



SALUD SIN ESTIGMAS:

MITOS Y REALIDADES SOBRE LA ATENCIÓN A LA
SALUD DE LAS PERSONAS HAITIANAS EN REPÚBLICA
DOMINICANA

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODOLOGÍA Y DATOS	5
2.1 Análisis de la Información del Servicio Nacional de Salud (SNS)	5
2.2 Multiple Indicator Cluster survey (MICS)	6
2.3 Fuentes estadísticas secundarias	7
2.4 Evidencia cualitativa	7
3. DERECHO Y NORMAS INTERNACIONALES	7
4. MITOS Y REALIDADES SOBRE EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS HAITIANAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	11
4.1 ¿Cuáles son las causas detrás del problema de acceso a la salud en República Dominicana?	11
4.2 El mito de la saturación: ¿Las personas haitianas generan una presión desproporcionada en los servicios de salud?	13
4.3 Las personas haitianas históricamente han tenido menor acceso a la salud sus determinantes sociales	19
4.4 El nuevo protocolo incrementará la desigualdad limitando el acceso de las personas haitianas a los servicios de salud	22
4.5 La política migratoria actual en materia de salud es contraproducente para la salud de todas las personas que viven en república dominicana	23
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
6. ANEXO ESTADÍSTICO	27
6.1 Análisis estadístico con el panel del SNS y Modelo de efectos fijos para evaluar potenciales impactos en ocupación de camas	27
6.2 Modelo de regresión de partos por nacionalidad para corregir por factores estacionales	28

Foto de portada: Mujeres haitianas son trasladadas por oficiales de migración a una patrulla en frente de un hospital en Santo Domingo, el 21 de abril de 2025. La República Dominicana comenzó a pedir documentación a personas extranjeras que buscaban utilizar servicios de salud en los hospitales públicos del país, una política con el objetivo de controlar la migración haitiana, la cual ha tenido como resultado la detención de casi 90 mujeres y 48 menores. (Photo by Erickson POLANCO / AFP) (Photo by ERICKSON POLANCO/AFP via Getty Images)

En este informe Amnistía Internacional analiza el protocolo migratorio en hospitales públicos de República Dominicana. De acuerdo con el análisis realizado con base en datos oficiales y entrevistas, el protocolo discrimina a personas haitianas, limita su acceso a la salud y refuerza estigmas racistas. Estas medidas no tienen justificación en materia de salud pública y afectan negativamente a toda la población.

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe examina la medida migratoria adoptada en hospitales públicos de República Dominicana a partir de abril de 2025, que condicionan el acceso a la atención médica a la presentación de documentos de identidad y de estancia legal en el país,¹ y establecen la deportación de quienes no los posean. A partir de un análisis estadístico de datos oficiales del Servicio Nacional de Salud (SNS) y encuestas internacionales, Amnistía Internacional demuestra que esta política carece de sustento empírico y justificación en términos de política de salud pública, refuerza discursos e impactos discriminatorios y pone en riesgo el derecho a la salud de las personas haitianas y de las personas dominicanas en general.

Amnistía Internacional realizó un análisis estadístico con información del Reporte de producción de servicios y atenciones en salud en establecimientos del nivel complementario de la red pública SNS y con la Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2019 de UNICEF. Adicionalmente, se realizaron entrevistas con media docena de personas expertas profesionales y académicas en materia de salud pública, medicina y cooperación internacional, además de personas haitianas usuarias de servicios públicos.

Amnistía Internacional concluye que las medidas establecidas en el protocolo de salud y las razones señaladas por el gobierno de República Dominicana no son compatibles con lo establecido en el marco internacional de los derechos humanos, particularmente en materia de acceso a la salud sin discriminación. En cambio, contribuyen a promover prejuicios raciales y estereotipos y alejan a los haitianos que necesitan atención médica de los servicios de salud, lo que es contrario al derecho a la salud.

Esta narrativa racista equipara el nacionalismo dominicano con un discurso anti haitiano, percibe a las personas haitianas como inferiores y/o como un enemigo externo.² Este discurso político desvía la atención del público de otros problemas reales y apremiantes. Como resultado, el gobierno de República Dominicana no ha tomado las medidas necesarias para resolver los problemas estructurales de su sistema de salud, lo cual tiene amplias repercusiones en el derecho a la salud de la población del país, y se caracteriza por la falta de inversión en salud pública, y la baja disponibilidad de recursos materiales y humanos.

En cambio, Amnistía Internacional encuentra evidencia que señala que existen brechas en el acceso a servicios de salud de las personas haitianas en materia de indicadores de acceso, resultados, cobertura y sus determinantes sociales de salud.

De acuerdo con la evidencia recabada de personas expertas en salud pública del sistema dominicano y en cooperación internacional, el protocolo de salud podría potencialmente ser contraproducente para la salud de todas las personas que viven en República Dominicana, y de atención a grupos en situación de vulnerabilidad.

Por estas razones, Amnistía Internacional formula las siguientes recomendaciones:

- Detener la implementación del protocolo de salud en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), toda vez que dichas acciones no están justificadas, son discriminatorias y no son acordes con el marco internacional de los derechos humanos.
- Establecer mecanismos de coordinación entre el SNS, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la salud, y la cooperación internacional, para establecer acciones de protección enfocadas a atender enfermedades prevalentes en las personas haitiana y grupos en situación de vulnerabilidad.
- Establecer acciones en materia de inversión pública para garantizar la disponibilidad de recursos financieros, materiales y humanos que reduzcan las brechas de acceso, incluyendo medidas de protección y aseguramiento de las personas haitiana sin discriminación.

¹ Pasaporte con visado vigente o carnet de trabajo emitido por la Dirección de Migración

² Friedrich-Ebert-Stiftung, "Racismo y Poder en la narrativa política dominicana", marzo 2025, <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/22010.pdf>

1. INTRODUCCIÓN

Amnistía Internacional ha documentado que, a pesar de la crisis humanitaria y de seguridad por la que atraviesa Haití, el número de deportaciones se ha incrementado.³ De acuerdo con la Dirección General de Migración (DGM) de República Dominicana, más de 285 mil personas han sido deportadas a Haití de inicio de año a septiembre de 2025,⁴ sin existir de por medio una evaluación individualizada y justa de sus necesidades de protección internacional. Esta política de deportaciones colectivas, al afectar desproporcionalmente a personas haitianas y estar basada en el uso de perfilamiento racial constituye una política racista en contra de las personas migrantes, solicitantes de refugio, en situación de apatridia y dominicanas de ascendencia haitiana.⁵ Diversos medios internacionales han documentado la crueldad en las deportaciones de personas haitianas en hospitales públicos, particularmente de mujeres embarazadas.⁶

El 6 de abril de 2025, el presidente de República Dominicana anunció un conjunto de medidas en materia migratoria con el objetivo de “garantizar la paz, la seguridad y la soberanía.” Una de las medidas consistió en establecer el “Procedimiento de gestión de los servicios de salud a pacientes extranjeros” (de aquí en adelante llamado “protocolo”)⁷ un protocolo para establecer condiciones para la atención de personas extranjeras en hospitales, sujeto a la presentación de documentos de identidad y documentos de estancia legal.⁸ De acuerdo con la medida, todas aquellas personas que no presentaran estos documentos tendrán que pagar la facturación de los insumos médicos como medicinas y, después de su atención, serán trasladados a detención migratoria para eventualmente su deportación. Adicionalmente, el gobierno dominicano no ha establecido una ruta para la regularización de la situación migratoria de personas haitianas.

En respuesta, el 23 de abril de 2025 Amnistía Internacional señaló que dichas medidas:

“(...) acentúan el desafío del gobierno a las obligaciones internacionales adquiridas por el Estado dominicano y las recomendaciones de derechos humanos emitidas al país por parte de organismos internacionales. Además, violan el propio principio constitucional de la República Dominicana sobre acceso gratuito y universal a la salud, institucionalizando la discriminación contra todas las personas migrantes, pero más directamente a las personas haitianas sin documentación, solicitantes de asilo, personas en situación de apatridia y personas dominicanas de ascendencia haitiana.”⁹

De acuerdo con cifras de la DGM, durante el primer mes de entrada en vigor del protocolo, se realizaron 642 acciones operativas en hospitales públicos de República Dominicana, con la detención de 2,188 personas, que incluyen a 559 personas parturientas y 648 niños, niñas y adolescentes.¹⁰

De acuerdo con el Ministerio de Salud de República Dominicana, el “Procedimiento de Gestión de los Servicios de Salud para Pacientes Extranjeros” responde “a la necesidad de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, asegurar una atención equitativa a la población y dar cumplimiento al protocolo de Control Migratorio definido por la Dirección General de Migración.”¹¹

³ Amnistía Internacional, “I’m a Child, Why Did This Happen to Me?: Gangs’ Assault on Childhood in Haiti” (Index: AMR 36/8875/2025), 12 de febrero de 2025, <https://www.amnesty.org/en/documents/amr36/8875/2025/en/>

⁴ Presidencia de la República Dominicana: Dirección General de Migración, “DGM deporta 34,873 indocumentados en septiembre y eleva a 370,240 los devueltos a su país de origen en un año”, 2 de octubre de 2025, <https://presidencia.gob.do/noticias/dgm-deporta-34873-indocumentados-en-septiembre-y-eleva-370240-los-devueltos-su-pais-de>

⁵ Amnistía Internacional, “República Dominicana: Pongan fin a las políticas racistas contra personas migrantes” (Index: AMR 27/9277/2025), 21 de abril de 2025, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr27/9277/2025/es/>

⁶ BB Mundo, “‘Mi hermana está recién parida y la tienen detenida’: las ‘cruelles’ redadas en hospitales de República Dominicana en las que arrestan a embarazadas haitianas para deportarlas”, 25 de abril de 2025, <https://www.bbc.com/mundo/articulos/cd7vj03j9n8o>

