la portabilidad de sus beneficios en una isla que, como la nuestra, es compartida por dos Estados nacionales. Dichos requerimientos constituyen un gran desafío, sobre todo tomando en cuenta la existencia de trabajadoras y trabajadores que mantienen una movilidad circular ingresando y reingresando al país receptor y de origen. Como los datos de la ENI-2017 revelan, la falta de acceso a la seguridad social es un problema que afecta a la mayoría de los inmigrantes, en especial a la población haitiana, a pesar de que mantiene una tasa de ocupación del 70%. Según se deriva del análisis que hoy presentamos, el reto de extender los beneficios de salud, seguridad y protección social a la población inmigrante debe abordarse desde la capacidad del sistema de seguridad social en general, tomando en cuenta la particular inserción de la población inmigrante al mercado laboral

dominicano descrito detalladamente en la ENI-2017. Además, tales beneficios y sistemas de protección deben ser repensados desde las posibilidades y los esquemas que prevalecen en la República Dominicana, y deben incluir tanto a trabajadoras y trabajadores asalariados, como a quienes laboran por cuenta propia, a informales, a personas con otras formas de integración al trabajo y a las no ocupadas, en especial, las que no están en edad de trabajar.

En el tema de salud sexual y reproductiva hay varios puntos en la ENI-2017 referidos a la población inmigrante y a los descendientes nacidos en la República Dominicana que llaman la atención y, sin duda, su análisis en este documento permitirá tomar acciones al respecto. Por ejemplo, del total de mujeres inmigrantes, que alcanza la cifra de 353,847, el 59% se encuentra en edad reproductiva y el 69% de estas últimas tiene pareja; mientras que el 29% de las jóvenes de origen inmigrante entre los 15 y 19 años ya ha tenido hijos. Esta realidad impone priorizar políticas públicas orientadas a disminuir los riesgos que conlleva la falta de educación sexual y reproductiva, y hace necesario proteger a las mujeres y prever posibles riesgos que afecten su salud y bienestar; tales políticas deben consistir en una mayor oferta de información, educación y servicios de calidad y con calidez asequibles a las mujeres inmigrantes y descendientes nacidas en la República Dominicana, lo cual implica tomar en cuenta las características educativas, culturales, sociales y económicas de esos colectivos.

Especial agradecimiento a la Unión Europea ya que debido a su generosidad ha sido posible profundizar con este estudio los datos producidos por la ENI-2017; de manera particular, a su embajador Gianluca Grippa, cuya presencia y apoyo incondicional han facilitado los procesos de trabajo.

Nuestro merecido reconocimiento al Consejo Consultivo que acompañó el proceso que condujo a esta publicación y que ofreció en todo momento análisis acuciosos y aportes valiosos; me refiero al doctor Hernán Rodríguez, asesor del Sistema y Servicios de Salud de la OPS-OMS, y los doctores Nelson Rodríguez Monegro, Dulce Chahín y Gonzalo Basile. De igual manera a Elba Franco, coordinadora de la realización de este estudio, cuyo seguimiento y dedicación condujo al pleno logro de los objetivos.

Avanzar en una sociedad donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea seguro y cada persona joven alcance su pleno desarrollo supone, entre otras cosas, disponer de la información necesaria que permita analizar y repensar el sistema de salud y protección social para que logre una cobertura e impacto en toda la sociedad, sin distinción por origen, clase social, preferencia sexual, edad, género, etc. De seguro, este trabajo contribuye a tal fin. Estoy convencida de que su lectura generará compromisos para una mejor práctica en materia de salud y protección social y, por tanto, para la construcción de un mejor país.

**Sonia Vásquez**  
Representante Nacional  
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

## INTRODUCCIÓN

### CARACTERÍSTICAS, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Con el auspicio del presente estudio, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) contribuye al análisis y mayor comprensión de los datos concernientes a la salud y la protección social de la población inmigrante y sus descendientes nacidos en la República Dominicana recabados por la **Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes, ENI-2017**, la misma que fue realizada por el mencionado organismo en colaboración con la Oficina Nacional de Estadística (ONE).

La finalidad de este trabajo es dotar al UNFPA y a las diversas organizaciones y personas que se ocupan del tema en cuestión de un instrumento analítico para incidir en la discusión y formulación de políticas públicas y en la interacción entre Gobierno, agentes privados y sociedad civil al proveer evidencias que permitan conocer mejor la situación de la salud y el acceso a la protección social de la población inmigrante y su descendencia.

Este estudio analiza las principales variables sociodemográficas disponibles referidas a la población de inmigrantes extranjeros y de dominicanos descendientes de extranjeros nacidos en la República Dominicana, de modo que se pueda caracterizar sus condiciones de vida y evidenciar sus avances, limitaciones y carencias para disminuir o cerrar las brechas en materia de salud y de protección social, desde una perspectiva de derechos y, a la vez, progresiva y viable para el país.

La metodología empleada examina los datos de los inmigrantes y los descendientes de inmigrantes desde una perspectiva general del sistema de salud y protección social existente en el país, ya que se considera que son dos dimensiones que deben tratarse de manera conjunta. Asimismo, se evalúa la consecución de las metas en salud y protección social trazadas por el país, en tanto Estado democrático y social de derecho, y con respecto a sus propias normas y a los compromisos internacionales suscritos. Finalmente, se señalan los aciertos, los compromisos y las obligaciones no cumplidas, así como las brechas y los desafíos existentes para lograr, en general, una población protegida y sana.

Este estudio emplea el análisis cuantitativo, para el cual utiliza la base de datos de la ENI-2017 y de otras fuentes estadísticas secundarias, combinado con el cualitativo que examina, a partir de un marco teórico-conceptual, los principales modelos y normativas en salud y protección social vigentes en América Latina y el Caribe y, en particular, en la República Dominicana. Su desarrollo ha estado guiado por los siguientes objetivos:

- A nivel general, profundizar el análisis de la salud y protección social de la población de inmigrantes y descendientes de inmigrantes.
- De manera específica:
  - Revisar los datos generales de la demanda y oferta en el sistema de salud y protección social en la República Dominicana, en particular, en relación con la población inmigrante.
  - Profundizar en el análisis del perfil sociodemográfico y territorial de la población inmigrante y descendiente de primera generación, según su vinculación, cobertura, acceso y uso de los servicios y dispositivos de salud y protección social en la República Dominicana.
  - Analizar la situación de salud sexual y reproductiva en las mujeres inmigrantes y descendientes.
  - Evaluar las brechas de acceso y garantía de derechos, y los desafíos que estas representan en materia de políticas públicas y marcos normativos nacionales, que permita ofrecer algunas recomendaciones al respecto.

En la medida que estos objetivos se hayan alcanzado, se espera que esta investigación constituya un aporte —sobre la base de evidencias— para alcanzar una mayor comprensión del tema tratado, así como para la formulación informada de políticas de población, desarrollo, protección social y migración.

CAPÍTULO I.  
**SALUD, BIENESTAR Y  
PROTECCIÓN SOCIAL:  
PERSPECTIVA  
CONCEPTUAL**

## 1.1 Bienestar y protección social

La salud y su encuadre en la protección social van de la mano con el modelo de bienestar que existe en cada sociedad o región. El bienestar social es el conjunto de factores —necesidades satisfechas, servicios, instituciones, etc.— que vinculados entre sí deberían permitir una mayor calidad de vida individual y colectiva. Encuentra sus fundamentos en el sistema social y económico de una sociedad, más que en servicios y políticas sociales, y depende estructuralmente de que ciertos derechos fundamentales estén garantizados y sean efectivos —por ejemplo, el derecho al trabajo—, de modo que sobre estos pueden asentarse otros, como el derecho al bienestar, todos dialécticamente relacionados entre sí.

En ese marco la protección social podría ser entendida como “protección ante eventualidades, donde las personas están expuestas a situaciones de privación, desventaja o experimentan circunstancias adversas (...) Se utiliza también para referirse a una gama de servicios de protección ofrecidos, incluyendo el seguro social, la asistencia social y la atención a la salud” (Spicker y otros, 2009).

Según Basile, “describir los ‘modelos de protección social’ que asumen los Estados contribuye a examinar los derechos de ciudadanía” y la forma en que una sociedad y las personas se organizan y relacionan en virtud de estos (Fleury, 1997 citado por Basile, 2018a). De aquí que se podrían definir dos modelos de bienestar: 1) el modelo de bienestar institucional y 2) el modelo de bienestar residual.

El primero de los dos modelos mencionados sirve para describir aquellos escenarios en que “la prestación colectiva y universal de protección social es aceptada como algo normal que forma parte de la vida social”, mientras el modelo residual se basa “en la asistencia proporcionada mediante una red de protección social dirigida a personas que no pueden sobrevivir con sus propios recursos ni por otros medios” (Spicker y otros, 2009). En el modelo

residual, caracterizado por la focalización, está muy presente la tradición de descalificación y “pruebas de medios” que tienen su base en las Leyes de Pobres de Gran Bretaña<sup>1</sup>.

El modelo de bienestar institucional y el modelo de bienestar residual dependen además del diseño de Estado y la noción de ciudadanía que este incluye. Hay una diferencia importante entre la perspectiva del Estado garantista o social de derecho, y el Estado subsidiario.

De acuerdo con Allard y otros (2016), en el Estado subsidiario hay un desbalance marcado entre derechos civiles y políticos, por un lado, y derechos sociales por otro, en lugar de verlos de manera integral. Los derechos

<sup>1</sup> Las Leyes Inglesas de Pobres existieron hasta 1948. Fueron el primer sistema nacional para asistir a los pobres; fueron proclamadas en 1598 y se consolidaron en 1601. Existió una Antigua Ley de Pobres (1601-1834), en general inconsistente y dependiente de la administración local, y luego se dio la Nueva Ley de Pobres (1834-1948) que combinó el alivio a la indigencia con medidas disciplinarias y punitivas contra los pobres. Esta reforma de 1834 aislaba y encerraba a los pobres en asilos, por lo que la asistencia era al mismo tiempo una forma de disuasión de los potenciales, y se basaba en el criterio de menor elegibilidad, ya que los indigentes debían demostrar que estaban en una posición de desventaja en relación con los trabajadores independientes que no estaban aislados. Desencadenaron lo que se conoce como “estigma del pauperismo”. Las personas eran elegidas más por su “descartabilidad” y descalificación social que por su necesidad. Por ejemplo, las pertenencias de las personas eran inventariadas y debían renunciar a ellas, demostrando que carecían de los recursos necesarios para vivir de manera independiente, fuera por una contingencia o de manera persistente. Es importante decir que, para los pobres e indigentes, ingresar a este sistema de asistencias era degradante y estigmatizante, asociado a que en la reforma de 1894 se estableció una “oferta del asilo” que buscaba constituirse en un método eficaz para diferenciar y filtrar a los pobres válidos de los inválidos. Solo cuando se comprobaba su verdadera indigencia podían ser sometidos al régimen del asilo de pobres que brindaba asistencia. El Informe de la Ley de Pobres de 1834 expresaba: “Si el solicitante no acepta los términos en que se otorga la ayuda a los pobres, no se le dará nada; si acepta, su obediencia muestra la validez de su petición, es decir, su calidad de indigente válido”. Esa obediencia implica trabajos físicos extenuantes (e incluso de sobreexplotación lucrativa) para quienes estaban físicamente “aptos” mientras que, a otros, como los ancianos se les encomendaban trabajos monótonos. A este sistema surgió como alternativa las pensiones para ancianos con otro enfoque (Spicker y otros, 2009).



son, en primer lugar, de libertades individuales. Junto a esto, en el Estado subsidiario hay una normativa que enfoca de esa manera el acceso a bienes y servicios, mientras deja a la tutela judicial la preservación de garantías de protección social. Asimismo, se caracteriza por establecer la segmentación de la demanda y la falta de solidaridad, al servicio de lo privado. Respecto al caso chileno, dicen estos autores:

El Estado subsidiario se arraiga fuertemente en el individualismo, tanto a la hora de reconocer el derecho a la salud como al momento de garantizarlo, en que el Estado asume lo sobrante, aquello que no resulta atractivo o rentable para el sector privado. (...) La consagración de un Estado comprometido con la salud de todos (...) puede ser el motor de un cambio de condiciones de vida para muchas personas, su reconocimiento merece tener lugar en las discusiones que esperamos puedan producirse en los próximos años, como una aspiración que permita en definitiva profundizar la democracia. El Estado debe liderar una política de justicia en este campo que asegure la protección del interés general y colectivo de nuestra población por sobre intereses privados. Si bien ello no impide una provisión mixta de la salud, la provisión en salud debe estar guiada por una mirada de bien público y no de un Estado que asume lo sobrante (Allard y otros, 2016).

## 1.2 Seguridad social

La seguridad social que se desarrolla en la segunda mitad del siglo XX adquiere relevancia como referente del modelo de Estado Social en tanto que, según Kremerman, “si el derecho del trabajo contemporáneo encuentra sus raíces doctrinales en Alemania, es en el Reino Unido donde fue concebido el segundo pilar del Estado social moderno: la instauración de un sistema universal de seguridad social. Finalmente, en Francia se edifica la teoría de los servicios públicos, que constituye el tercer pilar del Estado social” (Kremerman, 2014).

El término “seguridad social” se utiliza, en los países centrales, como una estrategia operativa del bienestar que puede vincular y combinar ingresos de protección, asistencia social y elementos que no constituyen ingresos como el seguro de salud, dándose, por ejemplo, los casos diferentes de Reino Unido, Francia o Estados Unidos (Spicker y otros, 2009).

La seguridad social se relaciona directamente con los derechos efectivos y los accesos, condicionándose mutuamente. Por ejemplo, en el campo de la salud, a decir de Selig,

la seguridad social no se contempla como una estructura del sistema de salud. Es una estrategia que apunta al logro de los objetivos del sistema de salud. Es una forma concreta en que se organiza la provisión de determinados servicios orientados a determinados fines. Su desarrollo estará decidido, en gran medida, por la forma en que se estructura, se organiza y funciona el sistema de salud, lo que puede favorecer o impedir sus ejecutorias (Selig, 2007).

En el Reino Unido, posteriormente a la II Guerra Mundial, se elaboró y publicó el Plan Beveridge. En este se proponía un plan de seguridad social “que integrase los seguros sociales (para las necesidades básicas), la asistencia social (para los casos especiales) y los seguros voluntarios complementarios. Se

trataba de la creación del primer sistema unificado de seguridad social” que ponía énfasis en su carácter redistributivo de los ingresos con el fin de atender necesidades prioritarias (Kremerman, 2014)<sup>2</sup>.

En esa misma época, hacia el final e inmediatamente después de la II Guerra Mundial, ocurren cambios progresivos y similares en varios de los países industrializados. En los Estados Unidos la Declaración de Filadelfia de 1944 establece un seguro social para proteger a “todos los asalariados y trabajadores independientes y a las personas a su cargo” y el Plan Wagner-Murray, de 1943, unifica “el seguro social con la asistencia social, con la intención de que pudiera protegerse contra los infortunos sociales tanto a los trabajadores asalariados como a los independientes o por cuenta propia”; en Canadá el Plan Marsh propone un sistema de carácter más amplio, dirigido a cubrir a toda la población, mientras que en Francia en 1946 se crea el sistema nacional de seguridad social (Kremerman, 2014).

Por otro lado, la protección del trabajador y sus derechos laborales se consideraban insuficientes si aquel, al cesar la fuente principal de ingresos, o también por enfermedad o invalidez, quedaba desprotegido. Para enfrentar esta situación se requería atenderla de forma colectiva, con responsabilidad social y garantías establecidas.

Así, las cláusulas sociales en las Constituciones europeas establecieron derechos sociales

cuya cobertura fue garantizada con la seguridad social, que cristalizó esa conquista, superando las condiciones de vida como desafíos privados y asumiendo la premisa de los derechos colectivos.

En América Latina este proceso tuvo una dinámica distinta. Según Basile, “los sistemas de protección social fueron mecanismos institucionales ejecutados por los Estados de bienestar y se desarrollaron para combatir la pobreza y la desigualdad en las sociedades de acumulación capitalista industrial” y en la región latinoamericana este proceso resultó incompleto, estratificado y segmentado, debido a la trayectoria histórica de la región y a que en parte resultó una importación de modelos propios de la realidad europea (Basile, 2018 a).

De acuerdo con Basile (2013) en América Latina, las políticas de financiamiento, administración y prestación de salud se han dado bajo tres modelos de protección social: 1) asistencia social, 2) seguro social y 3) seguridad social universal, y se han movido entre los primeros dos modelos, mientras las reformas neoliberales hicieron hegemónico el segundo, desde un enfoque mercantilista.

Según el mismo autor, el modelo de seguro social en América Latina tal vez tenga su primer precedente en la dictadura de Onganía en Argentina que retrotrajo la política de acceso universal establecida bajo el primer peronismo (1946-1955) a un sistema de “seguro social” bajo la Ley 18.610, vinculando la protección social, la previsión social y la salud al estatuto del empleo formal, sobre la base de un régimen contributivo que segmentaba según el empleo e ingreso.

Más adelante vino la ola de reformas a escala continental y mundial. En la década de los 90’ importantes organismos financieros multinationales intervinieron en pos de la “financiarización” de la economía y la mercantilización de todos los bienes comunes, adelantando reformas en la salud y la seguridad social.

<sup>2</sup> De acuerdo con Kremerman, este plan, sustentado en principios como el servicio público único o unificación de la responsabilidad administrativa, su carácter comprehensivo, y la uniformidad en la cotización y la prestación (Mesa-Lago 2004), establecía dos formas de redistribución del ingreso: “a) horizontal, vale decir, los activos transfieren recursos a los pasivos; b) vertical, los grupos de altos ingresos transfieren a grupos de bajos ingresos a través de las cotizaciones (los de mayor ingreso pagan más, aunque puede haber un tope que limita el efecto), las prestaciones (como la pensión mínima) y los subsidios estatales, especialmente si el sistema tributario del país es de carácter progresivo. Esto se lograría a través del financiamiento tripartito: trabajador, empleador y Estado”. Asimismo, la cobertura de las personas sería un instrumento clave para abolir la pobreza (Kremerman, 2014).

Con la publicación del documento *Invertir en salud*, del año 1993, el Banco Mundial pasó a ocupar un rol protagónico en este tema. En un panorama de ajustes fiscales y privatización de la vida social, así como de restricción al gasto de Gobierno, adherir a estas agendas era condicionante para acceder a préstamos de la banca multilateral (Basile, 2013).

### 1.3 Derecho a la salud

En términos del derecho a la salud, de acuerdo con Selig (2017), es erróneo considerar — como sucede en cierto enfoque prevaleciente en la República Dominicana— que “el sistema de salud es sinónimo de sistema de atención en salud” o que “el sistema de salud es diferente al sistema de seguridad social”, ignorando las relaciones y el mutuo condicionamiento de tales sistemas.

Dichas visiones conducen a ver la salud como ausencia de enfermedad, desde un enfoque curativo del sistema, así como a la mercantilización de la salud, diferenciada en un nivel en manos del capital financiero y en otro nivel subsidiario-asistencialista, bajo el Estado residual, ya que la seguridad social debe funcionar de manera paralela al sistema de salud (Selig, 2017), protegiéndola de los altos riesgos de la población empobrecida. Aquí se impone no un enfoque de garantías definidas y sociales, con carácter universalista, sino de cobertura ante riesgos individuales.

Las reformas en salud en América Latina se han dado, fundamentalmente, en dos grandes corrientes: 1) introducir competencia y mercantilización en el sector, bajo la influencia de la economía neoclásica y el enfoque neoliberal, y 2) la vigencia de un sistema unificado y público de salud (SUS), sosteniendo la idea de que en un Estado social y democrático los servicios básicos como la salud deben ser públicos y estar garantizados como derechos, en tanto “acceso igual, oportuno y gratuito a los servicios requeridos a toda la población ante la misma necesidad” (Laurell, 2012).

Es importante agregar que la mercantilización de los servicios —como los de salud— no implica simplemente la “reducción del Estado”, sino más bien le da un papel residual y subsidiario, en el que no administra ni gestiona, aunque es el aparato político-jurídico que garantiza unas reglas del juego y el flujo de financiamiento que hace de estos servicios una fuente de lucro funcional.

El primer tipo de reforma sigue un proceso de implementación que, a decir de Laurell,

opta por el aseguramiento con múltiples administradores de fondos/compradores de servicios y proveedores de los servicios y la canalización de cuantiosos subsidios fiscales para sostenerlo. Este modelo se conoce bajo distintos nombres, por ejemplo, competencia administrada o pluralismo estructurado. La mayoría de los adherentes a esta corriente enfatizan casi exclusivamente en el aseguramiento universal en salud, o sea en una de las formas de financiamiento. Los ejemplos latinoamericanos más destacados son las reformas de Chile, Colombia y México y el internacional los EUA (Laurell, 2012).

Por su parte, la segunda corriente aboga por una salud desmercantilizada, asumiendo al Estado como aparato al servicio de una sociedad democrática que redistribuye y garantiza condiciones de vida dignas en forma de servicios y bienes. De acuerdo con Laurell, son ejemplos de este enfoque Cuba, Brasil, las reformas en Venezuela, Bolivia y Ecuador, así como el caso inglés, español y de algunos países nórdicos (Laurell, 2012).

Los procesos de reformas neoliberales en el sector salud en América Latina tuvieron dos momentos: en una primera instancia, en el contexto del Consenso de Washington, con los procesos de endoprivatización-exoprivatización y el desmantelamiento de los dispositivos del Estado social convirtieron a los ciudadanos en clientes (Guerrero, 1979; 2004; 2009).

Lo público y socialmente instituido fue reducido a lo estatal-burocrático y esto, a su vez, a la interpretación de lo ineficiente y excedentario y llevado al rol subsidiario que entrega los recursos sociales a la actividad, pero solo gestiona “fallas de mercado” y “brechas”. La sostenibilidad de las inversiones sería la garantía de solución a la crisis de los servicios y bienes básicos. La función pública sería realizada en forma de focalización en la población “carentiada”, de modo que:

Dispositivos del viejo modelo de asistencia social fueron la base para que los organismos internacionales propiciaran las políticas focales o asistencialismo focalizado, operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse solo a los focos de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (focalización), quienes deberán demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos para cubrir sus necesidades personales y las de su familia (prueba de medios) para entonces lograr percibir el “beneficio” (Basile, 2013).

Posteriormente, en una segunda etapa, con el concepto de “aseguramiento universal”, los organismos que lideran e imponen la agenda neoliberal buscan resolver la legitimidad del modelo, reforzando la idea de que la salud es un *derecho legal*, pero es un *bien individual*, particularmente obtenido y gestionado, centrado además en la atención a la enfermedad y bajo una lógica de segmentación entre quienes pueden pagar y quienes no, dejando de lado toda discusión redistributiva. La principal restricción es financiera y si esta se resuelve, el bienestar agregado será mayor.

Generalmente la crisis de los sistemas públicos han sido el sustrato real e ideológico de las reformas para instalar la mercantilización y el sistema de aseguramiento. Según Laurell,

se argumenta que sus innegables problemas son inherentes a las instituciones públicas; suposición que difícilmente resiste una comparación crítica entre las públicas y las privadas (Laurell, 2012).

De acuerdo con Senén Caba (2008), la introducción de este modelo de reformas en la República Dominicana se relaciona con los trabajos para dotar al país de una Ley General de Salud y una Ley de Seguridad Social, con fuerte inclinación hacia los modelos colombiano y chileno.

Caba comenta los antecedentes históricos del modelo escogido para instaurar en la República Dominicana y recuerda la creación de una Co-

misión Nacional de Salud, a raíz de la huelga de los médicos en 1991 y posteriormente el libro *Salud, una visión de futuro* (1995) que plasmó en sus páginas una verdadera radiografía del quehacer en esta área con propuestas para mejorarlo (Caba, 2008). Asimismo, se publicó la tesis "Reforma del Sector Salud en República Dominicana" y en 1997 se creó la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud.

La lógica del pluralismo estructurado tiene su expresión en cómo se distribuyen la gestión-prestación, la financiación de la salud y la protección social en la República Dominicana. Esta conceptualización, fuertemente basada en las ideas de Juan Luis Londoño y Julio Frenk, establece no solo la fragmentación de componentes, sino la fragmentación de funciones que separa esferas y diferencia en una serie de estamentos que permitirán que las decisiones obedezcan a leyes de mercado capitalista y que los bienes públicos, antes provistos con igualdad, sean agenciados como bienes privados.

En la República Dominicana, en marzo del 2001, se promulgó la Ley 42-01 (Ley General de Salud) y en mayo de 2001 se promulgó la Ley 87-01 (Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social).

A decir de Suárez (2009), esta fue una auténtica revolución legislativa que significó transformaciones en la concepción y distribuciones de las funciones de rectoría, organización, administración y prestación de servicios de salud, y en el campo del financiamiento, creando diferentes regímenes y tipos de inserción según el estatus laboral. Según esta autora, con estas normas se reorganizó el sistema de salud pública, se establecieron diferentes regímenes y prestaciones, se modificaron roles y se creó un conjunto de instituciones e instancias para operativizar el sistema. Se introdujo la especialización institucional y la separación de las funciones de provisión, financiamiento y rectoría (Suárez, 2009).

El aseguramiento universal tiene como una de sus características esenciales el que bajo el tér-

mino "universal" propone a una población un seguro para cubrir un paquete determinado de servicios; además, está fundado en el principio de "sostenibilidad financiera". El núcleo de este sistema, por tanto, no está en la integralidad o no de la cobertura, sino en cuánta población y con qué paquetes es sostenible financieramente, apuntando a un mayor número de afiliados como medida de universalidad.

En esta misma línea, el seguro universal, como ya se ha dicho, es una segunda etapa que, de acuerdo a Laurell, busca superar dos problemas fundamentales que la reforma impulsada por el Banco Mundial en 1994 presentaba: crear una demanda, integrando a las capas pobres de la población a la capacidad de consumo de salud, y ampliar y expandir el mercado de la salud como industria lucrativa, por esto la supuesta "universalidad" requiere de una fuerte inyección de fondos fiscales en forma de subsidio a la demanda (en lugar de la oferta de servicios) e incremento de la competencia, mientras el Estado cumple un rol "regulador" de la competencia, como de rectoría (Laurell, 2010; Basile, 2013).

#### CUADRO 1.

##### Características generales del modelo de aseguramiento (en base a Laurell, 2012):

- Sistemas segmentados y/o fragmentados. La seguridad social tiende a ser el segmento público más sólido, pero con una cobertura poblacional y médica variable dependiendo de las características del pacto corporativo en cada país.
- El Ministerio de Salud es generalmente débil y debería de atender a la población sin seguro social, pero en algunos casos solo es responsable de las acciones de salud pública. Es de subrayar que los ministerios suelen tener poca capacidad regulatoria sobre el sistema en su conjunto a pesar de que son la autoridad sanitaria legal.
- Subsistemas públicos con recursos físicos y humanos insuficientes, con una desigual distribución territorial y social de los servicios y del personal. Las condiciones de desfinanciamiento y falta de recursos físicos y humanos frecuentemente han llevado al extravío del propósito institucional de mejorar las condiciones de salud de la población y a una tendencia al predominio de los intereses particulares, legítimos o ilegítimos, sobre el interés general. Se dan, además, a menudo distintas formas de corrupción.

Según explica Laurell, los resultados de reformas de este tipo han sido negativos, pues "la cobertura no es universal y tampoco el acceso oportuno a los servicios requeridos. Sigue habiendo inequidad en el acceso según sus características y el paquete de servicios amparados. Continúan las barreras económicas, territoriales y burocráticas. Hay un incremento en los presupuestos de salud, pero una parte importante se ha canalizado al sector privado o ha sido dilapidado en los altos costos de transacción" (Laurell, 2012). Además, según esta autora, existe una marcada presencia del copago o cuotas a cargo de las personas y una restricción de derechos que distan mucho entre su formulación nominal y los "paquetes" o "planes" que finalmente operacionalizan los accesos:

en los sistemas mixtos de seguros contributivos y con subsidios fiscales generalmente existen copagos, co-seguros y cuotas moduladoras que incrementan de hecho el gasto de bolsillo, aunque se argumenta que los seguros protegen contra el gasto catastrófico de salud. También se evade indicar cuál es la cobertura de servicios de los distintos seguros, a pesar de señalar que debe estar garantizada la sostenibilidad financiera para acto seguido re-

comendar el establecimiento de paquetes de servicios que distan de ser los servicios requeridos. Esto implica, a su vez, otro gasto de bolsillo para cubrir la atención de las intervenciones no amparadas por el seguro (Laurell, 2012).

Cabe resaltar que el aseguramiento no es, por todo lo anteriormente expuesto, una determinada metodología de incorporación y gestión financiera del acceso a los servicios, sino que es la manifestación y concreción material de una lógica de relación de los individuos y la sociedad con bienes y servicios que pasan de ser derechos a ser bienes de consumo, y que rompe con la perspectiva de la salud y la protección social construida a lo largo de 60 años, poniéndolas en función de la agenda del capital financiero, en lugar de la moderación de la relación capital-trabajo y el ordenamiento de los Estados sociales de derecho.

## 1.4 Perspectiva alternativa desde la salud pública y la salud colectiva latinoamericana

Sin embargo, existe otra perspectiva en la que se entiende la salud como el desarrollo de las potencialidades humanas, que se encuentran social e históricamente determinadas, distinta al punto de vista individualista y biologicista, criticado desde el concepto de la determinación social de la salud<sup>3</sup> en la perspectiva de salud colectiva latinoamericana y también rebatido desde el análisis de los determinantes sociales de la salud, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del 2008.

Según Selig (2017), las potencialidades humanas a atender desde un enfoque integral de la salud serían:

- Las potencialidades físicas: capacidad de realizar las operaciones mecánicas que nos exige el diario vivir.
- Las potencialidades cognitivas: capacidad de abstracción necesaria para interpretar situaciones y procesos, así como para imaginar y diseñar alternativas y soluciones.
- Las potencialidades afectivas: capacidad de dar valor y sentimientos a personas, objetos y lugares, a ideas y proyectos.

- Potencialidades para socialización: capacidad de crear y recrear formas de relacionarse con los demás y con la naturaleza.

Entonces, en un sistema de salud integral orientado al desarrollo de las potencialidades humanas, en condiciones de la mayor equidad posible, la enfermedad y la atención constituyen, a la vez, un mismo elemento a abordar, en tanto que ni uno ni otro es el único o determinante.

El análisis de los determinantes sociales de la salud enfoca, desde perspectivas distintas (y hasta contradictorias), las estructuras y variables que hacen o no posible dicha equidad en la salud y el desarrollo de las potencialidades humanas, individuales y colectivas.

En la perspectiva de salud colectiva latinoamericana la salud está socialmente determinada y esta determinación actúa en tres dimensiones: en las estructuras que explican patrones de salud, enfermedad y muerte; en las prácticas que al respecto se sostienen y desarrollan; y en la propia epistemología con la que esto se aborda (Breilh, 2013).

En tal sentido, el sistema de salud no solo debe atender al problema enfermedad, sino que, antes (y superando esta noción), debería actuar integralmente en los procesos que la determinan, los que la condicionan y sobre los eventos y apariencias en que la salud se manifiesta, de acuerdo con las dimensiones en que la salud es producida y transformada. En palabras de Breilh,

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la concepción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos” aislados o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales [...] considerando la reflexión sobre la determinación social de la salud,

debemos interrelacionar tres transformaciones complementarias: el replanteo de la salud como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas, y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas” (Breilh, en Basile, 2018 a).

Por ello, un sistema de salud integral debería actuar en todos los niveles en que la vida saludable es construida y en los ámbitos en que la salud puede ser promovida, protegida, previniendo y reparando el daño (Selig, 2017). En esta dirección, un sistema de salud integral debería actuar interviniendo en ocho dimensiones:

- Modificar el marco de actuación en que se desarrolla la salud y la vida.
- Modificar el modo de vida de los grupos sociales.
- La promoción de la salud y de la vida.
- Prevención del riesgo de enfermar y de la enfermedad.
- Fomento de la capacidad de auto cuidado.
- Mejorar la comunicación y la información en salud con la población.
- Atención integral ante la enfermedad y el daño a la salud.
- Mejorar la gestión de casos de personas que viven bajo condiciones crónicas.

Por su parte, el 53o Consejo Directivo, en la 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, reunido en Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, por decisión unánime aprobó la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”. La misma se organiza en cuatro líneas estratégicas, las cuales a continuación se enumeran y se describen en los aspectos más relevantes para esta investigación:

- 1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales y de calidad, centrados en las personas y las comunidades.** Se enfatiza la necesidad de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de atención primaria de salud. También avanzar en la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva. Además, asumir la cobertura y atención con calidad equitativa a las necesidades insatisfechas y diferenciadas, sin distinciones de ningún tipo, y el empoderamiento de las personas y las comunidades para la toma de decisiones informadas, propiciando la participación y aplicando programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud.
- 2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.** Se subraya que el marco legal y regulatorio refleje el compromiso de cada Estado miembro con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, aplicando las medidas y recursos necesarios y armonizando dichos marcos con las normas internacionales de derechos, que incluyen los derechos humanos y otros instrumentos relacionados con la salud que sean aplicables. Asimismo, la toma de decisiones en los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad y universales debe basarse en la evidencia y la inclusión de la perspectiva ética, cultural y de género.
- 3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.** Se exhorta a aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud para ampliar el acceso, reducir inequidades en salud, incrementar la protección financiera e implementar intervenciones eficientes, señalando como referencia un gasto

<sup>3</sup> La Organización Mundial de la Salud desarrolló a través de una Comisión especializada, creada en el 2005 y que publicó su informe general en el 2008, el enfoque de los determinantes sociales de la salud que apuntan a tomar en cuenta factores que se asumen como “la causa de las causas” en distintos planos. Los enfoques de “determinantes sociales” y de “determinación social” tienen entre sí contradicciones importantes en lo epistemológico (Breilh, 2013) y lo ético-político (Morales-Borrero y otros, 2013), entre otras cosas porque desde este último se señala que es un error mirar como factores lo que en realidad son estructuras. De todas maneras, es posible hablar de un consenso en cuanto a que garantizar la salud exige la equidad en la salud, condicionada socialmente, y que requiere actuar en tres ejes fundamentales: 1) Mejorar las condiciones de vida cotidianas, 2) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y 3) Medición y análisis del problema.

público en la salud de 6% del PIB. Asimismo, avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos.

**4. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.** Establecer o fortalecer mecanismos intersectoriales de coordinación y la capacidad de la autoridad nacional de salud, así como la coordinación hacia la acción multisectorial con la sociedad civil y la participación social para el acceso universal. Fortalecer la articulación entre salud y comunidad, mediante la promoción de la participación dinámica de municipios y organizaciones sociales en las mejoras de las condiciones de vida y el desarrollo de entornos saludables para vivir, trabajar y jugar. Asimismo, facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación y contribución permanente y el acceso a la información de miembros de la comunidad para asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para abordar los determinantes sociales de la salud y en la promoción y protección de la salud.

En virtud de esta resolución (la CD53.R14) el organismo instó a los Estados miembros a que, teniendo en cuenta su contexto, al igual que sus prioridades nacionales, dediquen esfuerzos a diversas políticas y medidas, entre las que destacan:

- establecer metas y objetivos nacionales, y definir sus planes de acción para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
- avanzar en proveer acceso universal a servicios de salud integrales, de calidad y de ampliación progresiva, coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional; identificar necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, así como las

necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad;

- definir e implementar acciones para mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, aumentando la capacidad resolutiva del primer nivel mediante redes integradas de servicios de salud;
- aumentar la eficiencia y el financiamiento público en salud, según sea apropiado, con una referencia de gasto público del 6% del PIB; estos recursos deben ser dirigidos, cuando corresponda, prioritariamente al primer nivel de atención a fin de ampliar la oferta de servicios de calidad y abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas;
- avanzar hacia la eliminación del pago directo, entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, el cual se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos, sustituyéndolo por mecanismos mancomunados solidarios;
- implementar planes, programas y proyectos para facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, mediante la capacitación y participación, y el acceso a la información de los miembros de la comunidad para que conozcan sus derechos y responsabilidades, y puedan asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para identificar y abordar las inequidades en salud y los determinantes sociales de ella, y en la promoción y protección de la salud.

## CAPÍTULO II. DERECHO Y ACCESO DE LOS INMIGRANTES A LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO

Los derechos a la salud y la seguridad social forman parte de los denominados derechos económicos, sociales y culturales. Esta clase de derechos es usualmente distinguida a partir del carácter prestacional de los mismos, ya que su satisfacción implica una acción positiva de garantía por parte del Estado. En la República Dominicana tales derechos tienen un carácter fundamental por su reconocimiento expreso en la Constitución.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial para la Salud (OMS), a través de su comité regional para las Américas, aprobaron mediante Resolución CD55.R13 el documento de política titulado "La salud de los migrantes"<sup>4</sup>. Este señala como línea estratégica la realización de arreglos institucionales para brindar acceso a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las

personas. De modo que los Estados miembros deben esforzarse para modificar y mejorar el marco normativo y jurídico a fin de abordar las necesidades específicas de las personas, las familias y los grupos migrantes.

Igualmente, incluye como línea estratégica la de establecer mecanismos para ofrecer protección financiera en salud. En este orden, se procura avanzar en la eliminación del pago directo y en que los Estados mejoren los sistemas de financiamiento con el propósito de que los inmigrantes, independientemente de su condición legal como tales, cuenten con el mismo nivel de protección financiera en salud de las otras personas que viven en su país. Se promueve también que los inmigrantes en condición de vulnerabilidad puedan tener acceso a los programas de protección social en igualdad de condiciones que el resto de la población.

## 2.1 Instrumentos normativos internacionales

Existen diversos instrumentos normativos internacionales que han reconocido, además de los derechos económicos, sociales y culturales, los que conciernen específicamente a la salud y la seguridad social. A continua-

ción, se presenta un recuadro con los principales instrumentos y las normas que consagran los derechos analizados, así como el estatus jurídico de la República Dominicana con relación a ellos.

**CUADRO 2.**  
Normativa internacional que reconoce los derechos a la salud y la seguridad social

Instrumento normativo	Resumen del contenido de las normas de protección	Estatus jurídico del Estado dominicano
Declaración universal de los derechos humanos	<b>Art. 25.</b> Toda persona tiene derecho a la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. También tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.	Ratificado
Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales	<b>Art. 9.</b> Los Estados partes reconocen a toda persona del derecho a la seguridad social. <b>Art. 10.</b> Los Estados partes reconocen a toda persona el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.	Ratificado
Protocolo adicional a la convención americana sobre derecho humanos (Protocolo de San Salvador)	<b>Art. 9.</b> Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. <b>Art. 10.</b> Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. La extensión de los beneficios de los servicios de salud debe alcanzar a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.	No suscrito

Como puede apreciarse los principales instrumentos de derecho internacional que reconocen el derecho a la salud y la seguridad social consideran a la persona como titular de estos, sin hacer referencia a estatus jurídico alguno. El Protocolo de San Salvador es aún más específico al establecer que la extensión de los servicios de salud debe alcanzar a todos los

individuos sujetos a la jurisdicción del Estado, lo cual podría entenderse como a todas las personas presentes en su territorio.

Junto a estos instrumentos existen otros que mencionan, en particular, a los trabajadores inmigrantes, los cuales se resumen en el siguiente cuadro.

<sup>4</sup> 55C Consejo Directivo, 68ª. sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre del año 2016.

**CUADRO 3.**  
Instrumentos normativos que protegen a los inmigrantes

Instrumento normativo	Resumen del contenido de las normas de protección	Estatus jurídico del Estado dominicano
Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares	<b>Art. 27.</b> Los trabajadores migratorios y sus familiares gozarán del estado de empleo, con respecto a la seguridad social, del mismo trato que los nacionales en la medida en que cumplan con los requisitos previstos en la legislación aplicable al Estado o en los tratados bilaterales o multilaterales aplicables. <b>Art. 28.</b> Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con las nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.	No suscrito
Convenio C097 de la OIT sobre los trabajadores migrantes	<b>Art. 6.</b> Todo miembro para el cual se halle en vigor el Convenio se obliga a aplicar a los inmigrantes que se encuentren legalmente dentro de su territorio un trato no menos favorable que a sus nacionales con relación a la seguridad social.	No suscrito
Convenio C143 de la OIT sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias)	<b>Art. 8.</b> A condición de haber residido legalmente en el país con fines de empleo, el trabajador migrante no podrá ser considerado irregular por haber perdido su empleo y deberá beneficiarse con un trato igual al de los nacionales, especialmente en lo que se refiere a garantías en materias de seguridad en el empleo, obtención de otro empleo, obras para absolver el desempleo y readaptación. <b>Art. 9.</b> El trabajador migrante deberá, en los casos en que no sea respetada la legislación que regula su ingreso al territorio para fines de empleo y los que su situación no pueda regularizarse, disfrutar él y su familia de igualdad de trato en lo concerniente a los derechos derivado de empleos anteriores en materia de remuneración, seguridad social y otros beneficios.	No suscrito

Los instrumentos internacionales previamente reseñados obligan a que los Estados otorguen igual trato a los trabajadores nacionales que a los trabajadores inmigrantes cuya situación migratoria sea regular. Además, en el caso particular de la Convención de la ONU se establecen medidas de atención en materia de salud que deben ser ofrecidas independientemente de la condición de regularidad de la permanencia del migrante dentro del te-

rritorio del Estado. Ninguno de estos últimos convenios ha sido suscrito por la República Dominicana.

En lo que respecta a la salud reproductiva y violencia de género de las mujeres en general y, en particular, de las migrantes existen normas específicas contenidas en instrumentos de derecho internacional que han sido suscritos y ratificados por el Estado dominicano.

