

## **Caminando sobre mis pies: discriminación en el acceso a los servicios de salud para las mujeres en los bateyes<sup>1</sup>**

*Walking on my own. Discrimination in the access to health services for women residing in the bateyes*

Cristian N. Martínez<sup>2</sup>

### **Resumen**

Las mujeres migrantes haitianas, dominico-haitianas y dominicanas que viven en bateyes enfrentan varios tipos de discriminación racial y étnica a la hora de acceder a los servicios de salud. El presente estudio explora los distintos tipos de discriminación presentes en el acceso a los servicios de salud a través de una metodología mixta cualitativa-cuantitativa. El estudio incluyó: 10 entrevistas semiestructuradas producidas por expertos/as en el campo, 63 encuestas y 6 grupos focales compuestos por mujeres voluntarias (edades 18-90 años) de diversas identidades culturales y residentes en dos bateyes de Santo Domingo. Se detectaron notables diferencias entre la discriminación a la mujer con características asociadas a la migrante haitiana y la que tiene por objeto la mujer de ascendencia haitiana. Por ejemplo, más del 83% de las mujeres que consideraban el *créole* su lengua materna o que identificaron el color de su piel como negro respondió que había sufrido discriminación racial y étnica en centros de salud; mientras que menos del 55% de mujeres que consideraban el español su lengua materna o que se identificaron como blancas, indias o morenas indicó ser objeto de discriminación en los centros de salud. Sin embargo, mujeres de las tres categorías étnicas sufrían patrones asociados a los tres tipos de discriminación considerados (institucionalizada, personalmente mediada

1 Esta investigación se terminó de redactar en junio 2013. Agradecimientos de la autora: Gracias a las amables mujeres de MUDHA, por el gran honor de ser parte de su familia y por su ayuda con el trabajo de campo. Bridget Wooding y Liliana Dolis, les agradezco por siempre por compartir su sabiduría en el tema de estudio y por su orientación. Gracias a la Comisión de Fulbright por suministrar los fondos para realizar el estudio. Y, finalmente, gracias Yoeliza Matos, Minerva Pierre, Rosanna Marzan, Solange Pierre, Jenny Morón y Allison Petrozziello, por siempre poder contar con ustedes: el estudio no hubiera sido posible sin su apoyo.

2 Becaria de Fulbright EEUU en Santo Domingo, República Dominicana. Investigadora visitante con OBMICA y MUDHA.

e interiorizada), lo que contribuye a su exclusión de los servicios de salud. Finalmente, el estudio arroja que la política de intervención de las ONG dentro de los bateyes incide en la percepción de las mujeres residentes respecto a la discriminación en el acceso a los servicios de salud.

**Palabras clave:** salud, discriminación, sesgo en la atención, mujeres, dominico-haitianas, centros de salud, bateyes

### **Abstract**

Migrant Haitian women, Dominican-Haitians and Dominicans that live in the *bateyes* face certain types of racial and ethnic discrimination when it comes to having access to health services. The present study explores the diversity of discrimination found in the attempt of obtaining access to health services through a qualitative-quantitative mixed methodology. The study includes: 10 semi-structured interviews produced by experts in the field, 63 surveys and 6 focus groups composed of volunteer's women (of ages 18-90 of diverse cultural identity's that inhabit in two *bateyes* in Santo Domingo. Notable differences were detected between discrimination towards women with characteristics associated to a Haitian migrant and those of Haitian descent. For example, more than 83% of women who considered the creole or their skin color as black, declared to have suffered racial and ethnic discrimination in health care centers; contrary to the less than 55% of women that considered Spanish their native tongue and that self-identified themselves as white, or *morenas* "light black", declared to have suffered racial and ethnic discrimination in health care centers. Nevertheless, women of these three ethnic categories suffered of patterns related to three types of discrimination: institutionalized, self-mediated and internalized, contributing to their exclusion in health care centers. Finally, this study finds that the intervention policy of NGOs within outbuildings of refineries affects the perception of discrimination with relation to the access of health services for the women residing there.

**Keywords:** health, discrimination, bias in health care, , women's, dominican-haitian, health centers, *bateyes*.

### **Introducción**

La República Dominicana es uno de los pocos países en el hemisferio occidental que establece el derecho universal a la salud: "toda persona tiene derecho a la salud integral [...] asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieren" (Constitución de la República Dominicana, Artículo 18, 2010). El

mismo es líder en la prestación de servicios prenatales en América Latina y el Caribe, con un 98.9% en acceso a la atención prenatal (Ministerio de Salud Pública, 2011). Además, el Estado dominicano tiene una historia de colaboración positiva con el Estado vecino de Haití en la prevención de enfermedades infecciosas tales como la malaria y el cólera.

Sin embargo, al igual que la realidad global, el derecho universal no discriminatorio a la salud de calidad dista de haberse logrado en la República Dominicana. En contraste con el acceso a la atención prenatal, la República Dominicana tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas, la que actualmente ronda las 159 muertes por 100,000 nacidos vivos (CESDEM and Macro International Inc., 2008). Adicionalmente, un estudio reciente establece que “hay un nivel bajo de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud” (Rathe y Moliné, 2011, p. S262). En la última década, el Estado dominicano ha reconocido el género, la pobreza, la geografía, el nivel de educación y la disponibilidad de transporte como barreras para el acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud Pública, 2011; Pérez-Then *et al.*, 2010; CESDEM and Macro International Inc., 2008; PAHO, 2007; SESPAS, 2006; OPS, 2003). No obstante, al mismo tiempo, el gobierno niega la existencia de cualquier tipo de discriminación racial o étnica en los servicios de salud (Gobierno de la República Dominicana, 2012, p. 34).

Existe amplia literatura sobre la discriminación contra los migrantes haitianos, los dominico-haitianos y las personas de raza negra en la República Dominicana, pero la misma no refiere las disparidades en el acceso a la salud (Petrozziello, 2012; Pelletier, 2012; Open Society, 2010; United Nations General Assembly, 2008; Wooding, 2008a; Wooding, 2008b; Sagas, 2000; Pons, 1986; Reyes-Santos, 2013). El Estado dominicano no desagrega los datos poblacionales por raza o etnicidad, y consecuentemente no se pueden apreciar los posibles perfiles de disparidad racial y étnica en el área de la salud. La revisión bibliográfica solo identificó unas pocas referencias a la disparidad en el acceso a la salud para el migrante o descendiente haitiano en la República Dominicana (Simmons, 2010; OPS, 2003; Torres, 2002; Human Rights Watch, 2002; Tejeda, 2001; Verrijp, 1997). En los estudios realizados sobre el tema se reportó que en la “República Dominicana, el principal factor de condiciones de exclusión en salud es la pertenencia al grupo de inmigrantes haitianos [...] [lo que] revela la importancia de incorporar las políticas contra la discriminación racial al conjunto de estrategias de combate a la exclusión de salud” (OPS, 2003, p. 112). Adicionalmente, en otro estudio de naturaleza académica, se encontró que la pobreza y el dominio limitado del idioma

español, combinados con la violencia estructural<sup>3</sup> “por mecanismos del anti-haitianismo, crean un ambiente que socava el bienestar de trabajadores agrícolas haitianos, y cuando buscan tratamiento [...] limita sus oportunidades de servicio” (Simmons, 2010, p. 16).