⁷ Presidencia de la República Dominicana, “Presidente Abinader anuncia 15 medidas para enfrentar la migración ilegal y garantizar la soberanía nacional ante la crisis haitiana”, 6 de abril de 2025, <https://migracion.gob.do/dgm-detiene-1824-nacionales-haitianos-y-deporta-a-otros-760-por-estatus-ilegal/>

⁸ Visado vigente, carta de trabajo, o prueba domiciliaria

⁹ Amnistía Internacional, “República Dominicana: Protocolo de salud acentúa racismo en las políticas migratorias”, 23 de abril de 2025, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2025/04/república-dominicana-protocolo-de-salud-racismo-políticas-migratorias/>

¹⁰ Presidencia de la República Dominicana: Dirección General de Migración, “DGM detiene 1,824 nacionales haitianos y deporta a otros 760 por estatus ilegal”, 1 de junio de 2025, <https://presidencia.gob.do/noticias/dgm-deporta-34873-indocumentados-en-septiembre-y-eleva-370240-los-devueltos-su-pais-de>

¹¹ Servicio Nacional de Salud, “Directores SNS y Migración supervisan aplicación protocolo de atención a pacientes extranjeros”, 21 de abril de 2025, <https://sns.gob.do/publicaciones/directores-sns-y-migracion-supervisan-aplicacion-protocolo-de-atencion-a-pacientes-extranjeros/>

Dicho protocolo consiste en la aplicación de disposiciones especiales en hospitales de la red pública del Servicio Nacional de Salud (SNS), que consisten en 1) desplegar personal de migración permanentemente en 33 hospitales identificados como los de mayor asistencia de “extranjeros en situación irregular”; 2) deportar a cualquier persona extranjera que no presente la documentación requerida por las autoridades migratorias; 3) cobrar los insumos y medicamentos utilizados a quienes no cumplan los requisitos antes señalados, exonerando costos de honorarios y administrativos, y, de acuerdo con las autoridades migratorias, 4) garantizar la atención de salud de todos los procedimientos, independientemente del estatus migratorio.¹²

Este informe muestra que, de acuerdo con las estadísticas oficiales del Servicio Nacional de Salud, la política migratoria en materia de salud no está basada en evidencia sobre cómo proteger y garantizar el acceso a la asistencia sanitaria; en cambio, contribuye a la construcción de un discurso racista y estigmatizante por parte del gobierno de República Dominicana y a generar impactos discriminatorios hacia las personas haitianas y dominicanas de ascendencia haitiana. Los resultados del análisis estadístico realizado por Amnistía Internacional muestran que las acciones tomadas por el gobierno pueden incrementar la desigualdad en el acceso a la salud y sus determinantes sociales, y son contraproducentes para garantizar la salud de todas las personas que viven en República Dominicana.

2. METODOLOGÍA Y DATOS

Amnistía Internacional obtuvo evidencia cualitativa y cuantitativa sobre el acceso a la salud de las personas haitianas, y evaluó con dicha evidencia algunos argumentos presentados por el Gobierno que ha utilizado para justificar la implementación del protocolo. Para ello, se propuso una estrategia metodológica mixta, prevalentemente cuantitativa con un complemento cualitativo que permitiera conocer de manera integral la oferta y demanda de servicios de salud de las personas haitianas, así como el estado general del sistema de salud en República Dominicana con base a estándares internacionales.

Los tres insumos cuantitativos son 1) un panel de establecimientos de salud del Servicio Nacional de Salud (SNS) con información complementaria a nivel provincial y municipal, 2) una encuesta de hogares, y 3) fuentes secundarias como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El insumo cualitativo utilizado son entrevistas realizadas a personas expertas en salud pública y cooperación internacional, y a personas haitianas pacientes y usuarias de servicios de salud en República Dominicana. El software utilizado para el análisis estadístico fue Stata 19, mientras que los mapas y visualizaciones se hicieron a través de Microsoft Excel y R.

2.1 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS)

Amnistía Internacional generó un panel de datos con información del Reporte de producción de servicios y atenciones en salud en establecimientos del nivel complementario de la red pública SNS.¹³ Estos establecimientos de segundo y tercer nivel¹⁴ y de mediana complejidad prestan servicios tanto de atención ambulatoria como de hospitalización especializada. El panel consiste en una base de datos panel con información trimestral de 192 establecimientos como unidad principal de análisis, del primer trimestre de 2023 al primer trimestre de 2025. La información de establecimientos de segundo y tercer nivel se encuentra desagregada por nacionalidad, lo cual permite identificar aquellos servicios de salud prestados a personas haitianas y dominicanas.

Las variables del panel del SNS incluyen el departamento de salud, la provincia y municipio donde se encuentra cada establecimiento, el número de consultas, el tipo de consultas, número de emergencias, número de hospitalizaciones, número de estudios de laboratorio, número de estudios de imagen, partos

¹² Servicio Nacional de Salud, “Directores SNS y Migración supervisan aplicación protocolo de atención a pacientes extranjeros”, 21 de abril de 2025, <https://sns.gob.do/publicaciones/directores-sns-y-migracion-supervisan-aplicacion-protocolo-de-atencion-a-pacientes-extranjeros/>

¹³ Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

¹⁴ Los establecimientos de salud pueden clasificarse de acuerdo con el tipo de atención que brindan. Aquellos de primer nivel brindar servicios básicos como consultas ambulatorias, vacunación, medicina general y familiar, etc. Aquellos de segundo y tercer nivel son de mediana y alta complejidad, respectivamente, y proveen servicios de mayor especialidad, exámenes más complejos, hospitalización, entre otros.

totales, tipo de partos, número de camas, entre otras. La mayor parte de la información identifica el número de personas de nacionalidad dominicana y haitiana. Al respecto, es importante señalar que no se cuenta en la base de datos con información detallada de cómo se contabiliza la nacionalidad de las personas atendidas: si es por auto identificación, si es por documentos de identidad, o si dicha información esta sistematizada a través de todo el sistema. Ello puede tener como riesgo que exista una sobrerrepresentación de la población identificada como haitiana en dicha contabilidad.¹⁵

Con esta información, se realiza un análisis con estadísticas descriptivas y modelos econométricos de regresión con datos panel para medir si 1) la demanda de servicios de salud por parte de las personas haitianas ha ido en aumento y si 2) esta demanda por servicios está asociada con una saturación del sistema de salud. Si bien la evidencia presentada no necesariamente muestra en todos los casos relaciones y/o efectos de impacto o causales en términos estadísticos- ya que no se tiene información aún de trimestres posteriores a abril de 2025- los métodos a analizar en el panel toman en consideración los efectos fijos de características de las clínicas y municipalidades que no varían en el tiempo, reduciendo potenciales sesgos de estimación por variables omitidas en el término de error. La información detallada de la metodología y resultados se encuentra en el Anexo Estadístico.

Para este análisis, no se contemplan los establecimientos del primer nivel de atención, al no contar con información sobre pacientes catalogados como personas haitianas y además debido a que el protocolo se refiere explícitamente a su aplicación en los establecimientos de salud de nivel secundario. Aunque el análisis no cuenta con esta información para el sector privado, los servicios prestados por el SNS representan el 89% de las cirugías totales, el 95% de las emergencias, y el 98% de las cirugías (incluyendo partos) de todo el país.¹⁶

Adicionalmente a los datos del SNS, el modelo econométrico arriba mencionado agrega al panel utilizado datos anuales con nivel de agregación provincial y regional,¹⁷ con el objetivo de realizar un análisis que tome en cuenta factores no observables a nivel centro de salud que pudieran ser relevantes en dicho análisis.

Primero, del Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM) del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo se obtuvieron datos a nivel provincia de República Dominicana correspondientes a pobreza monetaria, pobreza multidimensional, desigualdad, y población total de la provincia.¹⁸ Después, se incluye en el análisis el presupuesto programado de atención de establecimientos de primer nivel por región de los informes físicos-financieros trimestrales del SNS de 2023 a 2025.¹⁹

2.2 MULTIPLE INDICATOR CLUSTER SURVEY (MICS)

Para analizar el estado de salud y determinantes sociales dentro de los hogares, se analizó la Encuesta del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) “Multiple Indicator Cluster Survey” (MICS) 2019 para República Dominicana, que es la encuesta de hogar más actualizada en materia de salud que permite obtener información a nivel hogar e individual para diferentes grupos demográficos.²⁰ A través de esta encuesta, Amnistía Internacional realiza un análisis de las brechas que existen en indicadores clave en materia de acceso a la salud a través de un análisis de estadísticas descriptivas.

La encuesta se realiza a través de un muestreo multi etapa por conglomerados. La unidad de análisis de dicha encuesta es a nivel hogar y persona. Se toma en cuenta las unidades primarias de muestreo, estratos y factores de expansión de diferentes poblaciones para estimar todos los cálculos. Como el

¹⁵ Ello se debe a que existen personas apátridas nacidas en República Dominicana de ascendencia haitiana que no cuentan con documentos y pueden ser clasificados indebidamente como nacionales haitianos. Para más información se puede consultar: “Without papers, I am no one: Stateless people in the Dominican Republic” (Index: AMR 27/2755/2015), <https://www.amnesty.org/en/documents/amr36/8875/2025/en/>

¹⁶ Oficina Nacional de Estadística (ONE), “Indicadores del Sector Salud por año según institución, 2003-2024”, consultado el 15 de junio de 2025, <https://www.one.gob.do/media/efipt35h/indicadores-de-salud-sector-p%C3%BAblico-por-a%C3%B1o-seg%C3%BAn-instituci%C3%B3n-2003-2024.xlsx>

¹⁷ Es decir, estadísticas sociales y económicas de República Dominicana que se encuentra reportado en diferentes niveles geográficos: a nivel nacional, departamental y municipal.