**CUADRO 4.**  
Instrumentos normativos internacionales que protegen, en general, a las mujeres y, en particular, a las mujeres inmigrantes adoptados por el Estado dominicano

Instrumento normativo	Resumen del contenido de las normas de protección	Estatus jurídico del Estado dominicano
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	<b>Art. 12.</b> <b>1.</b> Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. <b>2.</b> Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.	Ratificado
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará)	<b>Art. 9.</b> Para la adopción de las medidas previstas en la convención, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.	Ratificado

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, antes citada, obliga a eliminar cualquier tipo de discriminación en la esfera de la atención médica, que incluye la discriminación por origen nacional o condición migratoria, según se puede también inferir del artículo 39 de la Constitución dominicana. Además, compromete a los Estados a garantizar, incluso de manera gratui-

ta, los servicios apropiados con relación al embarazo, el parto y el período posterior al parto.

Esa disposición contenida en un instrumento de derecho internacional ratificado por el Estado dominicano puede justificar medidas de protección más efectivas respecto de la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en República Dominicana.

## 2.2 Instrumentos normativos nacionales

En lo que respecta al ordenamiento jurídico interno, se cuenta con disposiciones a nivel constitucional, legislativo y reglamentario que reconocen y regulan los derechos a la salud y a la seguridad social.

Es importante destacar, sin embargo, que dichas disposiciones se contradicen entre sí en lo relativo a quiénes son considerados como titulares de dichos derechos debido a condicionantes de cobertura fundadas en el estatus legal de la persona. El siguiente recuadro explicativo resume esta situación.

La titularidad de un derecho refiere a la determinación de que dicho derecho pertenece a una determinada persona y, por tanto, esta debe tener acceso efectivo al mismo o incluso exigirlo jurídicamente. En ocasiones, la titularidad de un derecho se identifica con la persona misma solo por el hecho de serlo, pero en otras se exige otras condicionantes como el origen nacional o haber alcanzado la mayoría de edad. Por ejemplo, para ejercer el derecho ser elegible o elegir no basta con tener el esta-

tus de persona, sino que también se requiere ser ciudadano, lo cual se logra al alcanzar la mayoría de edad.

La Constitución dominicana reconoce los derechos a la salud y a la seguridad social a toda persona, sin hacer referencia a su condición nacional o de residencia legal en el territorio nacional. Sin embargo, tanto la Ley General de Salud como la Ley que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social introducen limitantes al acceso de estos derechos a partir de la titularidad de estos, ya que establecen que en principio solo las personas de nacionalidad dominicana y/o extranjeros con residencia legal establecida en el país son considerados beneficiarios de los mismos. Además, la Ley del Sistema de Seguridad Social crea otras condicionantes, toda vez que dispone los accesos en virtud del principio de "sostenibilidad financiera" y por tanto de acuerdo con la afiliación al seguro de salud por empleo formal o por subsidio del Estado, incluyendo el régimen de "prueba de medios" establecido a través del SIUBEN.

**CUADRO 5.**  
Normas de protección de los derechos a la salud y a la seguridad social en la República Dominicana en relación con sus titulares

Instrumento normativo	Resumen del contenido de las normas de protección	Titular del derecho
Constitución dominicana vigente	<b>Art. 60.</b> Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez. <b>Art. 61.</b> Toda persona tiene derecho a una salud integral.	Toda persona por el mero hecho de serlo
Ley General de Salud	<b>Art. 9.</b> Todos los dominicanos y las dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. Los extranjeros no residentes en la República Dominicana tendrán garantizado el derecho en la forma que las leyes, los convenios internacionales, acuerdos bilaterales y otras disposiciones legales lo establezcan.	Personas de nacionalidad dominicana y/o extranjeros que tengan establecida su residencia legal en el territorio nacional.  Los extranjeros no residentes quedan condicionados a lo que establezcan leyes, convenios internacionales y acuerdos bilaterales.
Ley General de Salud	<b>Art. 28.</b> Reconoce a toda persona una serie de derechos vinculados a la salud, dentro de los cuales se identifica el acceso a una adecuada y oportuna atención médica <sup>5</sup> .	Toda persona por el mero hecho de serlo.
Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social	<b>Art. 5.</b> Tienen derecho a ser afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional. La presente ley y sus normas complementarias regularán la inclusión de los dominicanos residentes en el exterior.	Personas de nacionalidad dominicana y/o extranjeros que tengan establecida residencia legal en el territorio nacional.

<sup>5</sup> Todas las personas tienen los siguientes derechos en relación a la salud: a) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, y a no ser discriminada por razones de etnia, edad, religión, condición social, política, sexo, estado legal, situación económica, limitaciones físicas, intelectuales, sensoriales o cualquier otra; b) A la atención de emergencia en cualquier establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud; c) A la educación en salud, prevención de las enfermedades y a la protección, conservación y recuperación de su salud, en concordancia con lo contemplado en la Constitución y demás leyes vigentes en la República Dominicana; d) A la información sobre los bienes y servicios que promuevan y protejan la salud y prevengan la enfermedad; al acceso a los mismos y a una adecuada y oportuna atención médica; e) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su expediente y con su estancia en instituciones prestadoras de servicios de salud pública o privada. Esta confidencialidad podrá ser obviada en los casos siguientes: cuando sea autorizado por el paciente; en los casos en que el interés colectivo así lo reclame y de forma tal que se garantice la dignidad y demás derechos del paciente; por orden judicial y por disposición de una ley especial; f) A la información adecuada y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; y a recibir consejos por personal capacitado, antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos; g) A la participación en las actividades de salud, en los términos logísticos, políticos y otros señalados por esta ley, reglamentaciones y demás disposiciones legales; h) Al derecho a decidir, previa información y comprensión, sobre su aceptación o rechazo de asumir el tratamiento. Se exceptúan de esta disposición los casos que representen riesgos para la salud pública. En el caso de menores, discapacitados mentales y pacientes en estado crítico sin conciencia para decidir, la decisión recaerá sobre sus familiares directos, tutores o, en su ausencia, sobre el médico principal responsable de su atención; i) Al registro o constancia escrita de todo su proceso de salud-enfermedad; j) Al derecho a no ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento escrito o el de la persona responsable, esto último solo en el caso de que el paciente no esté en capacidad para darlo y siempre que sea en su beneficio.



### 2.2.1 Derecho a la salud

En el caso de la Ley General de Salud la garantía del derecho para los extranjeros sin residencia legal queda sujeta a lo que establezcan las leyes, los convenios internacionales y los acuerdos bilaterales. En dicho sentido, la propia ley citada reconoce en su artículo 28 un amplio catálogo de derechos vinculados a la salud y de los cuales son sujetos de derecho todas las personas, lo cual supone incluir a los extranjeros sin residencia legal. De esta manera es claro que a esos derechos deben tener acceso todas las personas sin importar su estatus legal.

Lo expuesto en el párrafo anterior adquiere mayor relevancia para el caso de los grupos prioritarios y dentro de estos es-

pecialmente las mujeres embarazadas. El artículo 30 de la Ley General de Salud establece lo siguiente:

Art. 30. Para fines de salud y condiciones de vida se consideran grupos prioritarios las personas que se encuentran en y por debajo de la línea de pobreza, dentro de los cuales, sin desmedro de los derechos a la salud establecidos en la Constitución de la República, se les debe dar prioridad a las mujeres, con mayor énfasis a las mujeres en estado de embarazo, los niños y niñas hasta la edad de 14 años, los ancianos y los discapacitados. La condición de grupo prioritario, por lo tanto, implica una mayor inversión en salud para los mismos.

### 2.2.2 Derecho a la seguridad social

Luego de identificar las previsiones normativas que reconocen la obligación de protección de los derechos a la seguridad social y a la salud tanto en el ámbito internacional, como en el ámbito interno, resulta preciso identificar las condiciones de acceso efectivo a estos derechos que se fijan a partir de la organización del sistema dominicano de la seguridad social.

En el siguiente recuadro se identifican las personas cubiertas por 1) seguro familiar de salud; y 2) seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia (pensión), según lo dispone el artículo 5 de la Ley No. 87-01.

**CUADRO 6.**

Personas cubiertas por seguro de riesgo de salud y pensiones en la República Dominicana

Mecanismo de seguro social	Personas cubiertas
Seguro familiar de salud	Todos los dominicanos y extranjeros en situación regular aptos para laborar. Como familiares se consideran: 1. El/la cónyuge y/o el/la compañero/a de vida debidamente registrado/a. 2. Los hijos o hijastros menores de 18 años. 3. Los hijos o hijastros menores de 21 años que son estudiantes. 4. Los hijos o hijastros sin límites de edad cuando sean discapacitados. 5. Los padres dependientes. Todos mientras no estén ellos mismos afiliados al sistema.
Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia	1. Los(as) trabajadores(as) dependientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones establecidas por la presente ley; 2. Los(as) trabajadores(as) dominicanos que residen en el exterior, en las modalidades establecidas por la presente ley; 3. Los(as) trabajadores(as) independientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Contributivo Subsidiado; 4. Los(as) desempleados(as), discapacitados(as) e indigentes, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Subsidiado

A fin de sostener el acceso a las personas de financiamiento. Estos regímenes a su vez arriba indicadas, el sistema dominicano de fijan condiciones de acceso. la seguridad social establece tres regímenes

**CUADRO 7.**

Regímenes, condiciones de acceso y prestaciones mínimas en los seguros sociales dominicanos, Ley 87-01.

Régimen de financiamiento	Personas cubiertas	Condición de acceso	Prestaciones mínimas
Régimen contributivo	Comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador	Contar con un empleo formal y salario cotizado ante la Tesorería de la Seguridad Social.	a) Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia; b) Seguro familiar de salud; c) Seguro de riesgos laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
Régimen subsidiado	Protege a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado dominicano.	Haber sido calificado a través del SIUBEN como trabajador con ingresos inestables o inferiores al salario mínimo, desempleado, discapacitado o indigente, beneficiario de acceder al régimen.	a) Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia; b) Seguro familiar de salud

Régimen de financiamiento	Personas cubiertas	Condición de acceso	Prestaciones mínimas
Régimen contributivo-subsidiado	Protege a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador.	Este régimen de financiamiento no se encuentra en funcionamiento	a) Seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia; b) Seguro familiar de salud

Los mecanismos de protección del sistema de seguridad social a los cuales tienen acceso los sujetos atendidos por el régimen subsidiado son financiados fundamentalmente por el Estado dominicano. Por ende, el acceso a los mismos depende de la identificación realizada por el SIUBEN.

El SIUBEN es el Sistema Único de Beneficiarios creado por Decreto No. 426-07 del Poder Ejecutivo bajo la responsabilidad del Gabinete de Políticas Sociales. Sin embargo, ya mediante Decreto No. 1073-04 había sido declarado de "alto nivel" nacional el establecimiento del Sistema Único de Beneficiarios, encargado de identificar a las familias que serán elegidas para recibir los auxilios de los programas sociales y subsidios que se efectúan con recursos públicos. Precisamente esta última es una de las principales funciones del SIUBEN.

En el artículo 8 del Reglamento del Régimen Subsidiado de la Seguridad Social, se establece lo siguiente:

**ARTÍCULO 8.- IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS.** La identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado se hará a partir de los criterios e instrumentos socioeconómicos adoptados por el SIUBEN, priorizando la población más pobre y vulnerable. La información suministrada por el SIUBEN sobre la situación socioeconómica de los hogares se somete al escrutinio de un programa que contiene 17 variables, que determinan el índice de

calidad de vida de esos hogares. De esta información se seleccionarán las personas elegibles para el Régimen Subsidiado.

Según se puede verificar en el correspondiente portal digital a fin de que un hogar sea evaluado por el SIUBEN, es necesario presentar como documentación la cédula de identidad del jefe de hogar. Por tanto, solo los dominicanos o los residentes que cuenten con cédula de identidad pueden ser considerados para ser incluidos en el régimen subsidiado de la seguridad social.

En el SIUBEN no se incluyen a otras personas que no sean dominicanas y, de acuerdo con la normativa vigente, este es el mecanismo exclusivo de ingreso a los regímenes de subsidios del Estado (que tienen como lógica subyacente de ingreso la "prueba de medios" y la "focalización" del gasto).

Por otro lado, el régimen contributivo-subsidiado nunca ha entrado en funcionamiento, lo cual limita el acceso a la seguridad social de todos aquellos profesionales o técnicos independientes y trabajadores por cuenta propia con ingresos iguales o superiores al salario mínimo nacional y que, por tanto, no califican para el régimen subsidiado. Esta limitación cobra especial relevancia en un país donde más del 50% de la economía se desarrolla en la informalidad.

<sup>6</sup> Ver página web: <https://siuben.gob.do/servicios/inclusion-de-miembros/> Visitada en fecha 5 de septiembre del año 2018.

Así, en la seguridad social las condiciones de acceso basadas en el estatus legal de la persona se encuentran más acentuadas. El artículo 5 de la ley establece claramente que solo son cubiertos por esta las personas de nacionalidad dominicana y los residentes legales en el territorio nacional.

Incluso, durante bastante tiempo el requerimiento de acceso basado en la residencia legal fue interpretado que, para ser registrado en el sistema de la seguridad social, el extranjero debía constar específicamente su pertenencia a la categoría migratoria de residente.

Por ello, en el Reglamento de la Tesorería de la Seguridad Social se requería la cédula de identidad personal como documento obligatorio de inscripción, lo cual solo pueden poseer las personas con categoría migratoria de residentes, ya sea temporal o permanente. De esta manera quedaban excluidos de la posibilidad de inscripción en el sistema los extranjeros que, si bien contaban con una condición migratoria regular, no poseían la categoría migratoria de residente.

Mediante la Resolución No. 377-2015, el Consejo Nacional de la Seguridad Social corrigió esta situación realizando modificaciones al Reglamento de la Tesorería de la Seguridad Social, en lo que respecta al tipo de documentación requerida para los fines de inscripción en el sistema. Esta medida administrativa estuvo principalmente motivada por la ejecución del Plan Nacional de Regularización de Inmigrantes que se inició en el año 2013 con el Decreto No. 327-13 del Poder Ejecutivo.

Este Plan fue promovido para regularizar la situación de todos los inmigrantes que hubiesen ingresado de manera irregular al territorio nacional o que, aun habiéndolo hecho de manera regular, hubiesen violado las condiciones de su admisión o permanencia.

En la Resolución No. 377-2015 el propio Consejo expresa que, si bien el artículo 5 de la ley establece que el derecho a la seguridad social corresponde a los ciudadanos dominicanos y

los residentes legales en el territorio nacional, "esto no constituye una restricción que limite el derecho de acceso solo a los extranjeros con residencia permanente, como ha sido erróneamente interpretado (...)".

Para justificar esta afirmación el Consejo Nacional de la Seguridad Social recurrió a las siguientes razones:

a) Por efecto del Principio de Aplicación Inmediata y el Principio de Aplicación Directa de la Constitución, queda eliminada cualquier limitación que pudiera interpretarse de la aplicación del referido artículo 5 de la Ley 87-01, dado que el artículo 60 de la Constitución reconoce como derecho fundamental de índole social el acceso a la seguridad social de toda persona. De igual modo, el artículo 62 de nuestra norma sustantiva, que se refiere al Derecho al Trabajo, reconoce la Seguridad Social como un derecho básico del trabajador. Siendo esto así, las únicas limitaciones razonables para el acceso a la misma serían las restricciones propias del acceso al mercado laboral y la del cumplimiento de las regulaciones propias del acceso al mismo.

b) La referencia a residentes legales que hace el artículo 5 de la Ley 87-01 debe ser entendida en el sentido de la Ley 95 de Migración, que era la vigente al momento de la promulgación de la referida Ley de Seguridad Social, la cual solo establecía un tipo de permiso para los extranjeros que ingresaban al país de manera regular, este permiso se denominaba "residencia", la cual podía ser expedida en dos variaciones según la categoría migratoria que de acuerdo a la ley correspondiera, a saber: 1) el permiso de residencia permanente para todos los extranjeros considerados como inmigrantes; 2) el permiso de residencia provisional para los extranjeros considerados como no inmigrantes, que eran aquellos que venían como transeúntes, estudiantes, visitantes o trabajadores temporales. En consecuencia, a todo extranjero que ingresara al país.

A partir de estas razones el Consejo Nacional de la Seguridad Social da preeminencia al contenido normativo de la Constitución<sup>7</sup> para extender el alcance de la protección de la seguridad social en lo que respecta a sus titulares, ya que de manera lógica expone que las únicas limitaciones para el acceso deben ser aquellas vinculadas con las “restricciones propias de acceso al mercado laboral”. No obstante, los avances que significa, con esta última afirmación el CNSS prácticamente reconoce que para los extranjeros no hay forma de acceder a la seguridad social instituida en la Ley No. 87-01 que no pase por el empleo formal y, consecuentemente, la cotización en el régimen contributivo.

Como consecuencia de la interpretación incorporada en la referida resolución, el Consejo Nacional de la Seguridad Social modificó el Reglamento de la Tesorería de la Seguridad Social para que sean considerados como documentos válidos a fines de registro aquellos que demuestren la condición migratoria regular para acceder al mercado laboral<sup>8</sup>.

Los documentos que se agregan a fines de inclusión en los seguros sociales son: el carné expedido por la Dirección General de Migración y el documento definitivo emitido por el Ministerio de Interior y Policía, en el marco del Plan Nacional de Regularización de Extranjeros para los migrantes que califiquen como afiliados al sistema, y el pasaporte con visado de trabajo vigente.

<sup>7</sup> La actual configuración constitucional del derecho a la seguridad social fue fijada mediante la Constitución del año 2010, es decir, de manera posterior a la promulgación en el 2001 de la Ley No. 87-01 que instituye el Sistema de Seguridad Social dominicano.

<sup>8</sup> Según la normativa dominicana expresada en la Ley No. 285-04 sobre Migración, las categorías migratorias que permitirían a un extranjero ingresar legalmente al mercado formal de trabajo son las siguientes:  
 1. Residentes permanentes.  
 2. Residentes temporales.  
 3. Para los no residentes:  
 a) Trabajador temporero (ingresa con visa de trabajo por tiempo determinado).  
 b) Extranjeros que ingresen al país dotados de una visa de residencia con la intención de completar los procedimientos correspondientes a la formalización de la residencia dominicana.

De esta manera el acceso a la seguridad social ya no se limita a que el extranjero tenga necesariamente la categoría migratoria de residente, sino a que su categoría migratoria le permita acceder al mercado laboral dominicano de conformidad con las regulaciones correspondientes.

Esto constituye un progreso significativo en lo que refiere al acceso de la seguridad social, pero también revela algo bastante preocupante: durante más de una década el Estado dominicano negó el acceso a la seguridad social a extranjeros en condición migratoria apta para laborar solo por no tener la categoría de residentes. A lo que se agrega la exclusión del sistema SIUBEN.

Tal exclusión prolongada, además, se asienta en el principio de “elegibilidad” y segmentación que prevalecen para el conjunto de la población en territorio dominicano, con los cuales la seguridad social funciona como “derecho universal”, pero condicionado a la existencia de formalidad laboral, contribuciones monetarias u objeto de la focalización del subsidio.

Por otro lado, aunque la referida resolución constituye un precedente importante, ya que a partir de la misma podrían generarse futuras ampliaciones del alcance del derecho —incluso por sobre las restricciones de las regulaciones laborales a las que se hace referencia—, esto claramente tendría que verse en un escenario en que la propia ley y modelo de seguridad social establecido se confronte con sus propios límites y presupuestos jurídico-políticos.

Luego de la decisión del Consejo Nacional de la Seguridad Social, la condición de acceso al derecho en lo que respecta al estatus legal de la persona quedaría establecida de la siguiente forma:

**CUADRO 8.**  
Normas, contenidos y titularidad de la protección social dominicana

Instrumento normativo	Resumen del contenido de las normas de protección	Titular del derecho
Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social	<b>Art. 5.</b> Tienen derecho a ser afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales (entendido como condición regular para trabajar) en el territorio nacional. La presente ley y sus normas complementarias regularán la inclusión de los dominicanos residentes en el exterior.	Personas de nacionalidad dominicano y/o extranjeros que tengan una categoría migratoria que les permita acceder al trabajo, de conformidad con la legislación correspondiente.

Quedaría por comprobar, no obstante, cuál ha sido el grado de cumplimiento en la atribución de alguna de las categorías migratorias para el caso de los inmigrantes que han cumplido con el Plan Nacional de Regularización. Esto debido a que la resolución del Consejo especifica que el documento válido para fines de inscripción es el documento definitivo expedido por el Ministerio de Interior y Policía.

Basado en lo anteriormente explicado, solo en el régimen contributivo se prevé la posi-

bilidad de que trabajadores inmigrantes con condición regular para laborar puedan acceder a los beneficios de la seguridad social. Para ello necesariamente deben ocupar un puesto formal de trabajo.

De esta manera, el acceso efectivo a la seguridad social según estatus jurídico y de estado de empleo de la persona se resume de la siguiente manera:

Estado de empleo	Condición de acceso según estatus jurídico de la persona
Trabajadores asalariados formales públicos y privados y los empleadores.	Personas de nacionalidad dominicana y/o extranjeros que tengan una categoría migratoria que les permita acceder al trabajo, de conformidad con la legislación correspondiente.

De lo anterior se concluye que las siguientes personas no tienen forma de acceder de manera efectiva a las coberturas de la seguridad social:

1. Extranjeros en condición irregular o con una condición migratoria que no les permite laboral en el país y sus familiares.
2. Extranjeros no residentes en condición regular para trabajar, pero que se encuentren desempleados o sin un empleo formal, y sus familiares.
3. Profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con

ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, independientemente de su estatus legal, y sus familiares.

4. Extranjeros que aun en estatus regular y con bajos ingresos que no son incorporados al SIUBEN ni al seguro de SENASA subsidiado.
5. Extranjero titular del seguro que pierda el empleo y extranjeros y descendientes que siendo familiares de un afiliado quedan excluidos, bien porque este pierda el empleo o bien porque no cumplan con los requisitos para estar afiliados en calidad de dependientes.

6. Quedan excluidos del sistema de pensiones y de aseguramiento ante riesgos laborales todos los extranjeros y los descendientes que no tengan una afiliación por el régimen contributivo.

En base a todo lo expuesto, los extranjeros que se encuentran en las condiciones apenas indicadas no pueden acceder a servicios de

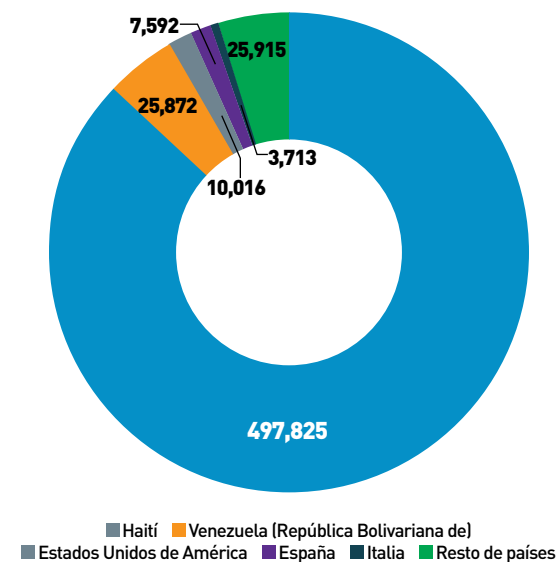
salud a partir de una aseguración ni a otro tipo de protecciones. Esto implica que tengan que generar gastos de su propio bolsillo o recibir servicios gratuitos ofrecidos por los establecimientos públicos de salud que son financiados por el Estado, generalmente ingresando a través de las emergencias, y que queden desprotegidos ante riesgos laborales, la vejez, la discapacidad, la muerte o sobrevivencia.

CAPÍTULO III.  
**ANÁLISIS DE LOS DATOS  
DE LA SEGUNDA ENCUESTA  
NACIONAL DE INMIGRANTES,  
ENI-2017**

### 3.1 Perfil poblacional

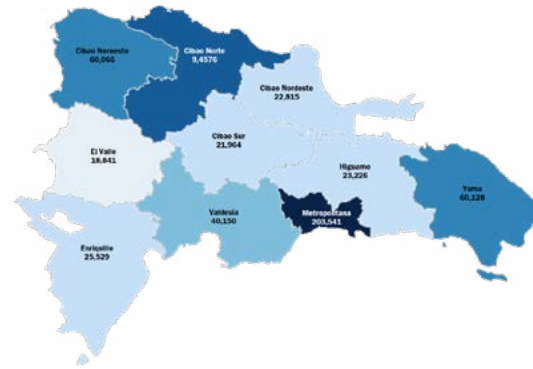
El flujo migratorio hasta ahora observado que arriba a la República Dominicana se caracteriza por ser predominantemente masculino; mientras la población de descendientes de inmigrantes presenta una distribución con pocas diferencias según sexo. Según los datos recogidos por la ENI-2017, la inmigración mayoritaria continúa siendo originaria de la República de Haití; a esta le sigue la inmigración venezolana de rápido crecimiento en los últimos cinco años y, en proporciones mucho menores, la de otros países como los Estados Unidos, España e Italia (gráfico 1). Por su parte, los descendientes de inmigrantes nacidos en la República Dominicana son principalmente de padres y/o madres de origen haitiano o dominico-haitiano y, en consecuencia, el perfil de este colectivo está regido por este predominio.

**GRÁFICO 1.**  
Cantidad de inmigrantes según país de origen

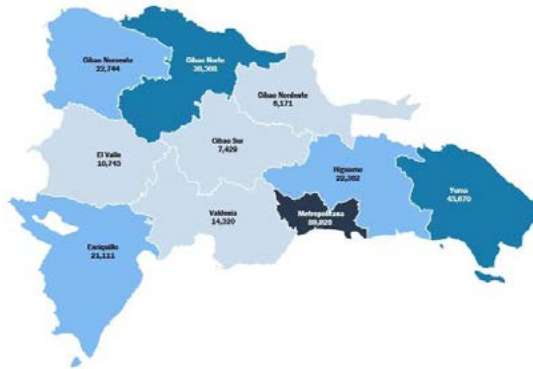


La mayor cantidad de inmigrantes residen en la región Metropolitana y, en menor medida, en la Cibao Norte, seguidos por los que habitan en la Yuma, Cibao Noroeste y Enriquillo, y sus descendientes siguen este mismo patrón (mapas 1 y 2).

**MAPA 1.** Cantidad de inmigrantes según región de planificación



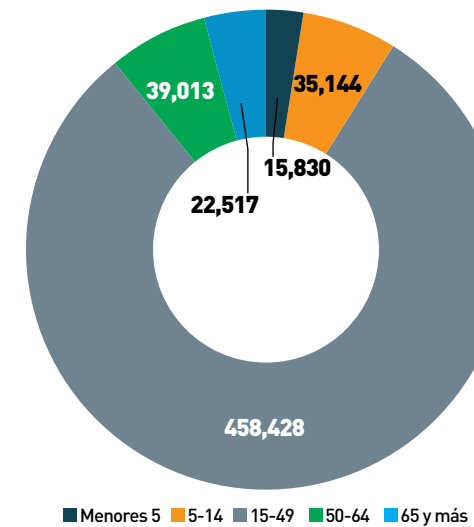
**MAPA 2.** Cantidad de descendientes según región de planificación



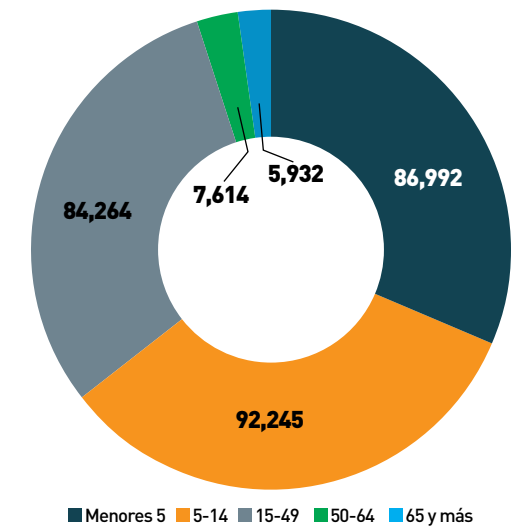
Su distribución según **rangos de edad** muestra una población joven, en edad productiva y reproductiva, pues se concentra entre los 15 y 49 años, rango en el que se estima **458,428 personas**, las cuales representan alrededor del 80% del total de los inmigrantes (gráfico 2).

Esta distribución por edad difiere de la de sus **descendientes**, ya que en este colectivo el predominio corresponde a los **menores** entre 5 y 14 años que alcanzan la cifra de 92,245 (33.3%), seguidos por los menores de 5 años (86,992 que representan el 31.4%). Entre los descendientes, por su parte, la población entre 15 y 49 años se estima en 84,264 personas (30.4%), mientras que la de 50 años y más representa el 4.8% (gráfico 3).

**GRÁFICO 2.**  
Inmigrantes según rangos de edad



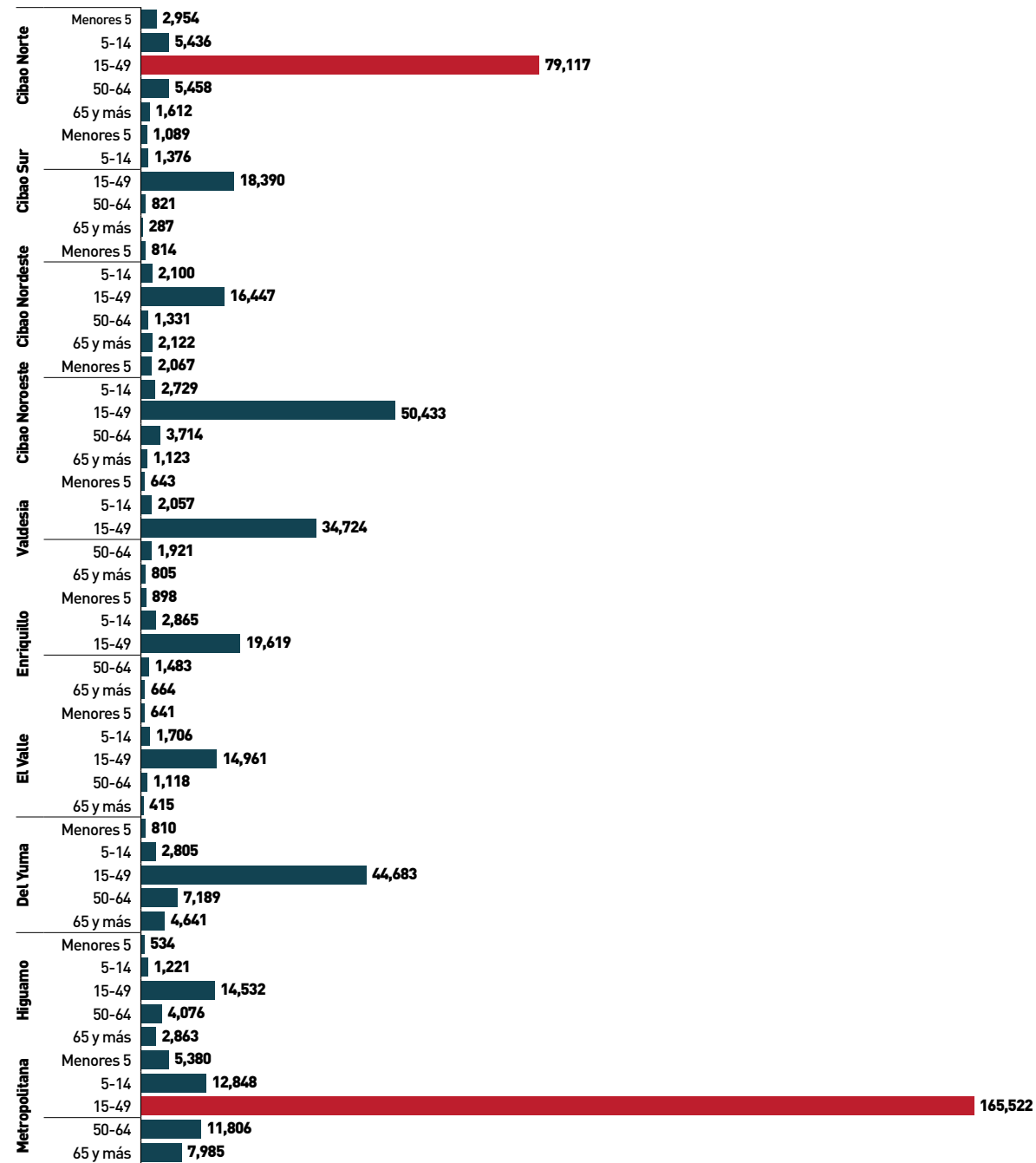
**GRÁFICO 3.**  
Descendientes según rangos de edad



La distribución territorial sigue patrones similares en las **regiones de planificación**. Hay una mayor concentración de los inmigrantes del grupo de edad de 15-49 años en las regiones Metropolitana, Cibao Norte y Cibao Noroeste (gráfico 4).

**GRÁFICO 4.**

Cantidad de inmigrantes totales por rangos de edad según región de planificación

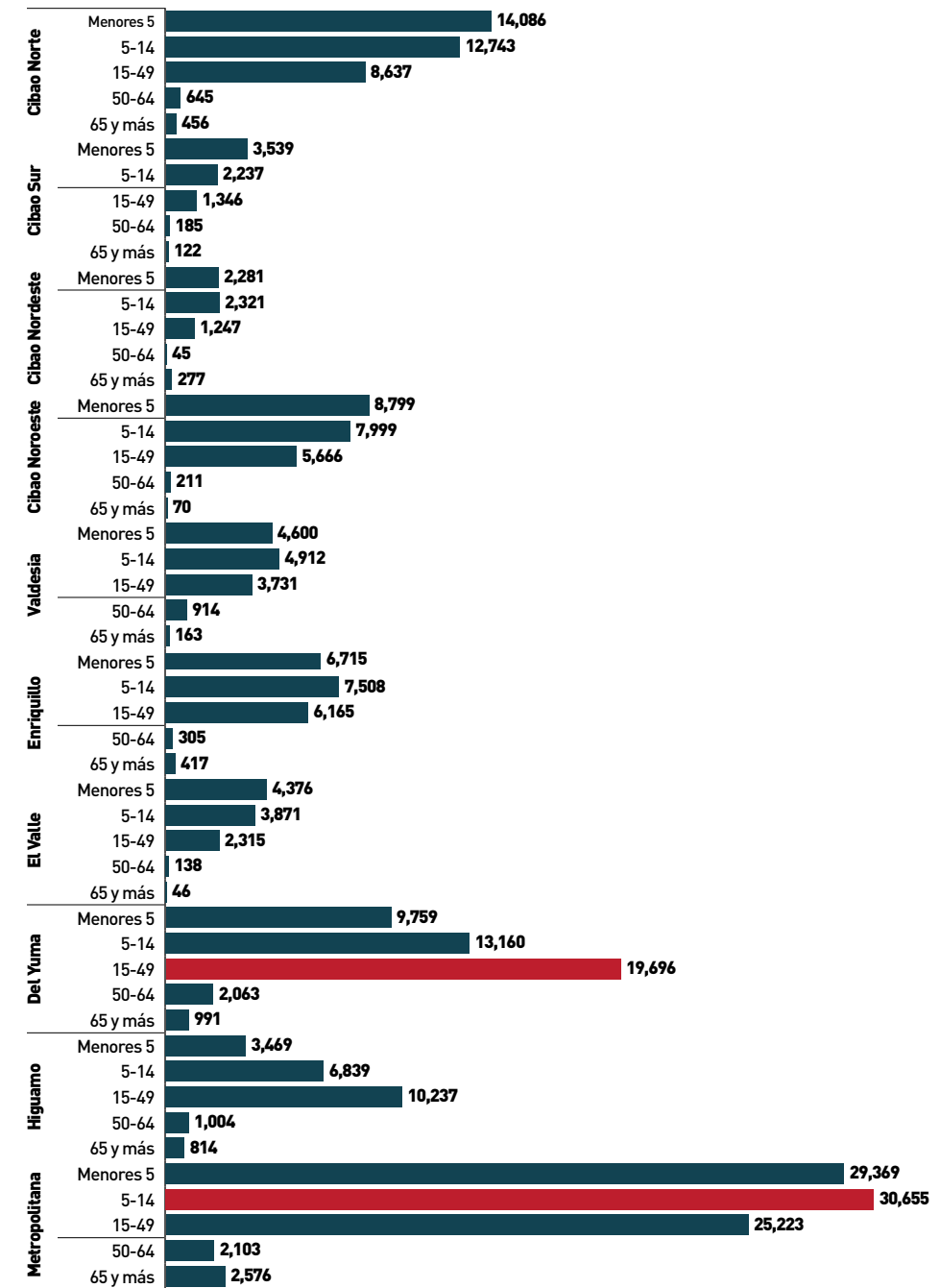


Los **descendientes de inmigrantes** muestran una mayor dispersión territorial en función de los rangos de edad: en la región Metropolitana predominan las personas entre los 5 y 14

años (30,655); en la Yuma prevalecen las de 15-49 años (19,696) y en las demás regiones la distribución sigue un patrón similar al descrito anteriormente (gráfico 5).

**GRÁFICO 5.**

Cantidad de descendientes por grupos etarios según región de planificación

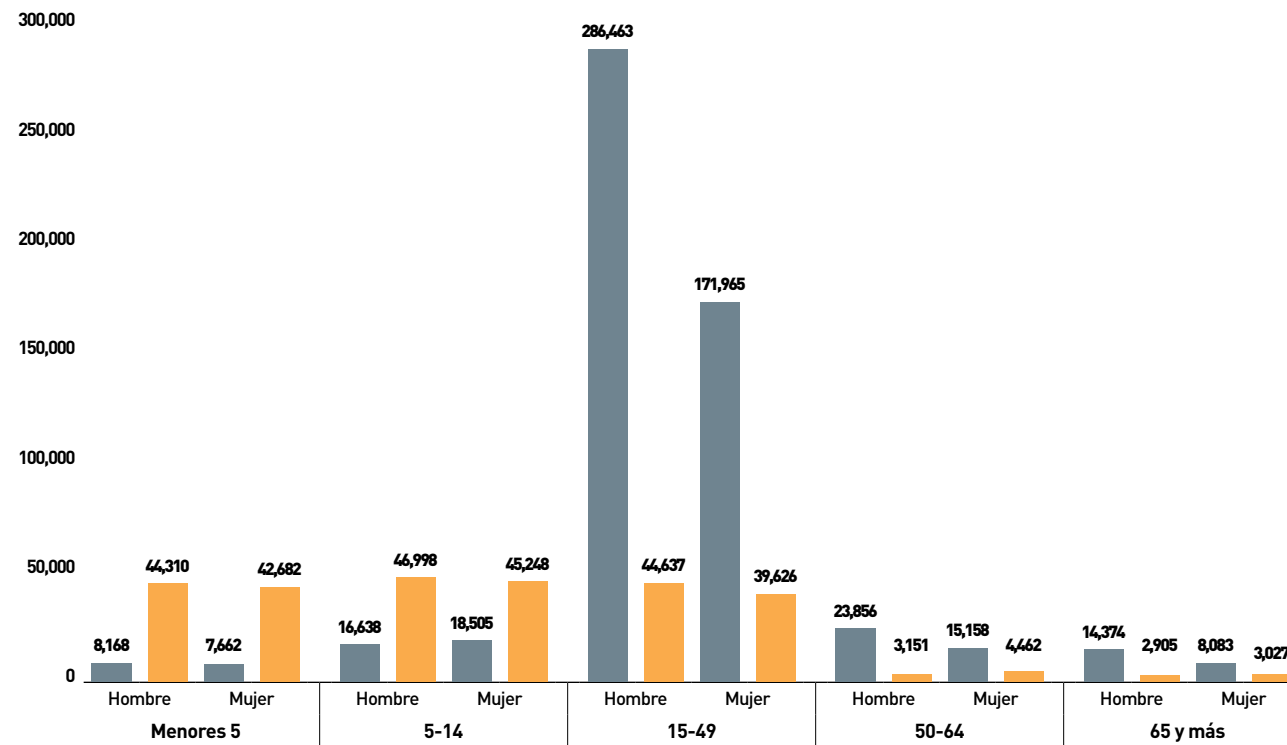


En la población inmigrante, cuando se analizan simultáneamente **los tramos de edad y el sexo**, se evidencia la clara predominancia de los hombres, excepto en el rango entre 5 y 14 años en el que predominan las mujeres. Similarmente en la población descendiente

prevalecen los hombres en casi todos los grupos de edad, salvo en los dos mayores ya que en los de 50 a 64 años y de 65 años y más la cantidad de mujeres sobrepasa a la de hombres (gráfico 6).