En lo que concierne específicamente a la mujer migrante o de ascendencia haitiana del batey, sólo se encontraron dos estudios que exploran las disparidades en el acceso a los servicios de salud (Tejeda, 2001; Verrijp, 1997). El estudio de Verrijp indicó que los “servicios de salud eran menos accesibles para la mujer haitiana” que para la mujer dominicana debido a una serie de factores tales como la falta de recursos económicos, barreras de idioma y la actitud de los doctores (Verrijp, 1997, p. 119). El estudio de Tejeda también indicó que la etnicidad de la madre era un factor determinante importante en relación con el miedo que esta siente de visitar los centros de salud, y que sus principales causas eran la posibilidad de que le negaran el servicio o que la maltrataran. Asimismo, confirmó que la mujer haitiana reportaba sentir más miedo de visitar un centro de salud que la dominicana (Tejeda, 2001).

Las desigualdades raciales y étnicas de la mujer en términos de salud son un tema de relevancia mundial. Existe una obligación moral y legal de garantizar el acceso a la salud pública y la atención médica para todos y todas, sin distinción de raza<sup>4</sup>, etnicidad<sup>5</sup>, nacionalidad u otras características (United Nations General Assembly, 1965). Desafortunadamente, estudios relativos a la xenofobia y la discriminación racial y étnica<sup>6</sup> en los servicios de salud son pocos en América Latina y el Caribe (OPS, 2003), a pesar de que en cinco países de la región, incluida la República Dominicana, se encontró que “la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación racial y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales incluyendo el idioma [...]” (OPS, 2003, p. xiv). Por el contrario, amplia literatura sobre

---

3 Las estructuras sociales – económicos, políticos, religiosos, y culturales – que limitan individuales o grupos de personas de realizar su potencial completa (Galtung 1969).

4 Raza es un concepto construido por la sociedad que se refiere a grupos de personas que tienen diferencias y similitudes físicas basadas en rasgos biológicos heredados y reconocidos como significantes (ej.: color de piel).

5 Etnicidad es un concepto construido por la sociedad que se define por los lazos culturales compartidos que distinguen a los grupos humanos por su ascendencia, historia, lenguaje, religión y costumbres culturales.

6 “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.” (ICERD, artículo 1, párr. 1)

el tema existe en los EE.UU. (Quach *et al.*, 2012; Smedley, Stith y Nelson, 2003; Thorburn y Bogart, 2005; Williams y Mohammed, 2009). Uno de los varios estudios identificó la presencia de tres tipos de discriminación –la institucionalizada, la personalmente mediada y la interiorizada – en los servicios de salud para mujeres migrantes o para minorías étnicas y raciales en la bahía de California, y notó que las “inmigrantes [...] fueron expuestas a varias y muchas formas obvias de discriminación médica, incluyendo la falta de acceso y disponibilidad oportuna de los servicios de traducción” (Quach *et al.*, 2012, p. 1032).

La necesidad de investigar las disparidades que enfrenta la mujer por causa de la discriminación racial y étnica en servicios de salud es evidente. Estudios como el de Simmons recomiendan que se investigue más sobre la capacidad lingüística, sobre todo a partir de la situación de la mujer migrante y de ascendencia haitiana del batey, porque se ha observado que ellas tienen una desventaja mayor y sufren más discriminación por su limitado dominio del español. Tejeda y Verrijp también señalaron la necesidad de investigar con más profundidad la cuestión de la discriminación racial y étnica contra la mujer del batey en centros de salud. Igualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha indicado que, aunque se ha detectado un vínculo entre la exclusión en salud y la discriminación racial/cultural, es necesario investigar “si esta relación está dada principalmente por el idioma, o por los atributos físicos de las etnias –color de piel, rasgos, vestimenta [...]” (OPS, 2003, p. 113). Ahora bien, todos los estudios mencionados se han fundamentado en una metodología cualitativa, lo que también apunta a la necesidad de examinar esta problemática empleando métodos cuantitativos.

En resumen, a pesar de que la República Dominicana es líder en términos del acceso a los servicios de salud en el Caribe y América Latina, sigue enfrentando varios retos. Entre ellos destaca la falta de conocimiento sobre las disparidades y los niveles de discriminación racial y étnica en los servicios existentes respecto a la mujer migrante haitiana, la de ascendencia haitiana y la dominicana. La OPS señala que la exclusión en salud es un fenómeno con múltiples causas, lo que debe ser analizado tomando en consideración –entre otros factores– la discriminación racial y étnica (OPS, 2003). Existen varios métodos y escalas confiables para medir dicha discriminación racial y étnica en salud (Quach *et al.*, 2012; Hausmann *et al.*, 2010; Bastos *et al.*, 2010; Williams y Mohammed, 2009; Thorburn y Bogart, 2005; OPS, 2003; Smedley, Stith y Nelson, 2003; Bird y Bogart, 2001; Simmons, 2010). El objetivo de este estudio de caso fue explorar las disparidades en el acceso a los servicios de salud e identificar los patrones de discriminación institucionalizada, personalmen-

te mediada e interiorizada que sufren las mujeres migrantes haitianas, las dominico-haitianas y las dominicanas residentes en dos bateyes<sup>7</sup> de Santo Domingo cuando acceden a dichos servicios.

## 1. Métodos

Este estudio se realizó con el apoyo financiero de la Comisión de la Fulbright. El Movimiento de Mujeres Dominico-Haitiana (MUDHA)<sup>8</sup> brindó apoyo logístico y moral para el trabajo de campo y el Centro para la Observación Migratoria y el Desarrollo en el Caribe (OBMICA)<sup>9</sup> proporcionó orientación académica a través de la contextualización del estudio y el acceso a herramientas de análisis. Se hizo una revisión documental de la literatura relevante previo al trabajo de campo. El trabajo de campo se llevó a cabo entre febrero y marzo de 2013. Se realizaron entrevistas, encuestas y grupos focales para indagar acerca de las perspectivas de las mujeres residentes en dos bateyes y de varios expertos/as en el campo de estudio sobre los patrones que asume la discriminación en el acceso a los servicios de salud.

### 1.1 Muestra y procedimientos

Se realizaron 10 entrevistas en profundidad y semiestructuradas con expertos/as en el campo de estudio: 1 exoficial del Ministerio de Salud, 3 proveedores de servicios de salud, 2 promotoras de intervención comunitaria y 4 representantes de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área relativa al acceso a los servicios de salud en los bateyes. Las personas participantes fueron reclutadas a través de referimientos hechos por el MUDHA y por otras expertas calificadas, los cuales emplearon la técnica de la “bola de nieve”. Cada entrevista demoró entre 35 a 60 minutos.

---

7 Comunidad originalmente conformada por trabajadores de caña de azúcar y sus familias; ahora continua siendo dominada por la población migrante haitiana y por sus descendientes haitianos.