¹⁸ Ministerio de Economía, Planificación, y Desarrollo, “Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM)”, consultado el 15 de junio de 2025, <https://mepyd.gob.do/sisdom/>

¹⁹ SNS, “Presupuesto”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://sns.gob.do/transparencia/presupuesto/#46-3013-wpfd-trimestre-enero-marzo-2025-informes-fisicos-financieros-trimestrales>

²⁰ UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>

MICS República Dominicana no contempla preguntas para ubicar personas extranjeras ni adscripción étnico racial, se utiliza la lengua materna hablada dentro del hogar como variable proxy para ubicar a las personas haitianas (aquellas que hablan creole o francés dentro del hogar). Esta aproximación metodológica ha sido usada en estudios previos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).²¹ Aunque podrían existir personas que hablen francés o incluso creole y no ser haitianas, se considera una buena variable proxy dado que, de acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Migrantes 2017, el 97.8% de las personas nacidas en Haití que viven en República Dominicana tienen como lengua materna el creole, aunque sólo el 37.6% de los descendientes nacidos en República Dominicana tienen como lengua materna este idioma. En el caso del francés, se retoma este idioma dado que, de acuerdo con la misma fuente, el 78% de las personas que lo tienen como idioma materno habían nacido en Haití.²²

Para los cálculos utilizados se utilizaron las muestras del MICS de 34,982 hogares, 8,502 menores de cinco años, y 22,988 mujeres. Todos los cálculos cuentan con coeficientes de variación para asegurar un grado de precisión menor al 15% (precisión alta); aquellos estadísticos con coeficientes mayores a este umbral y menores a 30% se consideran de precisión moderada y se señalan en las notas al pie de los datos presentados.

2.3 FUENTES ESTADÍSTICAS SECUNDARIAS

Para complementar el análisis con información a nivel nacional sobre gasto en salud y disponibilidad de recursos, se utiliza información estadística de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Mundial sobre gasto público en materia de salud, doctores, enfermeras y camas por cada 10 mil habitantes. Toda la información es comparable internacionalmente y a través del tiempo, para observar las medidas tomadas por el Estado en materia de garantizar el derecho a la salud en su dimensión de acceso y disponibilidad.

2.4 EVIDENCIA CUALITATIVA

Con el fin de obtener información complementaria y de campo sobre la situación que viven las personas haitianas en República Dominicana, se realizaron entrevistas semi estructuradas a dos grupos de personas. Primero, se entrevistaron a ocho personas expertas en salud pública y cooperación internacional que han trabajado con pacientes de origen haitiano o dominicano con ascendencia haitiana. Segundo, se entrevistaron a diez personas haitianas que habían sido usuarias del sistema de salud. 9 de ellas fueron mujeres, y 7 de ellas estaban embarazadas o tenían al menos un hijo nacido vivo. Para proteger la identidad y datos personales de las personas entrevistadas, se usan seudónimos y en el caso de las personas expertas se omiten datos sobre su afiliación o profesión específica.

3. DERECHO Y NORMAS INTERNACIONALES

El principio de no devolución, piedra angular del derecho de las personas refugiadas y principio de derecho consuetudinario, obliga a los Estados a no devolver a ninguna persona, sin importar su estatus administrativo, a cualquier lugar donde su vida y sus derechos humanos puedan estar en riesgo. Los Estados también deben garantizar que las personas pueden solicitar asilo, lo que incluye el derecho a un procedimiento justo y efectivo en el que se examinen sus necesidades de protección internacional.

Amnistía Internacional considera que muchas personas haitianas en República Dominicana deben ser consideradas refugiadas *prima facie*²³ debido a riesgo grave para su vida y sus derechos

²¹ Roberta Builly, Giovanna Gatica-Domínguez, Marilía Mesenburg, Francisco I. Cáceres Ureña, Daniel G.P. Leventhal, Aluísio J.D. Barrios, César G. Victoria y Fernando C. Wehrmeister, "Maternal and child health inequalities among migrants: the case of Haiti and the Dominican Republic", Rev Panamericana Salud Pública, 2020, pág. 44-144

²² Oficina Nacional de Estadística, "Segunda Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana ENI 2017: Informe General", 2018.

²³ De acuerdo con ACNUR, el reconocimiento *prima facie* significa "el reconocimiento de la condición de refugiado por parte de un Estado o del ACNUR con base en circunstancias evidentes y objetivas en el país de origen o, en el caso de los solicitantes de asilo apátridas, el país de su anterior residencia habitual".

humanos si son devueltas a Haití.²⁴ El reconocimiento *prima facie* es una solución pragmática que permite a los Estados realizar una determinación colectiva de la condición de refugiado, basada en la situación objetiva en el país de origen y en los riesgos que grupos de personas correrían de ser devueltas. Permite garantizar protección internacional a grupos de personas que cumplen los criterios para ser consideradas refugiadas sin necesidad de una evaluación individualizada de cada caso; y es aplicable a contextos de crisis humanitaria, violencia generalizada y violaciones masivas de derechos humanos como ocurre en Haití.²⁵

La República Dominicana ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que en artículo 12 protege el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), en su Observación General 14, que proporciona orientación autorizada a los Estados sobre sus obligaciones, exige a los estados que respeten, protejan y cumplan el derecho a la salud, utilizando el máximo de sus recursos disponibles²⁶ y, en particular, que tomen medidas para los grupos en situación de vulnerabilidad o marginalizados.²⁷

Para fines del presente reporte, nos guiaremos por los criterios señalados por el Comité DESC para evaluar si los Estados cumplen su obligación de asignar el máximo de recursos disponibles, que consideran las medidas que tomen para: 1) asegurar que las acciones discrecionales que tome cumplan con el principio de no-discriminación, 2) que aquellas opciones tomadas por parte del Estado se adopten aquellas que restrinjan menos derechos, y que 3) los pasos a seguir por el Estado toman en consideración la situación de desventaja de grupos o individuos que se encuentran en condición de marginación.²⁸

La Observación General 14 también señala la obligación de respetar el derecho a la salud, “absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos (...) los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales”.²⁹ Si bien la misma observación establece los casos en que los Estados pueden limitar el acceso a ciertos derechos por motivos de salud pública, esta limitación debe de ser proporcional, estar justificada con base en razones de salud pública, en línea con las normas internacionales de derechos humanos, buscando objetivos legítimos y necesarios para promover el bienestar general.³⁰

En materia de salud, de acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, toda persona migrante tiene derecho a alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental, así como a los determinantes básicos que la hacen posible. El acceso a los servicios de salud no puede ser restringido en función de la situación migratoria ni condicionado a la presentación de documentos de identidad.³¹

Específicamente, los Estados parte tienen la obligación de respetar el derecho a la salud “absteniéndose de negar o limitar la igualdad de acceso para todas las personas, incluidas... solicitantes de asilo e inmigrantes ilegales”.³² Entre las obligaciones básicas del Estado se encuentran “Garantizar el derecho de acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud sobre

²⁴ Amnistía Internacional, “República Dominicana: Carta abierta: Autoridades dominicanas deben respetar los Derechos Humanos de personas haitianas, personas dominicanas de ascendencia haitiana y activistas”, AMR 27/7897/2024, [República Dominicana: Carta abierta: Autoridades dominicanas deben respetar los Derechos Humanos de personas haitianas, personas dominicanas de ascendencia haitiana y activistas - Amnistía Internacional](#)

²⁵ Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), “Directrices sobre protección internacional 11: Reconocimiento *prima facie* de la condición de refugiado”, HCR/GIP/15/11, 24 de junio de 2015.

²⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 47

²⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafos 12b, 43º, 43f y 52

²⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), “En Evaluation of the Obligation to Take Steps to the Maximum of Available Resources under an optional protocol of the Covenant”, 21 de septiembre de 2007, UN E/C.12/2007/1, párrafo 8

²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 34.

³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafos 28 y 29.

³¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Principios Interamericanos sobre los derechos humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y las víctimas de la trata de personas”, Resolución 04/19, 2019, Principio 35.

³² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 34

una base no discriminatoria, especialmente para los grupos vulnerables o marginados³³ y "adoptar e implementar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública, sobre la base de evidencia epidemiológica, que aborden los problemas de salud de toda la población",³⁴ prestando especial atención a los grupos vulnerables o marginados. Los Estados también tienen la responsabilidad conjunta e individual de ayudar a los refugiados y a los desplazados internos, hasta el máximo de sus capacidades, y deben dar prioridad a los más marginados en la prestación de asistencia médica internacional.³⁵

En materia de salud, la misma Observación establece los determinantes básicos (alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, etc.) y las dimensiones esenciales (accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad) del derecho a la salud.³⁶ Las brechas en el acceso a estas condiciones comúnmente reflejan desigualdades estructurales y discriminación.³⁷ Los Estados deben asegurar que el acceso a la salud esté libre de discriminación por motivos de raza, color de piel, sexo, lugar de nacimiento, entre otros.³⁸

Más aún, el propio Comité DESC en su Observación General 20 en materia de discriminación, reconoce que no se debe impedir el acceso a los derechos amparados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -incluida la salud- y que aplican para todos, sin importar si son personas refugiadas, solicitantes de asilo, apátridas, trabajadores migrantes, sin importar condición jurídica o documentación que posean.³⁹

La protección de los derechos humanos de personas en situación de movilidad y que además se encuentran en situación de vulnerabilidad incluye algunos aspectos relevantes como: la provisión de servicios de salud con calidad,⁴⁰ la provisión de servicios de salud sexuales y reproductivos para mujeres y niñas; asegurarse que los sistemas de salud y los planes de acción de los Estados sean explícitos en no negar servicios de salud por condición migratoria;⁴¹ promover políticas de salud que aseguren el acceso equitativo, asequible y aceptable de la población migrante; asegurar estándares de calidad y compatibles con los derechos humanos de tratamientos obstétricos y prenatales; y desarrollar estrategias- en conjunto con sociedad civil- para promover la continuidad de tratamientos a migrantes con enfermedades crónicas o de largo plazo.⁴²

Los estándares anteriores son especialmente importantes para el contexto de República Dominicana y la situación de las personas haitianas en dicho país.