**GRÁFICO 6.**

Cantidades de inmigrantes por sexo y rangos de edad



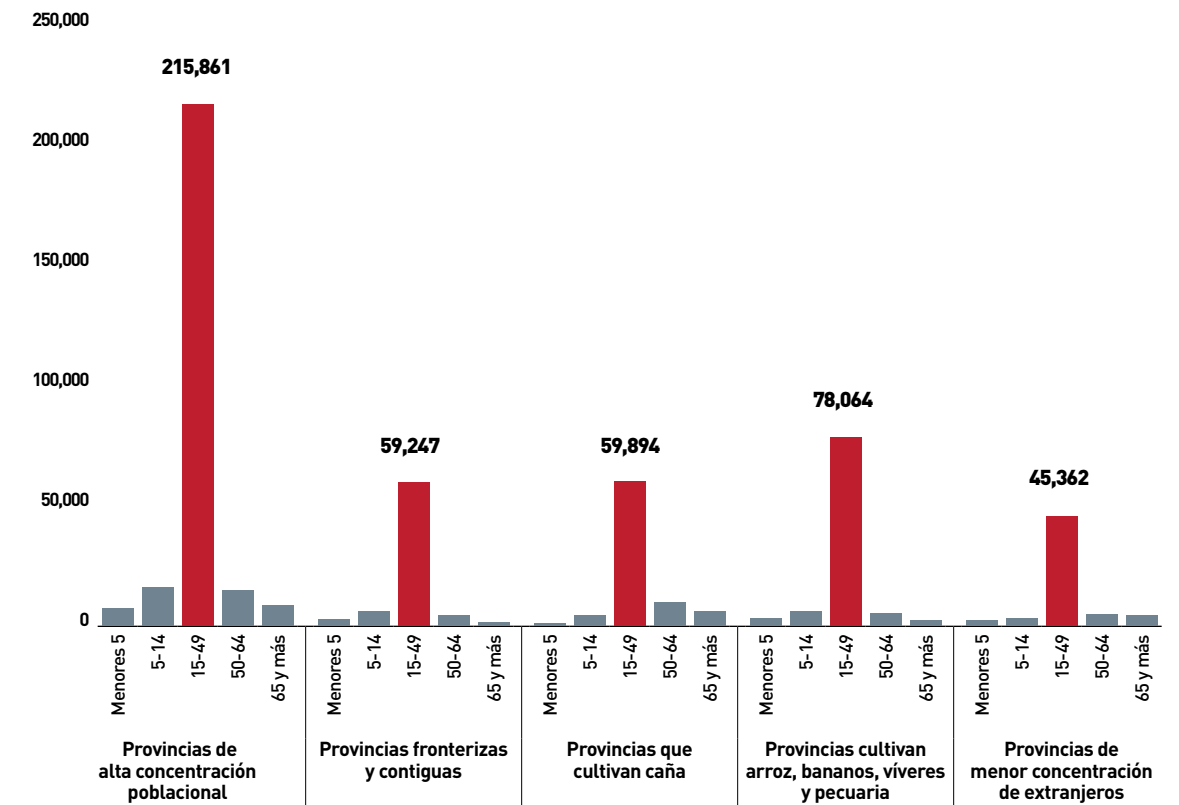
A nivel **provincial** se evidencia cómo los inmigrantes con **rango de edad entre 15 y 49** siguen el patrón nacional, estableciéndose en aquellas provincias de mayor concentración de población: el 38.0% (215,861 personas) de este grupo de edad reside en ellas. En otras provincias donde se desarrollan actividades agropecuarias importantes, tales como la producción de arroz, bananos, víveres y pecuaria, viven unas 78,064 personas y, en un tercer lugar, están las provincias de producción de caña con 59,894 personas, volumen muy similar al existente en los asentamientos de las provincias fronterizas. Su

presencia es más escasa en aquellas provincias cuya dinámica productiva atrae a pocos extranjeros (gráfico 7).

Este patrón presenta diferencias con el de poblamiento de los descendientes nacidos en el país, cuyo predominio de menores de cinco años está concentrado allí: unas 37,711 personas los cuales representan alrededor de un 14% del total. En las provincias que cultivan caña se concentra aquellos del rango de edad 15 y 49 años, con 26,998 personas, alrededor del 10% del total (gráfico 8).

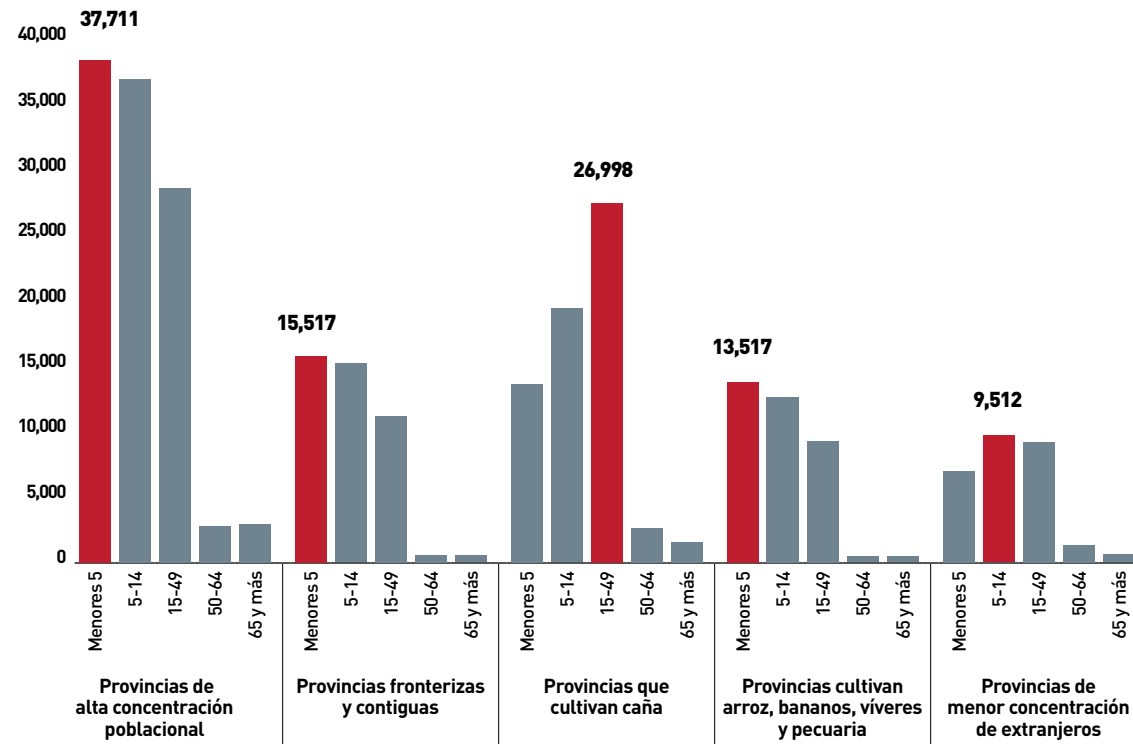
**GRÁFICO 7.**

Cantidad de inmigrantes por rangos de edad según dominios geográficos



**GRÁFICO 8.**

Cantidad de descendientes por grupos edad según dominios geográficos

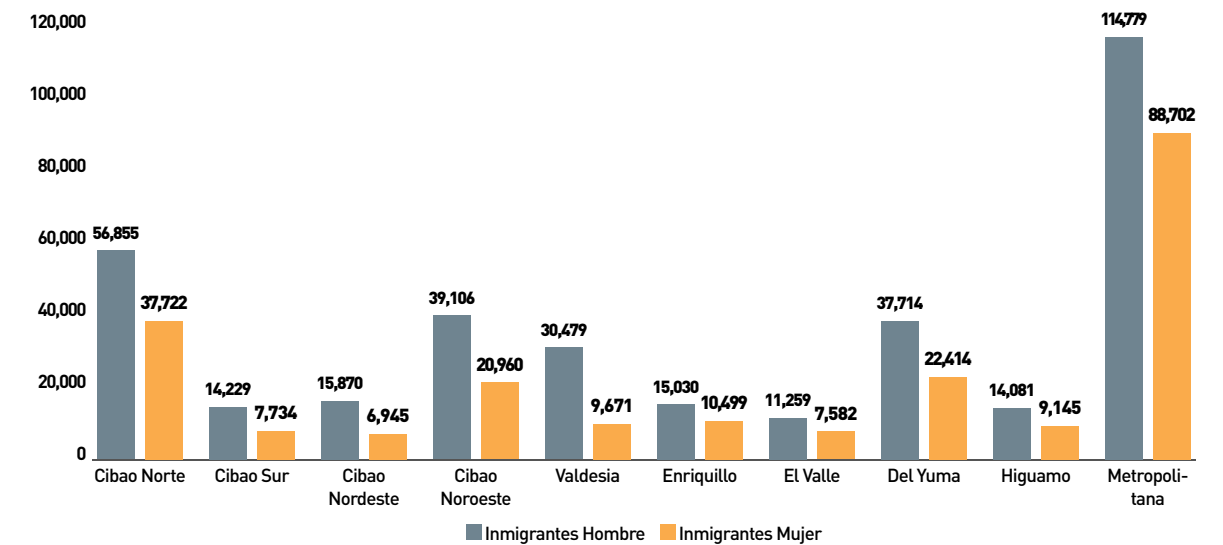


Al examinar la variable **sexo** en relación con la **región de planificación** se observa entre los inmigrantes una mayor concentración de mujeres en las regiones Metropolitana, Cibao Norte, Yuma y Cibao Noroeste. Asi-

mismo, es de notar el alto índice de masculinidad en la región Valdesia (índice de 311), es decir, allí las mujeres inmigrantes representan menos de un tercio de los hombres de ese colectivo (gráfico 9).

**GRÁFICO 9.**

Cantidad de inmigrantes según sexo y región de planificación

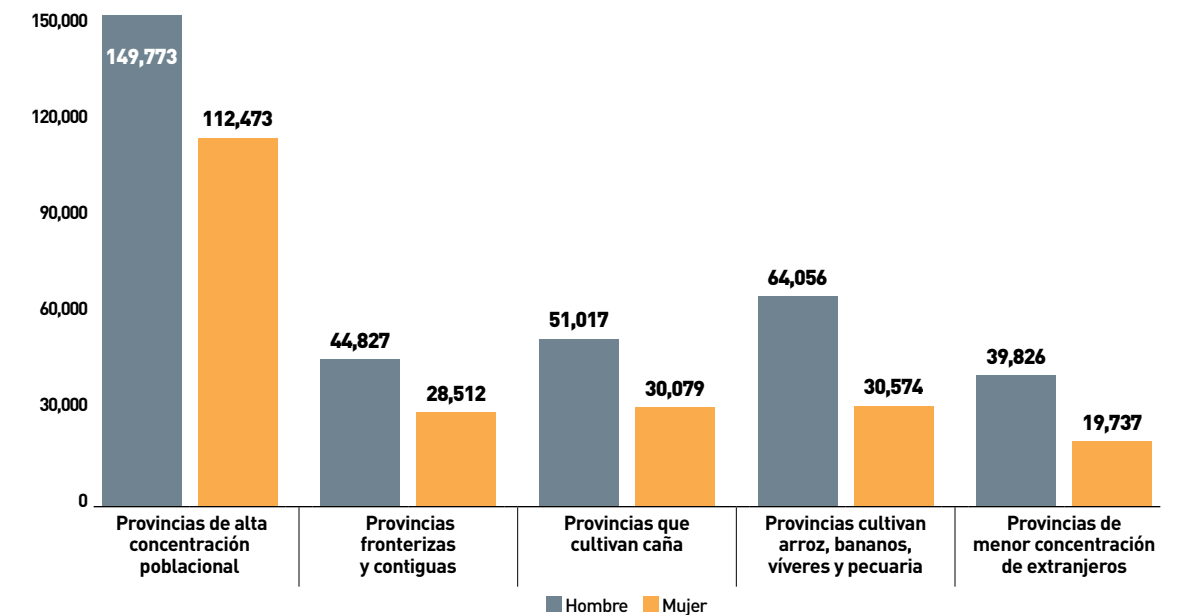


Ahora bien, al observar los gráficos 10 y 11 es evidente el marcado predominio masculino entre los inmigrantes, con variaciones de volumen según sexo en función de las oportunidades laborales. A nivel de los **dominios geográficos** también se manifiesta el mismo patrón de predominancia masculina. En las

provincias de alta concentración poblacional la diferencia de población entre sexos es menor, con un 57% de hombres y un 43% de mujeres, mientras que el mayor desequilibrio se encuentra en las productoras de arroz, bananos, viveres y pecuaria donde el 68% del total de inmigrantes son hombres (gráfico 10).

**GRÁFICO 10.**

Distribución de los inmigrantes según sexo y dominio geográfico



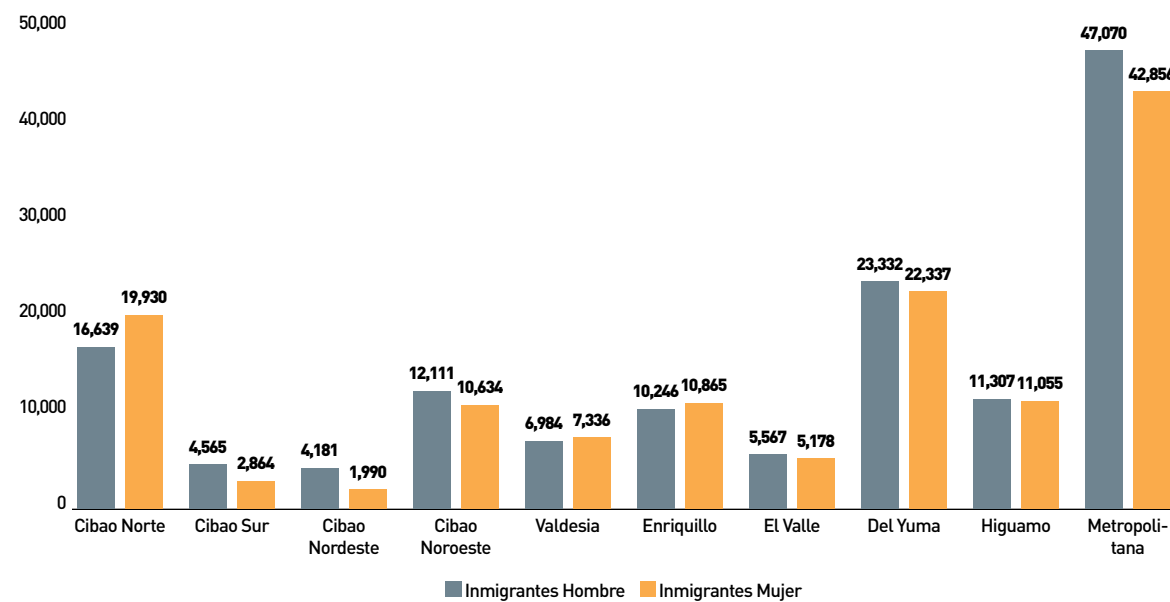


Entre los **descendientes** de inmigrantes nacidos en la República Dominicana predominan las mujeres en el Cibao Norte y en otras regiones de menor atracción de inmigrantes como Valdesia y Enriquillo (gráfico 11). A nivel de

los dominios geográficos solo en las provincias de menor concentración de extranjeros el porcentaje de mujeres (51%) excede por poco al de hombres (gráfico 12).

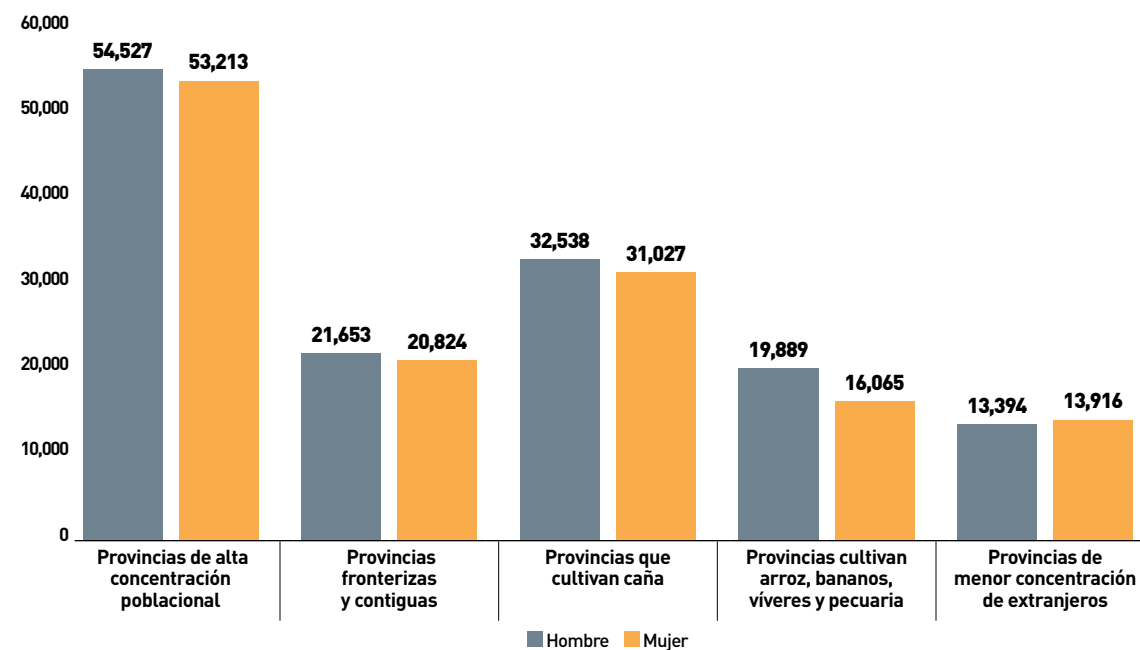
**GRÁFICO 11.**

Cantidad de descendientes según sexo y región de planificación



**GRÁFICO 12.**

Cantidad de descendientes según sexo y dominio geográfico

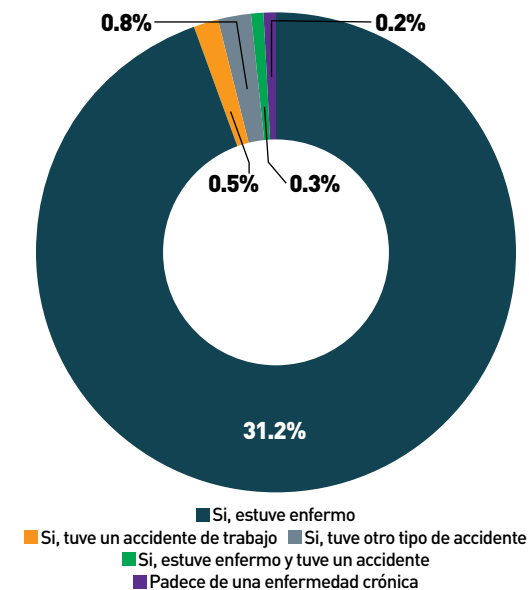


### 3.2 Perfil de demanda y acceso a servicios de salud

El acceso a los servicios de salud se mide a través de las personas que reportan haber estado enfermas o sufrido algún accidente no laboral durante los últimos doce meses. Según la ENI-2017 la cifra de quienes se declararon enfermos es menor entre los inmigrantes (31.2%) que entre sus descendientes (41.4%). Los porcentajes más bajos se dan entre los que reportaron haber sufrido un accidente: 0.8% y 0.4% respectivamente (gráficos 13 y 14).

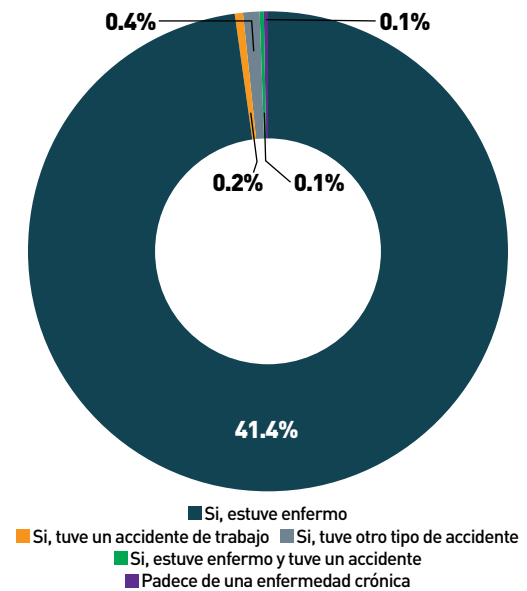
**GRÁFICO 13.**

Porcentaje de inmigrantes enfermos o accidentados en los últimos 12 meses



**GRÁFICO 14.**

Porcentaje de descendientes enfermos o accidentados en los últimos 12 meses

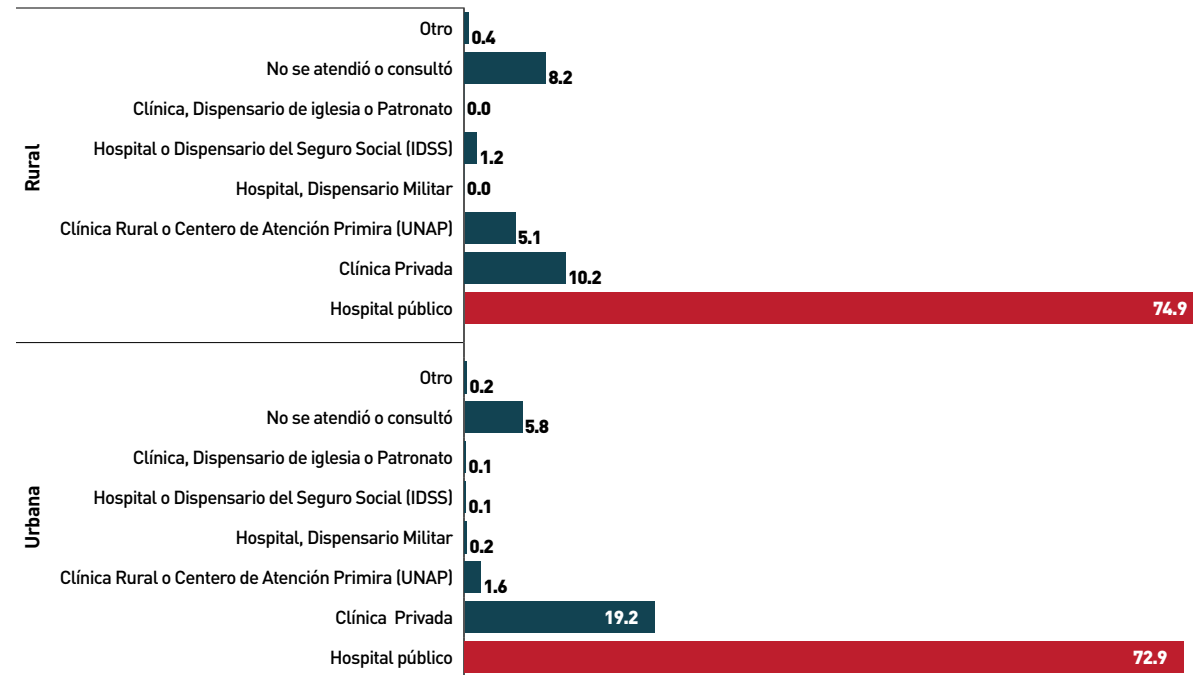


La **demanda de atención** de la gran mayoría de inmigrantes (93.4%) y descendientes (96.0%) recurrió a un **centro de salud** y solo una baja proporción de enfermos o accidentados no demandaron asistencia médica: un 8.2% en la zona rural y un 5.8% en zona urbana. Esta demanda privilegia siempre el hospital público y, en mucha menor medida, las clínicas privadas en cualquiera que sea la división territorial analizada (gráficos 15 y 16).

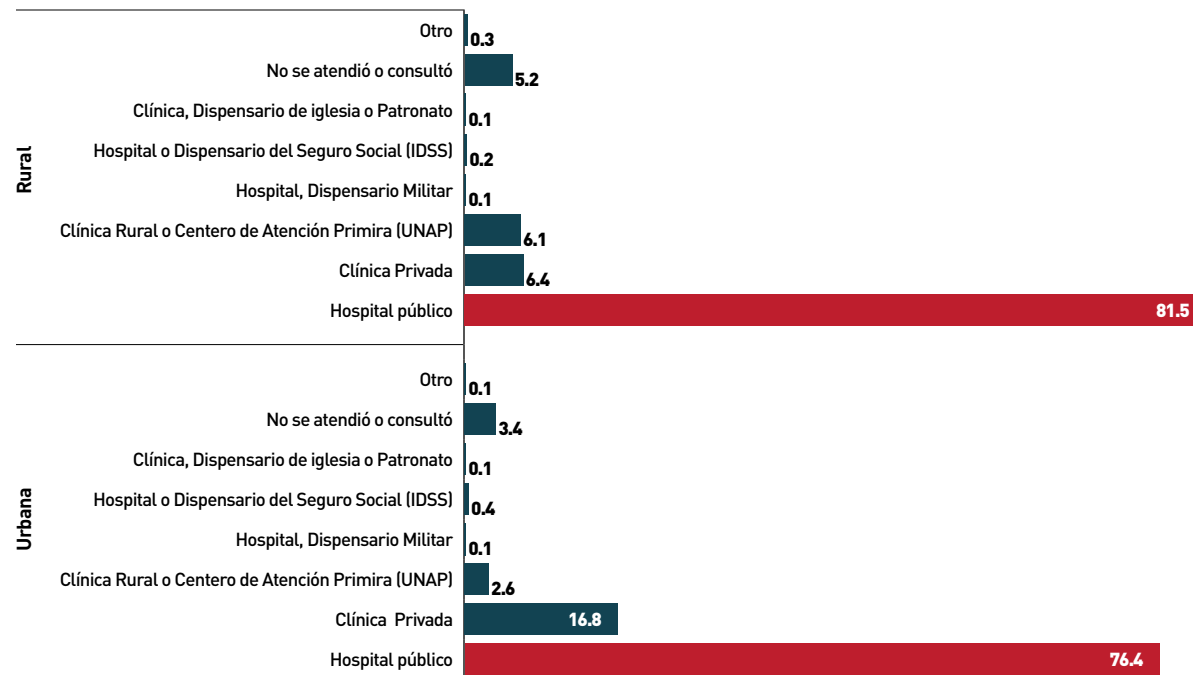
En todas las regiones de planificación alrededor del 80% de los inmigrantes acudió a los hospitales públicos y, en menor medida, a las clínicas privadas. Las mayores demandas de asistencia hospitalaria fueron en la región Metropolitana, Cibao Norte y Cibao Noroeste (gráfico 17).

Sus **descendientes** también siguen un patrón similar ya que el 75% de la demanda de salud recurrió a hospitales públicos. La mayor demanda en clínicas se observa en las regiones de planificación Cibao Nordeste y Yuma, con más del 20% (gráfico 18).

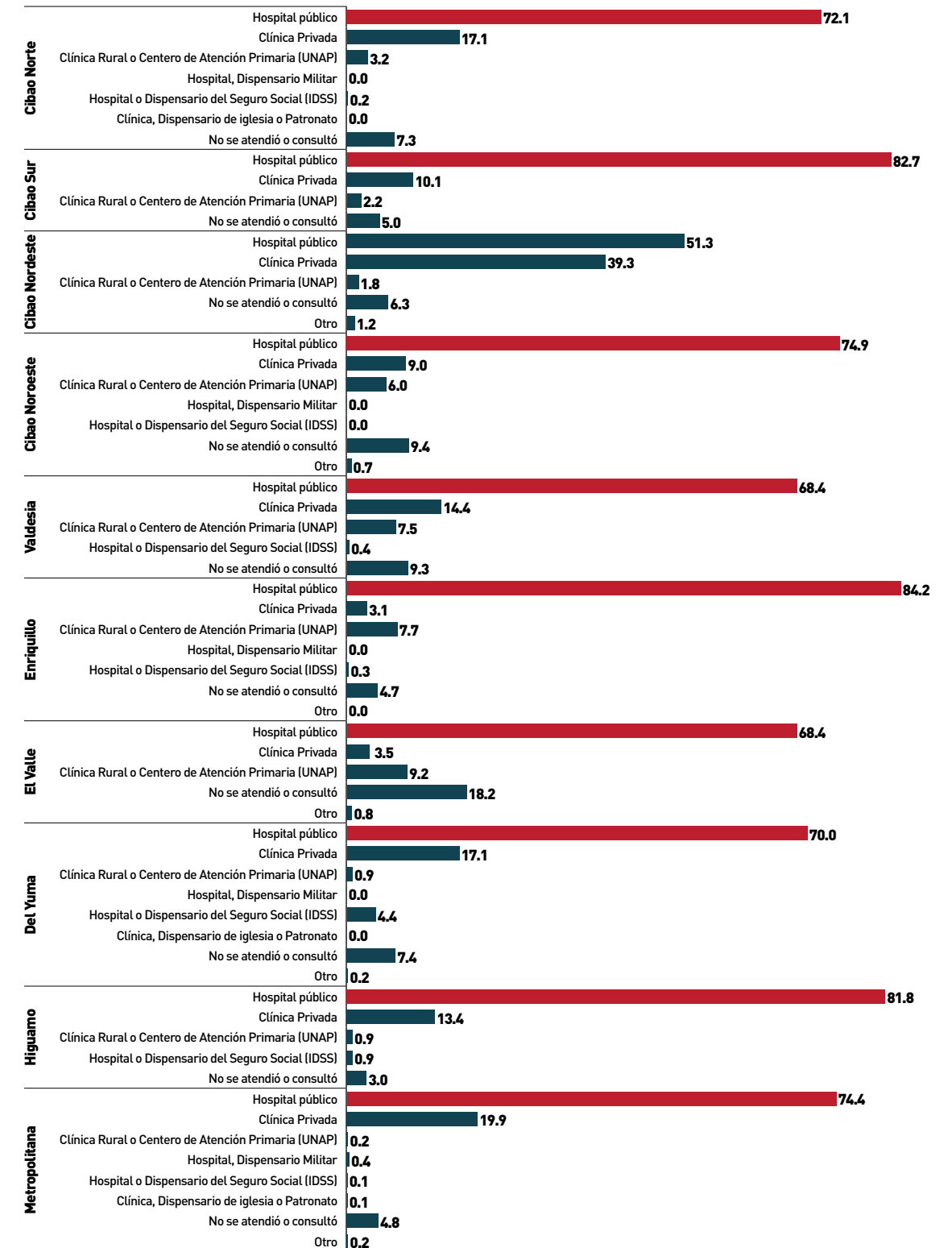
**GRÁFICO 15.**  
Proporción de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención, por zona de residencia



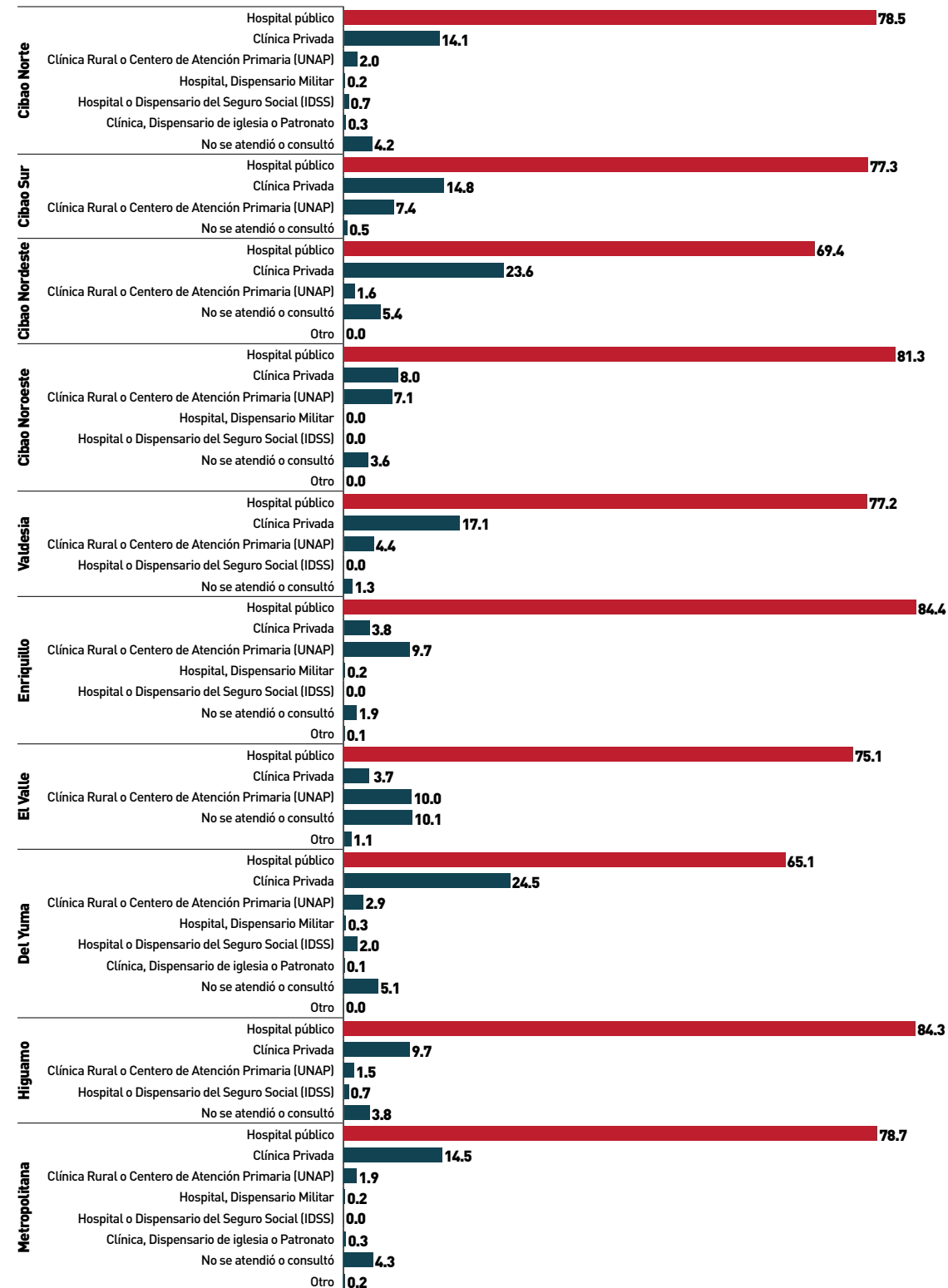
**GRÁFICO 16.**  
Proporción de descendientes según centro de salud donde recibió atención, por zona de residencia



**GRÁFICO 17.**  
Proporción de inmigrantes por centro de salud donde recibió atención, según región de planificación



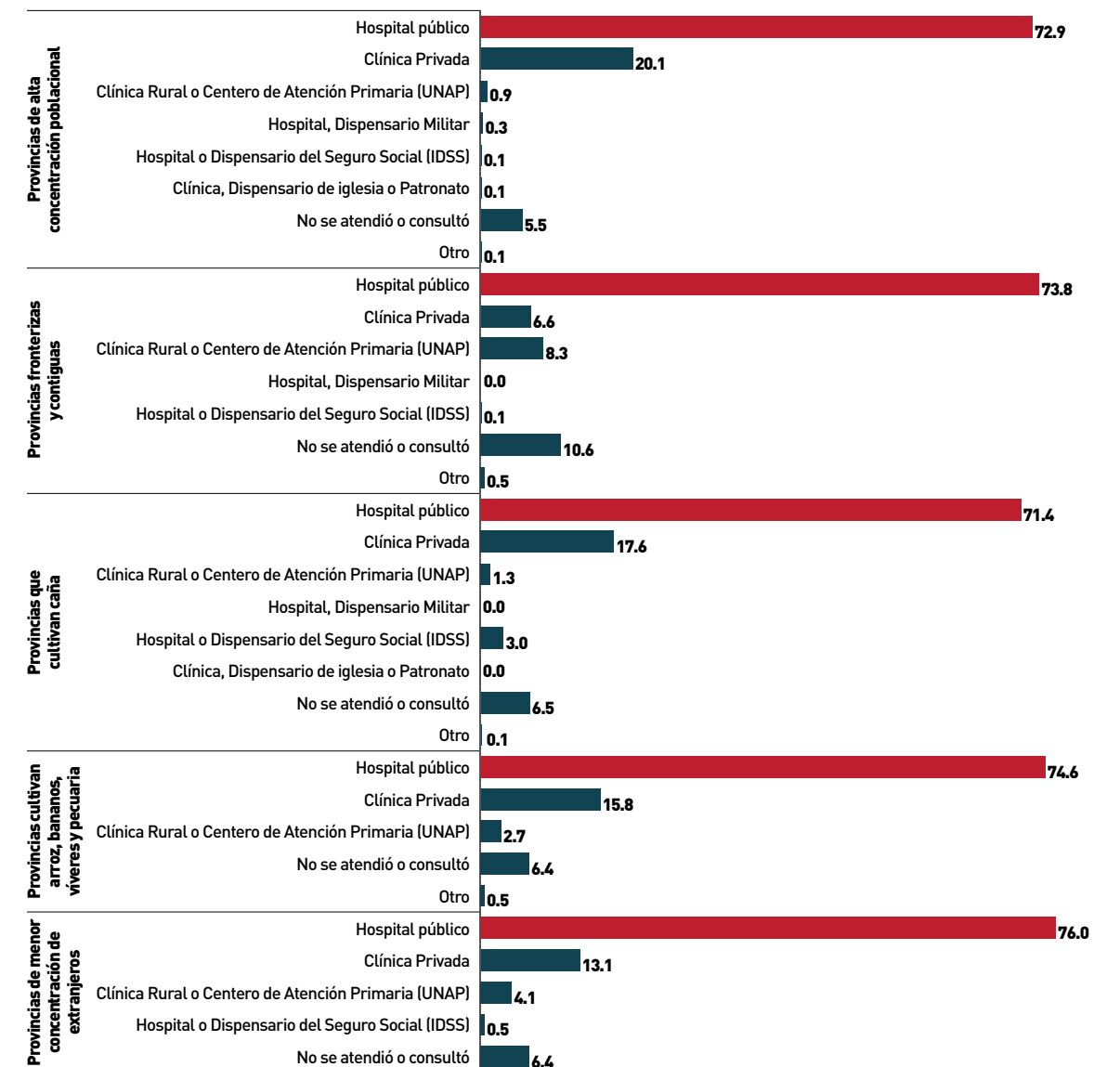
**GRÁFICO 18.**  
Proporción de descendientes según centro de salud donde recibió atención por región de planificación



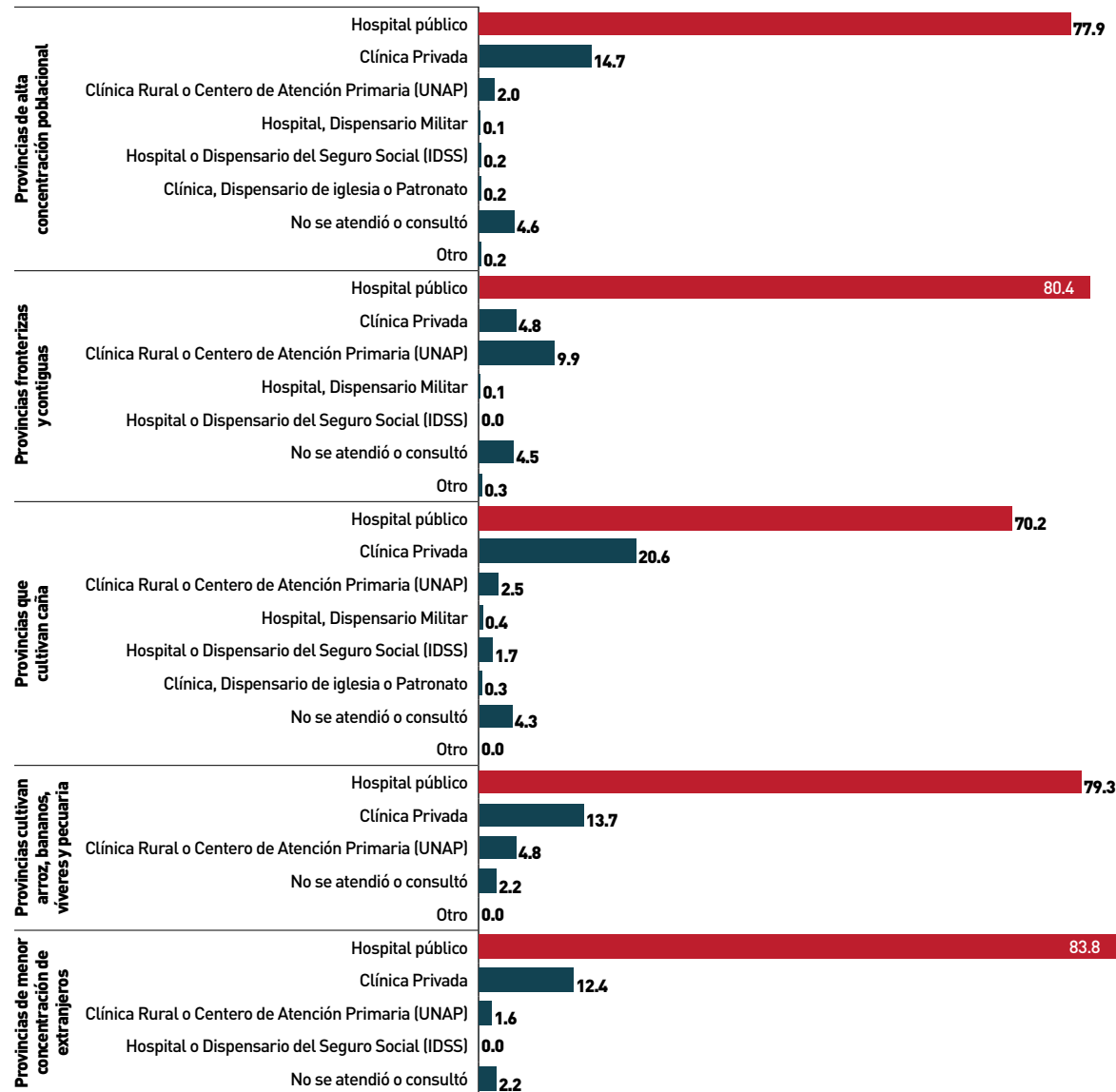
Este mismo patrón de demanda se verifica por **dominio geográfico**: alrededor del 70% de los inmigrantes y del 75% de los descendientes se atendió en hospitales públicos y, en menor proporción, en clínicas. En las provincias fronterizas y contiguas también reportaron, aunque en menor medida, la

asistencia a clínicas rurales o centros de atención primaria (UNAP). Asimismo, se constata que, en las provincias de mayor concentración poblacional, así como en las de corte de caña y de producción agropecuaria, recurrieron a clínicas privadas (gráficos 19 y 20).