8 MUDHA es una organización no gubernamental sin fines de lucro ubicada en Santo Domingo. Se fundó en 1983 y desde entonces trabaja para mejorar las condiciones de vida de las comunidades vulnerables (con especial énfasis en las mujeres y niños) mediante la implementación de programas de desarrollo humano que abarcan las áreas de la salud, la asistencia legal, los derechos civiles y humanos y la educación. La mayoría del trabajo en educación y salud del MUDHA se enfoca en 17 bateyes en la región de Santo Domingo. [Contacto: [mudha\\_ong@yahoo.com](mailto:mudha_ong@yahoo.com); 809-236-1400]

9 OBMICA realiza investigaciones rigurosas sobre importantes asuntos de migración y políticas migratorias en República Dominicana y el Caribe. [Contacto: [www.obmica.org](http://www.obmica.org); [obmicard@gmail.com](mailto:obmicard@gmail.com); 809-221-6993]

Después, se realizaron encuestas y grupos focales en dos bateyes de Santo Domingo. Los dos bateyes son pequeños, urbanos, con diversidad étnica (haitiana, dominico-haitiana y dominicana) y con un nivel de desarrollo social mediano en comparación con otros bateyes en Santo Domingo. Según el censo de MUDHA en 2011, el batey en Santo Domingo Este (SDE) tiene una población de 336 personas (≈85 mujeres adultas); y según el censo de MUDHA en 2013, el batey en Villa Altagracia (VA) tiene una población de 324 personas (70 mujeres adultas). Los dos bateyes tienen acceso al agua potable, luz eléctrica y transporte, pero los servicios son limitados en comparación con los barrios más cercanos. Los dos bateyes no cuentan con servicios de salud en el batey; los centros de salud más cercanos se encuentran a una distancia de entre 20 a 40 minutos en vehículo. Se diferencian los dos bateyes en términos de su nivel de sensibilización sobre los temas de género y discriminación racial y étnica, así como en su acceso a los servicios de educación, salud y asesoría legal.<sup>10</sup>

Las promotoras reclutaron a las participantes de los dos bateyes a través de la distribución de volantes de invitación por residencia. Para ser elegible, la participante tenía que ser mujer, mayor de 18 años, residente de uno de los dos bateyes y de ascendencia dominicana, dominico-haitiana o haitiana. Convocamos a las participantes en el centro comunitario de cada batey.

75 personas respondieron el cuestionario demográfico, de las cuales 63 completaron la encuesta de discriminación racial y étnica percibida en centros de salud. Las encuestas fueron autoadministradas; se brindó asistencia a las mujeres analfabetas. Las mujeres encuestadas tomaron aproximadamente 20 minutos para completar el instrumento.

Después de completar el cuestionario, las encuestadas procedieron a participar en grupos focales. Los grupos focales fueron divididos por batey y por la etnicidad de las participantes. Hubo un grupo focal por cada grupo étnico de cada batey, de manera que se llevaron a cabo 6 grupos focales en total (2 con mujeres dominicanas, 2 con mujeres dominico-haitianas y 2 con mujeres haitianas). Participaron de 4 a 15 personas por grupo focal. Las discusiones duraron entre 40 y 75 minutos.

---

10 Los residentes del batey en Villa Altagracia gozan de ciertos niveles de sensibilización y acceso a servicios gracias a sus fuertes lazos con organizaciones como MUDHA y otras entidades sin fines de lucro. Eso contrasta fuertemente con el batey de Santo Domingo Este, que sólo recientemente empezó a desarrollar esa relación colaborativa.

## 1.2 Medida

### 1.2.1 Características sociodemográficas

Las encuestadas contestaron preguntas sobre su edad, nacionalidad, raza, lengua materna, ascendencia, nivel de educación, estado de empleo, estado civil, participación en eventos de MUDHA, estado de seguro de salud, uso de salud pública o privada y frecuencia de uso de servicios de salud en los últimos 6 meses. Se indagó sobre la relación entre la discriminación percibida y su raza, etnicidad, nacionalidad, nivel de educación y/o participación en eventos de MUDHA.

### 1.2.2 Discriminación racial y étnica percibida en centros de salud (cuantitativo)

Para medir experiencias de discriminación en centros de salud se adoptó la escala *Discriminación en Centros de Salud* de la Dra. Sheryl Thorburn, la cual ha sido estadísticamente confiable en estudios con varias minorías étnicas y raciales en los EE.UU. (Bastos *et al.*, 2010; Hausmann *et al.*, 2010; Thorburn y Bogart, 2005). Se hicieron ajustes a la escala para tomar en cuenta la sensibilidad al lenguaje (por ser traducida del inglés al español) y para incluir otros elementos procedentes de otras investigaciones sobre la discriminación racial en servicios de salud (Hausmann, 2010; Peek *et al.*, 2011; Williams, 2009). Se *dicotomizaron* los datos anotando cada una de las ocho experiencias de discriminación percibida por las encuestadas en categorías de “ninguna vez” y “alguna vez”, y se sumaron las experiencias de “alguna vez”.

### 1.2.3 Discriminación en el acceso a los servicios de salud (cualitativo)

Los expertos entrevistados y las participantes de los grupos focales respondieron a preguntas abiertas que tomaron en cuenta elementos de cuestionarios empleados en estudios académicos anteriores (Hausmann *et al.*, 2010; Williams y Mohammed, 2009; Quach *et al.*, 2012; PAHO, 2003; Smedley, Stith y Nelson, 2003; Bird y Bogart, 2001; Thorburn y Bogart, 2005) [Anexo 2]. Se usaron preguntas paralelas tanto en las entrevistas como en los grupos focales para que se pudieran comparar las perspectivas sobre el tema de estudio.



### 1.3 Análisis cuantitativo

Se compararon las diferencias de discriminación percibida entre los grupos sociodemográficos (edad, nacionalidad, raza, etnicidad, lengua materna, participación en eventos de MUDHA). En el análisis, las preguntas no respondidas se trataron como falta de datos.

### 1.4 Análisis cualitativo

Las entrevistas y los grupos focales fueron grabados y transcritos en español. Para la transcripción de los datos recolectados en *créole*, se empleó el método de traducción cruzada (*back-translation*) con la asistencia de una voluntaria bilingüe en español y *créole*. Se empleó la “teoría fundamentada en datos” (*grounded theory*) para analizar los datos cualitativos, y se utilizó el *software Atlas.ti* para facilitar el análisis de la información cualitativa producida. Los datos fueron interpretados usando la técnica estructurada de codificación para los patrones de los tres niveles de discriminación. Se identificaron patrones generales y estructurados en los resultados a través de la anotación de la frecuencia de los códigos y la relación entre los mismos.

## 2. Los tres niveles de discriminación

La discriminación en el acceso a los servicios de salud se puede evaluar en un marco de tres niveles: institucionalizada, personalmente mediada e interiorizada (Jones, 2000).

El concepto de discriminación *institucionalizada* se refiere a la diferencia estructural que se expresa a través de los sistemas operativos de las instituciones de salud pública (Jones, 2000). Hay diferencias en términos de acceso a los bienes, servicios y oportunidades brindadas por el Estado que se derivan de las desventajas socioestructuradas, las cuales resultan en la exclusión del servicio de salud. Esta exclusión se expresa en factores que son divididos en dos categorías: 1) las condiciones materiales y 2) el acceso al poder (Jones, 2000).

La discriminación *personalmente mediada* se refiere a las actitudes y acciones diferentes respecto al otro adoptadas por el personal de salud (Jones, 2000). Se manifiesta como consecuencia de no pertenecer a un grupo social dominante (Bessis, 1995), y se refiere a los prejuicios nega-

tivos contra grupos étnicos y raciales considerados inferiores (Williams y Mohammed, 2009, p. 35).

Por último, la discriminación *interiorizada* ocurre cuando la persona discriminada acepta las suposiciones negativas sobre su persona e interioriza la falta de valor social asignado al grupo estigmatizado al cual pertenece (Jones, 2000). Williams y Mohammed agregan que la discriminación interiorizada incluye los autoestereotipos y la aceptación de la ideología discriminatoria dominante, y que ambos pueden generar expectativas, ansiedades y reacciones que afectan el funcionamiento social y psicológico de manera negativa (2009, p. 37). Finalmente, Hausmann *et al.* indican que la discriminación interiorizada en el acceso a la salud produce el retiro o alejamiento del paciente, lo que perjudica su salud en el futuro (2010, p. 40).

### 3. Resultados

Se identificaron patrones asociados a los tres niveles de discriminación en el acceso a los servicios de salud de las mujeres de los dos bateyes (más de 250 referencias). Los determinantes de discriminación más importantes en los tres niveles fueron: residencia en el batey, raza negra, ascendencia haitiana, falta de recursos financieros y lengua materna *créole*. Estos factores contribuyeron a lo que la OPS define como la exclusión del sistema de salud por la “falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud [porque] las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales [...] [y por] falta de [...] calidad y dignidad” (OPS, 2003, p. 6).