Las personas haitianas que llegan a República Dominicana huyendo de la violencia y las violaciones de derechos humanos se enfrentan a expulsiones colectivas sin evaluación individualizada de su situación, lo cual vulnera el principio de no devolución, perfilamiento racial, discriminación estructural, condiciones de detención inhumanas, y falta de acceso a asilo. Algunas barreras existentes son la falta de lugares para registrar solicitudes de asilo, la limitación de datos de la Comisión Nacional de Refugiados (CONARE) sobre el estado de las solicitudes de asilo, y la

³³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafos 43 y 52

³⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 34f

³⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 40

³⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafos 4 y 12.

³⁷ Amnesty International, "Unequal and Lethal: Five key actions to recover from the human rights crisis unleashed by the pandemic in Latin America and the Caribbean", AMR 01/5483/2022, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/5483/2022/es/>

³⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 18.

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, 22 de mayo de 2000, UN E/C.12/GC/20, párrafo 30.

⁴⁰ Por calidad se entiende que los proveedores de salud tengan entrenamiento y capacitación para lidiar con diferentes experiencias de violencia y trauma en un entorno social y cultural seguro.

⁴¹ La guía y principios para la protección de derechos humanos de migrantes en situación de vulnerabilidad Alto Comisionado de Naciones Unidas señala, en el Principio 12 la necesidad de establecer atribuciones claras entre los proveedores de salud pública y las autoridades migratorias y otros agentes de seguridad.

⁴² Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Principles and practical guidance on the protection of the human rights of migrants in vulnerable situations, 7 de febrero de 2018, A/HRC/37/34/Add.1, principios 11 y 12.

suspensión del sistema de visado.⁴³ Esas barreras explican algunas de las dificultades a las que se enfrentan muchas personas haitianas para obtener documentación y acceder a un estatus migratorio regular que les permita acceder a la atención sanitaria sin discriminación y sin temor a ser detenidas y devueltas a su país.

Además de su estatus como personas refugiadas, las personas haitianas que viven en República Dominicana enfrentan discriminación racial. De acuerdo con la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, los Estados tienen la obligación de establecer programas para eliminar desigualdades en el acceso y estado de la salud que puedan ser causadas por la discriminación racial y la intolerancia.⁴⁴ Sobre la intersección entre el estatus migratorio y el racismo sistémico, la misma Relatora señala que:

“Además de las diversas vías de racismo estructural descritas anteriormente, la propia migración puede considerarse un factor determinante de la salud que se ve afectado por formas de racismo que pueden estar arraigadas en las leyes, políticas, instituciones, y prácticas de inmigración de los países, que suelen someter a los migrantes a condiciones peligrosas y obstaculizar su acceso a servicios y recursos sanitarios.”⁴⁵ Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Finalmente, en materia de racismo y discriminación, República Dominicana ha ratificado la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. En concreto, la Recomendación General 37 del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la Organización de Naciones Unidas (CERD) señala que todas las personas - independientemente de su estatus migratorio, color de piel, pertenencia a un grupo étnico o racial- tienen derecho a la igualdad en el acceso a la salud libre de discriminación.⁴⁶ Dentro de la misma recomendación, se señalan la prohibición de todas las formas de discriminación, que pueden ser 1) estructurales, por ejemplo, políticas públicas que acentúen las desigualdades en el acceso a la salud; 2) directas, materializadas en negar el servicio a una persona o grupos de personas, o 3) indirectas, políticas de salud que tengan un impacto desproporcionado en un grupo específico.⁴⁷

En materia de atención a mujeres embarazadas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer señala que “los Estados Parte 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.”⁴⁸

En conclusión, el acceso al derecho a la salud es una obligación del Estado dominicano de cara a todas las personas en su territorio, sin importar su situación migratoria, identidad racial, género u otras características. El establecimiento de controles desproporcionados y evidentemente discriminatorios, que condicionan el acceso a los servicios de salud y que en muchas ocasiones incluso desalientan a que las personas accedan a atención médica, es contrario a los derechos humanos y la implementación de este tipo de medidas solo profundiza la xenofobia y el racismo, además de desatender las causas reales de las deficiencias del sistema de salud dominicano.

⁴³ Amnistía Internacional, “República Dominicana: No se puede construir una política migratoria sin derechos humanos”, 7 de julio de 2025, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2025/07/república-dominicana-no-se-puede-construir-una-política-migratoria-sin-derechos-humanos/>

⁴⁴ Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, informe A/77/197: El racismo y el derecho a la salud, párrafo 19.

⁴⁵ Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de la Organización de las Naciones Unidas, informe A/77/197: El racismo y el derecho a la salud, párrafo 28.

⁴⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), Recomendación General 37: relativa a la igualdad y el derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, 1 de febrero de 2025, CERD/C/GC/37, párrafo 5

⁴⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), Recomendación General 37: relativa a la igualdad y el derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, 1 de febrero de 2025, CERD/C/GC/37, párrafos 7, 8, 9 y 10

⁴⁸ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 18 de diciembre de 1979, artículo 12.

4. MITOS Y REALIDADES SOBRE EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS HAITIANAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Existe una percepción negativa de los procesos de movilidad humana y en particular de las personas haitianas en un segmento de la población dominicana y dentro de la clase política. De acuerdo con análisis realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con información de las Encuesta Latinobarómetro, seis de cada 10 personas en República Dominicana creen que las personas migrantes vienen a competir por sus puestos de trabajo y que aumentan las tasas de criminalidad. Sin embargo, más del 70% de las personas en el país reconocen que los inmigrantes (sic) deberían tener el mismo acceso a la salud, educación y vivienda que los locales.⁴⁹

Sin embargo, el mismo estudio advierte que estas percepciones pueden cambiar cuando las personas de un país contrastan sus prejuicios previos con información sobre la situación material que viven muchas personas que tienen que migrar. Al respecto, de acuerdo con el BID:

“Muchas veces las personas construyen opiniones sesgadas sobre la población migrante debido a la falta de contacto con esta población, o por estar influidas por medios de comunicación, o por la transmisión de información basada en hechos erróneos. Las intervenciones que se enfocan en proveer información, de una forma emotiva o de forma informativa, o a fomentar la interacción entre personas migrantes y locales (sic), pueden ser efectivas a la hora de influir sobre la opinión de las personas respecto de la migración.”⁵⁰

Más allá de las percepciones sesgadas arraigadas en la sociedad dominicana, el gobierno de Luis Abinader ha impulsado -con fundamento en estos prejuicios- una narrativa anti-migración haitiana que también se ha acompañado en medidas de política pública como la adopción del protocolo de salud.

En el caso del acceso a la salud, a continuación, se presentan mitos prevalentes que provienen de las declaraciones del Gobierno para justificar el protocolo, de medios de comunicación, y de un discurso político histórico que integró el “anti-haitianismo” a la narrativa de identidad nacional de la República Dominicana.⁵¹ Amnistía Internacional presenta información basada en evidencia empírica y en fuentes secundarias para mostrar, por un lado, los sesgos que presentan las justificaciones sobre la pertinencia y relevancia del protocolo antes mencionado en la discusión del acceso a la salud, y por el otro, la difícil realidad que enfrentan cientos de miles de personas haitianas en cuanto al acceso a la salud.

4.1 ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DETRÁS DEL PROBLEMA DE ACCESO A LA SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA?

El presidente Abinader anunció en febrero del 2025 que su gobierno priorizaría la inversión para los dominicanos en el sistema de salud y que la razón de la situación del servicio público es resultado de la presencia de personas haitianas.⁵² Este discurso promueve una narrativa que estigmatiza a las personas haitianas, personas dominicanas de ascendencia haitiana y personas negras. Pero ¿cuáles son los motivos reales detrás del problema de acceso a la salud en República Dominicana?

El sistema de salud de República Dominicana enfrenta retos importantes para asegurar el acceso efectivo a los servicios públicos de salud. El principal problema en el acceso a la salud pública no está relacionado con la presión en la demanda de servicios de salud por parte de las personas migrantes, sino con el diseño mismo del sistema. De acuerdo con un estudio que calcula un índice multidimensional de rendimiento en materia de salud⁵³ para 18 países de América Latina, República Dominicana se encuentra en el último lugar; algunos de los factores que explican estos resultados son la falta de inversión en infraestructura, la capacitación de recursos humanos, y la cobertura de los sistemas de salud.⁵⁴ De acuerdo con otro estudio del Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe

⁴⁹ Banco Interamericano de Desarrollo, “La opinión pública respecto de la migración en América Latina y el Caribe: Edición 2023”, 2023.