**GRÁFICO 19.**  
Proporción de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención por dominio geográfico



**GRÁFICO 20.**  
Proporción de descendientes según centro de salud donde recibió atención por dominio geográfico

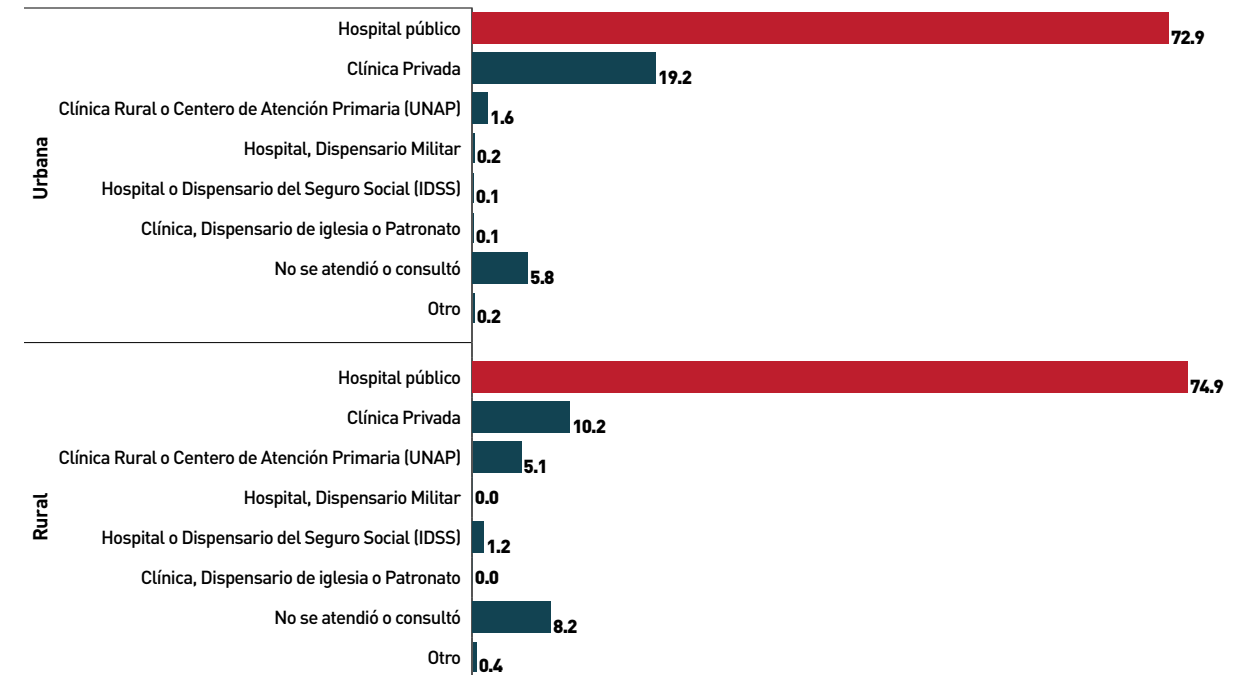


Asimismo, la **demand**a de atención en hospitales públicos **según zona de residencia** urbana (74.9%) y rural (72.9%) es similar para inmigrantes, mientras que la demanda en clínicas privadas es superior a la de la zona urbana (19.2% frente a 10.2% en la zona rural). Es notable la asistencia a la clínica rural o la UNAP en la zona rural (5.1%), en cambio, resulta mucho menor a nivel urbano (1.6%) (gráfico 21).

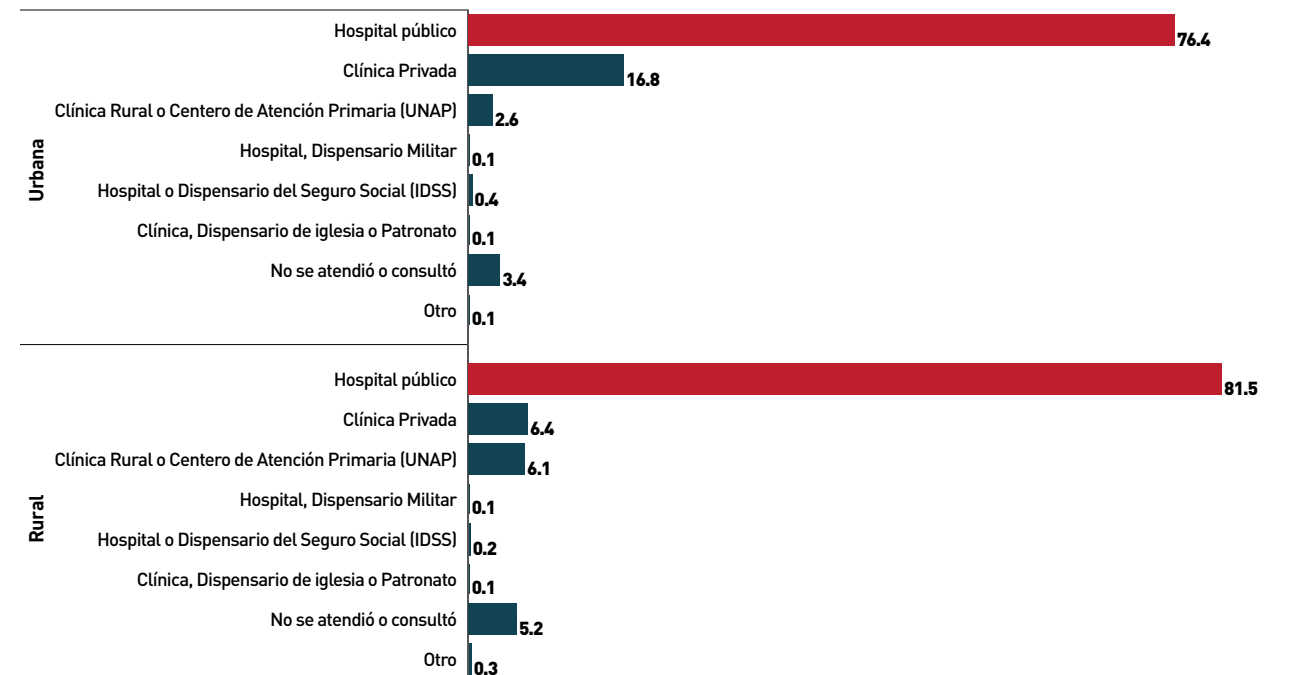
Por su parte, los **descendientes** presentan un patrón similar al de los inmigran-

tes, con excepción de que entre ellos hay una mayor diferencia en la demanda de asistencia hospitalaria según residan en la zona urbana (81.5%) o la rural (76.4%). Le sigue en orden de importancia la demanda de asistencia en clínicas privadas que es mayor a nivel urbano (16.8%) que rural (6.4%). La demanda de atención en una clínica rural o centro de atención primaria (UNAP) es también más notable en la zona rural (6.1%) que en la zona urbana (2.6%) (gráfico 22).

**GRÁFICO 21.**  
Proporción de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención, por zona de residencia



**GRÁFICO 22.**  
Proporción de descendientes según centro de salud donde recibió atención por zona de residencia

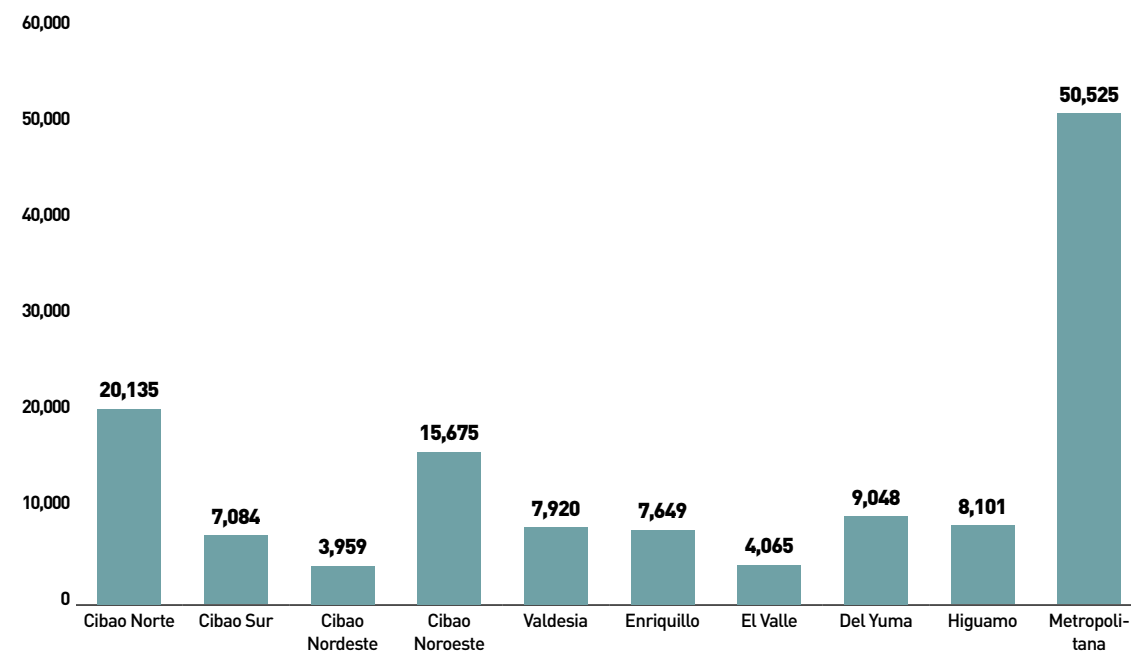


Por último, es interesante acercarse a una valoración numérica de la cantidad de inmigrantes que recibieron la atención de salud en los hos-

pitales públicos según región de planificación y poner en sus debidas proporciones dicha realidad, lo cual puede verse en el gráfico 23.

**GRÁFICO 23.**

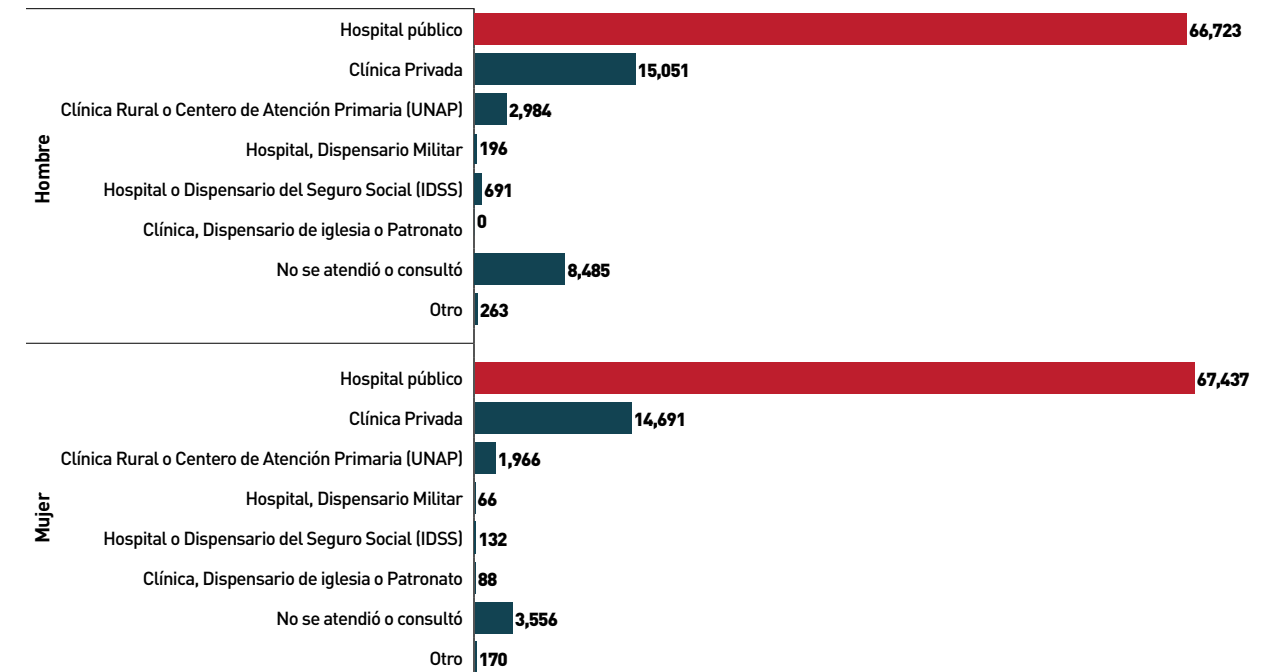
Cantidad de inmigrantes visitaron hospitales públicos por región de planificación



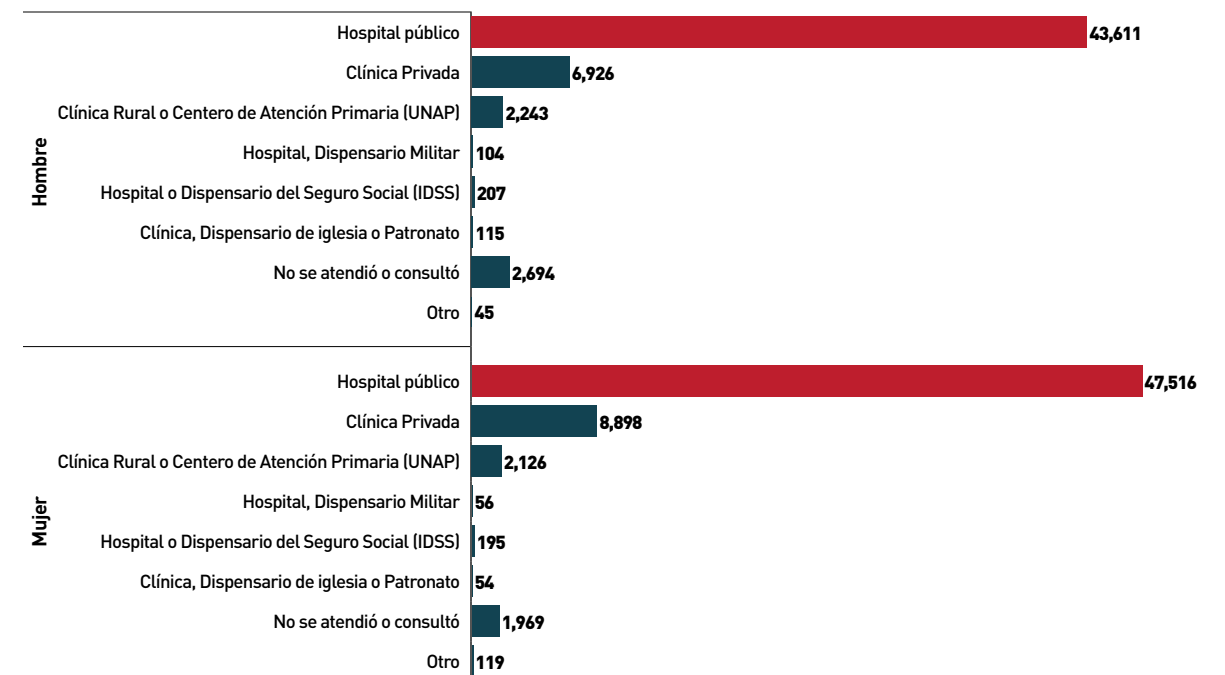
La **demand**a de atención de inmigrantes y descendientes examinada según sexo repite el patrón descrito en cuanto existe una mayoritaria preferencia por el hospital público, seguida a distancia por la clínica privada. Son sobre todo las mujeres inmigrantes quienes privilegian este tipo de atención. Si bien los hombres también lo hacen, es de resaltar que un porcentaje de ellos —más del doble que el de mujeres— no asistió a ningún centro, a pesar de estar enfermos o

accidentados, y otro grupo menor recurrió a la clínica rural o la UNAP. Para el caso de los descendientes, tanto los hombres como las mujeres fueron principalmente al hospital público y, luego, a las clínicas privadas; es también de notar la cantidad de personas que no se atendió en ningún centro. Ver las cantidades absolutas permite comparar en términos de proporciones, pero además dimensionar con mayor precisión esta realidad (gráficos 24 y 25).

**GRÁFICO 24.**  
Cantidad de inmigrantes según centro de salud donde recibió atención por sexo



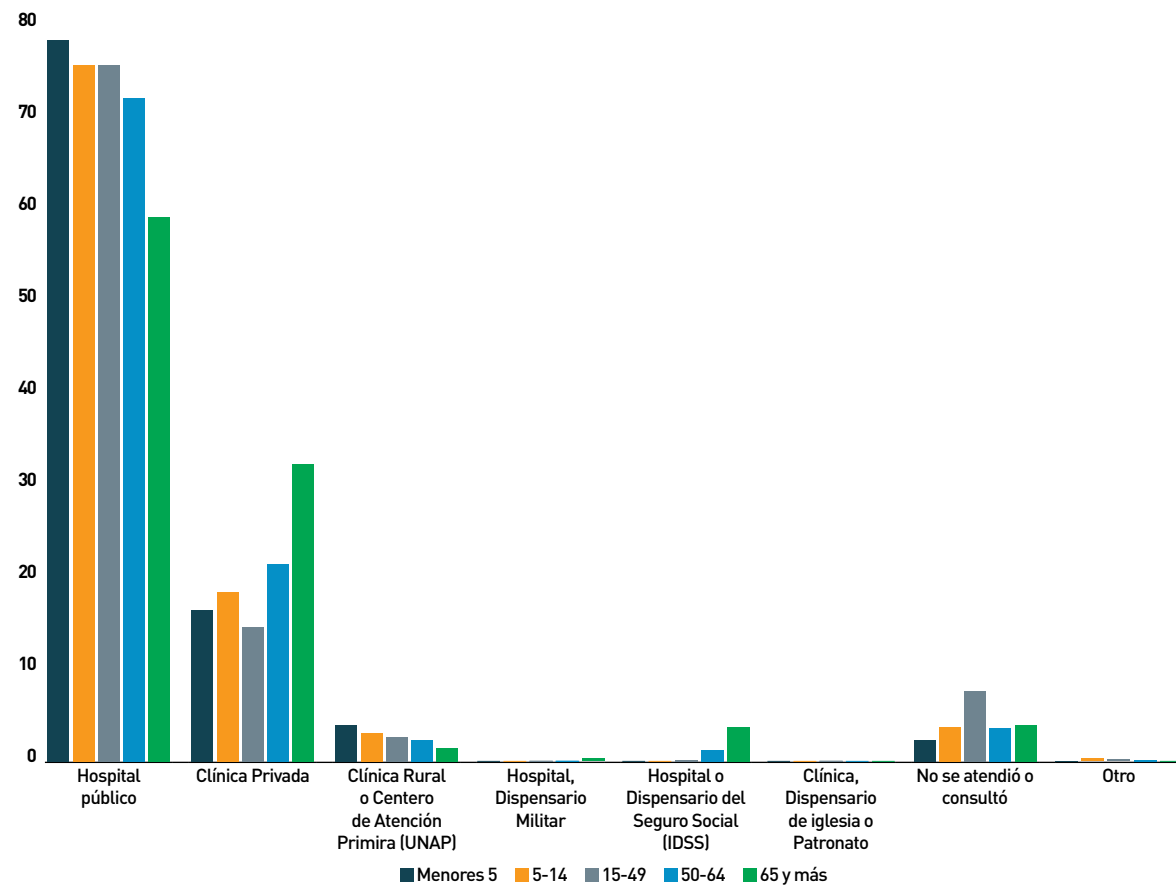
**GRÁFICO 25.**  
Cantidad de descendientes según centro de salud donde recibió atención por sexo



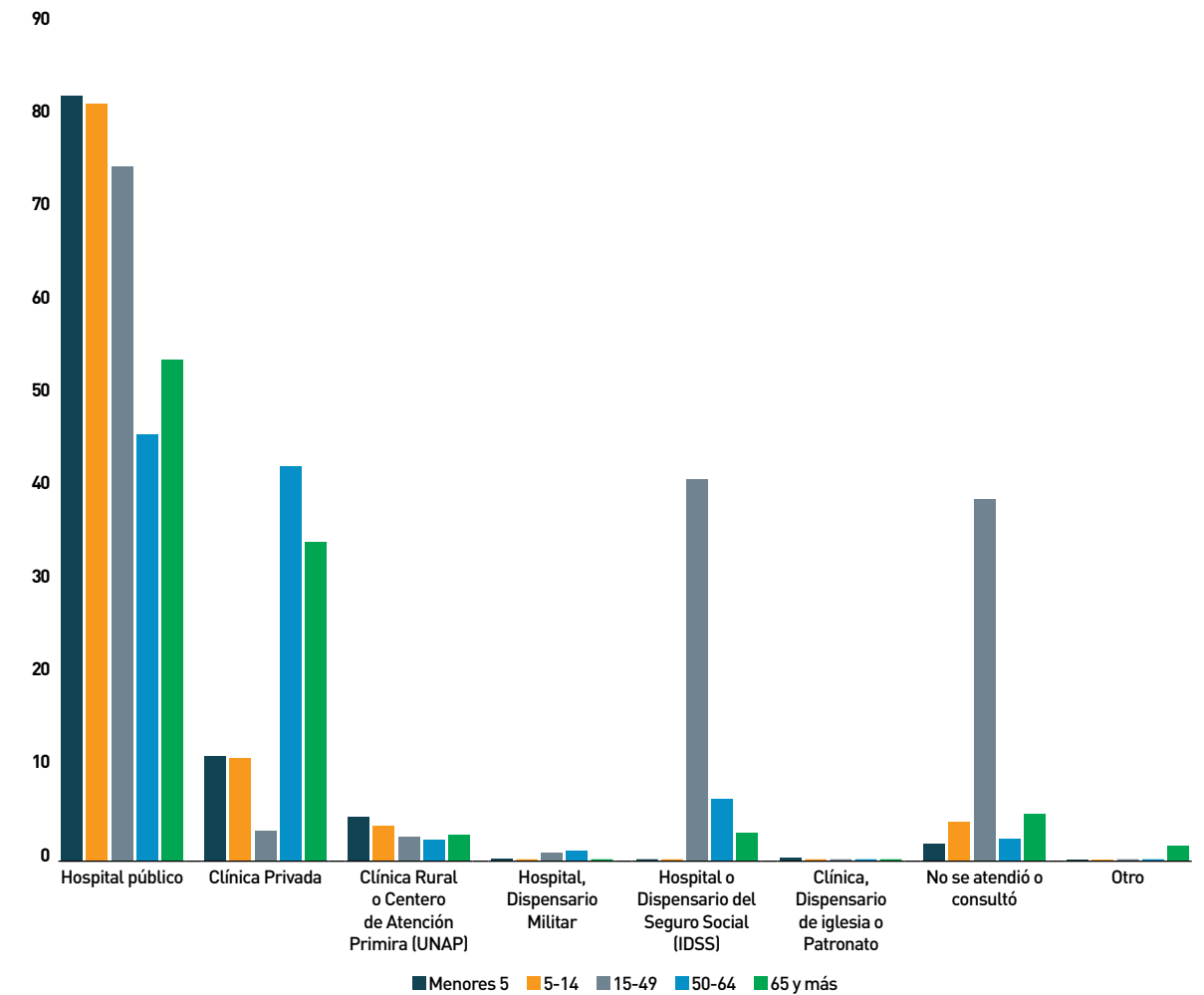
La demanda en atención de salud **por grupos de edad** de inmigrantes y descendientes también sigue el mismo esquema, aunque con algunas diferencias. En todos los grupos de edades prevalece la recurrencia a los hospitales, destacándose una mayor presencia de menores de 5 años y entre 5 y 14 años,

así como de población en edad productiva y reproductiva, mientras que en las clínicas privadas la asistencia predominante es de los adultos de 50 años y más. Igual situación, aunque en cantidades menores, se observa en la asistencia a la clínica rural o en la UNAP (gráficos 26 y 27).

**GRÁFICO 26.**  
Proporción de inmigrantes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad



**GRÁFICO 27.**  
Proporción de descendientes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad



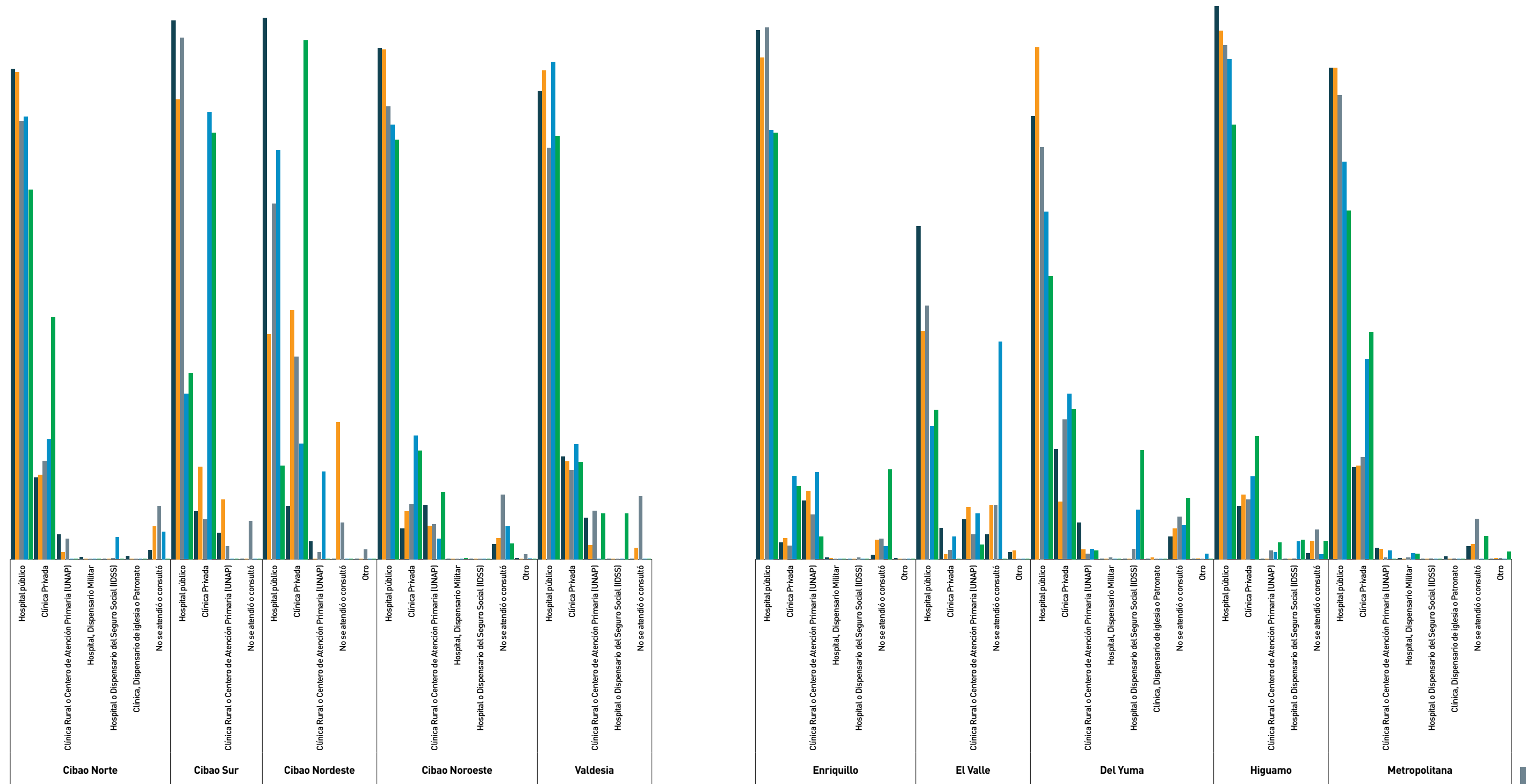
Reagrupando los centros de salud en públicos y privados y el resto de los centros reportados como un tercer sector, en las regiones de planificación se constata el patrón descrito anteriormente ya que la mayoría de la población de origen extranjero (inmigrantes y descendientes) demanda atención de salud

en los centros del Estado (gráfico 28). Según dominio geográfico se puede observar que en las provincias de mayor concentración poblacional, cañeras y agropecuarias los centros privados cubren una importante parte de la demanda, sobre todo entre la población mayor de 50 años (gráfico 29).

**GRÁFICO 28.**

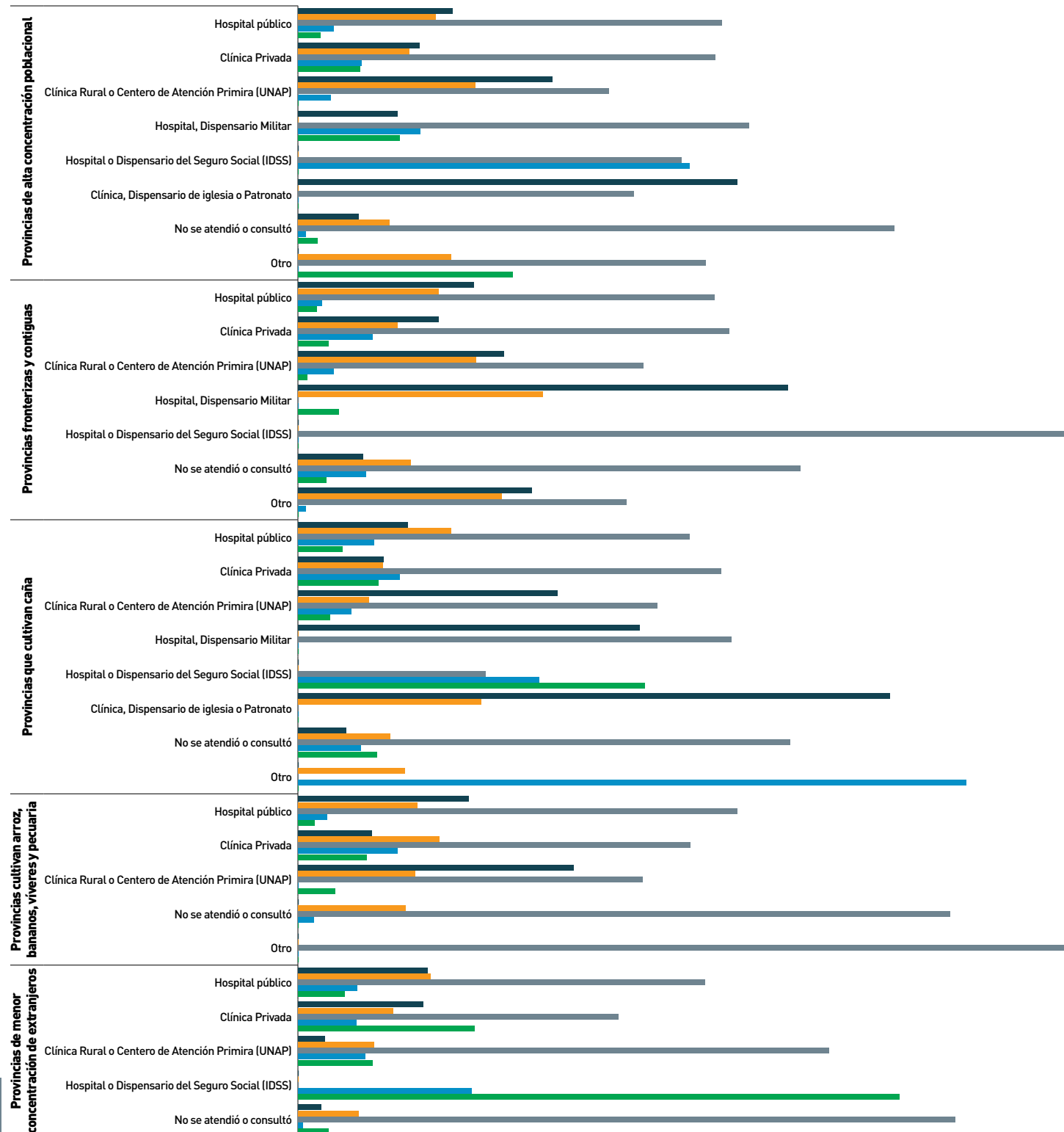
Proporción de inmigrantes y descendientes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad y regiones de planificación

■ Menores 5 ■ 5-14 ■ 15-49 ■ 50-64 ■ 65 y más



**GRÁFICO 29.**

Proporción de inmigrantes y descendientes según centro de salud donde recibió atención por rangos de edad y dominio geográfico

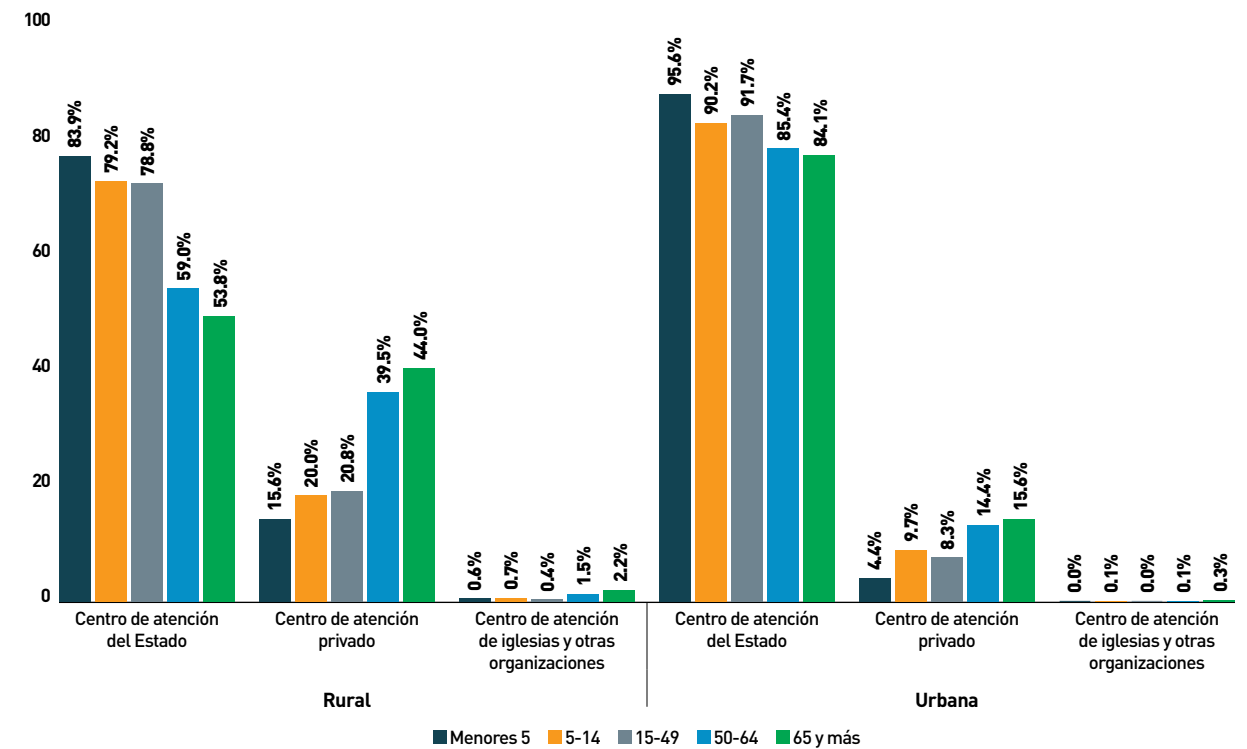


La demanda en atención de salud según **zona de residencia** tampoco muestra diferencias respecto al tipo de centro escogido: en la zona urbana y rural predomina el hospital público en todos los rangos de edades, siendo mayor la proveniente de población joven y, en general, menor de 50 años. En la zona rural los porcentajes de asistencia a

hospitales públicos, para todos los grupos de edad, superan a los de la zona urbana en donde, en cambio, en la zona urbana son mayores los porcentajes de quienes acuden a clínicas privadas. Asimismo, es notable la atención de salud de adultos mayores en las clínicas privadas, sobre todo en la zona urbana (gráfico 30).

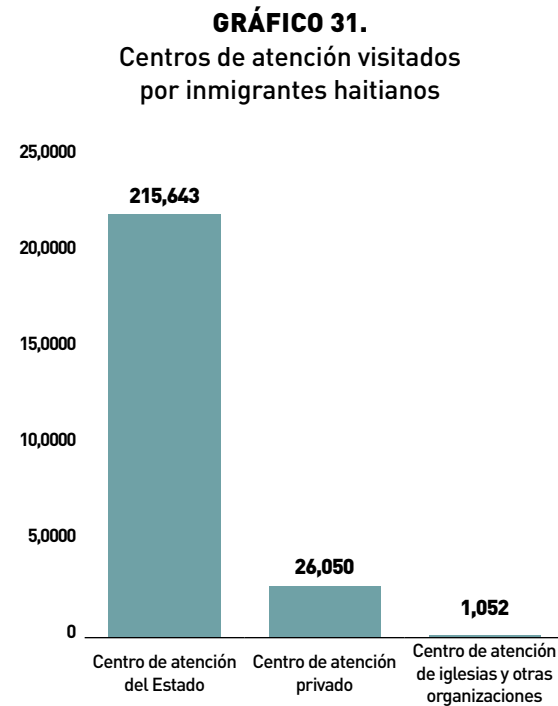
**GRÁFICO 30.**

Proporción de inmigrantes y descendientes por centro de salud donde recibió atención, según rangos de edad y zona de residencia



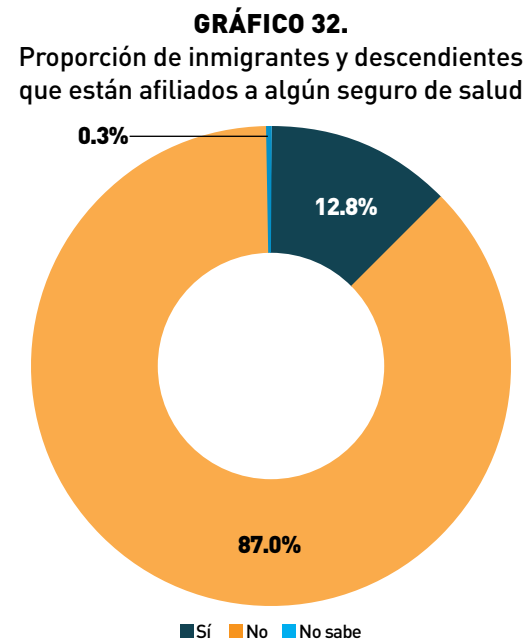


Por último, al analizar la demanda de asistencia hospitalaria de los inmigrantes haitianos —el principal contingente de inmigrantes del país— se ratifica el mismo patrón: el 88.8% ha recurrido a un hospital público, seguido por un lejano 10.7% que ha asistido a una clínica privada y un 0.4% al resto de centros de salud, para un total de 242,756 demandas de atención (gráfico 31).

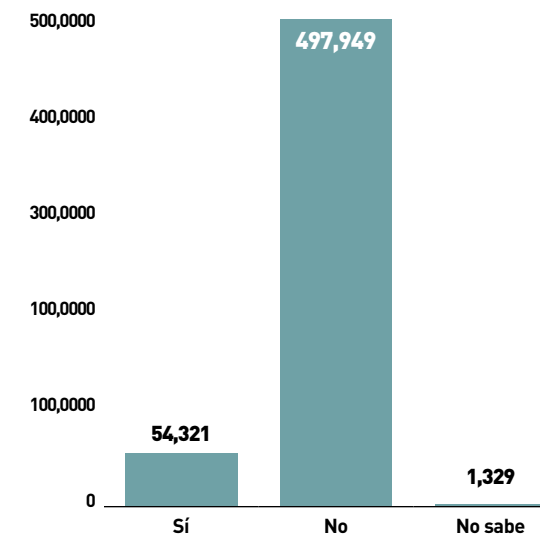


### 3.2 Afiliación al aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones

Respecto al acceso a algún **seguro de salud** entre los inmigrantes la proporción es baja, pues solamente un 12.8% reporta estar afiliado, lo que en número absolutos representa unas 54,320 personas (gráficos 32 y 33). Este dato es coherente con la insignificante afiliación de inmigrantes al Régimen Contributivo que registra la Tesorería de la Seguridad Social, único régimen que en la actualidad permite acceso al Sistema de Pensiones creado en el 2001.

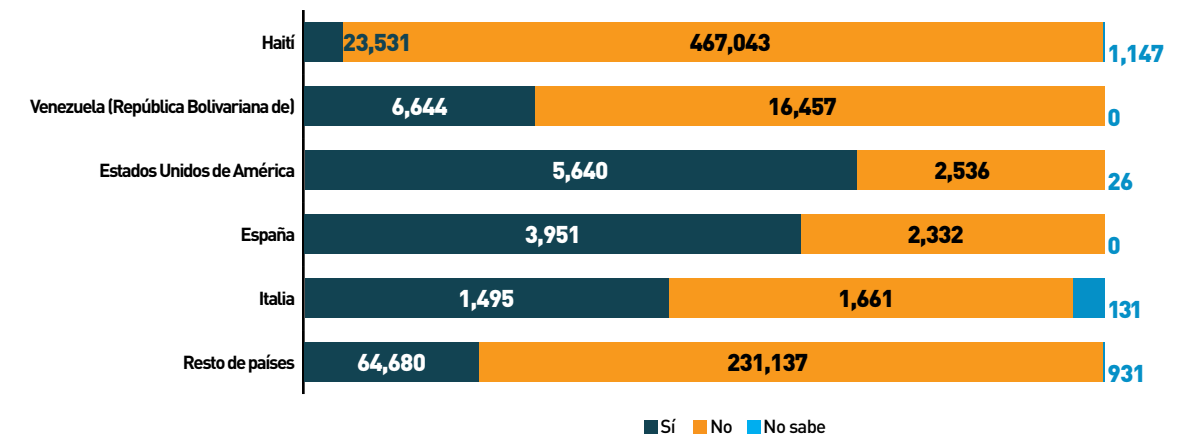


**GRÁFICO 33.**  
Cantidad de inmigrantes que están afiliados a algún seguro de salud



Es evidente que, en términos mayoritarios, el no poseer un seguro de salud es la situación más frecuente entre los inmigrantes. El análisis según **país de origen** muestra que el nivel de afiliación menor se verifica entre los inmigrantes haitianos, entre quienes más del 90% reportó no estar afiliado, porcentaje equivalente a 467,043 personas. Por su parte, un 71% de los inmigrantes venezolanos no están afiliados, es decir, unas 16,457 personas. En cambio, más del 50% de los inmigrantes originarios de los Estados Unidos de América, España e Italia reportan tener un seguro de salud, a diferencia del resto de inmigrantes de otras nacionalidades entre quienes alrededor del 70% no está afiliado a algún seguro de salud (gráfico 34).