#### 3.1 Perfil sociodemográfico de las mujeres en los dos bateyes

La mayoría (85.9%) de las mujeres encuestadas tenía menos de 55 años de edad y el 64.6% de ellas se había casado o vivía en unión libre. Casi un tercio (29.3%) de las encuestadas nació en Haití, proporción que representa más de 7 veces el estimado promedio nacional, que se cifra en un 4.7% (Oficina Nacional de Estadística, 2013), pero que a la vez refleja el origen histórico de la población del batey. Un tercio (33.8%) considera el *créole* su lengua materna.<sup>11</sup> 45.3% se identificó como de

11 Esta estadística incluye el 5.6% que señaló ambos idiomas, el español y el *créole*, como lenguas maternas.

raza negra (entre ellas, un tercio había nacido en la República Dominicana y consideraba el español su lengua materna) y solamente el 3.1% se consideró como de raza blanca.<sup>12</sup> Estas cifras señalan que los dos bateyes estudiados cuentan con una población que supera en más de tres veces el promedio nacional de personas de raza negra.<sup>13</sup> La mitad (50.7%) de las encuestadas no completó la escuela primaria, y de hecho se encontró una asociación significativa entre raza y nivel de educación ( $P_f = .006$ ,  $P_c = .009$ ). Solamente el 10% de las encuestadas reportó tener empleo, lo que podría haber sido afectado por el hecho de que se aplicó el cuestionario durante un día y hora de trabajo, lapso de tiempo en que las que estaban empleadas no se encontraban disponibles [Anexo 3].

La mayoría (93.2%) de las encuestadas informó haber visitado un centro de salud en los últimos 6 meses y el 97.3% indicó que frecuentaba los centros de salud pública.<sup>14</sup> El 35.6% indicó tener seguro de salud, lo que representa un porcentaje por debajo del promedio de la cobertura al nivel nacional, que asciende al 43.5% (SeNaSa, 2011).

### **3.2 Discriminación institucionalizada**

La discriminación institucionalizada en el acceso a la salud fue evidente. En las entrevistas y grupos focales hubo más de 150 referencias a los diversos indicadores de discriminación institucionalizada (Figura 2). El estudio de caso indica que el Estado dominicano, a través de la discriminación institucionalizada, brinda un acceso a la salud diferenciado a las mujeres residentes en los bateyes bajo estudio.

Las participantes en los grupos focales del batey en SDE sintieron más el efecto de la discriminación institucionalizada que las de los grupos focales del batey en VA, debido a la marcada falta de servicios, apoyo social y acceso a la información.<sup>15</sup>

12 El 59% de las nacidas en Haití se identificó como de color negro.

13 Al nivel nacional, el promedio de personas de raza negra es 16% y de raza blanca es 11%.

14 Del 97.3%, 17.6% indicó que frecuentaba servicios de salud privada también.

15 La diferencia más marcada entre los dos bateyes es que durante los últimos 5 años el batey en VA se ha beneficiado de una unidad móvil de salud brindada por PRO-FAMILIA, la cual hace visitas cada cuatro o seis meses y distribuye métodos de planificación; en cambio el batey de SDE no tiene acceso a servicios de salud o medicamento ninguno dentro de la comunidad. Adicionalmente, instituciones como MUDHA tienen más de 30 años trabajando con la población del batey en VA en temas como los dere-

Una mujer dominico-haitiana del batey en SDE compartió lo siguiente:

*Tengo que esperar hasta que me muera porque no contamos con el seguro, con el gobierno, con organizaciones, con nadie. Entonces ese es un gran obstáculo.*

Eso contrasta con la percepción de otra mujer haitiana del batey en VA, que describe el beneficio de acudir a los servicios de salud del hospital en el que reconocen el legado de Sonia Pierre y el trabajo de MUDHA:

*Ellos [los médicos] me preguntaron si yo conocía a Sonia, y les dije que no, que no la conocía [...] Sólo porque [marido de mujer hablando] la nombra, la nombró a Sonia Pierre, vieron que él podía decir eso en reunión [con MUDHA] y eso podía quedarle mal a ellos, por eso me pusieron esa inyección.*

La falta de condiciones materiales y la falta de acceso al poder, ambos factores causales de la discriminación institucionalizada, parecen producir situaciones de exclusión de servicios de salud. En este estudio los indicadores de la falta de condiciones materiales fueron: aislamiento geográfico, falta de transporte, déficit en medicamentos y déficit de recursos financieros y humanos. La falta de acceso al poder se expresó a través de barreras económicas, falta de servicios de interpretación *créole*-español y falta de acceso a la información. Todos los entrevistados y participantes en los grupos focales percibieron por lo menos uno de estos factores de la discriminación institucionalizada. Una mujer dominico-haitiana del batey en VA describe la exclusión de los primeros auxilios por estar geográficamente aislada:

*Nosotros quisiéramos, en los terrenos que hay aquí, que alguien que defienda Dios y le tocara su corazón viniera y pusiera un centro. Por lo más pequeño que fuera. Porque un primer auxilio siempre hace falta. Ese cañaveral, ese campo de china, carretera mala... Es que a veces ni tenemos ni un puente. Pero si tenemos un centro, por lo más pequeño que sea, aquí es un primer auxilio. Un niño malo a media noche ahora no hay auxilio.*

Los resultados también sugieren que hay un ciclo en el que la falta de datos censales fidedignos sobre la población migrante y/o residente en bateyes lleva a la no asignación de recursos necesarios para atender sus

chos humanos, la autoestima, servicios legales, etc., mientras que en el batey de SDE MUDHA solo tiene 2 años trabajando.

necesidades de salud. Esto es un indicador de la discriminación institucionalizada, debido a que el déficit de recursos facilita el uso de la discriminación en el acceso que se les da (o no) a los servicios de salud. Así lo explicó un exrepresentante del Ministerio de Salud entrevistado en el marco del estudio:

*Vivimos una realidad donde un por ciento notable de la población en este país no se cuenta en el censo, y por eso existen déficits de recursos y realmente las provincias están con un déficit de medicamento [...] Lo que crea la existencia de tres tipos de doctores, el que vende el medicamento y se queda con el dinero, el que le reclama al haitiano por quitarle el medicamento al dominicano y el que le niega el medicamento a los "otros" para reservárselo a los "mío".*

Esa situación subraya la necesidad, expresada por varios representantes de la sociedad civil, de aumentar el conocimiento de la mujer residente en el batey sobre su derecho a la salud. Un representante de la sociedad civil dice que, por la falta de conocimiento de sus derechos, las mujeres que residen en los bateyes:

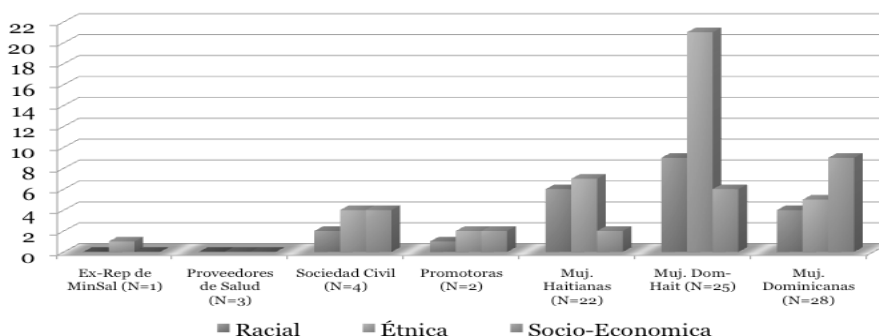
*¡Van al hospital y no encuentran ningún servicio y no lo exigen! No van a la dirección del hospital y dicen «mira yo tengo aquí 3 horas y me tienen que servir porque es mi derecho». Se van y no se atienden.*

Las cuatro personas entrevistadas de la sociedad civil indicaron que, si la mujer conociera sus derechos, podría exigir mejor trato por parte del personal de salud. Esa relación entre el conocimiento y la exigibilidad de derechos se observó entre las participantes de los tres grupos focales en Villa Altigracia, que informaron tener conocimiento de sus derechos a la salud y de exigirlos en el momento en el que percibían una injusticia discriminatoria.