⁵⁰ Banco Interamericano de Desarrollo, “La opinión pública respecto de la migración en América Latina y el Caribe: Edición 2023”, 2023, pág. 22-24

⁵¹ Friedrich-Ebert-Stiftung, “Racismo y Poder en la narrativa política dominicana”, marzo 2025, <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/22010.pdf>

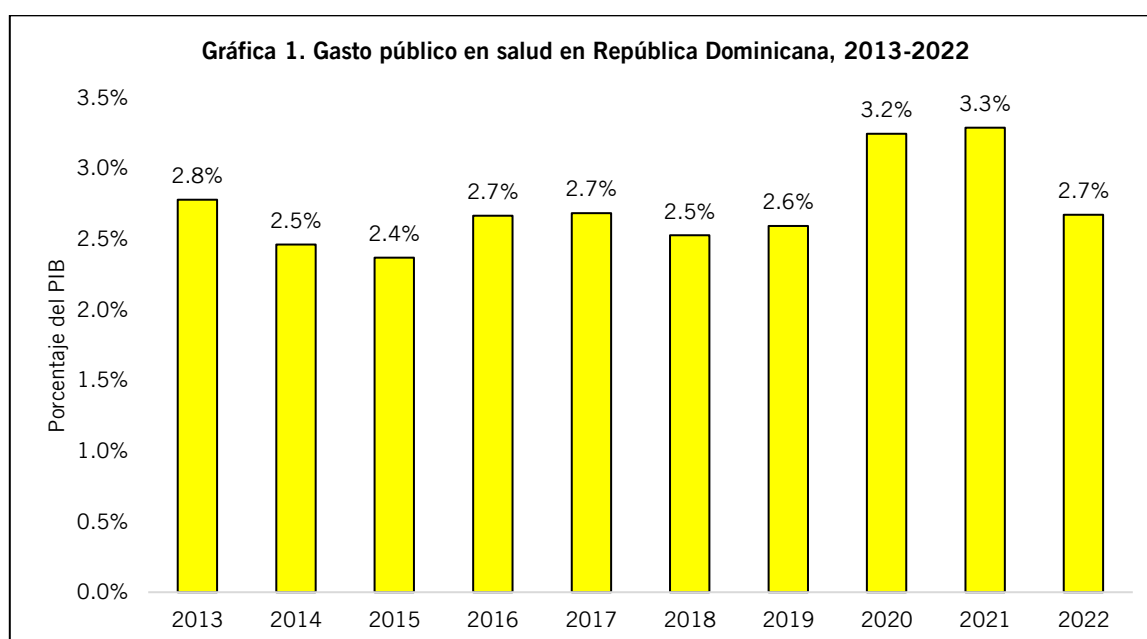
⁵² Diario Libre, “Abinader anunciará medidas para garantizar que los hospitales prioricen a los dominicanos”, Diario Libre, febrero 2 de 2025, <https://www.diariolibre.com/politica/gobierno/2025/02/03/abinader-dice-evaluan-cobrar-servicios-de-salud-a-extranjeros/2988041>

⁵³ Tomando en cuenta criterios como porcentaje con seguro de salud, atención de enfermedades infecciosas, cobertura de enfermedades no transmisibles, y cobertura de salud materna e infantil.

⁵⁴ Nicolás Rubio-García, Jairo Ortiz-Pacheco, Andrés Gómez-Franco, “Towards a Comprehensive measurement of the health system in Latin America: presentation of the multidimensional performance index”, Revista Criterios Vol. 31, 2024.

(CAF), países que- como es el caso de República Dominicana- tienen sistemas contributivos de tipo mixto (contributivo con no contributivo en los servicios de salud) tienden a generar mayores desigualdades en el acceso, tener mayor gasto de bolsillo, menos aportaciones voluntarias y una brecha de financiamiento más grande entre sistemas. A este respecto, el financiamiento del sistema contributivo de salud en República Dominicana es más de cuatro veces mayor que el del sistema no contributivo.⁵⁵

En realidad, un problema central es la falta de financiamiento público en salud. De acuerdo con el repositorio de gastos en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), República Dominicana fue en el 2022 el segundo país con menor gasto público en salud de la región, sólo después de Guatemala, ya que sólo gasta el 2.7% de su PIB en este rubro.⁵⁶ Esto es menos de la mitad del umbral de 6%⁵⁷ recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la inversión mínima para asegurar cobertura universal en salud, y menos que el promedio de inversión de la región (4.3%) o que el promedio de los países de ingreso medio alto (3.08%), grupo al que pertenece República Dominicana en términos del tamaño de su economía, por debajo de todos los países de América Latina (Costa Rica, Honduras, México, entre otros) excepto Guatemala.⁵⁸



World Health Organization, “Global Health Expenditure Database: Domestic General Government Health Expenditure”, consultado el 10 de agosto de 2025, [Global Health Expenditure Database](#)

En materia de disponibilidad, la Observación General 14 del Comité DESC señala que los Estados tienen la obligación de garantizar una provisión adecuada de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y programas sanitarios. Ello incluye infraestructura hospitalaria y clínica, personal médico y profesional debidamente capacitado y remunerado conforme a las condiciones del país, así como la disponibilidad de medicamentos esenciales definidos por la OMS.⁵⁹

En términos de la disponibilidad de recursos materiales y humanos del sistema de salud, de acuerdo con los indicadores regionales de la OPS, en 2023 el número de camas por cada 10 mil habitantes en República Dominicana fue de siete y el año anterior de 15, muy por debajo de lo recomendado por los

⁵⁵ Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe, “Sistemas de Salud e Inequidades en Salud en América Latina”, CAF Working paper 2023/09, 2023.

⁵⁶ World Health Organization, “Global Health Expenditure Database: Domestic General Government Health Expenditure”, consultado el 10 de agosto de 2025, [Global Health Expenditure Database](#)

⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud, “Fiscal Space for Health in Latin America and the Caribbean”, 2020, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52410>

⁵⁸ The World Bank, “Domestic general government health expenditure (% of GDP)”, consultado el 10 de agosto de 2025, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>

⁵⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 12 inciso a).

umbrales de evaluación de la OMS globales de 25 camas, y también menos al promedio de América Latina (21).⁶⁰ La disponibilidad de camas ha venido cayendo en la última década.⁶¹

En materia de personal médico y de enfermería, de acuerdo con los indicadores de la OMS el número de doctores por cada 10 mil habitantes en República Dominicana en 2023 fue de 24.3, lo cual está en línea con el promedio de la región.⁶² Sin embargo, el número de enfermeras fue de sólo 20.6⁶³ por cada 10 mil habitantes en el mismo periodo, lo cual está muy por debajo del promedio de la región (37) y de los países de ingresos medios altos (36)- grupo de ingresos del que forma parte República Dominicana.⁶⁴

Por ello, Amnistía Internacional considera que el gobierno de República Dominicana debe analizar su presupuesto y tomar todas las medidas necesarias para garantizar el máximo de recursos disponibles⁶⁵ en materia de salud y garantizar una disponibilidad de recursos humanos y materiales acorde con los estándares de la OMS, en línea con otros países de la región de similar nivel de desarrollo. Los datos mencionados anteriormente, y otras pruebas revisadas por Amnistía Internacional, sugieren que el problema estructural del sistema de salud no es la demanda y saturación de servicios por parte de las personas migrantes haitianas, sino una falta de inversión gradual en el financiamiento a la salud y por ende una baja disponibilidad de recursos materiales (camas) y humanos (enfermeras) que tiene como resultado una menor disponibilidad del derecho a la salud.

4.2 EL MITO DE LA SATURACIÓN: ¿LAS PERSONAS HAITIANAS GENERAN UNA PRESIÓN DESPROPORCIONADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD?

Una de las concepciones más difundidas en sectores de la población dominicana y de grupos políticos así como en algunos medios de comunicación es que la migración de personas haitianas pone presión al sistema de salud de República Dominicana.⁶⁶ De acuerdo con el ministro de Salud Pública Víctor Atallah, el problema de la demanda de salud “se había convertido ya en un presupuesto” y que el gobierno quiere garantizar “los derechos de salud elementales”.⁶⁷ Por otro lado, piezas periodísticas han querido mostrar una percepción de una presión alta de mujeres embarazadas haitianas como una amenaza al sistema de salud.⁶⁸

A continuación, Amnistía Internacional presenta un análisis de la información con cifras derivadas del panel de datos del SNS para mostrar que las declaraciones del gobierno y reportes en medios de comunicación no están basadas en evidencia empírica sólida.

En realidad, con las cifras de atención secundaria del SNS del **primer trimestre de 2025 -antes de que se anunciara el protocolo-, las personas haitianas sólo representaron el 7.9% de las consultas en República Dominicana y 14.8% de las hospitalizaciones totales.**⁶⁹ De acuerdo con los mismos datos, en los últimos dos años ha crecido la demanda total por servicios de salud, aunque la participación de las personas haitianas en las consultas, emergencias, cirugías y hospitalizaciones se ha mantenido relativamente constante o incluso ha disminuido (ver Gráfica 2).