**GRÁFICO 34.**  
Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud según país de origen

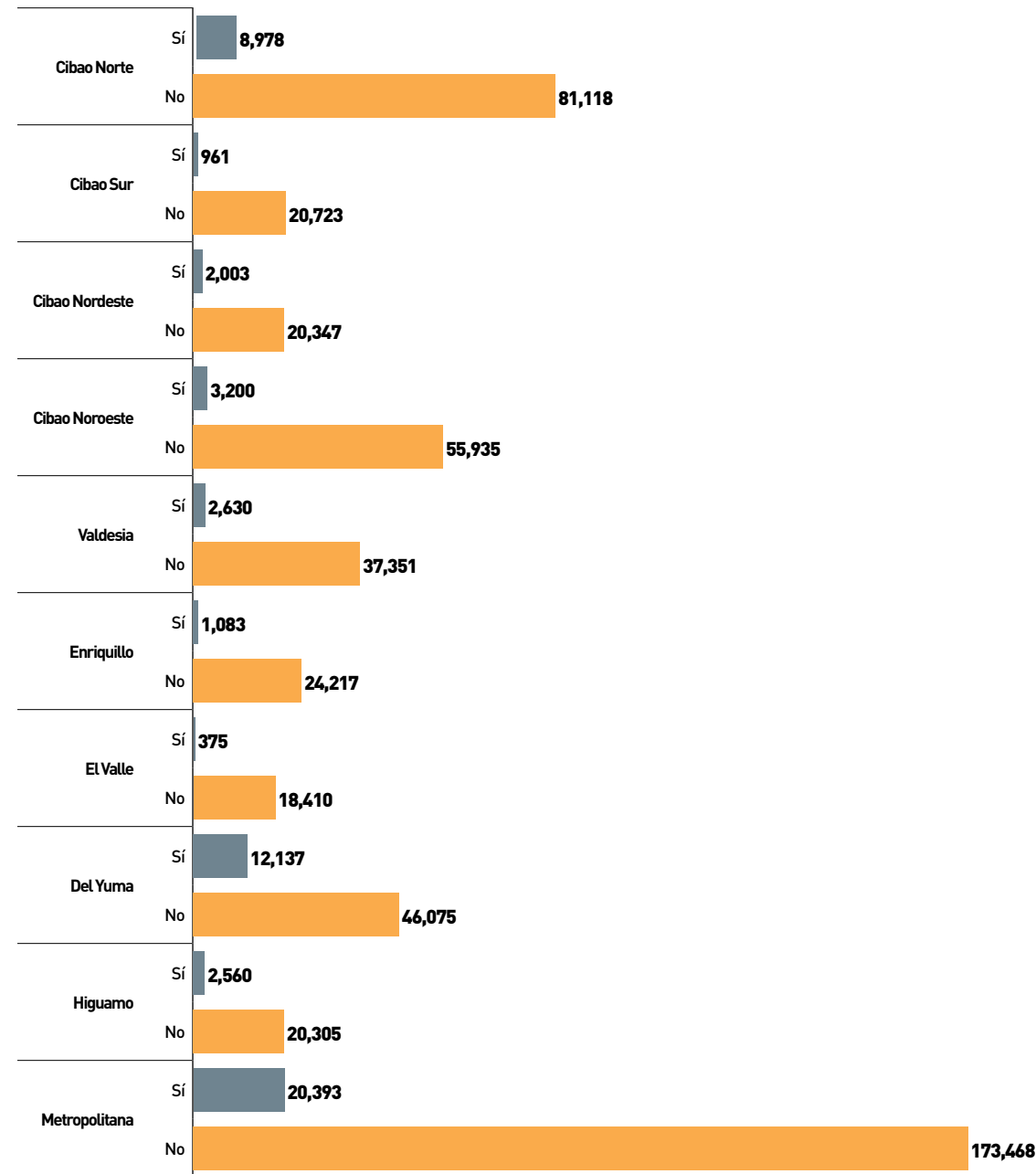


La ausencia de afiliación de los inmigrantes ocurre en todas las demarcaciones geográficas analizadas. Así, según **región de planificación**, el mayor porcentaje de inmigrantes que carecen de seguro de salud se observa en El Valle (98%), seguido por Enriquillo (95.7%), Cibao Sur (95.6%), Cibao Noroeste (94.6%) y Valdesia (93.4%), (gráfico 35). Por **dominio geográfico** esta carencia es más notoria en las

provincias que producen arroz, bananos, víveres y pecuaria (95.1%), en las provincias fronterizas y contiguas (94.9%) y las provincias de menor concentración de extranjeros (93.1%), (gráfico 36). Al considerar la **zona de residencia** se encuentra una proporción mayor de asegurados en la zona urbana (11.8%) que en zona rural (5.5%), (gráfico 37).

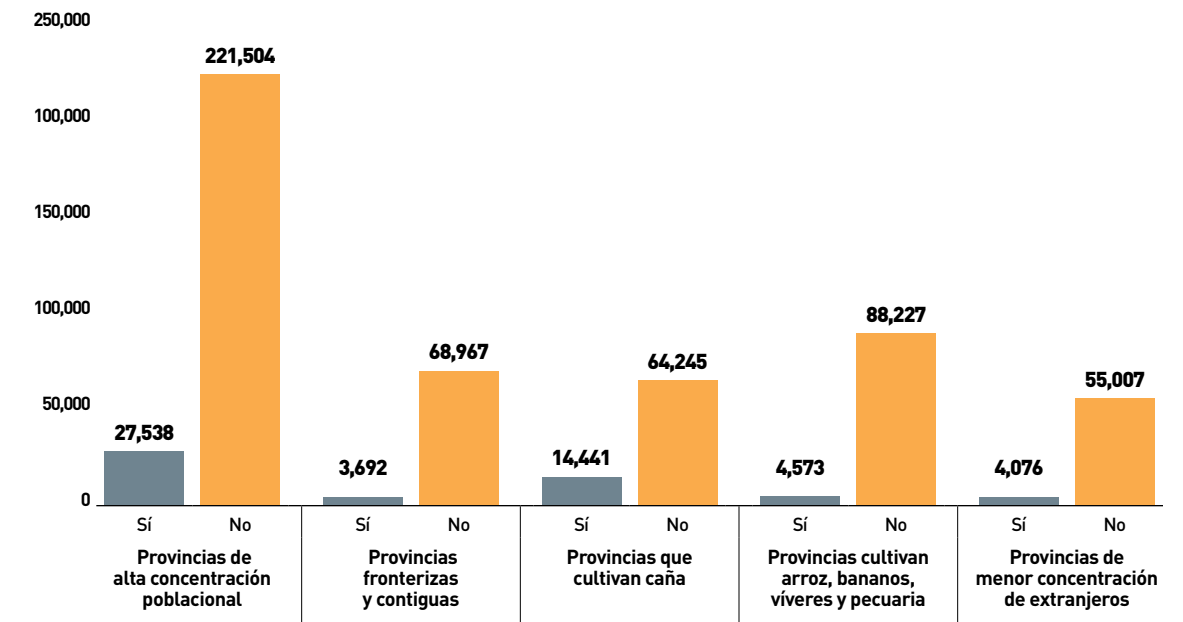
**GRÁFICO 35.**

Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por región de planificación



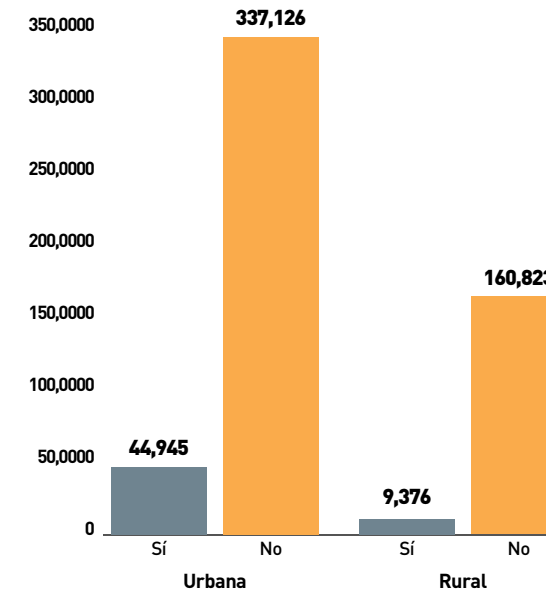
**GRÁFICO 36.**

Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por dominio geográfico



**GRÁFICO 37.**

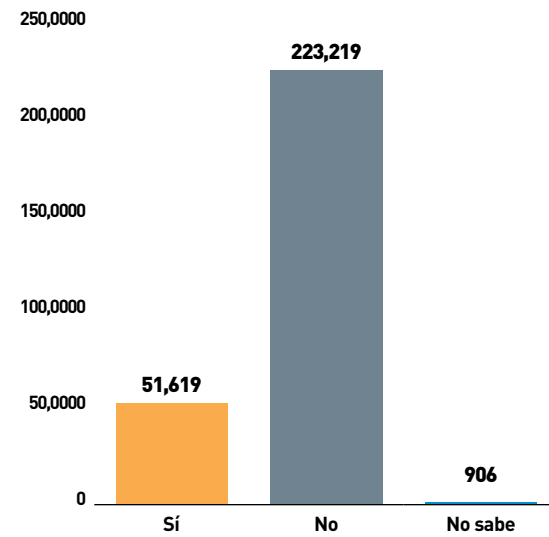
Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por zona de residencia



Este panorama es similar entre los **descendientes**, pues también la mayoría (el 80.9%) no está afiliada a algún seguro de salud, aunque su nivel de afiliación (18.7%) es algo más elevado que el del total de inmigrantes (12.8%) y que el de los inmigrantes haitianos (9.8%).

**GRÁFICO 38.**

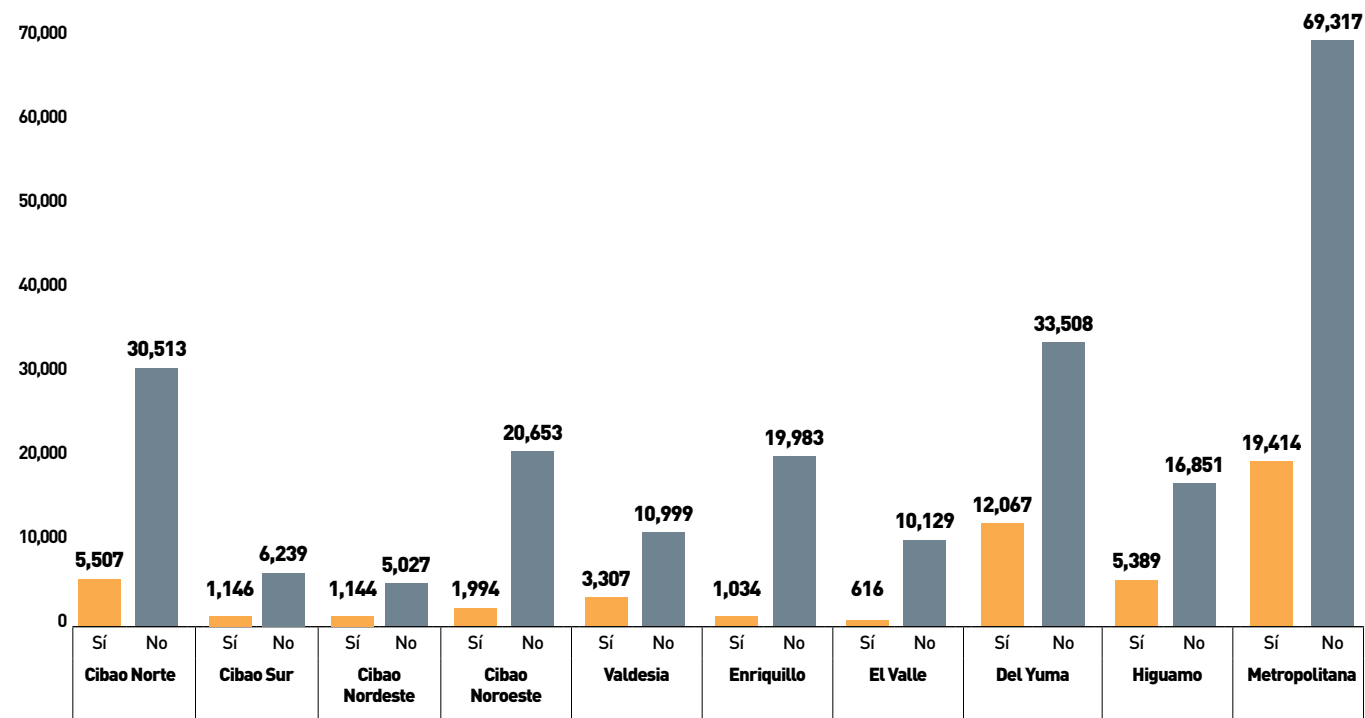
Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud



La ausencia de seguro de salud es más notoria entre los descendientes que residen en Enriquillo (95.1%), seguidos por los de El Valle (94.3%), Cibao Noroeste (91.2%), Cibao Noroeste (94.6%) y Cibao Norte (84.7%), (gráfico 39).

**GRÁFICO 39.**

Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por región de planificación

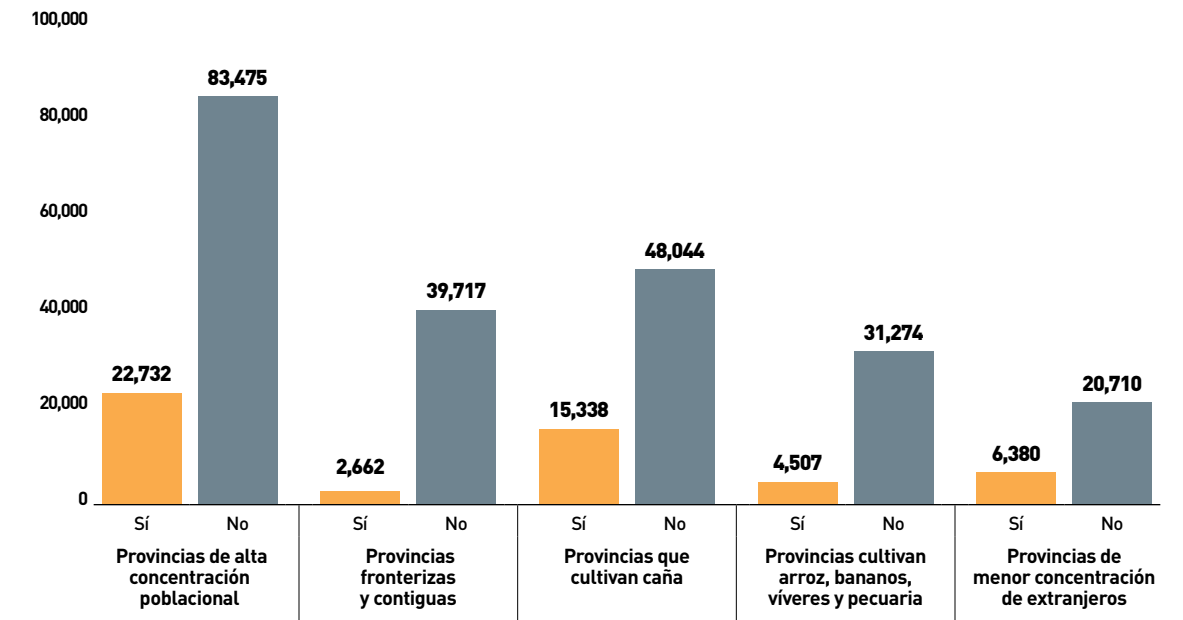


Según **dominios geográficos** en las provincias fronterizas y contiguas reside el mayor porcentaje de descendientes que carecen de un seguro de salud (93.7%), seguidos por los

que viven en las provincias que cultivan arroz, bananos, víveres y pecuaria (87.4%) y en las de alta concentración poblacional (78.6%), (gráfico 40).

**GRÁFICO 40.**

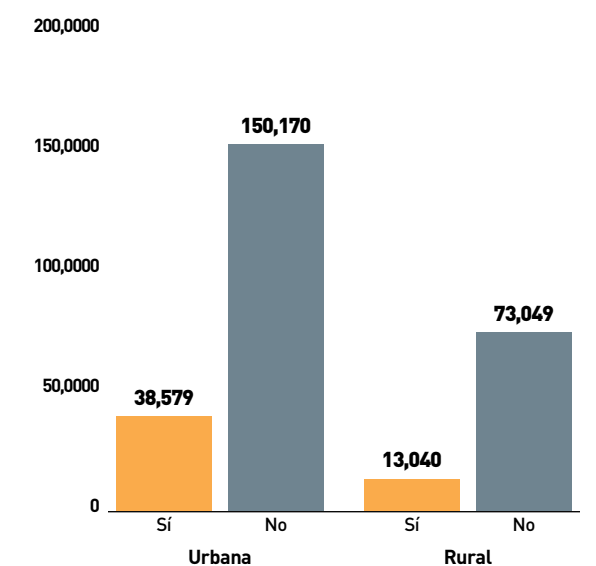
Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por dominio geográfico



Al examinar la afiliación a un seguro de salud por **zona de residencia**, en la zona rural se encuentra la mayor la proporción de descendientes que no están afiliados, los mismos que representan el 84.9%; mientras que en la zona urbana el porcentaje de no afiliados alcanza el 79.6% (gráfico 41).

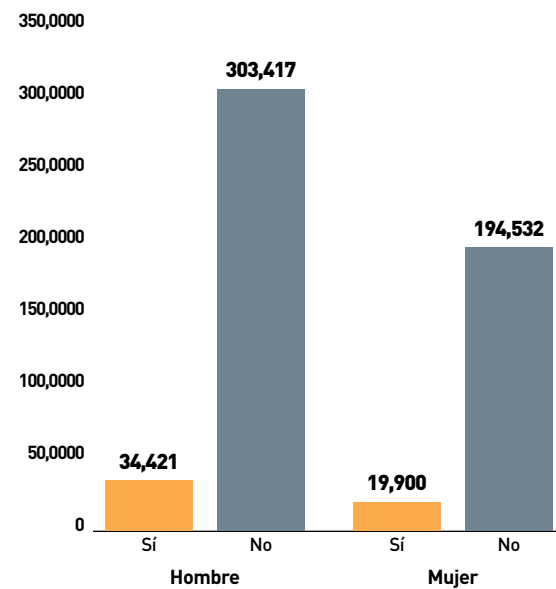
**GRÁFICO 41.**

Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por zona de residencia

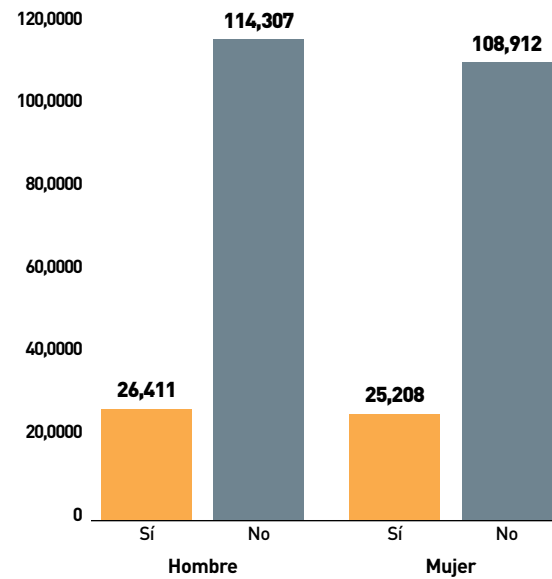


Al analizar la distribución por sexo de los inmigrantes que poseen seguro de salud, se encuentra que hay una escasa diferencia entre mujeres y hombres, ya que el porcentaje de afiliación entre las primeras alcanza el 9.3 % y entre los segundos el 10.2%, cifras que dejan para las mujeres no aseguradas el restante 90.7% y para los hombres sin seguro de salud el 89.8% (gráfico 42). En la población de descendientes el nivel de personas sin seguro es menor, alcanzando el 81.2%; además, no se observan diferencias por sexo, pues tanto hombres como mujeres presentan una afiliación del 18.8 % (gráfico 43).

**GRÁFICO 42.**  
Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud según sexo

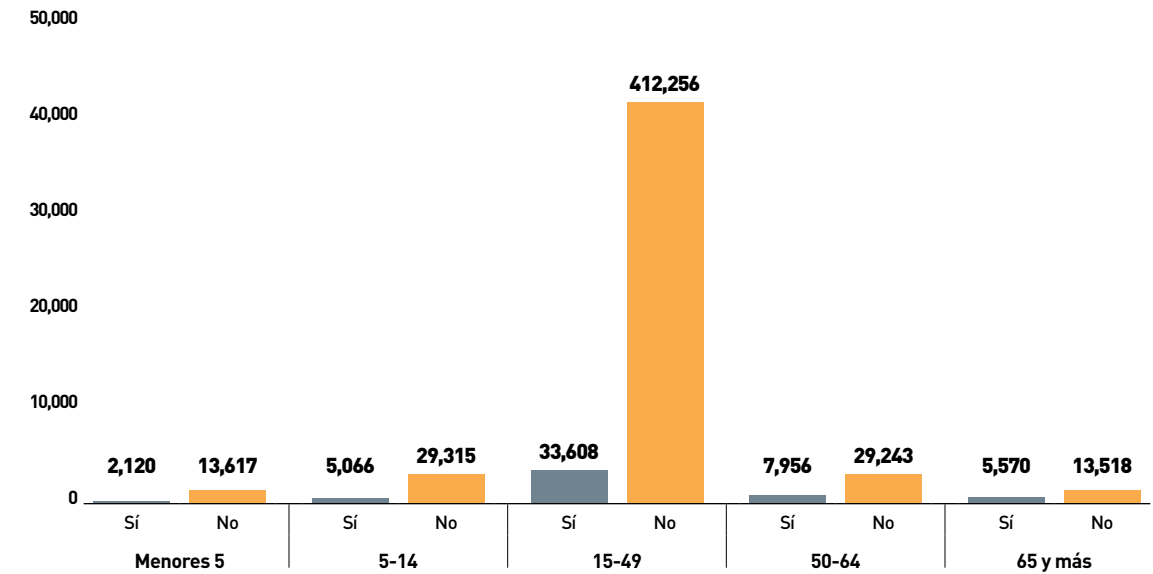


**GRÁFICO 43.**  
Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud según sexo

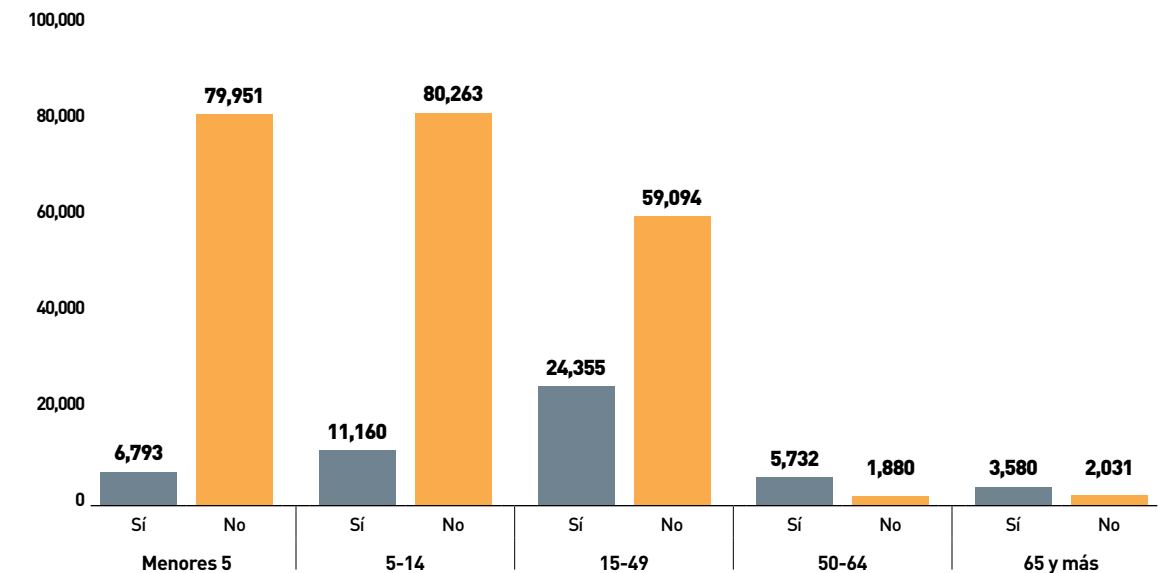


Por **rango de edad** entre los inmigrantes el mayor porcentaje de personas no afiliadas a un seguro de salud corresponde al grupo entre 15-49 años con un 92% (gráfico 44). Entre los descendientes los no afiliados alcanzan la mayor cifra entre los menores de 5 años (92.2 %) y entre 5 y 14 años (87.8%), seguidos por el grupo de 15-49 años (70.8%), situación que corresponde al elevado peso entre los descendientes de la población de menores de edad (gráfico 45).

**GRÁFICO 44.**  
Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud por rango de edad



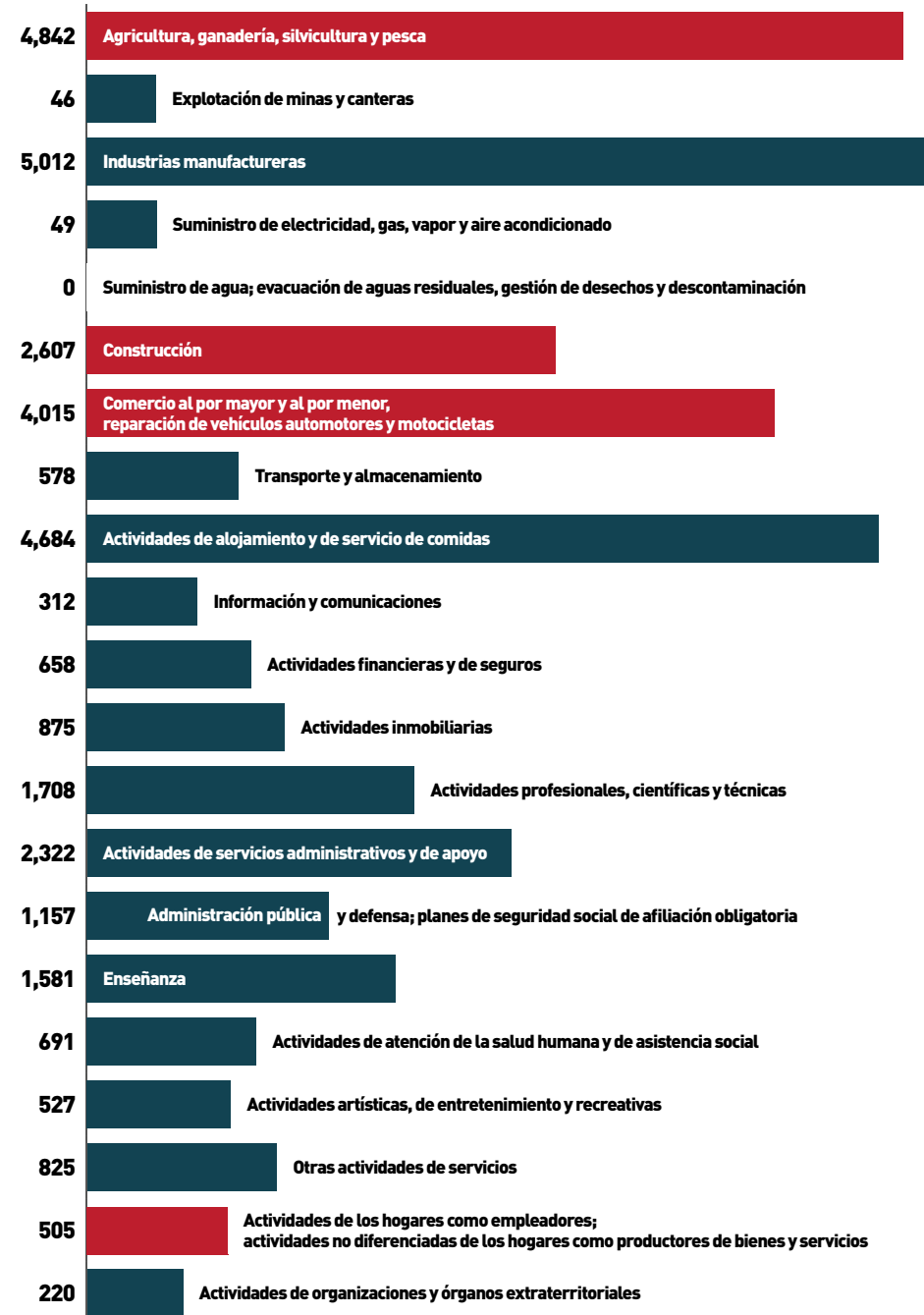
**GRÁFICO 45.**  
Cantidad de descendientes afiliados a algún seguro de salud por rango de edad



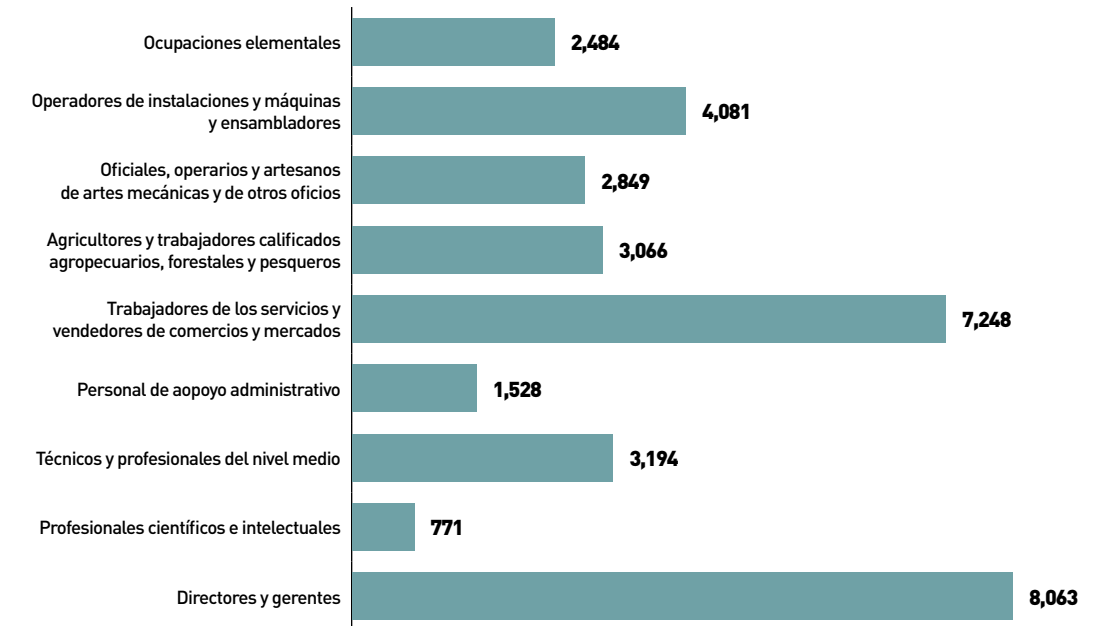
Por otra parte, la afiliación de los inmigrantes a un seguro de salud según **rama de actividad económica** corresponde en orden de importancia a: 1) actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales, 2) administración pública y defensa, 3) actividades profesionales, científicas y técnicas y 4) actividades fi-

nancieras y de seguros (gráfico 46). Mientras que por **grupos de ocupación** el orden es: 1) directores y gerentes, 2) profesionales, científicos e intelectuales y 3) técnicos y profesionales del nivel. En las demás ramas y grupos ocupacionales, la desafiliación del aseguramiento en salud es generalizada (gráficos 47).

**GRÁFICO 46.**  
Inmigrantes afiliados a seguro médico por actividad económica



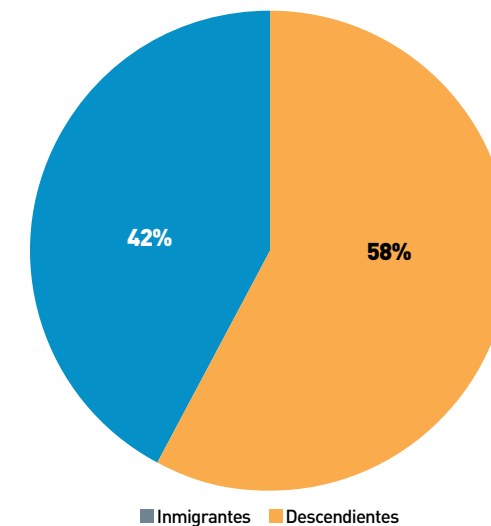
**GRÁFICO 47.**  
Inmigrantes afiliados a seguro médico por grupos de ocupación



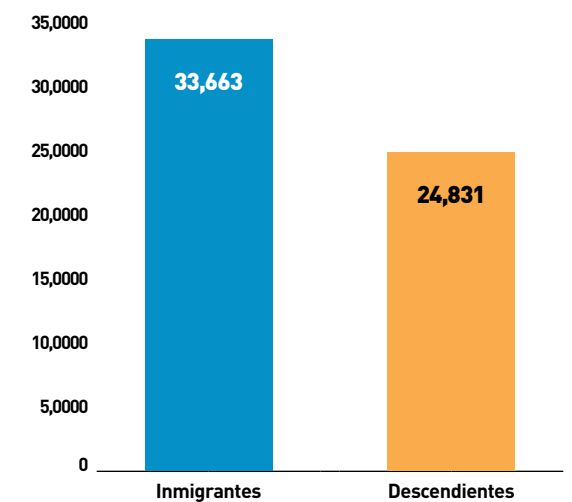
La **titularidad o la dependencia** respecto al seguro de salud muestra que en la población de origen extranjero (inmigrantes y descendientes) existe una proporción de titulares (58%) mayor que la de dependientes (42%),

(gráfico 48). Al analizar la titularidad de inmigrantes y descendientes por separado se constata que la cantidad de inmigrantes que son titulares (33,663) supera la de descendientes (24,831), (gráfico 49).

**GRÁFICO 48.**  
Proporción de inmigrantes y descendientes que son titulares de su seguro de salud



**GRÁFICO 49.**  
Cantidad de inmigrantes y descendientes que son titulares de su seguro de salud

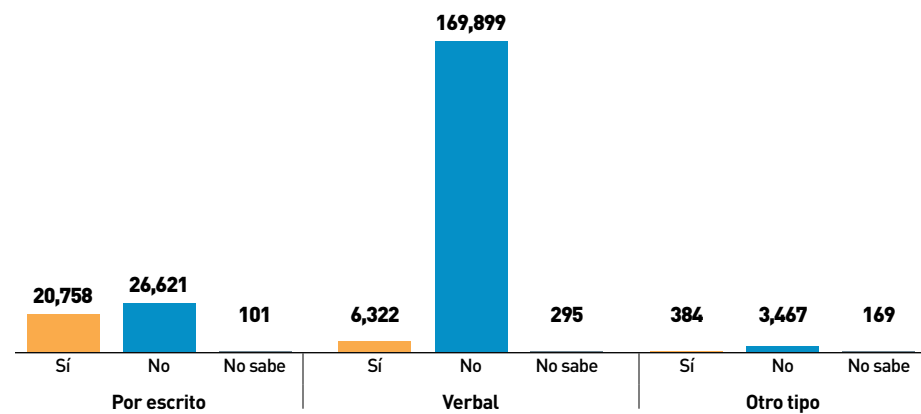


Al considerar el seguro de salud en relación con el **tipo de contrato de trabajo** se observa que si bien muy pocos inmigrantes tienen seguro de salud, el número es mayor entre los trabajadores con contrato escrito (gráfico 50). En cambio, entre los descen-

dientes, si bien el contrato escrito determina ostensiblemente un mayor acceso al seguro de salud, la afiliación con contrato verbal presenta un nivel no despreciable al compararla con quienes no acceden teniendo contrato escrito (gráfico 51).

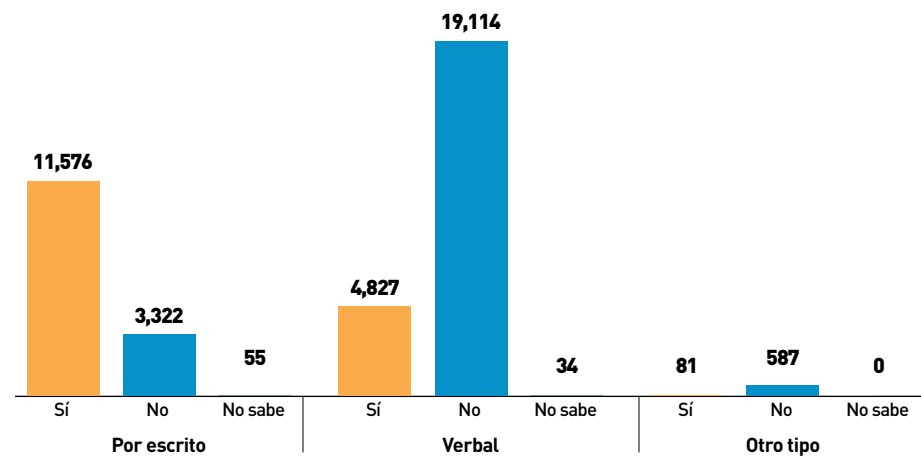
**GRÁFICO 50.**

Cantidad de inmigrantes afiliados a algún seguro de salud según tipo de contrato de trabajo



**GRÁFICO 51.**

Cantidad de descendientes que son afiliados a algún seguro de salud según tipo de contrato de trabajo

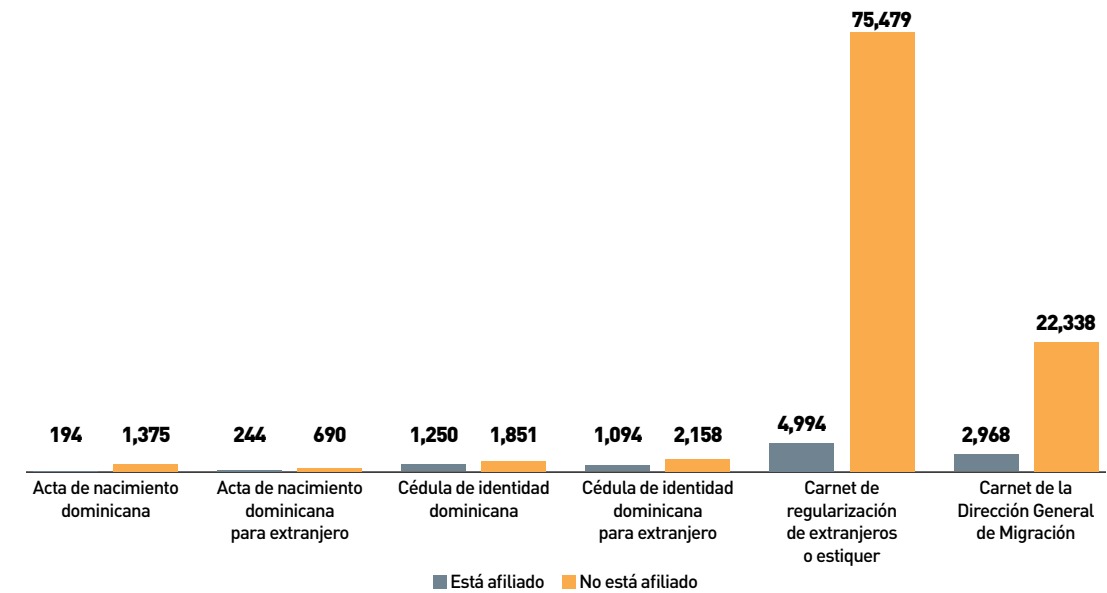


La posesión de documentación entre inmigrantes y descendientes no parece incidir en la afiliación al seguro de salud. La mayoría de los inmigrantes con carnet de regularización de extranjeros o con carnet general de migración no están afiliados (gráfico 52). Asimismo,

la mayor parte de los descendientes con acta de nacimiento no está afiliada y entre aquellos que disponen de cédula de identidad dominicana los afiliados y no afiliados alcanzan casi la misma cantidad (gráfico 53).

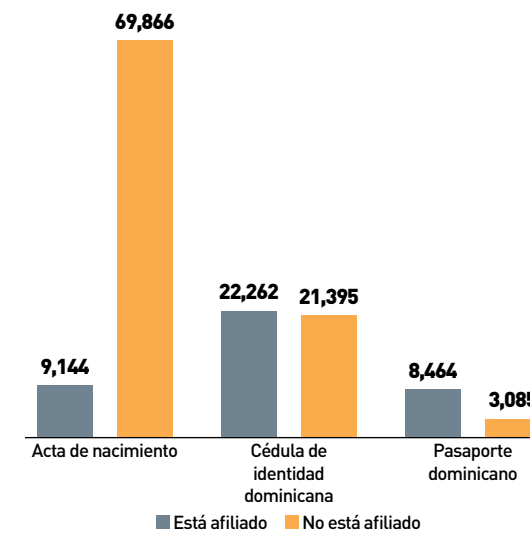
**GRÁFICO 52.**

Afiliación de los inmigrantes a algún seguro de salud según documento de identidad



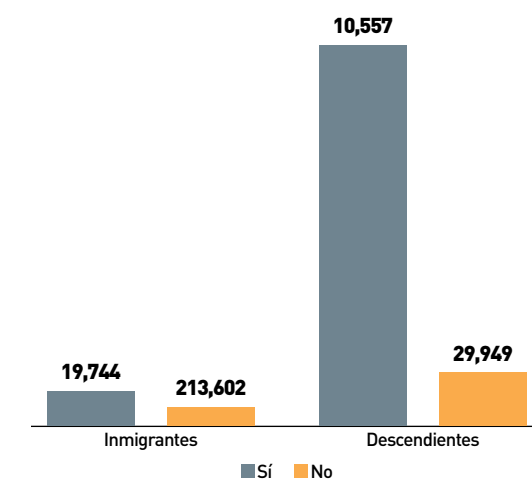
**GRÁFICO 53.**

Afiliación de los descendientes a algún seguro de salud según documento de identidad



**GRÁFICO 54.**

Afiliación a un seguro de riesgos laborales en el lugar de trabajo de los inmigrantes y de los descendientes

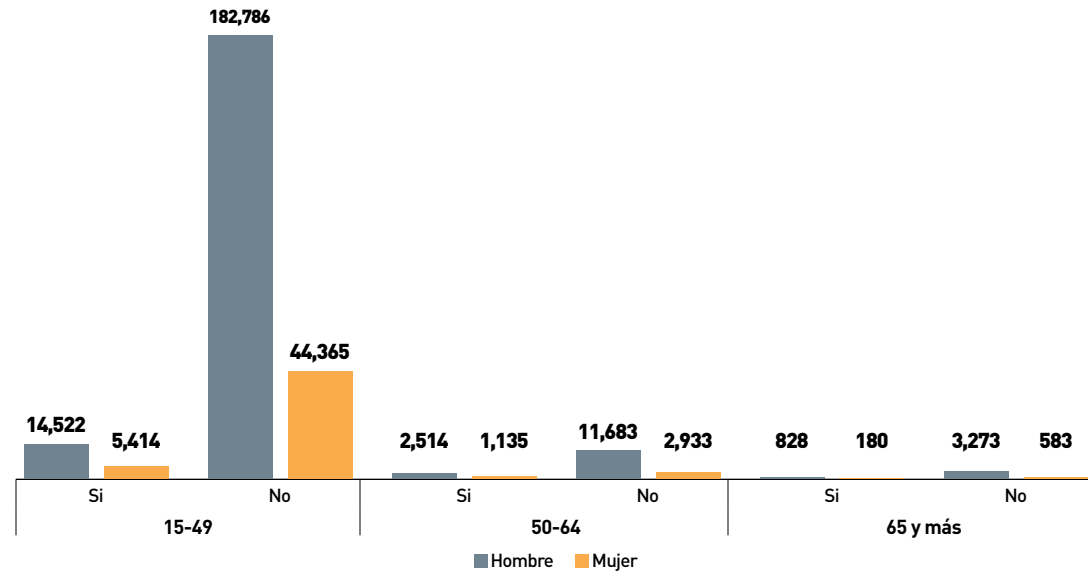


En cuanto al seguro de riesgos laborales, la gran mayoría de inmigrantes (91.3%) y de descendientes (73.4%) tampoco están afiliados, pues son, sobre todo, trabajadores informales (gráfico 54).