### **3.3 Discriminación personalmente mediada**

La discriminación personalmente mediada por motivos socioeconómicos, raciales y étnicos, en experiencias interpersonales directas, fue evidente en el estudio de caso. De acuerdo con el análisis cualitativo, en las entrevistas y en los grupos focales hubo más de 80 referencias a los indicadores de este tipo de discriminación [Figura 1]. Además, el análisis cuantitativo señaló la discriminación racial y étnica en centros de salud, particularmente contra mujeres de raza negra y/o de lengua materna *créole*.

Figura 1



### 3.3.1 Análisis cuantitativo

El 63.5% de las encuestadas en los dos bateyes dijo haber experimentado por lo menos una de las 8 experiencias de discriminación racial y étnica personalmente mediada en centros de salud. La mayoría de las mujeres indicó que había experimentado por lo menos una de las 8 a menudo (69.2%), y la mayoría indicó haber vivido más de una.

Entre las características sociodemográficas de las mujeres encuestadas (nivel de educación, nacionalidad, país de nacimiento, participación en eventos de MUDHA), la raza y la etnicidad fueron indicadores de la percepción de discriminación racial y étnica en centros de salud [Figura 2]. Entre las mujeres negras, 82.8% informó haber sufrido por lo menos una de las 8 experiencias de discriminación racial y étnica en centros de salud. La mayoría indicó que había experimentado por lo menos una de las 8 experiencias a menudo. Mientras que menos del 55% de las mujeres de raza india, morena o blanca reportó haber sufrido por lo menos una de las 8 experiencias de discriminación.

Figura 2

	Blanca	India-Morena	Negra	Español	Ambos idiomas	Créole
La tratan con menos cortesía	0% (n=3)	31.3% (n=32)	48.3% (n=29)	31.6% (n=38)	33.3% (n=3)	61.1% (n=18)
La tratan con menos respeto	0% (n=2)	29.0% (n=31)	50% (n=28)	28.6% (n=35)	50.0% (n=4)	55.6% (n=18)

Le brindan servicios inferiores	0% (n=2)	24.2% (n=33)	64.3% (n=28)	36.8% (n=38)	50.0% (n=4)	58.8% (n=17)
Le hacen sentir como si usted no fuera inteligente	0% (n=2)	24.2% (n=33)	67.9% (n=28)	29.7% (n=37)	50.0% (n=4)	72.2% (n=18)
Le hacen sentir que usted les está mintiendo	0% (n=1)	29.0% (n=31)	67.9% (n=28)	38.9% (n=36)	66.7% (n=3)	64.7% (n=17)
Le hacen sentir que ellos son mejores que usted	50% (n=2)	36.4% (n=33)	60.7% (n=28)	40.5% (n=37)	50.0% (n=4)	72.2% (n=18)
La han insultado, ofendido	0% (n=2)	27.3% (n=33)	67.9% (n=28)	37.8% (n=37)	25.0% (n=4)	61.1% (n=18)
La han violentado, maltratado	0% (n=2)	16.1% (n=31)	48.3% (n=29)	19.4% (n=36)	25.0% (n=4)	61.1% (n=18)
<b>Discriminación Percibida en Total</b>	<b>33.3%</b> (n=3)	<b>54.5%</b> (n=33)	<b>82.8%</b> (n=29)	<b>52.6%</b> (n=38)	<b>75.0%</b> (n=4)	<b>88.9%</b> (n=18)

Entre las mujeres que consideran el *créole* su lengua materna, el 88.9% dijo haber sufrido por lo menos una de las 8 experiencias de discriminación racial y étnica cuando han acudido a los servicios de los centros de salud. La mayoría indicó que habían experimentado por lo menos una de las 8 experiencias a menudo y el 89.5% indicó haber vivido más de una. Mientras que el 52.6% de las mujeres que consideran el español su lengua materna reportó haber sufrido por lo menos una de las 8 experiencias de discriminación.

### 3.3.2 Análisis cualitativo

Los resultados del análisis cualitativo dan un perfil de la discriminación personalmente mediada en los centros de salud. La discriminación socioeconómica (23 referencias) y la discriminación étnica (40 referencias) fueron mencionadas por todas las personas entrevistadas, con la excepción de dos proveedores de salud. La discriminación racial en el acceso a la salud también se mencionó (22 referencias) en todos los grupos

focales y en las entrevistas de dos de los cuatro representantes de la sociedad civil.

Los recursos financieros y la apariencia fueron los indicadores de la discriminación socioeconómica. El idioma *créole*, el apellido haitiano, la xenofobia y la ascendencia haitiana fueron los indicadores de la discriminación étnica. Finalmente, el color de piel y el tipo de cabello fueron los indicadores de la discriminación racial.

Una representante de la sociedad civil entrevistada relató cómo una mujer dominico-haitiana fue víctima de la discriminación por su estado socioeconómico y su etnicidad:

*Cuando yo la vi inmediatamente vi que estaba en un estado grave, grave de muerte... Era para dejarla internada, porque obviamente ella tenía una sepsis post-aborto. Y no, la dejaron con una receta de antibióticos, una receta de casi 2000 pesos... Una receta que ellos le hubieran puesto en el hospital si la hubieran internado... Pero no la internaron... Entonces la muchacha se fue a su casa y se murió... Cuando yo volví ya había muerto... Ella era dominico-haitiana... Y la madre también porque nadie hablaba español. Nadie podía hablar español ahí. Tenía cuatro niños... Eso es duro decirlo, muy duro, pero ella murió. Si vamos a hacer un acta, si yo fuera el médico que escribiera el acta de defunción de ella, la causa de muerte fue su nacionalidad<sup>16</sup>. Porque era absurdo que ella haya hecho esa sepsis. Y que dos veces ella había ido al hospital y que dos veces la mandaron para su casa. Esos son casos que no se mandan a su casa. Esos son casos que se ingresan. Un paciente grave, hay que ingresarlo. Pero su limitación económica, su limitación de lenguaje y su nacionalidad la hacen víctima de discriminación.*

Las mujeres relataron cómo su estado socioeconómico, su raza morena/negra y/o su etnicidad haitiana han sido motivo de exclusión de los servicios de salud, lo cual expresaron afirmando las siguientes experiencias: les ha sido negado el servicio de salud o medicamento; han sido objeto de un sesgo en la atención; han sido insultadas, maltratadas, interrogadas; y han sido objeto de comentarios prejuiciados, xenófobos y/o racistas.

Las siguientes situaciones identificadas por las participantes se consideraron sesgo en atención: interrogación sobre nacionalidad, ser ignorada, tener que esperar hasta el último paciente, tener que parir en el piso, ser maltratada físicamente, ser insultada con dichos prejuiciosos.