⁶⁰ World Health Organization, “Service Availability and Readiness Assessment (SARA): Reference Manual”, 2014, [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment\(sara\)/sara_reference_manual_chapter3.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-availability-and-readinessassessment(sara)/sara_reference_manual_chapter3.pdf)

⁶¹ Organización Panamericana de la Salud, “Tablero de los indicadores básicos”, consultado el 10 de agosto de 2025, <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#country-profile>

⁶² World Health Organization, “The Global Health Observatory: Medical doctors (per 10,000 population)”, consultado el 10 de agosto de 2025, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population))

⁶³ World Health Organization, “The Global Health Observatory: Nursing and midwifery personnel (per 10,000 population)”, consultado el 10 de agosto de 2025, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population))

⁶⁴ The World Bank, “Nurses and midwives (per 1,000 people)”, consultado el 10 de agosto de 2025, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?end=2024&start=2000&view=chart>

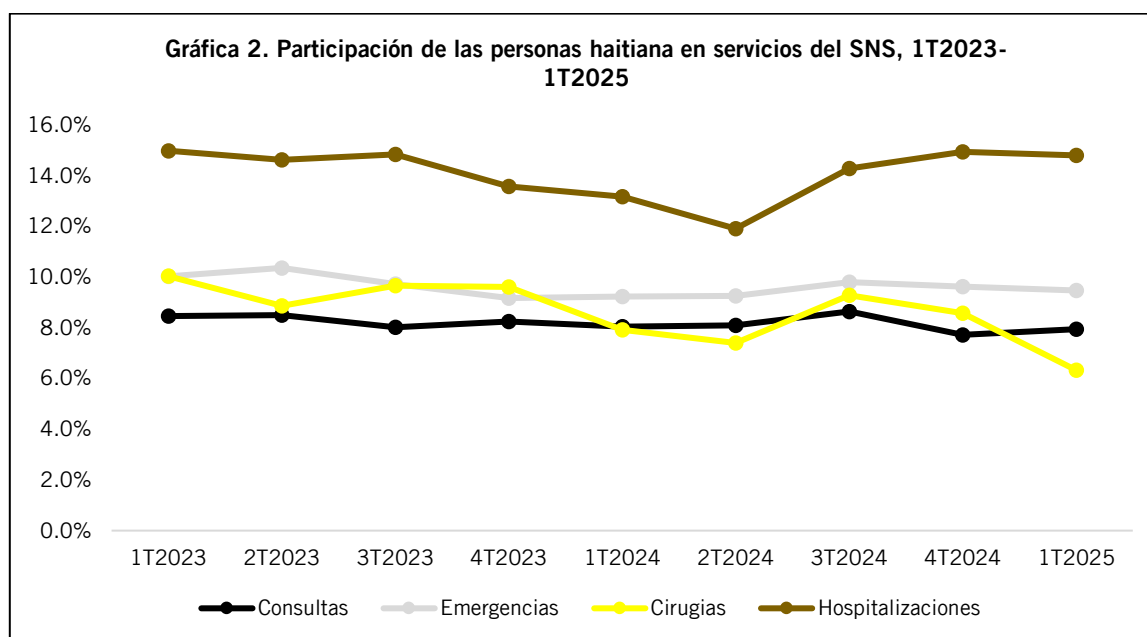
⁶⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 32.

⁶⁶ Ver por ejemplo: reportes en los medios como el de Ntelmicro25, <https://www.instagram.com/reel/DF8W5vpoKGD/>, o las declaraciones de Leonel Fernández (ex presidente de República Dominicana): El País, “Leonel Fernández: “Quieren convertir la República Dominicana en un campo de refugio”, 16 de mayo de 2024, [EL PAÍS América](https://www.elpais.com/) o las recientes declaraciones de legisladores dominicanos respondiendo a Amnistía Internacional: CDN, “Legisladores responden a Amnistía con cifras de partos de haitianas en hospitales de RD”, 4 de abril de 2024.

⁶⁷ Claudia Fernández, “Ministro de Salud reconoce que pacientes haitianos representaban una carga al presupuesto nacional”, Diario Libre, mayo 1 de 2025, [Victor Atallah reconoce pacientes haitianos cargaban el presupuesto - Diario Libre](https://www.diariolibre.com/)

⁶⁸ Alicia Ortega, “Sistema bajo presión”, El Informe: con Alicia Ortega, agosto 19 de 2024, [Sistema bajo presión](https://www.elinforme.com/)

⁶⁹ Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>



Fuente: Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

Los datos son consistentes con el perfil migratorio y laboral del país, tomando en cuenta factores demográficos en consideración para poner en contexto la participación de las personas haitianas en los servicios. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Inmigrantes 2017, la población nacida en República Dominicana era de 9.6 millones de personas frente a 497 mil personas nacidas en Haití.⁷⁰ Esto implica que la razón de personas haitianas por cada persona de nacionalidad dominicana en República Dominicana era de uno por cada 19 (o 5% de la suma de estas poblaciones).⁷¹

Por otro lado, considerando que no todas las personas dominicanas se atienden en la red pública del SNS (que es la que se reporta en este informe) y que existen otros sistemas de salud exclusivos para población nacida en República Dominicana (fuerzas armadas, policía, y servicios de la red privada de salud para aquellas personas con prestaciones sociales contributivas),⁷² en realidad el grupo demográfico de referencia es el de aquellas personas en situación de informalidad, que representan en 2025 cerca del 54% de la población trabajadora del país⁷³ (y que tienen, como única opción, la red pública del SNS u hospitales privados con gasto de bolsillo). Asumiendo una distribución demográfica similar a 2017⁷⁴ y considerando que un porcentaje mayoritario de las personas haitianas trabajadoras se encuentra en una situación de precariedad e informalidad, esto indicaría que la razón ajustada de la representación demográfica de las personas haitianas en la población potencial que sería usuaria exclusiva de los servicios de salud sería aproximadamente 8%, lo cual es consistente con los datos para consultas, emergencias y cirugías presentados en la Gráfica 2.

Existe una variación considerable en la participación de las personas haitianas en los servicios de salud del SNS a nivel regional. Las provincias que registraron un mayor porcentaje de personas haitianas en las consultas totales al primer trimestre de 2025 fueron: en la frontera con Haití, Independencia (33.1%), Elías Piña (31.7%) y Pedernales (31.4%); mientras que en la zona oriental El Seibo (30.3%) (ver Mapa 1). Sin embargo, con estos datos no se puede afirmar que el problema sea generalizado en

⁷⁰ Este porcentaje parece haber crecido sustancialmente. En 2017, el 5.6% de las personas que vivían en República Dominicana eran extranjeras, siendo el 87% de ellas provenientes de Haití. En 2024, de acuerdo con Naciones Unidas, el porcentaje de la población del país extranjera subió a 6.5%, lo cual podría indicar un incremento de personas de Haití. Sin embargo, no se encuentran datos desagregados por nacionalidad del país de origen. Ver más en: United Nations, “International Migrant Stock 2024: key facts and figures”, 2025, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2025_intlmigstock_2024_key_facts_and_figures_advance-undited.pdf

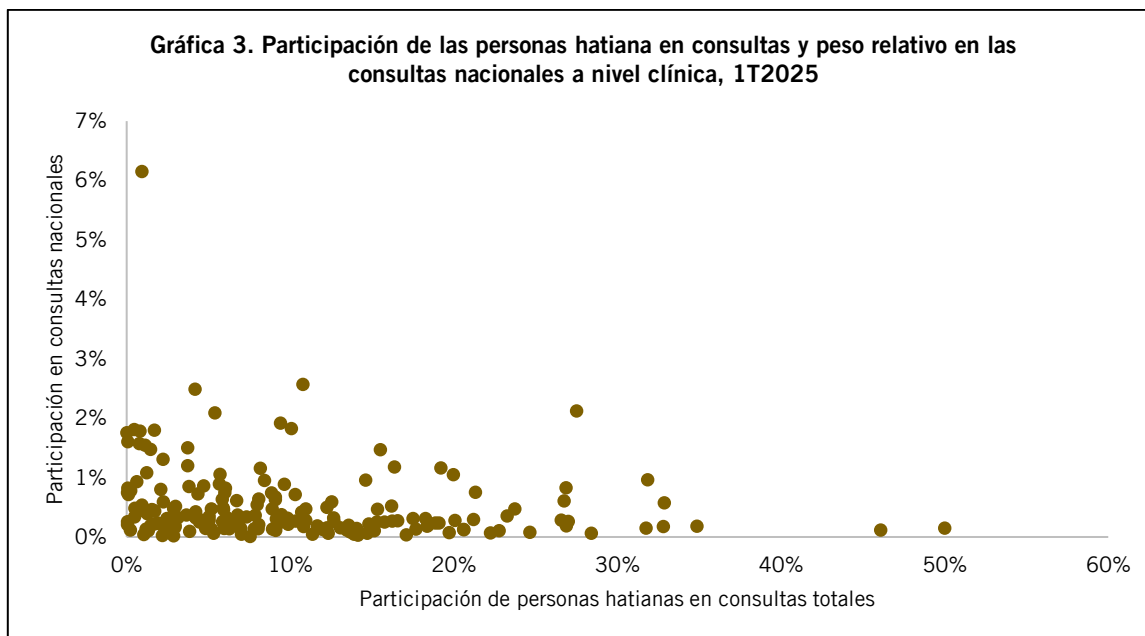
⁷¹ Oficina Nacional de Estadística, “Encuesta Nacional de Inmigrantes 2017, ENI 2017”, 2018, <https://www.one.gob.do/media/orcb0gse/eni-2017-finalweb.pdf>

⁷² Consejo Nacional de Seguridad Social, “Boletín Estadístico: diciembre 2024”

⁷³ Banco Central de la República Dominicana, “Boletín Trimestral del mercado laboral abril-junio 2025”, 2015, https://cdn.bancentral.gov.do/documents/publicaciones-economicas/boletin-trimestral-del-mercado-laboral/documents/Boletin_Trimestral_Mercado_Laboral_abr-jun_2025.pdf?v=1759190400102