Por último, respecto a la afiliación a AFP por rangos de edad, se observa que la cantidad de mujeres que están afiliadas es menor en todos los rangos y que en el de 15-49 años entre los que no están afiliados la cantidad de hombres es superior a la de mujeres.

**GRÁFICO 55.**

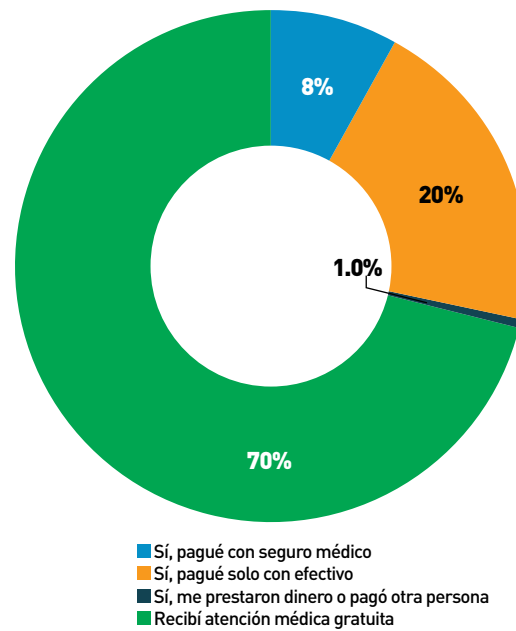
Cantidad de inmigrantes y descendientes afiliados a alguna AFP por rango de edad



### 3.3 Pagos por servicios de salud

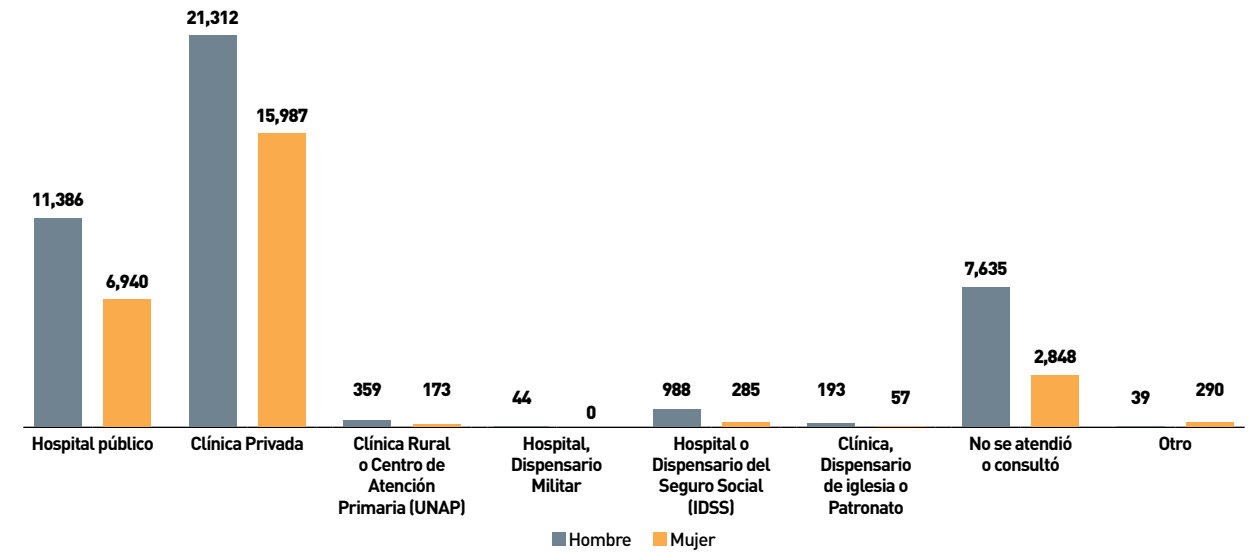
La mayoría (alrededor de 71%) de los inmigrantes y descendientes recibió atención médica gratuita, seguida del 20% que pagó con efectivo (gráfico 56). Al considerar a la población de origen extranjero (inmigrantes y descendientes) afiliados a algún seguro de salud según sexo y lugar donde recibieron atención médica se encuentra que la población masculina que asistió a clínicas privadas y hospitales públicos es superior a la de mujeres. Asimismo, se evidencia que la mayoría de los hombres y mujeres que disponen de seguro asistieron a clínicas privadas (gráfico 57).

**GRÁFICO 56.**  
Pagos por atención médica de los inmigrantes y descendientes



**GRÁFICO 57.**

Inmigrantes y descendientes afiliados a algún seguro de salud según centro donde recibieron asistencia médica y su sexo

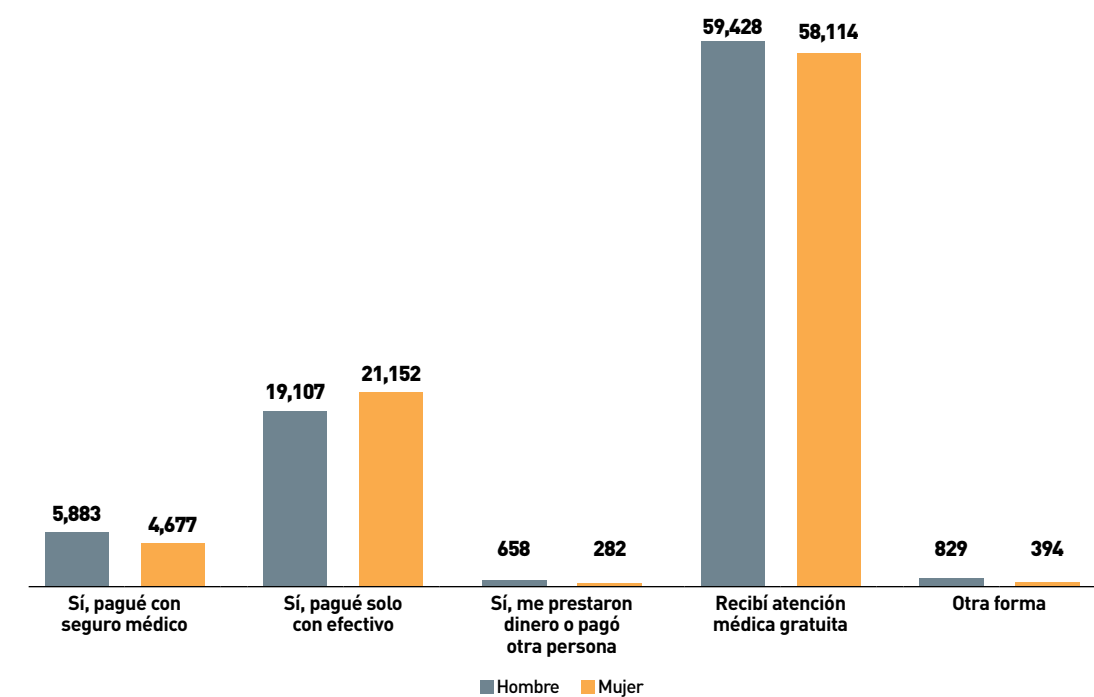


La mayoría de los inmigrantes y de los descendientes que asistieron a los servicios públicos recibieron atención gratuita, tal y como esta-

blece la ley; mientras que porcentajes inferiores pagaron con efectivo o con seguro, confirmando la existencia del copago (gráficos 58 y 59).

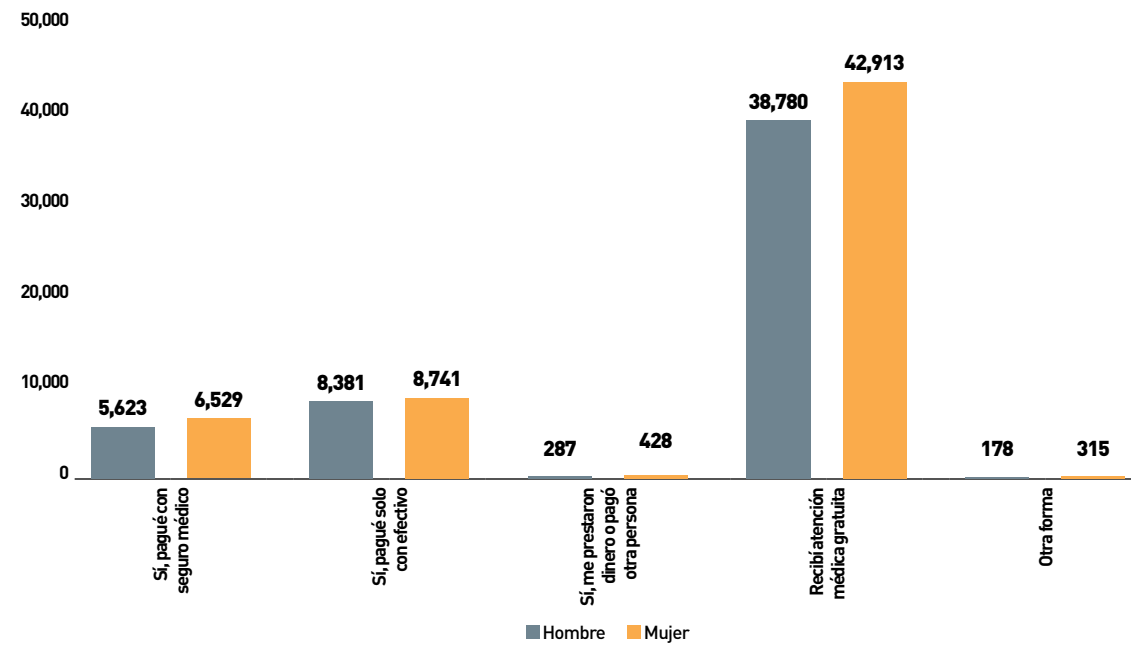
**GRÁFICO 58.**

Pago por atención médica de los inmigrantes según sexo



**GRÁFICO 59.**

Pago por atención médica de los descendientes según sexo

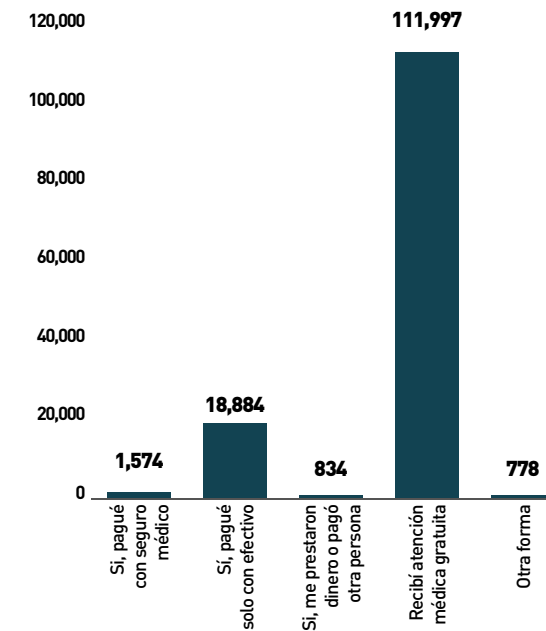


Entre los inmigrantes que pagaron por atención médica, efectuaron el pago (sea en efectivo o a través del seguro) alrededor del 15% (21,292) de los que se atendieron en hospitales públicos (gráfico 60); una mayor cantidad (29,401) pagaron por tal atención en las clí-

nicas privadas (gráfico 62). Entre los descendientes las cifras de quienes pagaron son menores (gráficos 61 y 63). Estos datos insinúan que si los trabajadores inmigrantes dispusieran de seguro de riesgo de salud, el pago por servicios médicos posiblemente aumentaría.

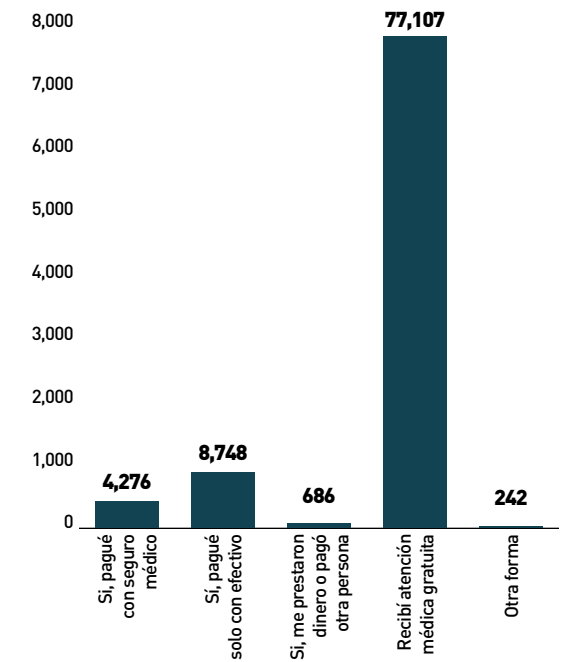
**GRÁFICO 60.**

Cantidad inmigrantes que recibieron atención en hospitales públicos según forma de pago



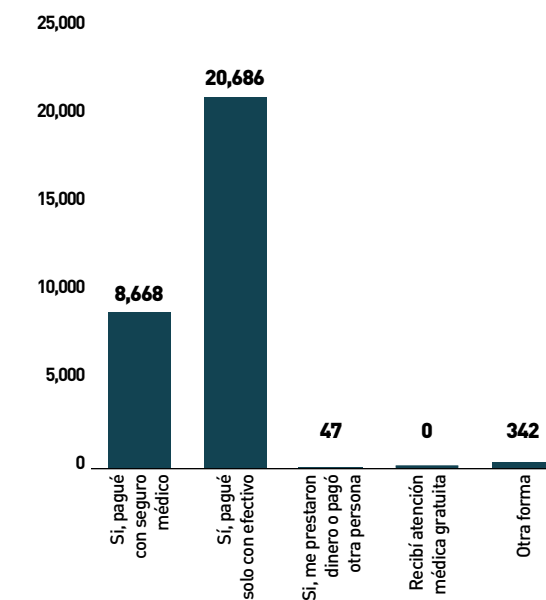
**GRÁFICO 61.**

Cantidad descendientes que recibieron atención en hospitales públicos según forma de pago



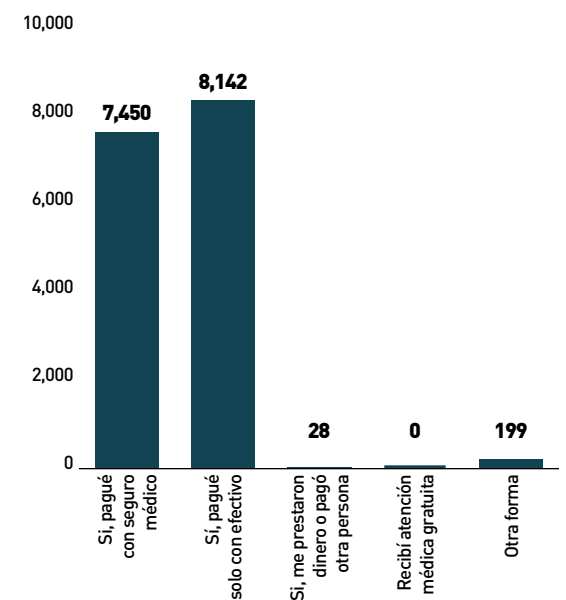
**GRÁFICO 62.**

Cantidad de inmigrantes que recibieron atención en clínicas privadas según forma de pago



**GRÁFICO 63.**

Cantidad de descendientes que recibieron atención en clínicas privadas según forma de pago

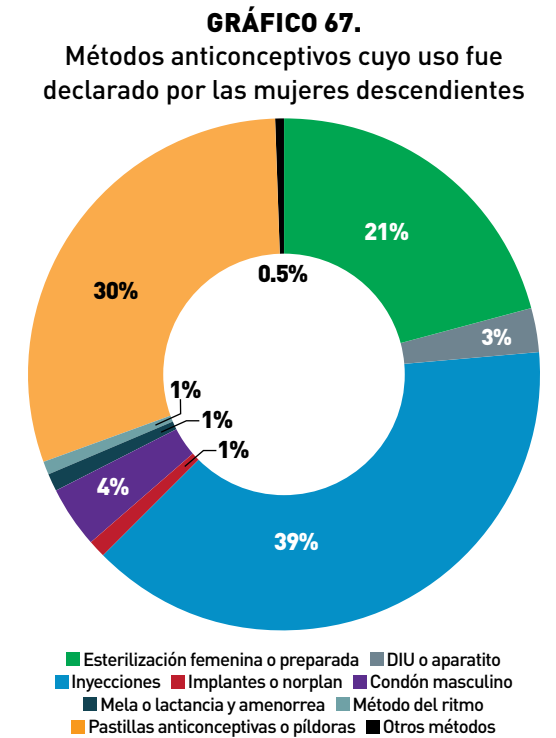
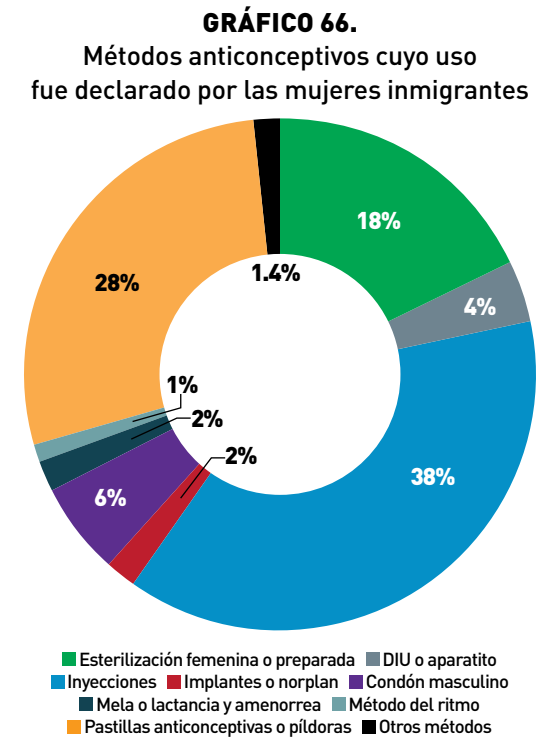
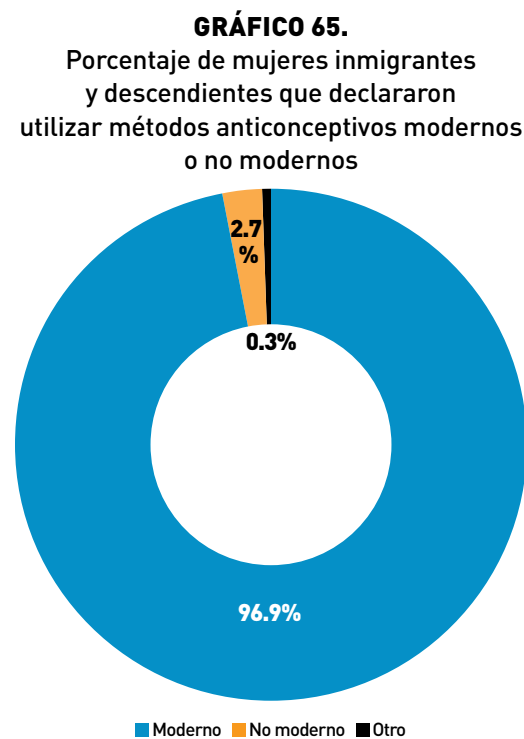
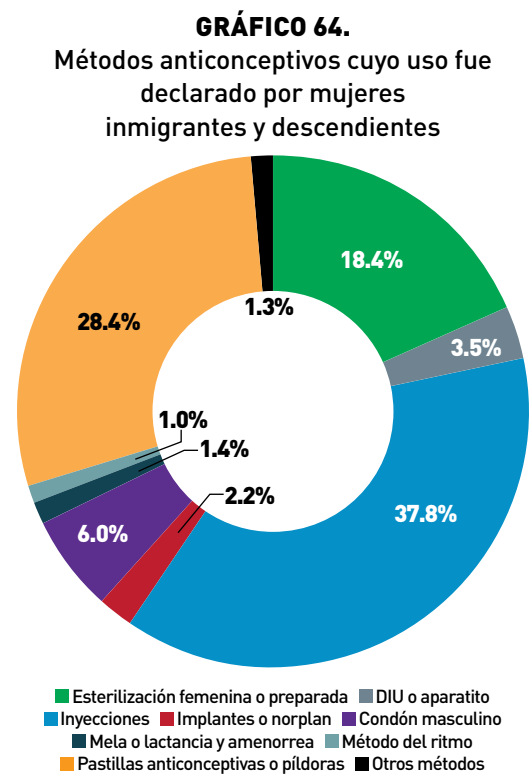




### 3.4 Uso de métodos anticonceptivos

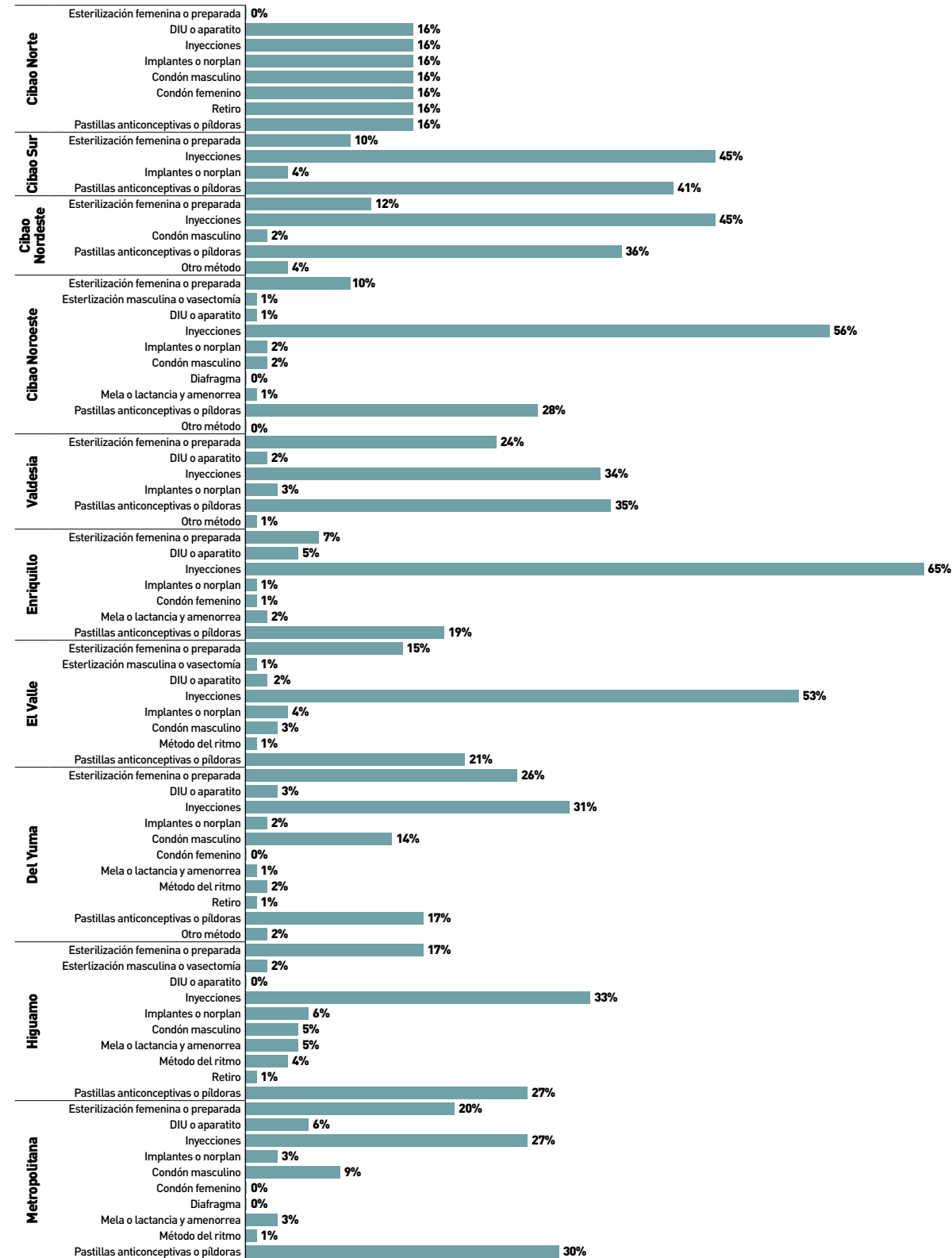
Del total de mujeres de origen extranjero —inmigrantes y descendientes— con rango de edad entre 15 y 49 años (estimadas en 210,310) el 30.2 % reportó usar métodos anticonceptivos. A nivel nacional el perfil de uso, en orden de frecuencia, son las inyecciones (38%), la esterilización femenina (19%) y el condón masculino (6%) según se muestra en el gráfico 64.

En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos en el 96.9% de los casos las mujeres respondieron utilizar métodos modernos, versus solo un 2.47% que respondió utilizar métodos tradicionales (gráfico 65). Se puede decir que se observan pocas diferencias en el patrón de uso entre mujeres inmigrantes y descendientes (gráficos 66 y 67.)

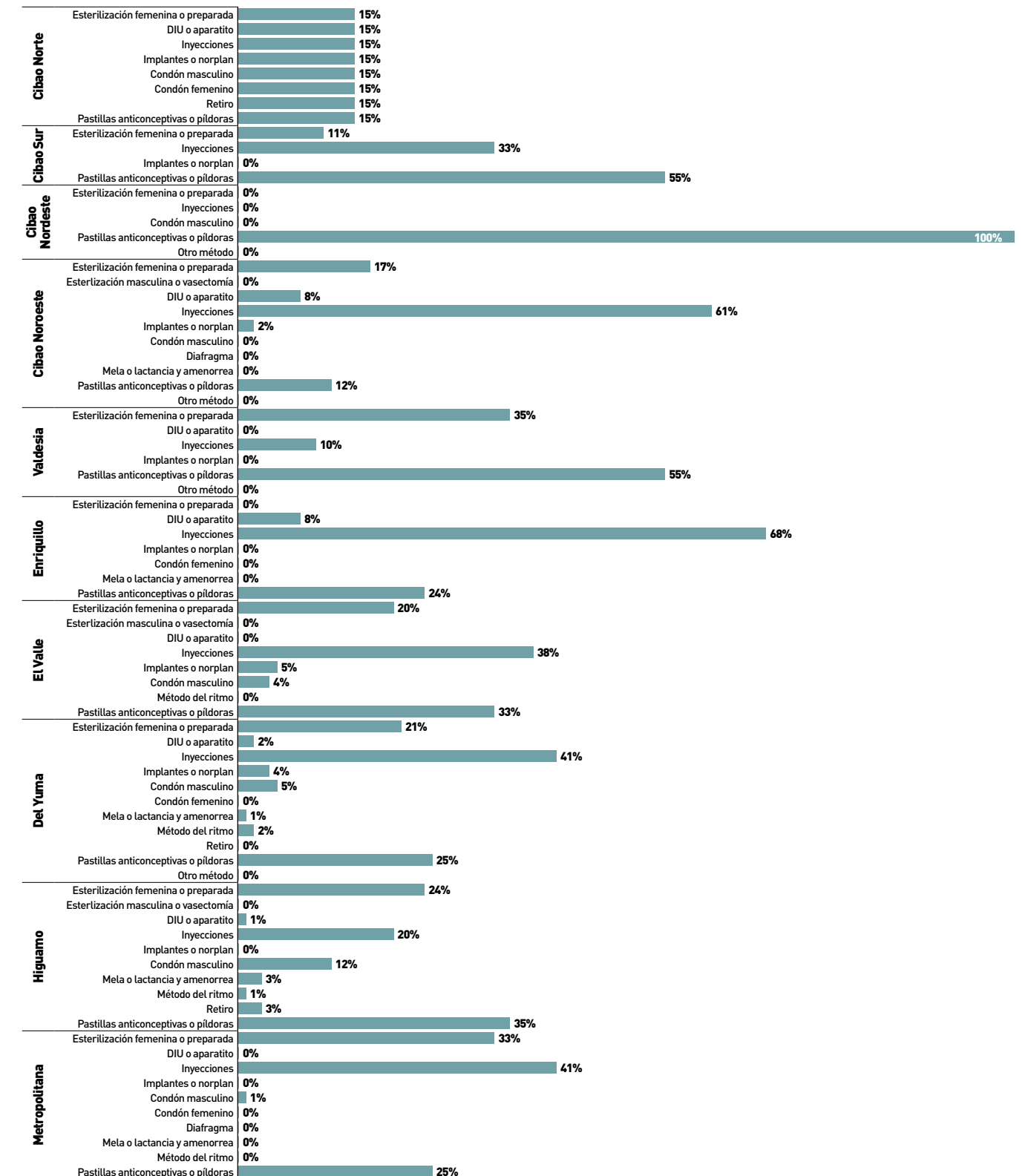


El uso de métodos anticonceptivos visto según **regiones de planificación** muestra que para las mujeres inmigrantes y sus descendientes la preeminencia recae en la inyección seguida de la esterilización (gráficos 68 y 69).

**GRÁFICO 68.**  
Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres inmigrantes según región de planificación



**GRÁFICO 69.**  
Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres descendientes según región de planificación

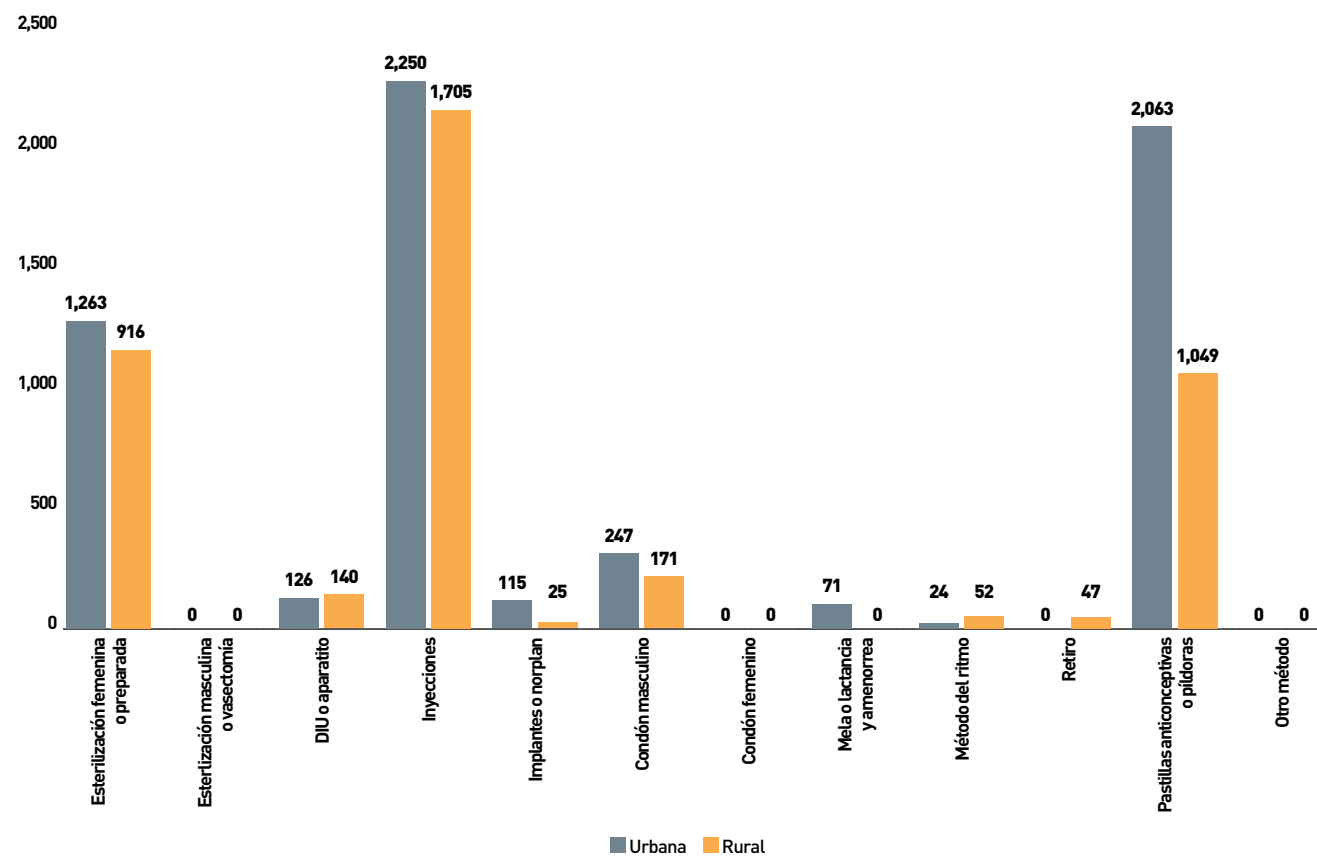


Por **zona de residencia** el uso de métodos anticonceptivos de parte de las mujeres inmigrantes y descendientes es mayor en las zonas urbanas, aunque ambas zonas se mantiene el mismo patrón de uso: inyecciones, pastillas anticonceptivas y esterilización femenina, se-

guidas de lejos, por el condón masculino. Una diferencia es que entre las descendientes urbanas la esterilización femenina pasa a tercer lugar y no ocupa el primero como en la zona rural (gráficos 70 y 71).

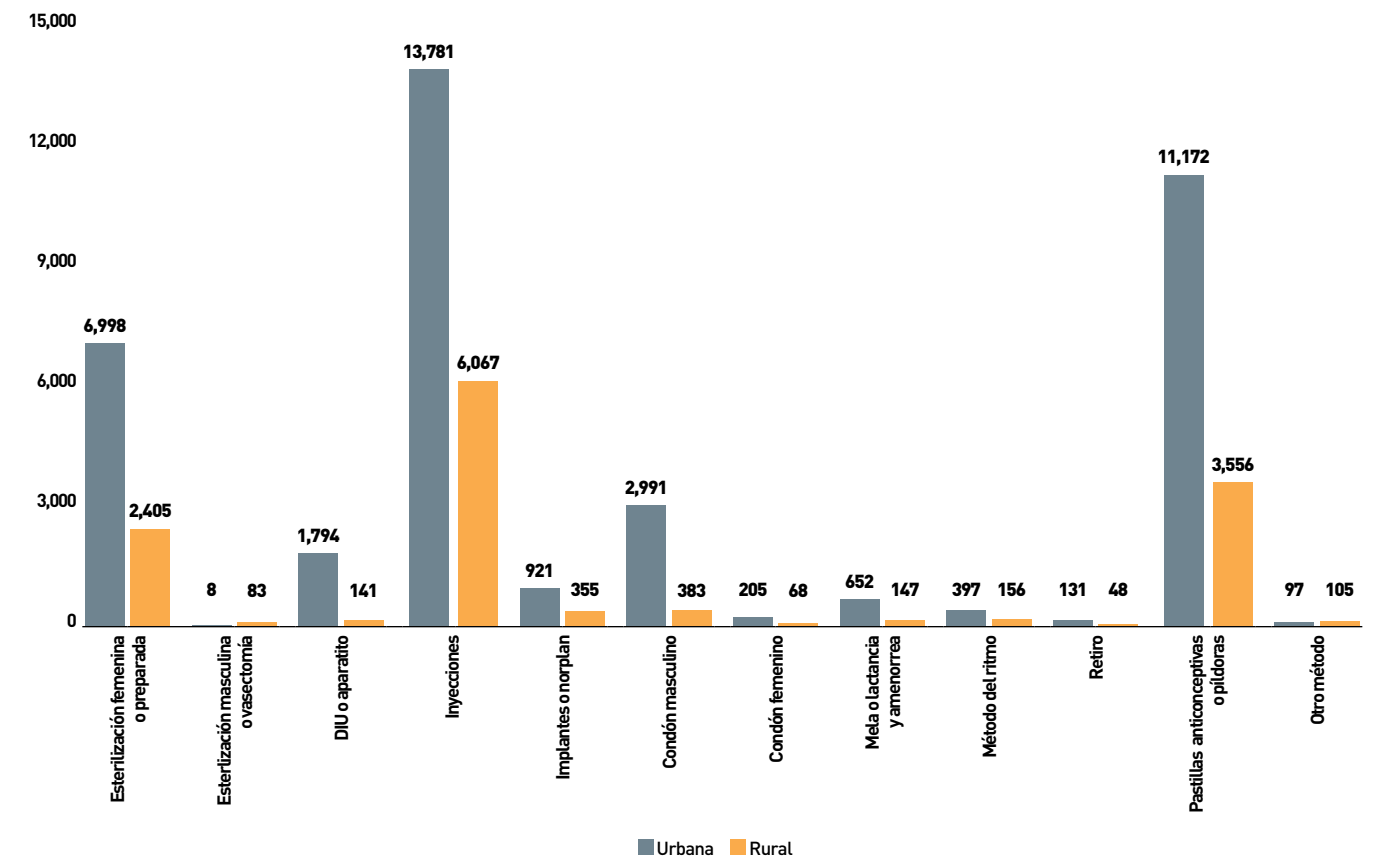
**GRÁFICO 70.**

Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres inmigrantes según zona de residencia



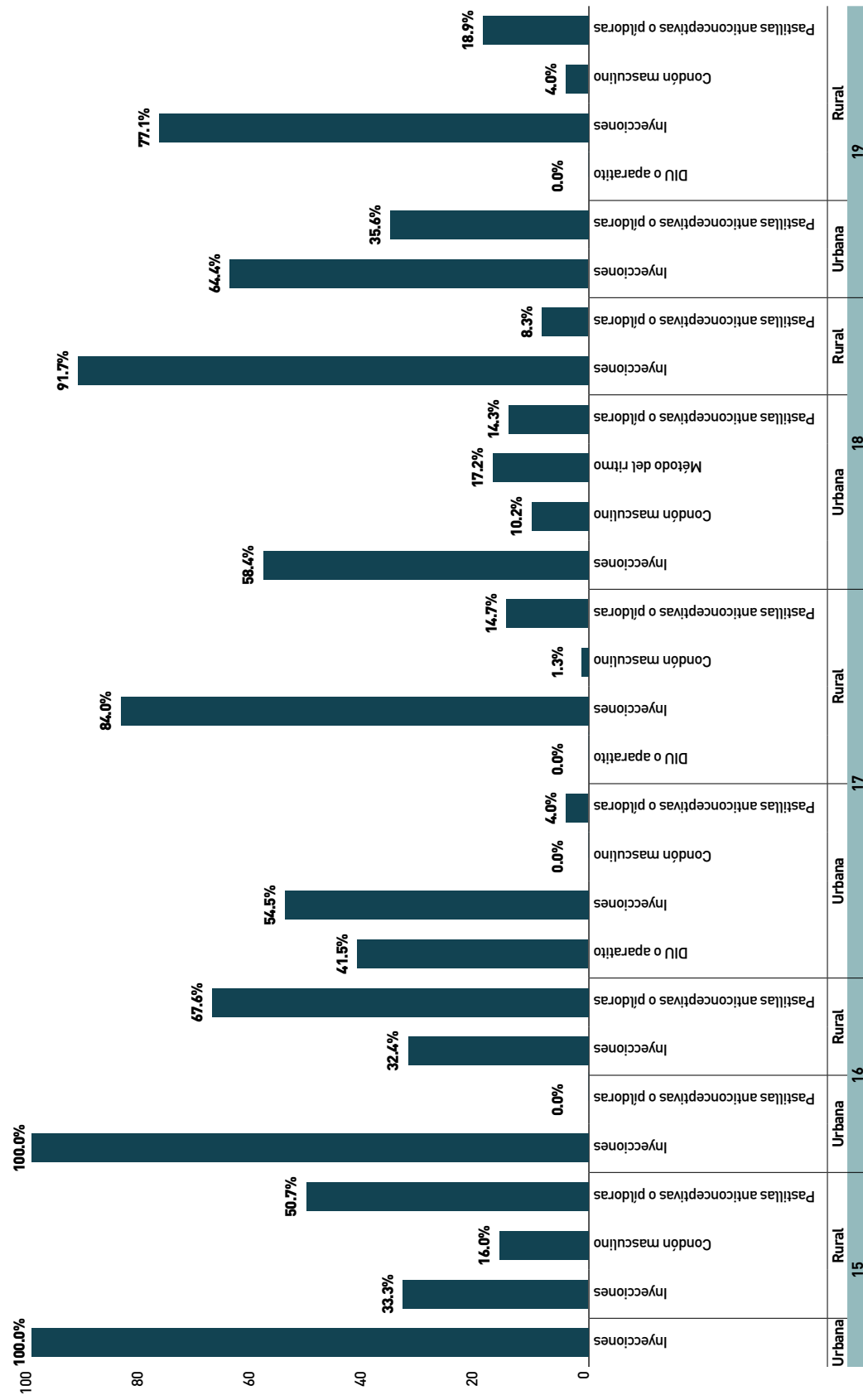
**GRÁFICO 71.**

Métodos anticonceptivos cuyo uso fue declarado por las mujeres descendientes según zona de residencia

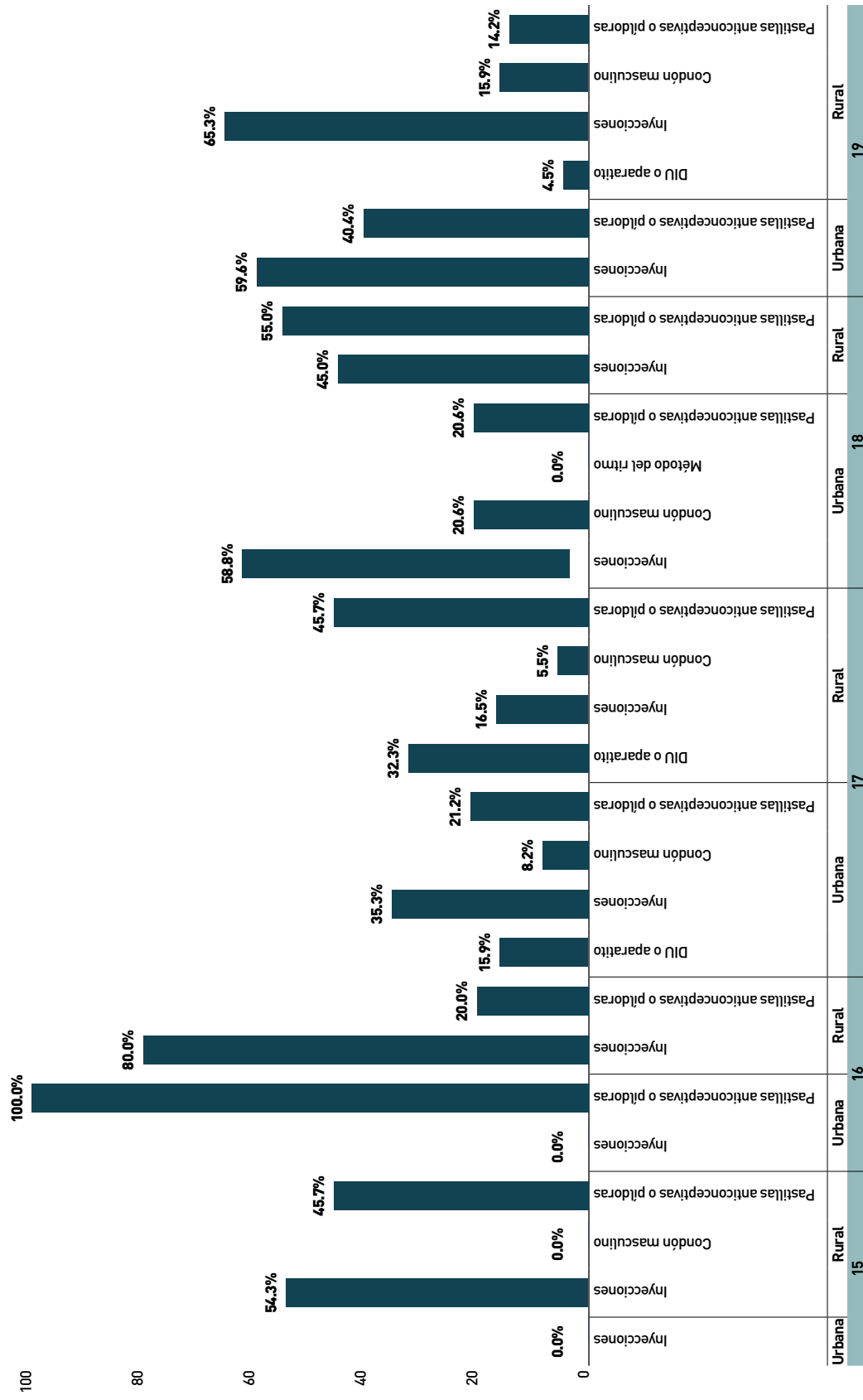


Al examinarse el uso de anticonceptivos por **edad** —en específico entre los 15 y 19 años— tanto entre las mujeres inmigrantes como descendientes, el método más usado es la inyección, seguido de las pastillas anticonceptivas, sin diferencias por zona de residencia, sin embargo, en el empleo de otros métodos sí se constatan divergencias entre las inmigrantes y descendientes. El recurso a condón femenino y masculino es muy minoritario (gráficos 72 y 73).