---

16 En este uso de la nacionalidad, la entrevistada se refiere a la etnicidad de la difunta ya que técnicamente su nacionalidad era dominicana y su descendencia étnica haitiana



Mencionaron varios maltratos físicos durante la consulta, entre ellos los rasguños y forcejeos violentos. Los comentarios prejuiciosos incluyeron: ‘mentirosa’, ‘sin higiene’, ‘indisciplinada’ y ‘malnutrida’. Los insultos prejuiciosos más comunes fueron: ‘maldita negra’, ‘maldita haitiana’, ‘bruta’, ‘estúpida’, ‘del diablo’ y ‘malcriada’.

La investigación también reveló la existencia de discriminación personalmente mediada a través de la negación de la existencia de la raza negra o de ascendencia haitiana en la población de nacionalidad dominicana, así como en la asociación exclusiva de la negritud y de la ascendencia haitiana con la nacionalidad haitiana. Estas asociaciones fueron mencionadas durante los grupos focales y las entrevistas sobre el trato en los centros de salud. De acuerdo con estos datos, proveedores de salud amenazaban el derecho a la nacionalidad dominicana de mujeres de ascendencia haitiana y de sus hijos como si la nacionalidad estuviese sujeta a la interpretación arbitraria. Esto se evidenció en el sistema administrativo de los centros de salud. Tres representantes de la sociedad civil y todas las participantes dominico-haitianas de los grupos focales en los dos bateyes informaron sobre este tipo de discriminación. Una mujer dominico-haitiana del batey en VA describió los insultos, maltratos y amenazas de perder la nacionalidad dominicana de su hijo recién nacido por la discriminación racial (por ser negra) y por la discriminación étnica (por ser de ascendencia haitiana):

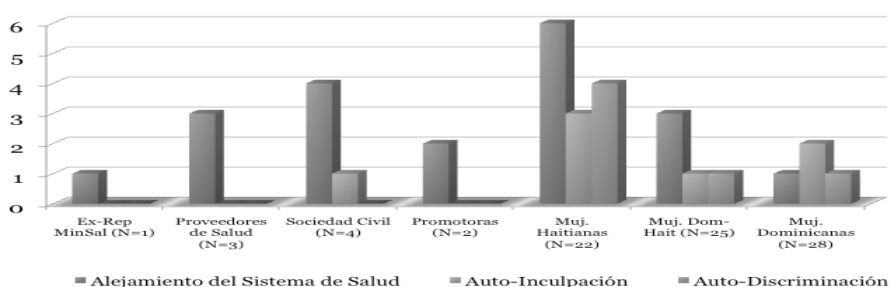
*Y cuando la enfermera me tapaba, me decía: “¡cierra las piernas! Que si tú abres las piernas el muchacho, tú lo vas a matar, tú!»... Y estaba gritando. Y vino la enfermera y me tapó la boca como para que yo no gritara. Y cuando me tapó la boca yo la mordí. Y ella, “Mira maldita negra!”... Pero yo le dije: “usted es negra”. Y por primera vez como que le habían llamado negra. Y cuando yo di a luz, ella dijo: “Vi una negra tener un muchacho blanco!”. Y después pasó todo. Y cuando ella fue a abrigarme, yo le dije: “Cuando usted se refiere a mí, usted tiene que tener mucho cuidado. ¡Yo soy negra y usted carbón! ¡Usted viene después de mí!” Y ella: “No, pero que usted! Aquí no hay negro que no grite, que no sea malcriado, qué sé yo qué, qué sé yo cuánto! Pues ella fue la que me pidió mis datos. Me preguntó si yo tenía cédula. Que cuál era mi apellido. Y me iba a dar un papel rosado, pero [la compañera] dijo: “¡No señor! Ella tiene su cedula. Y usted no puede saber nada porque usted tiene un color más o menos”.*

### **3.4 Discriminación interiorizada**

La investigación también detectó varios patrones de discriminación interiorizada por las mujeres de los dos bateyes bajo estudio (más de 30

referencias) [Figura 3]. Este tipo de discriminación se deriva de los otros dos tipos, la institucionalizada y la personalmente mediada. Por consiguiente, en vez de responsabilizar al sistema o a los proveedores de salud, las mujeres adoptan actitudes de autodiscriminación y autoinculpación por su exclusión del sistema de salud. Tanto las mujeres haitianas que participaron en los grupos focales en las dos comunidades como las dominicanas del batey de VA y las dominico-haitianas de SDE exhibieron este tipo de discriminación.

**Figura 3**



Una mujer dominico-haitiana de la comunidad del SDE, por ejemplo, se desliga de sus propias ascendientes haitianas al afirmar los estereotipos sobre la mujer haitiana como parturienta. En esta instancia se notaba su estrategia de desvincularse de ellas:

*Las haitianas paren mucho... Yo no quiero tener más hijos, pero... no puedo encontrar la pastilla... Ellos piensan que uno sigue teniendo hijos sin cuidarse, pero cuando uno busca para cuidarse ni puede encontrar cómo.*

Varias mujeres haitianas adoptaron el mismo discurso discriminatorio que niega la asociación de la raza negra con la nacionalidad dominicana, vinculándola exclusivamente con la nacionalidad haitiana. Una mujer haitiana del batey en SDE dice:

Tratan a las dominicanas mejor que a nosotras [en los centros de salud], porque nosotras somos negras.

Al experimentar tanta discriminación institucionalizada y personalmente mediada, se observó la autoinculpación y autodiscriminación, es decir, el asumir como propia la responsabilidad de sus dificultades en acceder a servicios de salud dignos. Esta transferencia encubierta demuestra lo difícil que es dismantelar los patrones de discriminación institucionali-

zada o personalmente mediada. Por ejemplo, varias participantes de los grupos focales indicaron que necesitaban mejorar su dominio del español; cuidar su manera de vestir, hablar y/o comportarse; y/o conseguir la documentación para poder recibir un servicio de calidad y un trato digno. Una mujer haitiana del batey en VA comentó:

*El problema que hay en maternidad es cómo nosotras, las haitianas, cuando vamos a maternidad a consultar, si no hablamos bien la lengua, hay enfermeras que no tienen paciencia y médicos por igual, que cuando hablas, no te atienden. Se impacientan porque no te entienden. Si nosotros pudiéramos hablar el idioma, eso mejoraría la atención”.*

Todas las participantes del estudio en los dos bateyes, en algún momento u otro, reportaron haberse alejado de los servicios de salud por motivo de discriminación interiorizada. Las mujeres deciden no acudir a la atención médica por factores tales como la falta de recursos, el ‘camino malo’, la falta de transporte o por miedo de ser objeto de insultos, maltratos, agresiones del personal o proveedores de salud. Los expertos en la temática también reconocieron el alejamiento del sistema de salud de las mujeres residentes en bateyes, debido a las barreras que enfrentan cuando intentan acudir al centro. Uno de los proveedores de salud entrevistados explicó:

*Y muchas veces no vuelven por el asunto de recursos y [porque] no pueden pagar. Y sinceramente no vuelven. Por la distancia, por las dificultades que tienen que enfrentar, no vuelven.*

### **3.5 Otros patrones**

Además de la presencia de los tres niveles de discriminación, se encontraron otros patrones, tales como la discriminación de género y los mecanismos de enfrentamiento.