⁷⁴ La última Encuesta disponible

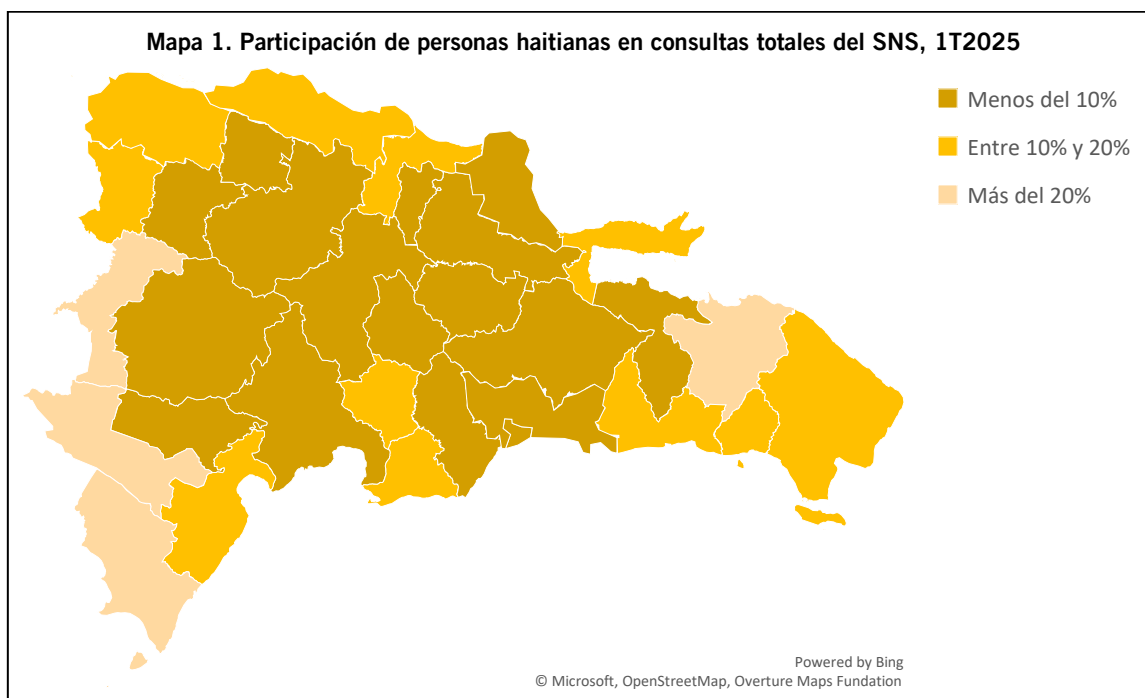
todo el país, ya que, en términos absolutos, el número total de pacientes de estas regiones sólo representa el 2% de las consultas en el país durante el periodo. En la misma línea, un análisis estadístico a profundidad a nivel clínicas en el primer trimestre de 2025 muestra que los establecimientos de salud que tienen una mayor participación de personas haitianas en las consultas representan un porcentaje muy pequeño de las consultas totales y son probablemente establecimientos pequeños, y aquellas que tienen un porcentaje mayor al 30% de participación son valores extremos estadísticos, es decir, representan casos muy particulares que no son representativos de toda la muestra de clínicas analizadas (Ver Gráfico 3)



Fuente: Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

Adicionalmente, analizando el porcentaje del primer trimestre de 2025 con el del mismo trimestre de 2023, no se encuentran cambios significativos en la distribución de la participación de personas haitianas en el país.⁷⁵ Es decir, que no ha habido un aumento significativo de la atención de personas haitianas en los servicios de salud de República Dominicana con respecto a la demanda total de servicios en los últimos años.

⁷⁵ Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>



Fuente: Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

Amnistía Internacional analizó un modelo estadístico a nivel establecimiento de salud para estimar si la saturación de camas en los hospitales era causada por la demanda de personas haitianas de servicios de hospitalización, cirugía o emergencia. Para tomar en cuenta la heterogeneidad de los hospitales y efectos estacionales a través del tiempo, se desarrolló un modelo de efectos fijos para observar si existen diferencias en el uso de los servicios entre personas haitianas o dominicanas. Los detalles del modelo pueden consultarse en el Anexo Estadístico sección 6.1.⁷⁶

Los resultados de dicho modelo estadístico muestran que, una vez controlado por el presupuesto en atención primaria, factores estacionales y variables socioeconómicas relevantes, **tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el efecto de las hospitalizaciones y cirugías de pacientes haitianos y dominicanos sobre la tasa de ocupación de camas.**

Si bien se identifican efectos diferenciados en el caso de las atenciones por emergencias, estos desaparecen en los hospitales con niveles de ocupación superiores al umbral óptimo establecido por la literatura internacional⁷⁷ (>85% de ocupación) en infraestructura hospitalaria. Esto sugiere que, en contextos de saturación crítica de los servicios, la ocupación de camas se incrementa en las clínicas por una demanda general de servicios, independientemente del origen del paciente. En otras palabras, aunque la demanda de servicios de emergencias de personas haitianas tiene un efecto un poco mayor a la de las dominicanas en ocupación de camas, los servicios de hospitalizaciones, emergencias o cirugías que reciben personas haitianas no saturan el sistema.

En conclusión, Amnistía Internacional no encuentra evidencia, basada en los propios datos oficiales del SNS, de que la migración de personas haitianas genere una presión diferenciada sobre la infraestructura hospitalaria del país, en comparación con la población local, que implique una presión

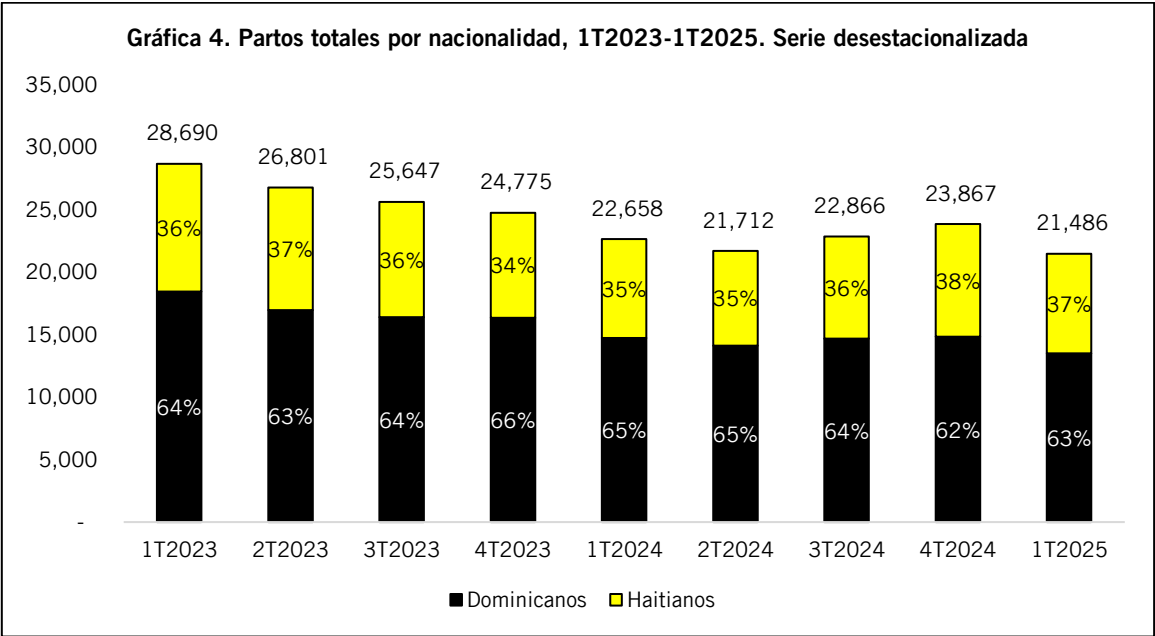
⁷⁶ Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

⁷⁷ Este umbral es discutido y recomendado por 1) el National Institute for Health and Care Excellence, una organización pública que evalúa y asesora el costo efectividad y calidad del National Health Service (NHS); 2) La División de Salud, Nutrición y Población del Banco Interamericano de Desarrollo, y 3) un artículo publicado en el National Center for Biotechnology Information. Otras fuentes a consultar son: National Institute for Health and Care Excellence, “Nice Guideline 94: Chapter 39 Bed occupancy”, 2018, https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39_bed-occupancy.pdf Banco Interamericano de Desarrollo, “Medidas de eficiencia y calidad hospitalaria”, 2025, https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/TN-03055-Measures-of-hospital-efficiency-and-quality_ES_final_31.pdf Karena Conroy, y Laura Tierney, “Optimal occupancy in the ICU: A literature review”, Australian Critical Care 27(2), 2013.

extraordinaria en la disponibilidad de servicios de salud en República Dominicana.⁷⁸ En consecuencia, la saturación observada en algunas clínicas posiblemente se explique más adecuadamente como resultado de un crecimiento generalizado en la demanda de servicios de salud, en lugar de atribuirse exclusivamente a la presencia de personas haitianas.

Además de la tasa de ocupación, Amnistía Internacional analizó la información de los partos de personas haitianas en el país para ver la composición y evolución de este indicador. Una de las informaciones promovidas por el gobierno y medios locales es que la participación de mujeres haitianas en los partos totales ha aumentado.⁷⁹ No obstante, las cifras apuntan a que este indicador se ha mantenido relativamente estable del primer trimestre de 2023 al primer trimestre de 2025, en niveles relativamente altos con respecto a otros servicios de salud, entre 35% y 40%; pero en el último trimestre de 2024 al primero de 2025 - antes de la entrada en vigor del protocolo mencionado antes- la proporción bajó de 40% a 36%, una caída del 10% o 4 puntos porcentuales.⁸⁰

Aunque recientes declaraciones del gobierno afirman que la aplicación del protocolo de salud está reduciendo el número de partos de mujeres haitianas,⁸¹ el análisis de los datos no respalda esta afirmación. Con información proveniente de los establecimientos de segundo nivel del SNS, **Amnistía Internacional identifica un patrón estacional:** los partos tienden a disminuir durante la primera mitad del año y a aumentar en la segunda. Por lo tanto, **no existe evidencia causal de que la reducción observada en ciertos periodos se deba directamente a dicho protocolo.**



Fuente: Cálculos realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

El porcentaje de participación de mujeres haitianas en embarazos se calcula como la razón entre el número total de partos reportados por nacionalidad haitiana entre los partos totales. El análisis de datos trimestrales entre 2023 y 2025, tras desestacionalizar⁸² la serie de tiempo muestra que el número de partos ha disminuido tanto para mujeres dominicanas como haitianas. Sin embargo, la participación relativa de las mujeres haitianas ha aumentado, debido a que la caída en los partos de mujeres

⁷⁸ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

⁷⁹ : CDN, “Legisladores responden a Amnistía con cifras de partos de haitianas en hospitales de RD”, 4 de abril de 2024.