**GRÁFICO 72.** Métodos anticonceptivos con mayor uso declarado por las mujeres inmigrantes de 15 a 19 años según zona de residencia



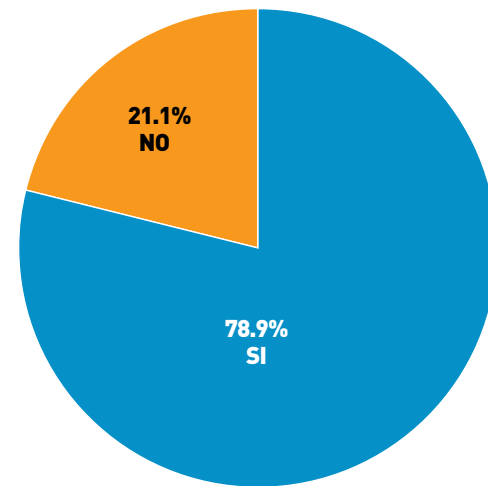
**GRÁFICO 73.** Métodos anticonceptivos con mayor uso declarado por las mujeres descendientes de 15 a 19 años según zona de residencia



### 3.5 Fecundidad y maternidad

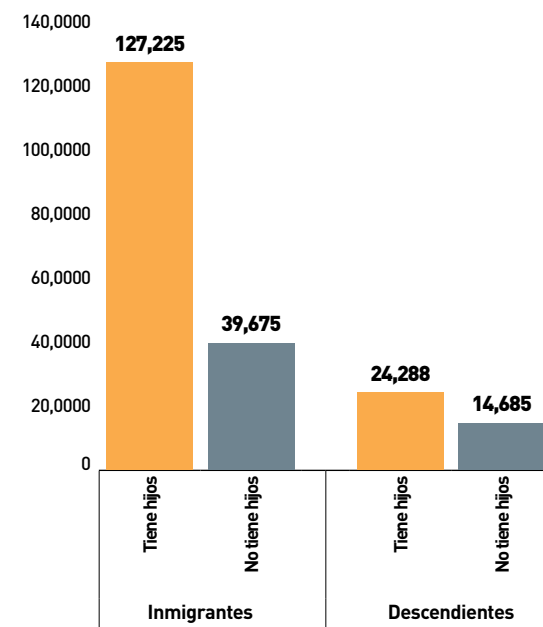
Del total de mujeres inmigrantes, el 76.2% ha tenido hijos, porcentaje mucho mayor que el de las descendientes, que es del 62.3% (gráfico 74). La proporción de mujeres que no han sido madres es importante entre las inmigrantes y aún más notable entre las descendientes, lo cual cuestiona seriamente el mito de las mujeres inmigrantes, y específicamente las haitianas, como mujeres con una alta fecundidad. Entre las mujeres haitianas inmigrantes más de un tercio no ha sido madre (gráfico 75).

**GRÁFICO 75.**  
Mujeres haitianas según tengan o no hijos

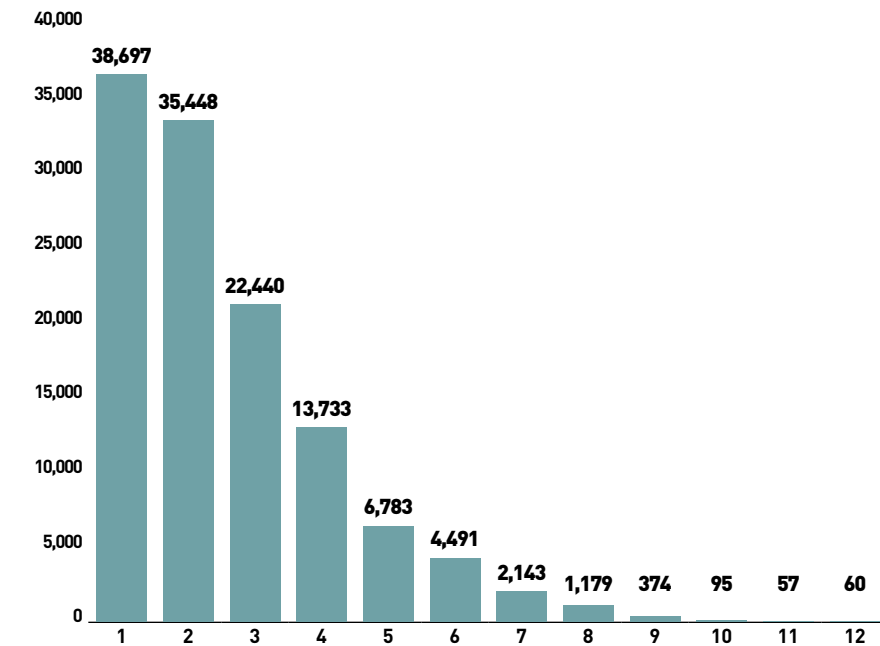


Respecto al número de hijos entre esos colectivos de mujeres, más de la mitad señala haber tenido entre uno y tres hijos. En el caso de las mujeres inmigrantes el porcentaje alcanza al 77% (gráfico 76), siendo del 74% entre las inmigrantes de Haití (gráfico 76). En las mujeres descendientes la cifra es del 74% (gráfico 77).

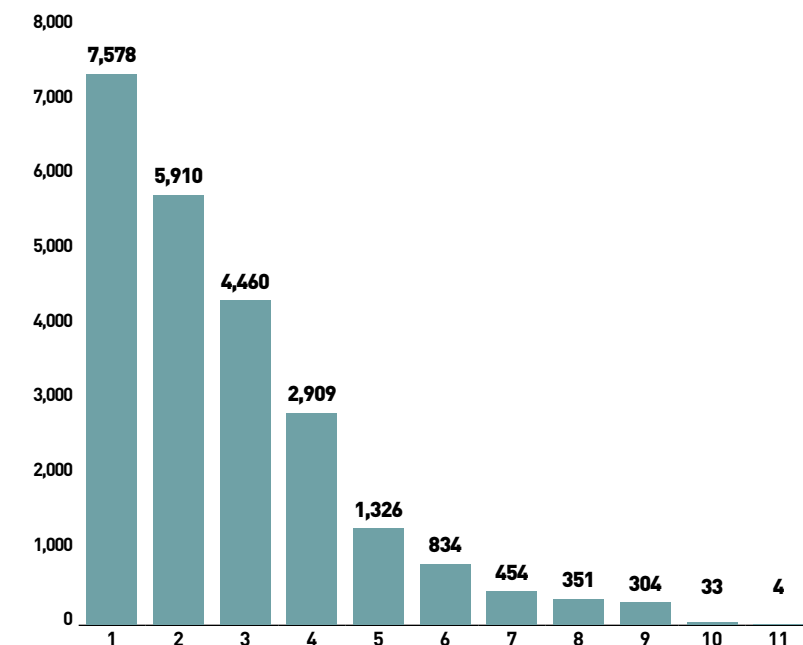
**GRÁFICO 74.**  
Mujeres inmigrantes y descendientes con hijos y sin hijos



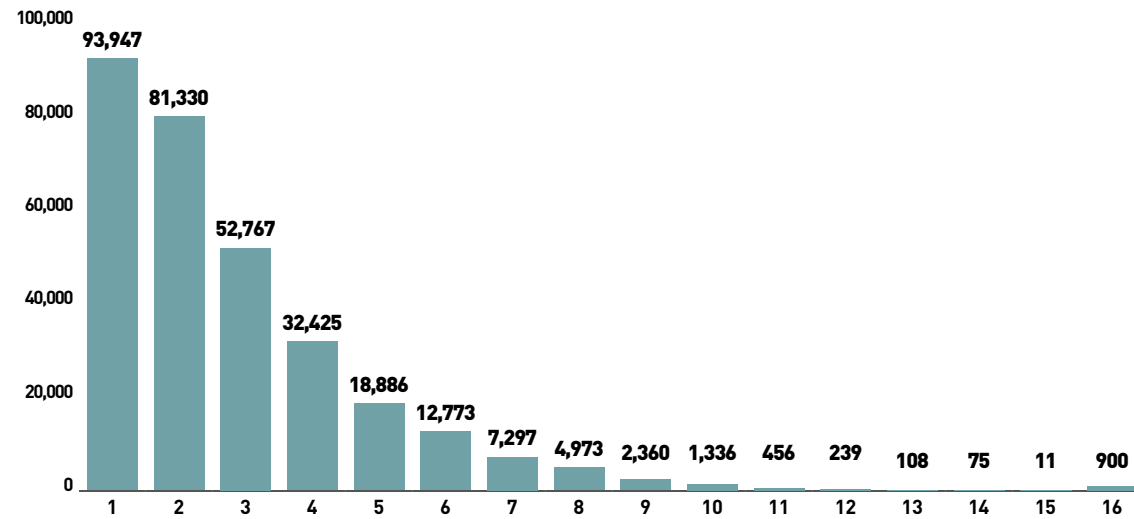
**GRÁFICO 76.**  
Madres inmigrantes según número de hijos



**GRÁFICO 77.**  
Madres descendientes según número de hijos

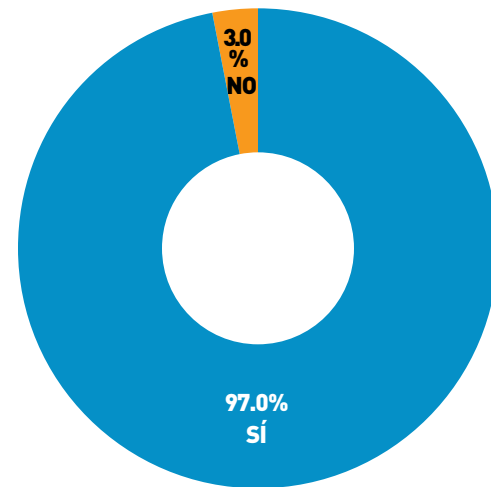


**GRÁFICO 78.**  
Madres haitianas según número de hijos

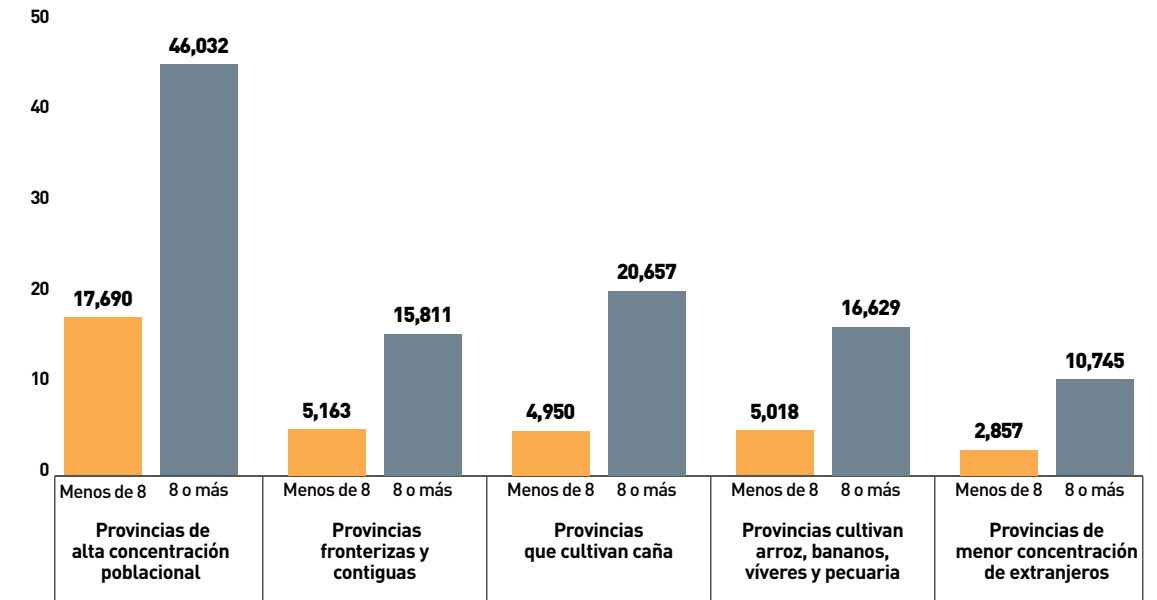


El acceso de las mujeres inmigrantes y descendientes a los servicios de control prenatal durante su último embarazo es muy elevado y llega al 97%, es decir, solo un 3% de las mujeres no realizó controles prenatales en su último embarazo. Con relación a la norma establecida por la OMS de ocho controles, se constata que en ambas poblaciones, en todos los dominios analizados, la gran mayoría de las embarazadas acudió a 8 controles o más (gráficos 79 y 80).

**GRÁFICO 79.**  
Porcentaje de mujeres inmigrantes y descendientes que se realizaron controles prenatales durante su último embarazo



**GRÁFICO 80.**  
Cantidad de controles prenatales realizados durante el embarazo de mujeres inmigrantes y descendientes según dominio geográfico

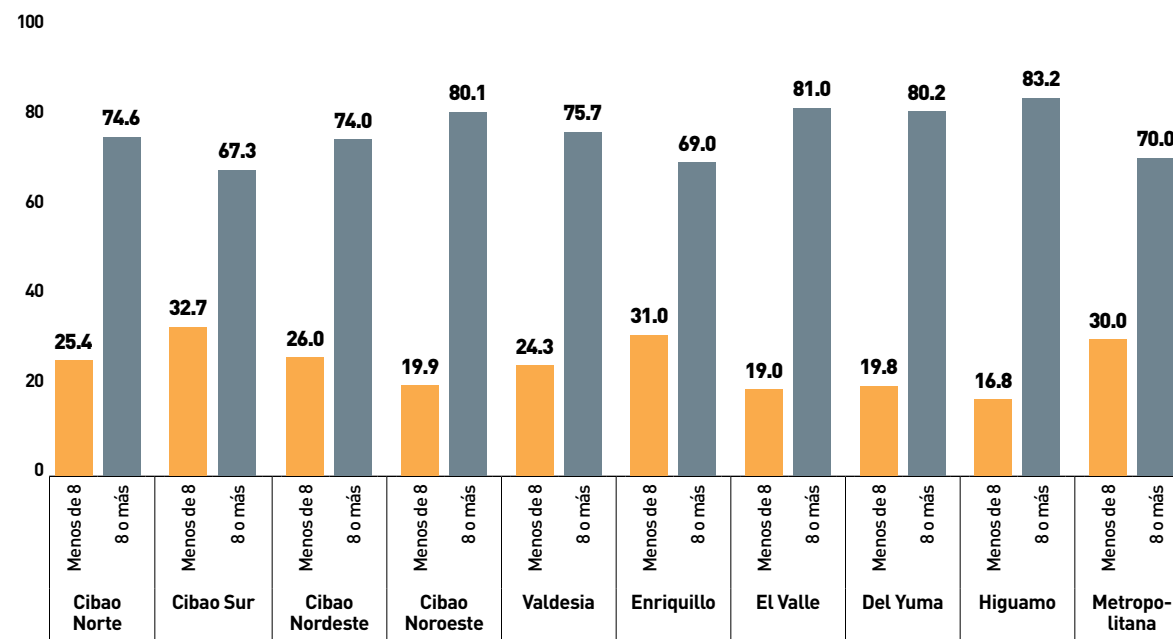


Por regiones de planificación, las mujeres inmigrantes que realizaron ocho o más controles prenatales alcanzan más del 80% entre las residentes de Higuamo, El Valle, Yuma y Cibao Noroeste; las siguen, con porcentajes entre 75% y 70%, las que viven en Valdesia, Cibao Norte, Cibao Nordeste y la región Metropolitana; y finalmente, las que habitan en Enriquillo (69%) y Cibao Sur (67.3%),(gráfico 81). En

cambio, entre las descendientes las regiones donde se ubican los porcentajes mayores de mujeres que realizaron ocho o más controles son: Cibao Sur (100%) y Cibao Noroeste (91.9%), seguidas, con más del 80%, por las de Higuamo, Cibao Nordeste, Cibao Norte y la región Metropolitana y, con proporciones algo más bajas, pero mayores del 75%, en la Valdesia, El Valle, Yuma y Enriquillo (gráfico 82).

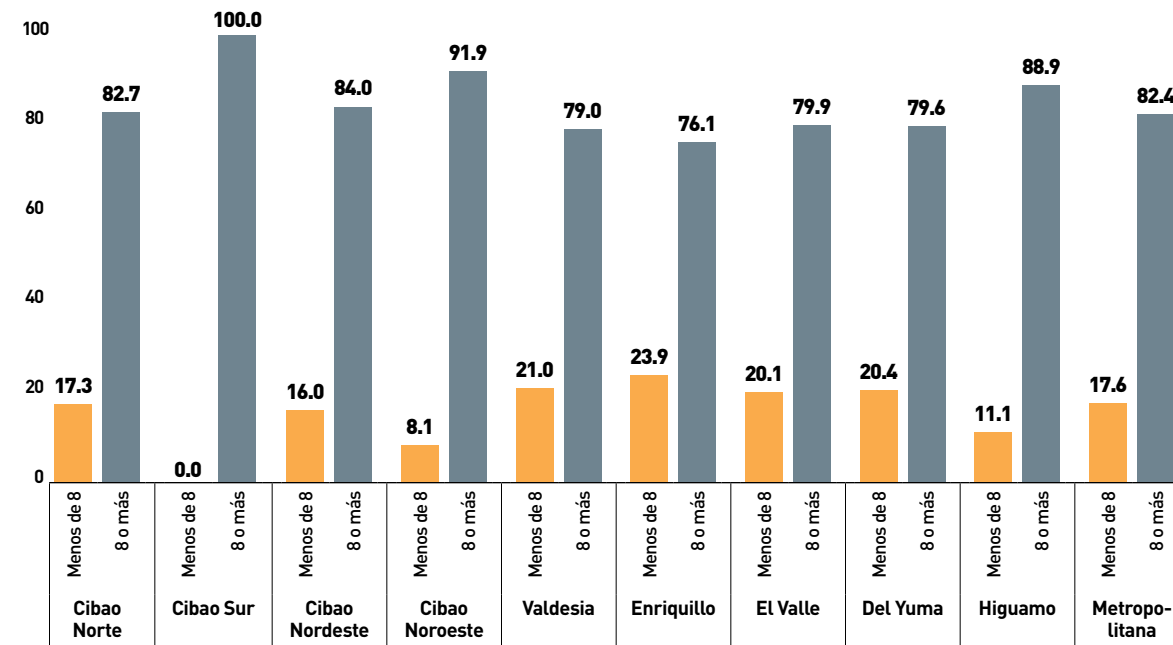
**GRÁFICO 81.**

Porcentaje de inmigrantes que realizaron controles prenatales por región de planificación



**GRÁFICO 82.**

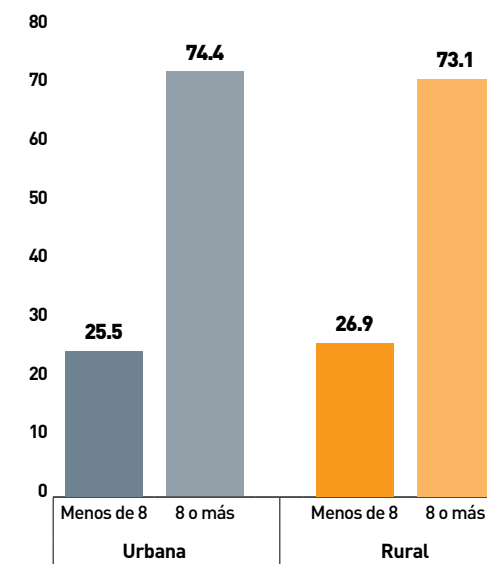
Porcentaje de descendientes que se realizaron controles prenatales por región de planificación



Según **zona de residencia**, el porcentaje de mujeres inmigrantes que realizaron ocho o más controles prenatales es prácticamente igual en la zona urbana (74.4%) que en la rural (73.1%), mientras que en el caso de las mujeres descendientes el porcentaje es mayor en la zona urbana (85.7%) que en la rural (76.8%), (gráficos 83 y 84).

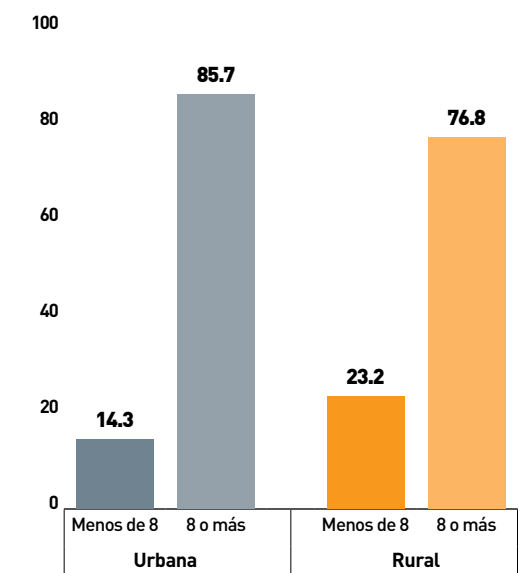
**GRÁFICO 83.**

Porcentaje de mujeres inmigrantes que realizaron controles prenatales por zona de residencia



**GRÁFICO 84.**

Porcentaje de descendientes que realizaron controles prenatales por zona de residencia

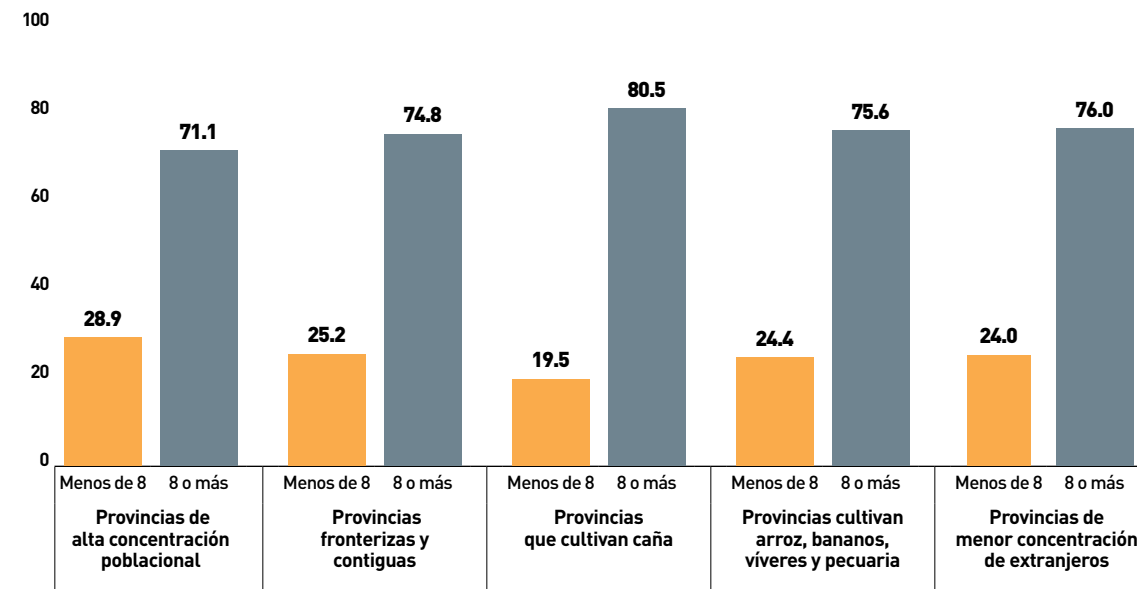


Por **dominio geográfico** en las provincias que cultivan caña la proporción de mujeres que realizó ocho controles o más (80.5%) es superior al de todas las demás provincias; les siguen las mujeres de las provincias de menor concentración de extranjeros con el 76%: luego las de provincias que producen arroz, bananos, víveres y pecuaria con el 75.6%; las de provincias fronterizas y contiguas con el 74.8% y, por último, las de provincias de alta concentración poblacional con el 71.1% (gráfico 85).

Entre las descendientes que realizaron ocho controles o más el porcentaje de mujeres residentes en las provincias de menor concentración de extranjeros es superior al de todos los demás dominios, llegando al 90%. En orden descendente siguen las provincias que producen arroz, bananos, víveres y pecuaria con el 87.8%, las provincias de alta concentración poblacional con el 81.9%, las que cultivan caña con el 81.1% y, finalmente, las provincias fronterizas y contiguas con el 78% (gráfico 86).

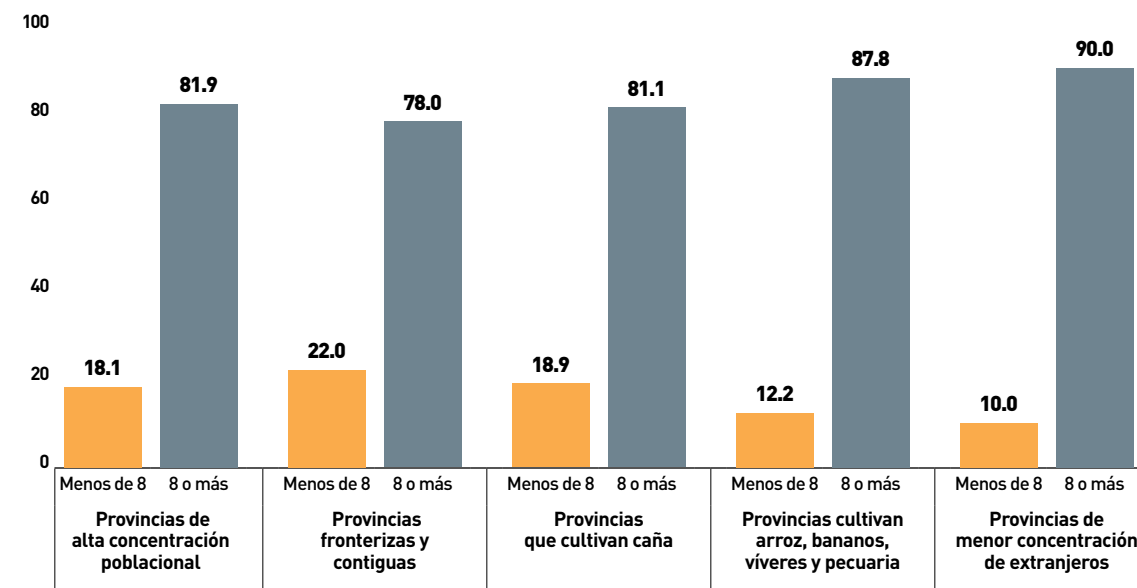
**GRÁFICO 85.**

Porcentaje de mujeres inmigrantes que realizaron controles prenatales según dominio geográfico



**GRÁFICO 86.**

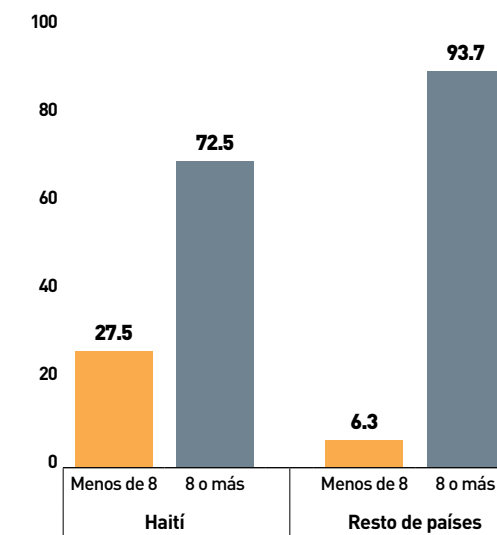
Porcentaje de descendientes que se realizaron controles prenatales por dominio geográfico



Al analizar las mujeres que realizaron ocho controles o más por país de origen, se observa que más del 93.7% de las inmigrantes nacidas en otros países realizó ese número de controles, en contraste con el 72.5% de las mujeres nacidas en Haití. Entre las mujeres descendientes de inmigrantes el porcentaje es del 82.5% (gráficos 87 y 88).

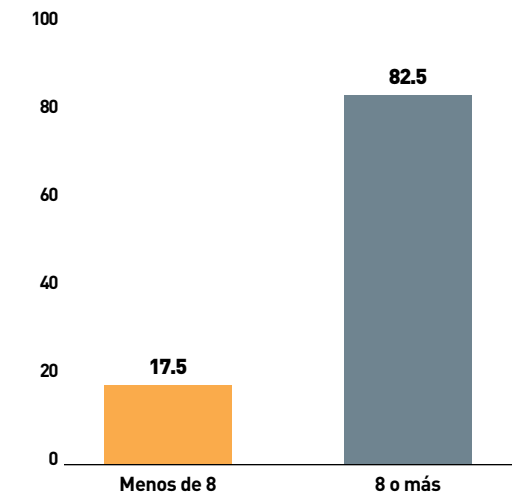
**GRÁFICO 87.**

Porcentajes de mujeres inmigrantes nacidas en Haití y en otros países que realizaron 8 o más controles prenatales



**GRÁFICO 88.**

Porcentaje de mujeres descendientes que realizaron 8 o más controles prenatales

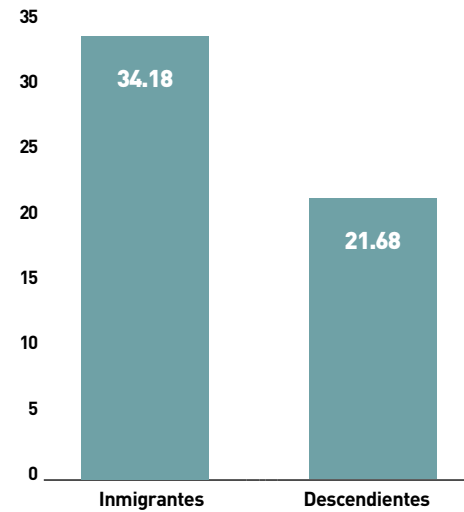


Es de notar que entre las adolescentes inmigrantes (15-19 años) el 34% ya ha dado a luz algún hijo, mientras que entre las descendientes de ese mismo grupo etario la cifra es del 21% (gráfico 89). Respecto a la zona de residencia de las madres inmigrantes de 15 a 19 años, el 71.2% (4,288 mujeres) reside en la urbana y el restante 28.8% (1,734 mujeres) en la rural. Si bien la mayoría de las madres descendientes (1,711 o 58.7%) se encuentra también en la zona urbana, el contraste es menor ya que un alto número reside en la zona rural (1,205 o 41.3%), (gráfico 90).



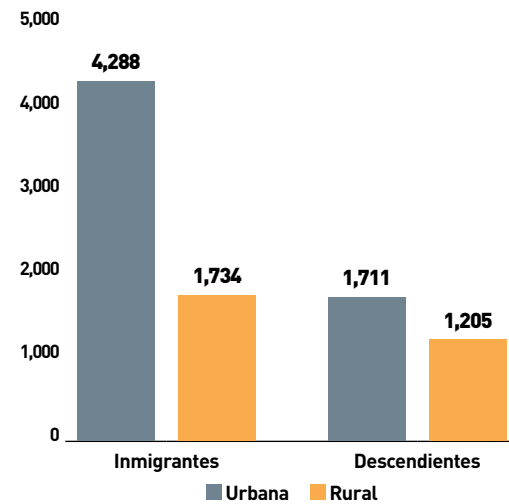
**GRÁFICO 89.**

Porcentajes de mujeres entre 15 y 19 años inmigrantes y descendientes que han dado a luz



**GRÁFICO 90.**

Cantidad de mujeres entre 15 y 19 años inmigrantes y descendientes que han dado a luz según zona residencia

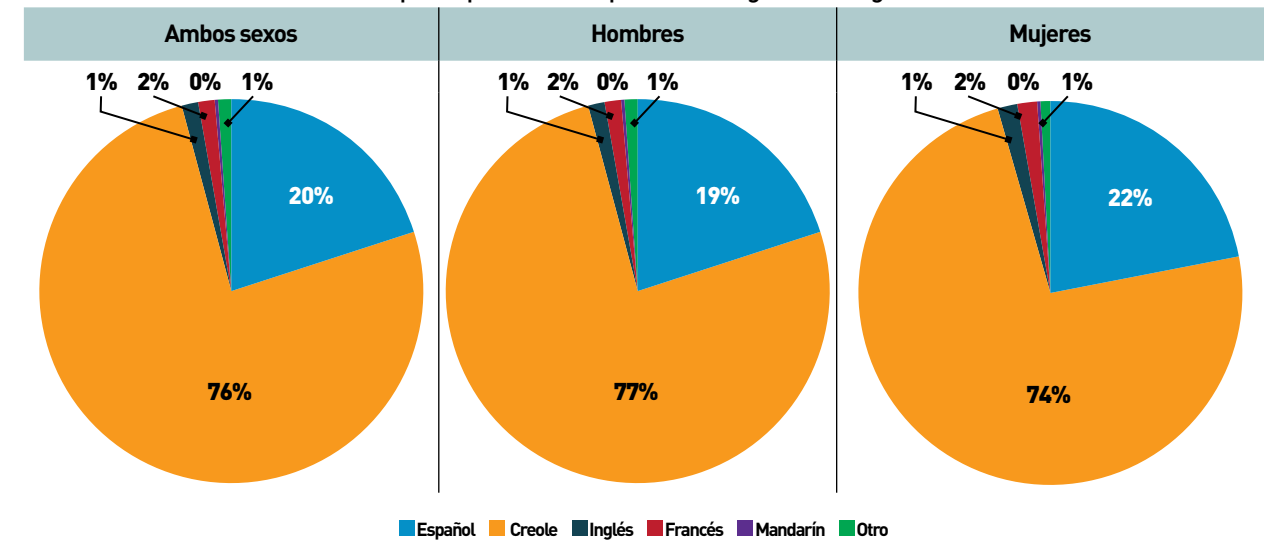


Según sexo, el 74% de las mujeres inmigrantes reportaron el creole como su principal lengua, en comparación con el 77.1% de los hombres de este colectivo; inversa-

mente, un porcentaje algo mayor de mujeres (22%) que de hombres (19.0%) señaló el español como lengua principal (gráficos 92, 93 y 94).

**GRÁFICOS 92, 93 y 94.**

Idioma principal hablado por los inmigrantes según sexo

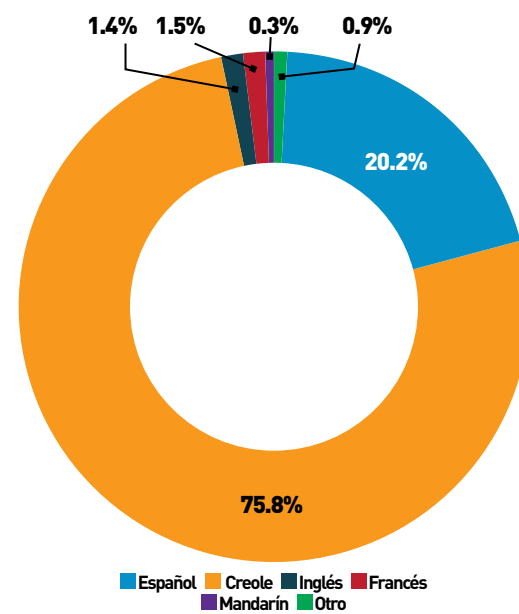


### 3.6 Idioma y educación en mujeres y madres

Los principales idiomas hablados entre los inmigrantes son representativos del volumen de los flujos de los diversos países de origen; en orden de frecuencia estos son: el creole (75.8%), seguido por el español (20.0%), el francés (1.5%), el inglés (0.9%), el mandarín (0.3%) y otras varias lenguas con proporciones muy bajas (gráfico 91).

**GRÁFICO 91.**

Idioma principal hablado por los inmigrantes

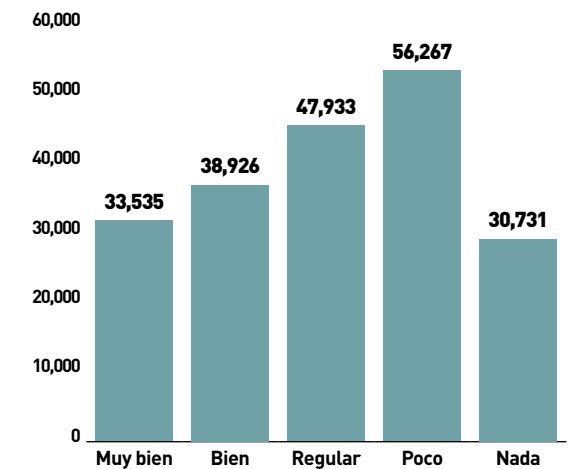


El dominio del español entre las mujeres inmigrantes varía en porcentajes: el 16% declara dominarlo muy bien, el 18% bien, el 23% regular y el resto reporta hablarlo poco (27%) o nada (14%), (gráfico 95).

Mientras que en aquellas inmigrantes que han sido madres el dominio del idioma español es menor: el 12% lo domina muy bien, el 19% bien, mientras el 25% regular y el 45% poco y nada (gráfico 96).

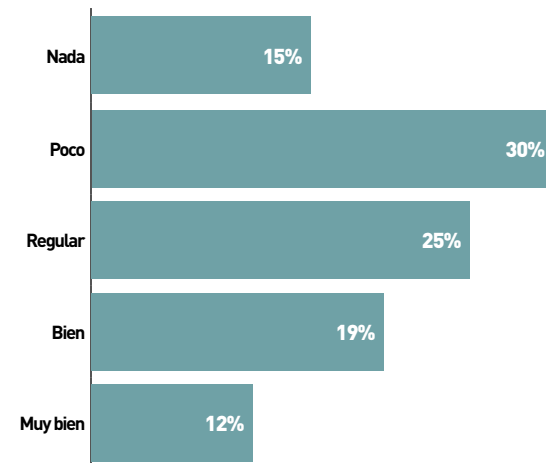
**GRÁFICO 95.**

Nivel de dominio del idioma español en las mujeres inmigrantes



**GRÁFICO 96.**

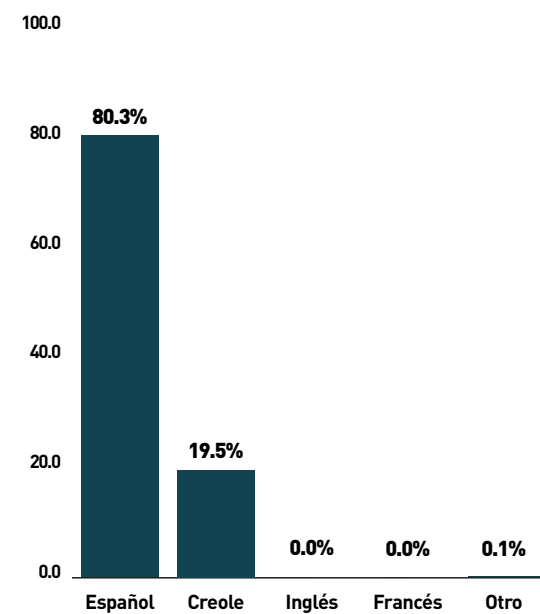
Dominio del idioma español de inmigrantes que indicaron ser madres



Por último, esta situación es diferente entre las mujeres descendientes de inmigrantes, pues el idioma español es predominante entre ellas, ya que para el 81% es su idioma principal, frente al 19% que considera al creole como principal. Con relación a su dominio español, el 59.3% lo habla muy bien, el 31.1% lo habla bien, el 5.58% regular, el 3.1% poco y solo un 0.5% no habla nada de español (gráficos 97 y 98).