#### **3.5.1 Discriminación de género**

Se detectaron varios patrones de discriminación de género en el acceso a los servicios de salud. Primero, la mujer hace más uso del sistema de salud que el hombre (Casas-Zamora y Gwatkin, 2002, pág. iv), por razones tanto biológicas como sociales, lo que aumenta la frecuencia con la que enfrenta los tres niveles de discriminación en el acceso a la salud descritos en el estudio. Esto fue evidente en los grupos focales, ya que

las mujeres que participaron en ellos señalaron su necesidad de acudir a los servicios de salud por causa de su rol social en el cuidado de la salud de las personas ancianas y de los menores de edad de la familia y para atender su salud sexual y reproductiva. Otros factores que sufrían de manera más aguda que los hombres, por la discriminación de género, eran: la falta de transporte, el peligro de caminar sola para salir de batey y la falta de recursos financieros. La promotora del batey en VA lo resumió de la siguiente manera:

*Entonces el hospital público al que más maltrata y golpea es al pobre, sobre todo a la mujer.*

### **3.5.2 Mecanismos de enfrentamiento**

Al sufrir situaciones discriminatorias en los centros de salud, las mujeres de los grupos focales dijeron emplear varios mecanismos de enfrentamiento. Entre ellos, para poder acceder a los servicios de salud, se afirmó la necesidad de contar con sus compañeras de la comunidad, ir acompañadas de alguien que tenga “un carácter fuerte”, de hacer una “bulla”, de tener la autoestima alta y contar con la capacidad de superación. En las palabras de una mujer dominico-haitiana del batey en VA:

*Le digo a la persona de piel negra, o de un apellido de ascendencia haitiana, que no sienta vergüenza por su color de piel o su apellido. Somos seres humanos, todos... Y aquí, en el batey, cuando tenemos una emergencia... nos valemos una a la otra como hermanas.*

## **4. Discusión**

El estudio de caso exploró las disparidades en acceso a los servicios de salud, por motivo de discriminación racial y étnica, de las mujeres migrantes haitianas, dominico-haitianas y dominicanas de dos bateyes en Santo Domingo. Esto se hizo a partir de los relatos e informaciones suministradas por ellas y por varios expertos del área. El estudio encontró que la mujer que con más frecuencia enfrenta la discriminación en los centros de salud es la de piel negra o de lengua materna *créole*, características asociadas con la mujer migrante y de ascendencia haitiana.

Las participantes en los grupos focales relataron haber vivido los tres tipos de discriminación en cuanto a su acceso a los servicios de salud.

Todos los expertos en la temática reconocieron la discriminación institucionalizada e interiorizada. Los proveedores de salud fueron los únicos que negaron la presencia de la discriminación personalmente mediada. No obstante, el análisis cuantitativo confirma la tasa de discriminación racial y étnica personalmente mediada percibida por las mujeres encuestadas. Más del 83% de las mujeres que consideraban el créole como su lengua materna o que identificaron el color de su piel como negro informó haber sufrido la discriminación racial y étnica en centros de salud; lo que difiere notablemente del 55% que informó lo mismo en los grupos de mujeres que consideraban el español como su lengua materna o que identificaron el color de su piel como blanco, indio o moreno. Otros patrones en el estudio sugieren que las mujeres posiblemente enfrentan los 3 niveles de discriminación en salud con más frecuencia que los hombres del batey, y que la política de intervención de las ONG muestra tener un efecto notable en la percepción, por parte de las mujeres residentes en los bateyes, de la discriminación en el acceso a los servicios de salud.

El estudio pretende hacer un aporte a la literatura académica sobre la discriminación racial y étnica contra la mujer migrante haitiana o de ascendencia haitiana en la República Dominicana. Se espera que el mismo sea tema de debate para aquellas personas que trabajen los temas de derechos humanos de las personas migrantes y de salud y que consideren emplear las herramientas necesarias (como la escala que aquí se usa u otras) para evaluar la presencia de discriminación racial y étnica en el acceso a los servicios de salud.

## 5. Limitaciones

A la hora de interpretar los resultados de la investigación, hay que tener en cuenta que la misma fue diseñada como estudio exploratorio de una muestra pequeña. Por tanto, el universo de datos no es suficiente para detectar, a través del análisis estadístico, los matices que pudieran existir entre las variables. La muestra de las encuestadas representó alrededor del 40% de las mujeres de los dos bateyes, las cuales participaron voluntariamente (Movimiento de Mujeres Dominicano Haitianas, 2011; 2013). Por consiguiente, la muestra sólo refleja la realidad de las personas encuestadas. Además, las encuestas se realizaron durante un día y hora de trabajo, por lo que pudo haber excluido mujeres con empleo. Lamentablemente, no se pudo entrevistar a ningún funcionario actual del Ministerio de Salud, lo que hubiera enriquecido los resultados. Sin

embargo, las diferencias relativas a la discriminación percibida en los centros de salud que se encontraron en la muestra sugieren la importancia de examinar este problema en un estudio con una muestra más grande y representativa.

## 6. Recomendaciones

El Estado dominicano dice no estar en “capacidad de ofrecer de manera satisfactoria esos beneficios [como la salud] ni siquiera – a los dominicanos” (Gobierno de República Dominicana, 2012, p. 16). No obstante, estos resultados sugieren la importancia de que el Ministerio de Salud evalúe la discriminación en los tres niveles descritos, de modo que considere la raza y la etnicidad al igual que los indicadores de sexo o estado socioeconómico de los pacientes y así pueda tener un perfil integral de la calidad del servicio de salud brindado. Se recomiendan realizar estudios representativos de mayor envergadura sobre el tema. A continuación, se ofrecen recomendaciones para enfrentar los tres tipos de discriminación detectados mediante la investigación.

### A. Discriminación institucionalizada:

*Utilizar la primera Encuesta Nacional de Inmigrantes realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas como base para determinar con más precisión las necesidades financieras y de recursos humanos en la población migrante y de ascendencia extranjera, con miras a reducir los déficits de recursos y de personal en las comunidades aludidas.*

*Desagregar los datos de la población por identidad cultural e identidad racial, para poder detectar las disparidades raciales y étnicas en cuanto a la salud.*

*Expandir los programas de salud brindados por unidades móviles en bateyes que no cuentan con servicios de primeros auxilios (lo que en el presente estudio pareció ser efectivo), de modo que se pueda garantizar un acceso mínimo y oportuno.*

*Construir clínicas de primeros auxilios en comunidades aisladas.*

*Expandir los servicios de interpretación créole-español en los centros de salud, a fin de eliminar este determinante de exclusión.*

## B. Discriminación personalmente mediada:

*Lanzar campañas de sensibilización sobre la tolerancia, la diversidad cultural, racial, y étnica en el sistema de salud.*

*Capacitar al personal administrativo y a los proveedores de salud sobre el actuar ético y las maneras de brindar servicios de salud con dignidad y libre de discriminación.*

## C. Discriminación interiorizada:

*Expandir programas de salud y/o de derechos humanos en las comunidades afectadas para aumentar su conciencia sobre su derecho a la igualdad de trato en los servicios de salud y sobre los mecanismos disponibles para exigir sus derechos, aspectos que, de acuerdo con el estudio, parecieron tener un impacto positivo en la población del batey en VA.*

## Referencias bibliográficas

Amnesty International. *Dominican Republic: Life in Transit - The Plight of Haitian Migrants and Dominicans of Haitian Descent*. Annual Report. London: Amnesty International, 2007.

Bastos, J. L., R. K. Celeste, E. Faerstein y A. J. Barros. "Racial Discrimination and Health: A Systematic Review of Scales with a Focus on their Psychometric Properties". *Social Science & Medicine*. Núm. 70, 2010: 1091-1099.

Bessis, S. *De la exclusión social a la cohesión social. Síntesis del Coloquio de Roskilde*. Paris: UNESCO, 1995.

Bird, S. y L. Bogart. "Perceived race-based and socioeconomic status (SES)-based discrimination in interactions with health care providers". *Ethnicity & Disease*. Núm. 11, 2001: 554-563.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos. *Encuesta de Demografía y de Salud: ENDESA 2002*. Santo Domingo: CESDEM, 2003.