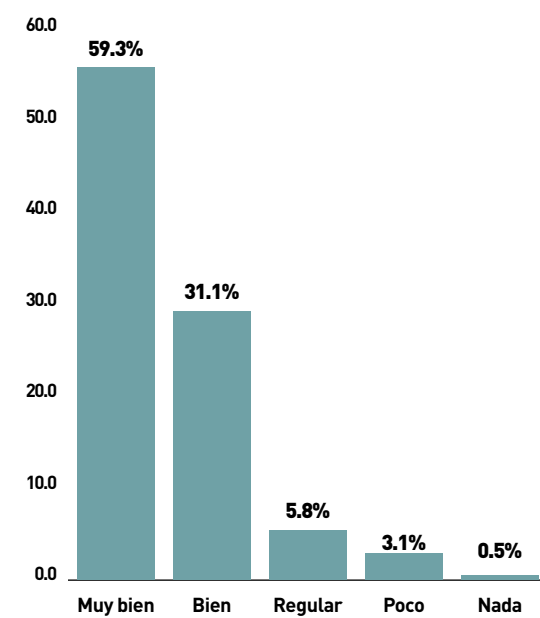
**GRÁFICO 97.**

Idioma principal hablado por las mujeres descendientes



**GRÁFICO 98.**

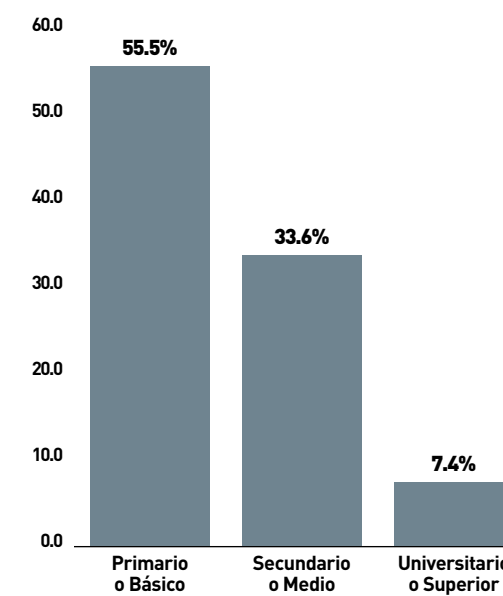
Nivel de dominio del idioma español en las mujeres descendientes



Al analizar el nivel de escolaridad de las madres inmigrantes y descendientes, pues estas últimas presentan porcentajes más elevados que las inmigrantes en los niveles secundario y universitario (gráficos 99 y 100).

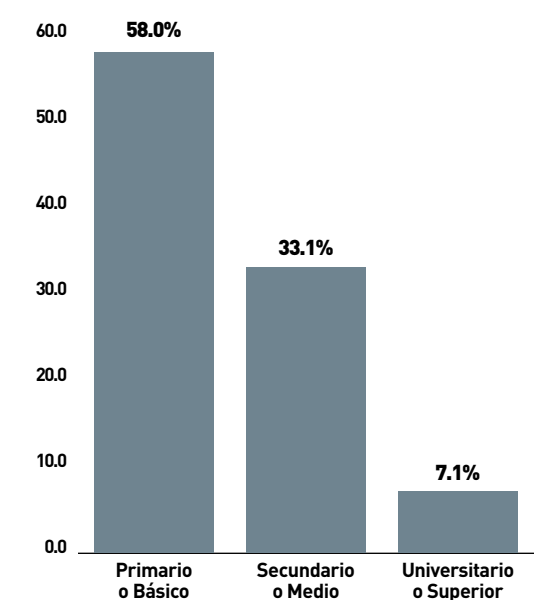
**GRÁFICO 99.**

Nivel educativo de la población de madres inmigrantes



**GRÁFICO 100.**

Nivel educativo de la población de madres descendientes



## CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

El acceso a los servicios de salud y esquemas de protección social de la población inmigrante y de la población nacida en la República Dominicana de origen extranjero (descendientes) a los servicios de salud y esquemas de protección social se da dentro de un contexto en el que el Estado dominicano sigue un modelo de subsidiaridad, focalización y segmentación de la población. Además, el sistema de salud del país tiende a la hospitalización, la baja inversión y la fragmentación, otorgando mayor peso al sector privado de salud, en desmedro de la demanda y recursos hacia el sistema público.

En lo que respecta a la salud los sistemas como el SIUBEN y el seguro subsidiado de SENASA formalmente no registran a extranjeros. Por otra parte, se accede al sistema de pensiones solo desde el empleo formal y las cotizaciones.

### 4.1 Sobre el enfoque de la salud y la protección social

Como se puede colegir de este informe, la situación de los inmigrantes en cuanto a la problemática de salud y protección social es muy similar a la de los descendientes y, en algunos aspectos, a la de otros estratos sociales de la población dominicana y de países con institucionalidad y modelos similares.

La discusión, sobre todo mediática, tiene un sesgo a analizar los problemas de salud y protección social de los extranjeros solo desde la lógica de la política migratoria y de seguridad nacional, que no atiende los nudos críticos de la oferta y acceso a estos servicios fundamentales en la sociedad. El paradigma de la seguridad nacional contribuye únicamente al empeoramiento de la situación, a la atención sensacionalista, alarmista y coyuntural de los aspectos más superficiales de esta realidad o de aquellos que aparecen en circunstancias de crisis.

La comprensión justa de tales problemas debe efectuarse, más bien, aplicando los marcos conceptuales y normativos, y considerando las informaciones concretas que al respecto

Pese a los notables progresos en materia normativa, la mayoría de quienes pertenecen a las distintas categorías de la inmigración se encuentra desprotegida debido a las condicionantes que el modelo y el marco jurídico establecen. A esto se suma que históricamente y hasta el presente los inmigrantes y sus descendientes se insertan, con dificultad, en ese modelo, generando o arrastrando nuevas condiciones de precariedad y carencias, enfrentando barreras culturales e idiomáticas y, además, sin contar con la documentación pertinente o poseyendo una documentación irregular. Hay que considerar también que la mayor parte de inmigrantes cuentan con un acceso limitado o nulo a servicios sociales en su país de origen y que en la sociedad receptora deben hacer frente a diversos estigmas culturales e ideológicos.

ofrecen las bases de datos estadísticos. Asimismo, se trata de analizar los problemas de las diversas colectividades de la población no de manera aislada, sino de manera integral.

Al confrontar en este estudio los datos recogidos por la ENI-2017 con la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, las deficiencias que se presentan son significativas. En el sistema de salud pública del país se sigue privilegiando la inversión en segundo y tercer nivel de atención, dejando en segundo plano la inversión en la atención primaria.

El gasto público en salud sigue siendo muy reducido y muy alejado del 6% del PIB y, aunque aumenta su monto como proporción del PBI cuando se le computa el gasto de Gobierno en construcción de infraestructura, continúa sesgado hacia los seguros obligatorios y voluntarios. El gasto de bolsillo sigue siendo muy alto.

La atención integrada e integral se ve obstaculizada en un modelo de pluralismo estructurado y de fragmentación del sistema de salud.

Las desproporciones entre primer, segundo y tercer nivel de atención y la débil relación entre ellos conlleva a la sobrecarga de la atención hospitalaria, la misma que pudiera resolverse en buena medida en el nivel de atención primaria. Existe la paradoja de un gran nivel de cobertura institucional, pero con problemas importantes de calidad en el acceso y la atención y grandes dificultades para crear un modelo centrado en la atención a la persona y las comunidades y con un enfoque diferenciado.

El gasto de bolsillo continúa siendo una barrera importante, así como lo es todavía la escasa diferenciación de servicios y estrategias dirigidos a las personas más vulnerables y que, además, consideren las diferencias de edad, género y cultura, incluyendo idiomas; aspectos ambos centrales en el caso de las poblaciones inmigrante y descendiente.

Asimismo, los grados de empoderamiento, participación y coordinación entre Gobierno, instituciones y sociedad civil, y el fortalecimiento de la rectoría siguen teniendo falencias, producto de un sistema cerrado a las dinámicas participativas y además a la diversidad.

La fragmentación de la organización y dirección del sistema complica los procesos de toma de decisiones e, igualmente, se da una dispersión y conflicto entre intereses públicos y privados. Se dificulta —como señala la evidencia internacional— la planificación y la progresividad de los derechos. El espacio de la salud pública se limita en la colisión con la salud privatizada, tal y como ocurre en otros países de referencia como Chile y Colombia.

Hay un escaso desarrollo de atención e intervención en los determinantes sociales de la salud que condicionan la equidad en el acceso y el goce de la salud, así como en las dimensiones de marcos de actuación, modos de vida, espacios, condiciones de riesgo, autocuidado y, como ya se dijo, comunicación-participación de la población. El énfasis está colocado en la atención al daño y la enfermedad, que debería ser solo uno de los varios niveles y dimensiones de actuación.

El aseguramiento, en lugar del acceso universal y servicios acordes con el mismo, condiciona desigualdades e inequidades, tanto en el servicio al que se accede o no se accede (lo que depende de la categoría del seguro), como en quiénes pueden acceder a cuáles servicios y prestaciones (lo que depende de los paquetes ofrecidos). El seguro de riesgos de salud funciona como aseguramiento médico, inclinando el funcionamiento del sistema hacia la “clínicalización” y la “medicalización”, y produciendo una segmentación importante de la población y un acceso condicionado a los ingresos y al estatus laboral.

Este modelo también refuerza el carácter no diferenciador y no inclusivo del sistema de salud ante la diversidad y la vulnerabilidad y, además, fomenta la expropiación de la salud de las comunidades, volviéndolas entes pasivos, que se vuelcan a la atención del daño en los establecimientos, instituciones formales y profesionales.

## 4.2 Sobre el marco normativo

El Estado dominicano ha ratificado instrumentos de derecho internacional que reconocen a todas las personas los derechos a la salud y a la seguridad social. Igualmente, la Constitución dominicana proclamada en el año 2010 reconoce dichos derechos a todas las personas.

Sin embargo, en el ámbito legislativo el acceso a estos derechos, especialmente a la seguridad social, se ha encontrado limitado sobre la base del estatus jurídico y de empleo de la persona. La Ley No. 87-01 y los reglamentos para su aplicación no permiten que extranjeros cuya condición migratoria no sea apta para laborar formalmente, accedan al sistema de seguridad social. Incluso, durante la mayor parte de operación de este sistema ni siquiera los extranjeros con una condición migratoria que les permite laborar han podido acceder a dicho sistema, ya que por más de una década se interpretó que solo los extranjeros en condición de residencia podían ser inscritos.

Tampoco las políticas de subsidio estatal permiten una entrada a los instrumentos de protección, dándose un ciclo de reproducción de precariedades, carencias y desprotecciones entre los inmigrantes y sus descendientes. Además, como la población que no trabaja solo tiene como opción el ingreso como dependientes al régimen contributivo, en un contexto donde el empleo informal es alto, la mayoría de los descendientes y sus familiares (incluyendo las mujeres que no están unidas en pareja por matrimonio legal) resultan desprotegidos.

De esta manera quedan fuera de los beneficios de la seguridad social una gran parte de la población inmigrante y sus descendientes y, dentro de la misma, grupos considerados como prioritarios por la propia Ley General de Salud: caso de las extranjeras en estado de embarazo. Frente a dicha situación, la atención a la que tienen acceso responde casi exclusivamente al servicio público de los hospitales financiados por el presupuesto del Estado dominicano y frecuentemente ingresando a través de las emergencias.

## 4.3 Perfil de demanda y acceso a servicios de salud

De acuerdo con los datos de la ENI-2012, más de la mitad de la población inmigrante y descendiente asistía al hospital público en caso de enfermedad o accidente y en torno a un 20% asistía a la clínica privada. Los inmigrantes haitianos declararon asistir al hospital público cuatro veces más que los extranjeros de otras nacionalidades, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Esto era más pronunciado en las regiones Cibao, Noroeste y Enriquillo y mucho menos notorio en la región Yuma. Por otro lado, en las zonas urbanas la mayoría de los inmigrantes no haitianos acudió a clínicas privadas, a las que solo tuvo acceso una minoría de inmigrantes haitianos. Los extranjeros no haitianos en la región Metropolitana fueron en su gran mayoría a clínicas privadas. Los descendientes, en general, acudieron mayoritariamente a hospitales públicos y solo una minoría al sector privado, especialmente en las zonas rurales.

En este sentido, no se evidencia en el Estado dominicano la intención de desarrollar políticas que puedan garantizar un acceso efectivo de los inmigrantes al derecho a la salud y a la seguridad social. Sumamente ilustrativo constituye el hecho de que no se han suscrito o ratificado los principales convenios que protegen los derechos de los trabajadores inmigrantes, tanto de la ONU como de la OIT.

En vista de la normativa internacional y la documentación de los organismos de salud internacionales, resultaría pertinente una propuesta que a nivel legislativo amplíe el acceso de la población migrante a la salud y a la seguridad social, independientemente de su estatus legal, y que a su vez sea operativizada a nivel técnico y financiero mediante la creación de mecanismos especiales de protección social que atiendan la situación particular de esta población. Los instrumentos de derecho internacional y la propia Constitución dan sustento suficiente a políticas de este tipo.

Esta realidad se ha mantenido y robustecido al comparar esos datos con los recogidos por la ENI-2017. La gran mayoría de inmigrantes y descendientes de inmigrantes nacidos en el país accedieron a los servicios institucionalizados de salud a través de los hospitales públicos y, en segundo lugar, a clínicas privadas. Es muy reducido el acceso a servicios de salud a través de centros de atención primaria y otros; en las zonas fronterizas los inmigrantes muestran un apreciable porcentaje de demanda de atención en los centros de atención primaria y las clínicas rurales.

Este patrón de demanda que prioriza hospitales públicos y, en menor medida, las clínicas privadas, se manifiesta en hombres y mujeres de todas las demarcaciones territoriales, sean regiones de planificación, dominios provinciales o zonas urbanas y rurales, aunque con

algunas diferencias según rangos de edad. Es notorio, que a mayor edad, aumenta el uso de las clínicas privadas, sobre todo entre los residentes en las zonas urbanas y en las regiones Metropolitana y Cibao Noroeste. Este acceso es mayor entre los descendientes de inmigrantes, posiblemente asociado a una mayor proporción de afiliados al seguro de riesgo de salud; asimismo, es posible que esta población esté incurriendo en un mayor gasto de bolsillo, buscando tal vez mayores facilidades en la atención. Asimismo, en el Cibao Sur se observa una demanda importante de estos servicios entre niños y adolescentes menores de 15 años.

Al ver la disponibilidad de camas y la cantidad de hospitales públicos por región de planificación, es notorio que la inversión y la infraestructura, concentrada en la ciudad capital, no alcanza aún para suplir los déficits acumulados en el tiempo, dado que la mayor cantidad de población inmigrante se localiza

#### 4.4 Afiliación al aseguramiento

En base a los datos de la ENI-2012, la gran mayoría (más del 90%) de los inmigrantes haitianos carecía de afiliación al seguro de riesgos de salud, situación similar a la de los descendientes entre los cuales la cifra era más del 70%. En cambio, entre los inmigrantes de otras nacionalidades alrededor del 50% poseía un seguro.

Según los datos de la ENI-2017, la inmensa mayoría de los inmigrantes y de los descendientes continúa sin estar afiliada a los seguros de salud establecidos en la normativa dominicana como dispositivo de acceso a la atención. Los inmigrantes haitianos, así como la mayor parte de venezolanos e italianos, están afectados por esta situación. A ello se suma que gran cantidad de los inmigrantes y los descendientes están fuera del sistema de pensiones, de los seguros de riesgos laborales y los seguros de vejez, sobrevivencia y discapacidad cuando queda interrumpida la vida laboral.

en la región Metropolitana. Por otra parte, la oferta de instalaciones hospitalarias a escala nacional no se corresponde con la existencia de una gran población de inmigrantes y su potencial demanda, en particular en las regiones del país con niveles de inversión e infraestructura aún bajos.

Si esto se combina con el dato de que la mayor parte de los servicios usados son emergencias y consultas, es muy posible que las emergencias sean la puerta de entrada a los servicios de salud públicos —como sucede en general entre la población nativa— pues asegura prontitud, inmediatez y se puede prescindir del seguro médico. Esta entrada provoca la sobredemanda y congestión de los hospitales que, como evocamos antes, puede tener que ver con la no existencia de redes integradas que den cobertura y acceso suficiente a nivel primario. La asistencia al hospital puede ser una respuesta estratégica a la carencia del seguro de riesgo de salud.

El nivel de afiliación total es bajo, del 12.8%, con diferencias importantes entre inmigrantes (8.4%) y descendientes (25.9%) y según sexo. Esta situación se da en todas las edades. Entre los inmigrantes en el rango de edad productiva y reproductiva la desafiliación es casi total, mientras que entre los descendientes la falta de seguro es más elevada entre los menores de 15 años, seguidos por los adultos entre 15 y 49 años. Esta desprotección conlleva a una dinámica de reproducción de la pobreza y a una mayor vulnerabilidad de grupos ya vulnerables de por sí, como infantes y menores de edad, cuyo seguro está en la práctica mediado por la situación del adulto o del trabajador activo. Solamente entre los adultos descendientes de 50 años y más la cantidad de afiliados es superior a la de los no afiliados.

La predominancia de inmigrantes y descendientes no afiliados a seguros de atención médica se manifiesta en todas las demarcaciones

territoriales. En las regiones de Yuma, Higüamo y Metropolitana la no afiliación es menos severa, así como en los dominios geográficos provinciales de alta concentración poblacional y en los productores de caña. En las zonas urbanas también se observa una mayor afiliación que en las rurales.

El modelo de aseguramiento dominicano de cobertura por exclusiones pudiera estar relacionado con el hecho de que la mayoría de las atenciones llegan a los hospitales por emergencias o urgencias, reproduciendo la misma situación que la de la población dominicana. De ahí se genera una sobredemanda y atención deficiente que se retroalimentan con discriminaciones, estigmas u otras situaciones de índole histórico-cultural.

Entre los inmigrantes afiliados a un seguro el porcentaje de titulares supera al de dependientes, mientras que ocurre lo inverso entre los descendientes. Es la disponibilidad de un contrato escrito de trabajo lo que da derecho a la titularidad del seguro, lo cual es entendible porque el empleo formal es la principal puerta de acceso al aseguramiento en salud para un extranjero en el país y, en un contexto donde la mayoría de los inmigrantes tienen un contrato verbal, es lógico que carezcan de afiliación al seguro de salud.

Ahora bien, también se constata que aun entre aquellos inmigrantes que reportaron tener un contrato escrito, no todos disponen de seguro de salud. En el caso de los descendientes pasa algo muy similar, pues la mayoría tienen una relación contractual de tipo verbal y, por tanto, carecen de seguro de salud. En este mismo sentido, es importante resaltar que, pese a las resoluciones emanadas por el Consejo Nacional de la Seguridad Social, la tenencia de documentos migratorios no se asocia con la afiliación al seguro de riesgos de salud. Asimismo, una gran población descendiente con acta de nacimiento dominicana se encuentra marginada de la afiliación. Lo mismo sucede entre quienes tienen o no tienen su cédula de identificación, pues en ambas poblaciones

la afiliación es muy baja. En otras palabras ni los contratos escritos, ni la tenencia de documentos migratorios, ni la disponibilidad de cédula de identidad o de actas de nacimientos de los nacidos en el país garantizan el acceso al seguro de salud entre los inmigrantes y descendientes.

Por otra parte, el acceso al trabajo de las personas extranjeras con mayor grado de afiliación corresponde a aquellas ramas de actividad relacionadas con organizaciones y órganos extraterritoriales, la administración pública y defensa, las actividades profesionales, científicas, técnicas, financieras y de seguros. En cambio, los más bajos niveles de afiliación —entre 3% y 7%— se identifican en las actividades donde trabajan los inmigrantes haitianos, es decir, comercio, construcción, servicio doméstico y sector agropecuario.

Asimismo, las ocupaciones manifiestan también una gran diferencia entre niveles: las categorías de directores y gerentes, profesionales científicos e intelectuales, técnicos y profesionales de nivel medio se asocian a mayor grado de afiliación. Por su parte, las ocupaciones de agricultores y trabajadores calificados de agro, foresta y pesca, oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios y ocupaciones elementales presentan una afiliación que varía entre el 4% y 5%.

La distribución territorial de los inmigrantes y descendientes afiliados a un seguro de salud muestra una mayor presencia en las regiones Metropolitana, Yuma y Cibao Norte, regiones donde se corta caña y es lo que explica que allí los migrantes hicieran más uso de las clínicas privadas. En las regiones de planificación El Valle, Enriquillo, Cibao Noroeste y en los dominios provinciales de notable actividad agropecuaria la afiliación es más escasa y aún más baja que la promedio entre los descendientes. Esto significa problemas importantes de financiamiento para los centros públicos, pues donde la afiliación es muy baja, los ingresos hospitalarios por pacientes no asegurados son aún menores.

#### 4.4 Pagos por servicios de salud

A partir de los datos de la ENI-2012 se pudo detectar que prácticamente la mitad de los inmigrantes y descendientes dijeron haber sido atendidos gratuitamente al asistir a los centros de atención en salud. Sin embargo, el resto (más del 40%) pagó en efectivo o con seguro los servicios que recibió, sobre todo en las zonas urbanas, donde más personas declararon haber efectuado pagos. En regiones como Cibao Norte, Higuamo y Metropolitana la mayoría de los encuestados declararon haber pagado con seguros y, en gran medida, con efectivo en los servicios de salud, situación asociada a la carencia de seguro de riesgos de salud y a una mayor asistencia a clínicas privadas.

De acuerdo con los datos de ENI-2017, la situación presente es similar, pues tanto los inmigrantes como los descendientes afiliados recurrieron al pago por seguro en los centros en que se atendieron, en su mayoría clínicas del sector privado. También se reportaron ca-

sos de pago en efectivo en hospitales públicos, pero sobre todo en las clínicas privadas. Se puede afirmar que cuando se tiene acceso a seguros de salud la mayoría de los demandantes de servicios de salud prefieren el acceso a prestadores privados.

Ahora bien, entre inmigrantes y descendientes se confirma la existencia del copago, tanto en la mayoría sin afiliación que asisten a los servicios públicos y reciben la atención gratuita que establece la ley, así como entre aquellos que disponen de seguro y prefieren los centros privados, pues en ambos casos una parte de la paga se hace en efectivo. Incluso entre aquellos que asistieron a clínicas privadas, la mayoría dijo haber pagado, bien con el seguro o bien en efectivo, mostrando que allí donde la atención es cobrada, esta es pagada aun careciendo de seguro de riesgos de salud. Es plausible pensar que a un mayor acceso al seguro de salud de los inmigrantes, correspondería más atención pagada.

#### 4.4 Uso de métodos anticonceptivos

El empleo de métodos anticonceptivos entre las mujeres de origen extranjero (inmigrantes y descendientes) es limitado ya que menos de un tercio de las mujeres en edad reproductiva los emplea. Los datos muestran un patrón de uso que favorece la inyección, la pastilla anticonceptiva y la esterilización femenina, mientras que solo un 6% dice usar condón masculino y apenas un 0.3% recurre al condón femenino, aunque no sabemos si las preferencias están condicionadas por razones de oferta o demanda. La diferencia más notable entre descendientes e inmigrantes es que el porcentaje de estas últimas que utilizan las pastillas resulta ser menor. Asimismo, se observa que el recurso a los métodos considerados modernos varía poco con relación al territorio, salvo en las áreas rurales donde la preeminencia la tiene la esterilización femenina, mientras que en

las zonas urbanas se prefiere la inyección y las pastillas. Entre las madres adolescentes prevalece el empleo de pastillas e inyecciones y no hay diferencias determinadas por la zona de residencia; en algunos casos, también algunas mujeres de este grupo etario señalan emplear el DIU. En general, el bajo uso del condón femenino y masculino, métodos aceptados internacionalmente para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), sigue el patrón nacional. En todo caso, hay que destacar que el hecho de que se reporte el uso de uno u otro método anticonceptivo no aporta información sobre las condiciones de acceso a los mismos ni sobre su uso efectivo.

#### 4.5 Fecundidad y maternidad

En cuanto a la maternidad, el 75% de las mujeres inmigrantes y el 54.4% de las descendientes ya eran madres al momento de la encuesta. Del total de mujeres inmigrantes, el 73% tiene 3 o menos hijos y entre las descendientes el porcentaje es del 68%. Es notable el embarazo adolescente que alcanza al 34% entre las mujeres inmigrantes de este grupo etario y al 21% entre las descendientes, siendo más elevado en las zonas urbanas que en las rurales.

Por otra parte, el chequeo prenatal durante el embarazo —que según la norma de la OMS debe ser como mínimo de 8 controles— presenta altos porcentajes de cumplimiento entre todas las mujeres madres, aunque es notoria-

mente menor en las haitianas inmigrantes con relación a las madres de otra nacionalidad y mayor entre las descendientes. Al respecto, se observan variaciones territoriales importantes ya que realizaron menos de 8 chequeos sobre todo las mujeres residentes en las provincias cañeras y que realizan otras actividades agropecuarias y en las provincias con menor concentración de extranjeros. Asimismo, entre las regiones de planificación se observan diferencias en los porcentajes de mujeres que realizaron los controles prenatales estipulados, ya que más del 80% los realizaron en las regiones de Higuamo, El Valle, Yuma y Cibao Noroeste; el 70% en las regiones de Valdesia, Cibao Norte y Nordeste y Metropolitana y el 60% en las de Enriquillo y Cibao Sur.

#### 4.6 Idioma y educación en mujeres y madres

La mayor cantidad de los inmigrantes tienen como idioma principal el creole, mientras que para la gran mayoría de los descendientes su idioma principal es el español, sin diferencias notables por sexo. Si bien los inmigrantes declaran en una proporción importante buen dominio del español (22% de las mujeres frente al 19.1% de los hombres), el grupo más significativo numéricamente señala tener un manejo regular o limitado del idioma oficial de la República Dominicana. Entre las mujeres inmigrantes el 35% reportó hablar el español muy bien o bien; porcentaje que desciende al 31% entre aquellas que son madres.

Entre las mujeres inmigrantes y descendientes la mayor parte reporta saber leer y escribir, siendo el nivel primario de enseñanza el alcanzado con más frecuencia. Comparado con la realidad de las inmigrantes, se destaca un mayor nivel de estudios secundarios y universitarios entre las descendientes.

El nivel educativo de las mujeres inmigrantes es siempre menor que el nivel educativo de las descendientes, independientemente de que sean o no sean madres. Las madres que han tenido de 1 a 3 hijos entre las mujeres inmigrantes alcanzan el 73% y entre las descendientes la cifra desciende al 68%.

## CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES

### 5.1 Armonización entre normativas y convenciones

1. Suscribir y ratificar la “Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares”.
2. Suscribir y ratificar el convenio C097 de la OIT sobre los trabajadores migrantes.
3. Suscribir y ratificar el convenio C143 de la OIT sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias).
4. Adecuar el marco jurídico e institucional a lo contenido en los referidos convenios, mediante la creación de las previsiones correspondientes para ofrecer una igualdad de tratamiento con relación a los dominicanos en lo que respecta la salud y la seguridad social.
5. Reformar el marco jurídico e institucional, especialmente la normativa de seguridad social dominicana, para que el alcance de sus beneficiarios en términos de titularidad sea coherente con la Constitución y con los instrumentos de derecho internacional que han sido ratificados. En dicho sentido, se propone específicamente modificar los artículos 9 de la Ley General de Salud y 5 de la Ley que crea el Sistema Dominicana de la Seguridad Social para que se establezca que todas las personas sean titulares o beneficiarias de los derechos a la salud y a la seguridad social.
6. A partir de lo anterior, incluir previsiones especiales que garanticen que los extranjeros inmigrantes accedan a servicios de atención efectivos y que tomen en cuenta su situación particular, especialmente en lo que respecta a las mujeres embarazadas, independientemente de su acceso a un empleo formal, constante y regular.
7. Establecer mecanismos especiales de protección financiera en salud para los extranjeros inmigrantes, a fin de que puedan elevarse los precarios niveles de protección social que hasta el momento mantienen.
8. Modificar lo relativo a la inclusión en carácter de dependencia en los seguros de salud, que afecta seriamente a los niños, mujeres y ancianos, tanto en la población migrante como en la población descendiente.

### 5.2 Políticas públicas en salud y protección social

1. Evaluar y establecer medidas pertinentes para la adecuada y completa puesta en ejecución de la resolución No. 377-2015 que reconoce el derecho a la afiliación de todo inmigrante regularizado.
2. Establecer un programa específico del SIUBEN en alianza con el SENASA, en colaboración con el SISALRIL y el Ministerio de Salud Pública para la identificación de inmigrantes y sus descendientes en situación de precariedad y de carencia de afiliaciones básicas al aseguramiento y problemas de cobertura y acceso en los servicios de salud. La base de este programa serán las normas nacionales y reglamentos que protegen normativamente a los extranjeros en sus diversos estatus migratorios.
3. Establecer una planificación territorial para las políticas de protección a la infancia, la niñez y a la vejez, además de un eje de salud sexual y reproductiva, que contemple y considere las demandas y las brechas territoriales en cobertura y acceso efectivo de calidad a los servicios de salud y al sistema de protección social.
4. Examinar la posibilidad de iniciar una reforma al sistema de aseguramiento que

se base en la creación de un seguro universal para infantes, niños, madres solteras y adultos mayores, y que para ello se determine un aporte tripartito, que se beneficie en alguna medida de las contribuciones a la seguridad social, con aportes del Estado.

5. Iniciar una estrategia de impulso a la atención primaria, priorizando los territorios con mayor presencia de población vulnerable, enfatizando la infancia, niñez, adolescencia, adultos mayores y proporción de los embarazos, para descargar los hospitales públicos. Desplegar un trabajo de alianza con las comunidades y organizaciones sociales.
6. Dar soportes específicos a los hospitales y centros públicos de las zonas, municipios y provincias con mayor demanda de servicios, moderando los efectos de desfinanciamiento y sobredemanda más allá de sus capacidades y recursos.
7. Establecer un plan de acceso garantizado a los anticonceptivos, incluyendo un énfasis en el acceso al condón femenino y masculino, como métodos para el control de fecundidad, la planificación familiar, evitar el embarazo no deseado y prevenir las infecciones de transmisión sexual.
8. Reforzar los programas de identificación e incorporación de las mujeres inmigrantes embarazadas a los controles prenatales.
9. El Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud deberían enfocar y desplegar un programa orientado a la población extranjera inmigrante y la población descendiente, a partir del Protocolo de Atención para Manejo de Consejería y Asesoría en Anticoncepción para Adolescentes y del Protocolo de Atención para el Manejo Integral del Embarazo, el Parto y el Puerperio en Adolescentes Menores de 15 años. Este objetivo debería ser parte de un programa más amplio de prevención y disminución del embarazo adoles-

cente para toda la población en territorio nacional, con intervenciones tanto para mujeres como para hombres. La realidad detectada posiblemente justifica la formulación y puesta en práctica de un protocolo específico para estos fines y otro para la atención al embarazo y parto en adolescentes de 15 a 19 años.

10. Como parte de la reducción de barreras de acceso y de mejoramiento de la calidad de los servicios, en la red de atención pública a mujeres y embarazadas se debería implementar un programa de interculturalidad para los servicios a los inmigrantes y, en específico, para las mujeres embarazadas inmigrantes con manejo limitado del idioma nativo. Este programa debería incluir a los distintos profesionales que se involucran en el seguimiento al embarazo y en el parto.
11. Propugnar una redistribución de la inversión en instalaciones y redes de centros en primer, segundo y tercer nivel acompañada de una redistribución territorial de dicha inversión, con un plan estratégico de inversiones y equipamientos formulado por el MSP y el SNS. Uno de los objetivos a mediano plazo de este plan debe ser crear en todo el país las dotaciones para cumplir con estándares básicos de oferta de centros y equipamientos de salud de acuerdo con la población existente y sus características específicas, incluyendo grupos y sectores poblaciones vulnerables.
12. Impulsar acciones de promoción del nivel educativo, del empleo y la inserción laboral en las comunidades migrantes y especialmente descendientes, con enfoque de género, a favor de la autonomía de la mujer, y también integrando las necesidades de integración familiar y enfocar el cuidado de estas en los programas de protección social.
13. Encaminar un pacto institucional y social para implementar en el país los acuerdos y

líneas de la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” acordada por los Estados en el seno de la OMS.

Esto implicaría:

- a) Asegurar los ingresos fiscales, incluyendo los tributarios, para un gran pilar contributivo y no contributivo para la salud pública y universal, tendiendo al 6% del PIB y disminuyendo el gasto de bolsillo, y avanzar desde el modelo de aseguramiento con subsidio a la demanda y focalización hacia el modelo de servicios universales y financiamiento a la oferta.
- b) Asimismo, enfatizar la inversión y la conformación del personal y recursos necesarios para fortalecer la atención primaria y las redes integrales e integradas de servicios de salud, desde un enfoque centrado en la atención de la persona y las comunidades. Tal proceso debería tener como uno de sus objetivos primordiales la descongestión y la descarga de presión sobre los hospitales públicos, reconociendo que la mayoría de las atenciones a extranjeros son consultas, análisis clínicos y emergencias, y dejando para el segundo y tercer nivel aquellas que correspondan.
- c) Desplegar programas para la vinculación de los servicios de salud, las instancias de toma de decisión y las comunidades y organizaciones sociales, favoreciendo el empoderamiento de estas y sus niveles de comunicación e información.
- d) Desplegar programas enfocados en los determinantes sociales de salud en las comunidades migrantes y de descendientes, en coordinación con políticas de empleo e inversión pública, y de instalación de servicios básicos de la población. Entre estas

acciones sería importante el fomento de las capacidades y habilidades de autocuidado de la población.

- e) En cuanto a la infraestructura de segundo y tercer nivel sería muy importante focalizar la inversión en la creación de la dotación necesaria de camas, recursos humanos y equipos para armonizar los indicadores territoriales con los indicadores de referencia en la región latinoamericana.

14. Desarrollar políticas migratorias, laborales y en materia económica que eleven la formalidad y regularización en el empleo, y con esta el acceso a los aseguramientos establecidos por ley.

15. Abordar la desprotección en el trabajo, así como en la vejez, la discapacidad y la sobrevivencia en la población inmigrante y descendiente desde un enfoque integral del problema del sistema y modelo de riesgos laborales y de pensiones en la República Dominicana. Para ello se debe redefinir la seguridad social a partir de una óptica de garantías definidas, universales y basadas en la solidaridad y la corresponsabilidad e incluyendo los pilares contributivo y no contributivo de modo tal que progresivamente den cobertura a la población.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allard Soto, Raúl; Hennig Leal, Mônia Clarissa; Galdámez Zelada, Liliana (2016). "El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario". *Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca*, Año 14, n° 1, pp. 95-138. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142579/el-derecho-a-la-salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Basile, Gonzalo (2013). "Las 7 falacias de los seguros de salud en América Latina: un camino (in)seguro hacia el derecho a la salud en América Latina" Disponible en: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Las-7-falacias-del-Aseguramiento-Seguros-en-Salud-en-ALyC-Gonzalo-Basile2013.pdf>

\_\_\_\_\_. (2018a). Migración y salud colectiva. Análisis de la mortalidad materna y atención del embarazo en población migrante haitiana de región fronteriza en la República Dominicana. Santo Domingo: ONU. Inédito.

\_\_\_\_\_. (2018b). "Algunos comentarios sobre la ENI, salud y protecciones sociales". Santo Domingo: s.e.

Beilh, Jaime (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica". Doctorado en Salud Pública, VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-reilh%2C%20J.-La%20determinacion.pdf>

Caba, Senen (2008). "Cosas veredes, medicus, que non crederes". Entrevista en el periódico Hoy, 5 de julio. Disponible en: <http://hoy.com.do/%C2%93cosas-veredes-medicus-que-non-crederes%C2%94/>

Castro, Arachu (2014). *Algoritmo de predicción de muertes maternas en República Dominicana*. Santo Domingo: Cebes. Inédito. Disponible en: <http://cebes.org.br/2013/05/as-sete-falacias-dos-seguros-de-saude-espanhol/>

Guerrero, Omar (1979). "Fases del desarrollo de la administración pública capitalista". En *Revista de Administración Pública*, n° 38, abril-junio 1979. Disponible en: <http://www.omarguerrero.org/articulos/FasesDesaAPcapita.pdf>

Guerrero, Omar (2004). "El mito del nuevo 'Management' público". En *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*, Año 9, n° 25, pp. 9-52, Universidad del Zulia, Venezuela. Disponible en: [www.omarguerrero.org/articulos/mitodelmanagement.pdf](http://www.omarguerrero.org/articulos/mitodelmanagement.pdf)

Guerrero, Omar (2009). "El fin de la nueva gerencia pública", en *Estado, Gobierno, Gestión Pública - Revista Chilena de Administración Pública*, n° 13, junio. Disponible en: <http://www.revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/viewFile/13520/13786>

Harvey, David (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Ediciones Akal, S.A.

Iriart, Celia (2008). "Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias", en *Ciênc. saúde coletiva*, Vol. 13, n° 5, Rio de Janeiro, sept./oct. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500025&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500025&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Kremerman, Marco (2014). "Viabilidad y justificación para incorporar como eje central del sistema previsional chileno un pilar contributivo de reparto. Elementos preliminares". Tesis de maestría internacional en Políticas de Trabajo y Relaciones Laborales, Universidad Central de Chile y Universidad de Bologna. Inédito.

Lapavitzas, Costas (2011). "El capitalismo financiarizado. Crisis y expropiación financiera". Disponible en: <http://www.huellasdeuea.com/ediciones/edicion1/articulo%205.pdf>

Laurell, Asa Cristina (2010). "¿Pueden los seguros garantizar el acceso universal a los servicios de salud?" *Medicina Social*, editorial, Volumen 5, no. 185, septiembre. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/download/475/935>

\_\_\_\_\_. (2011). "Acceso universal. Sistemas únicos versus aseguramiento". Presentación realizada en el seminario taller "Sistematizando lecciones y experiencias en la construcción de sistemas únicos de salud" realizado en La Paz, Bolivia, el día 19 de abril. Disponible en: <https://docplayer.es/61187135-Acceso-universal-sistemas-unicos-versus-aseguramiento-cristina-laurell.html>

\_\_\_\_\_. (2012). "Sistemas universales de salud: retos y desafíos". Disponible en: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/sistemas-universais.pdf>

Morales-Borrero, Carolina; Borde, Elis; Eslava-Castañeda, Juan C.; Concha-Sánchez, Sonia C. (2013) "¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxeológicas". *Revista de Salud Pública*, vol. 15, núm. 6, diciembre, Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751001>

Núñez Urquiza, R. M., M. B. Duarte Gómez, L. Javier Marín, y L. Arroyo Román (2005) "Más allá de las cifras: detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir muertes maternas". *Género Salud Cifras* Vol. 3, números 2/3 mayo - diciembre. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274057/MayDic05.pdf>

Oficina Nacional de Estadística, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Unión Europea (2013). *Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana, ENI-2012*. Santo Domingo: ONE, UNFPA y UE, 2013. Disponible en: <https://www.one.gob.do/encuestas/eni>

\_\_\_\_\_. (2018). *Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana, ENI-2017*. Santo Domingo: ONE, UNFPA y UE.

Organización de las Naciones Unidas (2018). *Análisis de la mortalidad materna y atención del embarazo en población migrante haitiana de región fronteriza en la República Dominicana*. Santo Domingo: ONU. Inédito.

Selig, José (2017). "Reflexiones sobre el sistema de seguridad social y el sistema de salud". Santo Domingo. Inédito.

Spicker, P.; Sonia Álvarez Leguizamón y David Gordon (editores) (2009). *Pobreza: un glosario internacional*. Traducido por: Pedro Marcelo Ibarra y Sonia Álvarez Leguizamón. Buenos Aires. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Suárez, Rosa María (2009). "Nuevo rol de los establecimientos de salud: reflexiones sobre las redes de servicios públicos de salud", en *El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades*, Santo Domingo: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra / Fundación Friedrich Ebert / Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/08002.pdf>

## Documentos jurídicos e institucionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Protocolo adicional a la Convención Americana Sobre Derecho Humanos (Protocolo San Salvador).
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares.
- Convenio C097 de la Organización Internacional del Trabajo sobre los trabajadores migrantes.
- Convenio C143 de la Organización Internacional del Trabajo sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias).
- Convención sobre la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer.
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. "Convención de Belem do Para".
- Documento de política "La salud de los migrantes, 55C Consejo Directivo, 68 sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre del año 2016.
- Resolución CD55.R13 del 55C Consejo Directivo, 68 sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre del año 2016.
- Documento "Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud 62ª Asamblea Mundial de la Salud WHA62.14, Punto 12.5 del orden del día, 22 de mayo de 2009.
- Constitución dominicana.
- Ley General de Salud.
- Ley que crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social.
- Ley General de Migración.
- Reglamento de la Tesorería de la Seguridad Social.
- Reglamento de aplicación de la Ley General de Migración.
- Decreto que instituye el Plan Nacional de Regularización de extranjeros en situación migratoria irregular en la República Dominicana.
- Decreto No. 426-07 que crea el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN).
- Resolución No. 377-2015 del Consejo Nacional de la Seguridad Social.



**UNIÓN EUROPEA**



**Fondo de Población  
de las Naciones Unidas**