CESDEM y Macro International Inc. *Encuesta Demográfica y de Salud 2007*. Santo Domingo: CESDEM y Macro International Inc, 2008.

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. *Informes Presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 9 de la convención*;

*informes periódicos 13 y 14 que debían presentarse en 2010: República Dominicana.* Geneva: CERD/C/DOM/13-14, 2012.

Diene, Doudou y Gay McDougall. *Report of the Special Rapporteur on Contemporary Forms of Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance, Doudou Diene, and the Independent Expert on Minority Issues, Gay McDougall.* Official Report, Seventh Session, Human Rights Council. New York: United Nations, 2008.

Duany, J. (2006). "Racializing Ethnicity in Spanish-Speaking Caribbean: A Comparison of Haitians in the Dominican Republic and Dominicans in Puerto Rico". *Latin American and Caribbean Ethnic Studies*. Núm. 2, 2006: 231-248.

Evertsz, F. B. *Braceros Haitianos en la República Dominicana.* Santo Domingo: Taller, 1986.

Evertsz, F. B. y W. Lozano. "La inmigración haitiana contemporánea en la República Dominicana". En W. Lozano y B. Wooding (editores), *Los retos del desarrollo insular.* Santo Domingo: FLACSO y CIES-UNIBE, 2008.

Hausmann, L. R., N. R. Kressin, B. H. Nanusa y S. A. Ibrahim, S. A. "Perceived Racial Discrimination in Health Care and its Association with Patients' Healthcare Experiences: Does the Measure Matter?". *Ethnicity & Disease*. Núm. 20, 2010: 40-46.

Human Rights Watch. *"Illegal People": Haitians and Dominico-Haitians in the Dominican Republic.* New York: Human Rights Watch, 2002.

Jones, C. P. "Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale". *American Journal of Public Health*. Agos. 90(8), 2000: 1212-1215.

Lozano, W. y B. Wooding. *Los retos del desarrollo insular.* Santo Domingo: FLACSO and CIES-UNIBE, 2008.

Movimiento de Mujeres Dominico-Haitianas. *Censo de los bateyes.* Santo Domingo: Movimiento de Mujeres Dominico-Haitianas, 2011.

Movimiento de Mujeres Dominico-Haitianas. *Censo de los bateyes.* Santo Domingo: Movimiento de Mujeres Dominico-Haitianas, 2013.

Open Society. *Dominicans of Haitian Descent and the Compromised Right to Nationality. Report presented to the Inter-American Commission on Human Rights on the Occasion of its 140<sup>th</sup> Session.* Washington: Open Society Institute, 2010.



Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. «Capítulo IX: Situación de los trabajadores migrantes haitianos y sus familias en la República Dominicana». *Informe sobre la situación de los derechos humanos en la República Dominicana*. Washington: Organización de los Estados Americanos, 1999.

Organización Panamericana de la Salud. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de Salud, 2003.

Organization of American States. Inter-American Commission on Human Rights. (1991). «Chapter V: Situation of Haitians in the Dominican Republic». *Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights*. Washington: Organization of American States, 1991.

Pan American Health Organization. (2007). «Dominican Republic». *Health in the Americas 2007, II*. Washington: PAHO, 2007.

Peek, M. E., M. Núñez-Smith, M. Drum y T. T. Lewis. «Adapting the Everyday Discrimination Scale to Medical Settings: Reliability and Validity Testing in a Sample of African American Patients». *Ethnicity & Disease*. 21(4), 2011: 502-509.

Pelletier, P. «Criterio de la Corte Inter-Americana de Derechos Humanos respecto a las migraciones y su impacto en la República Dominicana». *Revista Jurídica Universidad Interamericana de Puerto Rico*. Ago.-may. 2011-2012: 805-817.

Pérez-Then, E., M. Miric, A. Canario, E. Martínez, M. Martínez, M. C. Roa et al. *Encuesta nacional de percepción de usuarias respecto a los servicios públicos de maternidad en República Dominicana*. Santo Domingo: Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil, Oficina Nacional de Estadística (ONE), Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, 2010.

Petrozziello, A. J. *Haitian Construction Workers in the Dominican Republic: Exploratory Study on Indicators of Forced Labor*. Calverton: Observatorio Migrantes del Caribe (OBMICA) for ICF International, 2012

Pons, F. M. *El Batey. Estudio socioeconómico de los bateyes del Consejo Estatal del Azúcar*. Santo Domingo: Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales, Inc., 1986.

Quach, T., A. Nuru-Jeter, P. Morris, L. Allen, S. J. Shema, J. K. Winters et al. «Experiences and Perceptions of Medical Discrimination Among a Multiethnic Sample of Breast Cancer Patients in the Greater San Fran-

cisco Bay Area, California». *American Journal of Public Health*. 102 (5), 2012: 1027-1034.

Rathe, M. L. y A. M. Moliné. «Sistema de Salud de República Dominicana». *Salud Pública de México*. 53(2), 2011: S255-S264.

República Dominicana. *Constitución de la República Dominicana*. Santo Domingo, 2010.

República Dominicana. INAZUCAR. “En los bateyes las gentes han perdido todas las esperanzas”. *Boletín*, 2000.

República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. *Indicadores básicos de salud República Dominicana 2011*. Santo Domingo: SESPAS, 2011.

República Dominicana. Oficina Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2012)*. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística, 2013.

República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. 2006. *Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un acuerdo nacional por la excelencia de la salud*. Santo Domingo: Santo Domingo: SESPAS.

República Dominicana. Seguro Nacional de Salud. *Gestión 2010*. Santo Domingo: Seguro Nacional de Salud, 2011.

Reyes-Santos, I. «Afro-descendencia y pan-americanismo en el pensamiento antillanista del siglo diecinueve». *Estudios Sociales*. XLI(154), 2013: 29-51.

Sagas, E. *Race and Politics in the Dominican Republic*. Gainesville: University of Florida Press, 2000.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y Centro de Investigación y Estudios de Gerencia en Salud. *Estudio de la exclusión social en salud y de los sistemas de protección social en salud de la República Dominicana*. Santo Domingo: SESPAS, 2001.

Simmons, D. “Structural Violence as a Social Practice: Haitian Agricultural Workers, Anti-Haitianism, and Health in the Dominican Republic”. *Human Organization*. 69(1), 2010:10-18.

Smedley, B. D., A. Y. Stith y A. R. Nelson (editors). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2003.

Tejeda, A. (2001). *Bateyes del Estado*. Santo Domingo: USAID.

Thorburn, S. y L. Bogart. "African American Women and Family Planning Services: Perceptions of Discrimination". *Women & Health*. 42(1), 2005: 23-39.

Torres, C. "Descendientes de africanos en la región de las Américas y equidad en materia de salud". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 11(5/6), 2002: 471-479.

United Nations. *International Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination*. New York: United Nations, 1965.

Verrijp, A. *Respiramos el mismo aire*. Santo Domingo: Movimiento de Mujeres Dominicano-Haitiana (MUDHA), 1997.

Williams, D. y S. Mohammed. "Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research". *Journal of Behavioral Medicine*. 32(1), 2009: 20-47.

Wooding, B. "Como cerdos en el lodo: nuevos retos de la sociedad civil frente la discriminación y la apatridia en la República Dominicana". En W. Lozano y B. Wooding (editores), *Los retos del desarrollo insular*. Santo Domingo: FLACSO and CIES-UNIBE, 2008a

Wooding, B. "Contesting Dominican Discrimination and Statelessness". *Peace Review: A Journal of Social Justice*. 20(3), 2008b: 366-375.