⁸⁰ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), “Tableros Dinámicos: Producción de Servicios”, consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

⁸¹ Stephanie Hilario, “Abinader: gasto en parturientas haitianas ha bajado de un 40 a un 45 % en hospitales”, Diario Libre, junio 16 de 2025, [Abinader asegura ha disminuido gasto en parturientas haitianas - Diario Libre](#)

⁸² Los detalles sobre el modelo de desestacionalización se presentan en el Anexo estadístico sección 6.2.

dominicanas ha sido más pronunciada.⁸³ Esta tendencia es igual en 33 los establecimientos de salud a los que se le aplica el protocolo de salud (Ver Gráfica 4).

A partir de esta evidencia, Amnistía Internacional concluye que el incremento en la participación de partos de mujeres haitianas no se debe a un aumento en la demanda de servicios de salud de esta población, sino a la reducción más acelerada en los partos de mujeres dominicanas. En consecuencia, **este cambio en la composición no representa una presión adicional sobre la capacidad hospitalaria ni compromete la disponibilidad de los servicios de salud en República Dominicana.**

Otra afirmación del gobierno es que la reducción de mujeres haitianas parturientas redujo costos operativos de hospitales, y su gasto financiero hasta en un 45%; también mencionan que las mujeres haitianas que dan a luz en ocasiones ocupan unidades de terapia intensiva.⁸⁴ Esto sugiere que la demanda de partos en hospitales públicos constituye una presión financiera para estos establecimientos.

Amnistía Internacional revisó la información sobre consultas ginecológicas y de medicina familiar, así como otros servicios que usualmente usan las mujeres embarazadas durante el periodo de embarazo como son los sonogramas obstétricos. Para las clínicas donde se implementó el operativo, durante el periodo del primer trimestre de 2023 al primer trimestre de 2025, se observa que la participación de personas haitianas es de sólo 14.7% de las consultas ginecológicas, 9.3% de las consultas de medicina familiar, y 28% de sonogramas. Esto quiere decir que, analizando otros servicios de salud complementarios o asociados a los partos, la participación de mujeres haitianas en estos servicios es menor a su participación en los partos.

En resumen, con la evidencia recabada y analizada Amnistía internacional concluye que la demanda por servicios públicos de las personas haitianas en los hospitales del SNS no afecta la disponibilidad de los servicios de salud de la población dominicana, y que el discurso, las razones y las justificaciones provistas por el gobierno de República Dominicana no se encuentran basadas en evidencia empírica sólida y contribuyen a la estigmatización de las personas haitiana y negras, que resulta en impactos desproporcionados en su derecho a la salud. Esto constituye un caso de discriminación racial indirecta, toda vez que el protocolo resulta en barreras significativas y desproporcionadas sobre un grupo, además de afectar personas cuyas desigualdades interseccionales las colocan en una posición de vulnerabilidad mayor, como es el caso de las mujeres haitianas embarazadas.

Por estas razones, Amnistía Internacional concluye que las medidas establecidas en el protocolo de salud establecen barreras en el acceso a la salud de grupos en situación de vulnerabilidad; no ha respetado el derecho a la salud al no abstenerse de imponer prácticas discriminatorias; ni ha adoptado aquellas medidas que, de acuerdo con el Comité DESC, sean aquellas que restrinjan los derechos en la menor manera posible.⁸⁵ Las razones señaladas por el gobierno de República Dominicana no son proporcionales ni obedecen a razones de salud pública justificadas en términos de lo señalado en el párrafo 28 de la Observación General 14 del Comité DESC y del artículo 4 del PIDESC. Adicionalmente, dichas acciones no son compatibles con lo establecido en el marco internacional de los derechos humanos, particularmente en materia de acceso a la salud sin discriminación,⁸⁶ y de contribuir a promover prejuicios raciales y estereotipos⁸⁷ mediante una serie de señalamientos inexactos engañosos o falsos, y resultar en impactos desproporcionados para las personas haitianas.

⁸³ Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en: Servicio Nacional de Salud (SNS), "Tableros Dinámicos: Producción de Servicios", consultado el 10 de junio de 2025, <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios/>

⁸⁴ Ver: 1) Stephanie Hilario, "Abinader: gasto en parturientas haitianas ha bajado de un 40 a un 45 % en hospitales", Diario Libre, junio 16 de 2025, [Abinader asegura ha disminuido gasto en parturientas haitianas - Diario Libre](https://www.diariolibre.com/abinader-gasto-financiero-en-hospitales-ha-disminuido-entre-un-40-a-45-con-protocolo-migratorios/) 2) Rosa Soto, "Abinader dice gasto financiero en hospitales ha disminuido entre un 40 a 45 % con protocolo migratorios", El Nuevo Diario, junio 16 de 2025, <https://elnuevodiario.com.do/abinader-dice-gasto-financiero-en-hospitales-ha-disminuido-entre-un-40-a-45-con-protocolo-migratorios/> . 3) Rosa Luna, "Casi nula la presencia de parturientas haitianas en maternidades", Listin Diario, 24 de junio de 2025, https://listindiario.com/la-republica/sector-salud/20250426/nula-presencia-parturientas-haitianas-maternidades_855206.html .

⁸⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), "En Evaluation of the Obligation to Take Steps to the Maximum of Available Resources under an optional protocol of the Covenant", 21 de septiembre de 2007, UN E/C.12/2007/1, párrafo 8

⁸⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 12 inciso b).

⁸⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), Recomendación General 37: relativa a la igualdad y el derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, 1 de febrero de 2025, CERD/C/GC/37, párrafos 13, 14 y 15

4.3. LAS PERSONAS HAITIANAS HISTÓRICAMENTE HAN TENIDO MENOR ACCESO A LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES

A pesar del discurso estigmatizante que se tiene de las personas haitianas, la realidad es que el acceso de estas- al igual que el de las personas dominicanas descendientes de haitianas- a los servicios de salud es menor. Estas brechas contribuyen a reforzar un contexto de racismo sistémico en donde las personas haitianas y dominicanas de ascendencia haitiana enfrentan desigualdades estructurales

De acuerdo con un estudio de la OPS⁸⁸ las mujeres e infancias haitianas que viven en República Dominicana tienen un menor acceso a los servicios de salud en materia de vacunación, satisfacción de demanda de planificación familiar, visitas médicas de maternidad y en general de cobertura de servicios médicos. El estudio concluye que, si bien las personas que migran de Haití a República Dominicana mejoran su acceso a la salud, su estatus migratorio constituye una barrera importante para poder acceder a un nivel de atención comparable a las de las personas dominicanas.

Adicionalmente, otra investigación realizada en los bateyes de las zonas del norte, este y fronteriza de la República Dominicana muestra que las personas haitianas y dominicanas con ascendencia haitiana experimentan una mayor percepción de discriminación tanto en entornos interpersonales e institucionales en el acceso a servicios de salud, al enfrentar la intersección de diferentes desigualdades económicas y sociales, como sus características étnico-raciales (particularmente su color de piel), mayores niveles de pobreza, y el estatus de sus documentos de identidad. Una característica importante mencionada por el estudio es que la capacidad de tener conocimientos del idioma español reduce el efecto de tratos discriminatorios en interacciones diarias.⁸⁹

Con base en los microdatos de la Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2019 de UNICEF para República Dominicana, Amnistía Internacional analizó indicadores clave de acceso a la salud y sus determinantes sociales.⁹⁰ A diferencia de otros países que aplican la MICS, en República Dominicana el cuestionario no incluye preguntas directas sobre etnicidad o estatus migratorio. Ante esta limitación, se utiliza como proxy para las personas haitianas la lengua materna declarada en el hogar, comparando los resultados de aquellos hogares donde se habla español frente a aquellos donde se habla creole o francés.

En línea con la Observación General 14 del Comité DESC y la Recomendación General 37 del CERD, la no discriminación por motivos étnicos y raciales en el acceso a la salud no sólo implica el acceso a los servicios sino a sus determinantes de la salud. De acuerdo con la MICS 2019, en República Dominicana se observan brechas significativas en las condiciones de vivienda, saneamiento y acceso a agua potable entre los hogares donde se habla español y aquellos donde se habla creole o francés (estos últimos, asumiendo que el proxy refleja las condiciones de hogares habitados por personas haitianas o de ascendencia haitiana). En términos de vivienda adecuada, solo el 1.5% de los hogares hispanohablantes reporta tener piso de tierra o arena, en contraste con el 6.6% de los hogares donde se habla creole que habitan en estas condiciones.⁹¹ Según la OPS, los pisos de tierra representan un riesgo para la salud, ya que, a diferencia de los pisos de cemento u otros materiales aislantes, no protegen contra la humedad, los insectos ni los cambios bruscos de temperatura.⁹²

En materia de agua y saneamiento, el 85.5% de los hogares hispanohablantes tenía acceso a agua dentro de la vivienda, mientras que esta proporción se reducía al 74.9% entre los hogares donde se hablaba creole o francés. En cuanto a la seguridad en el suministro de agua potable, únicamente el

⁸⁸ Roberta Builly, Giovanna Gatica-Domínguez, Marilia Mesenburg, Francisco I. Cáceres Ureña, Daniel G.P. Leventhal, Aluísio J.D. Barrios, César G. Victoria y Fernando C. Wehrmeister, "Maternal and child health inequalities among migrants: the case of Haiti and the Dominican Republic", Rev Panamericana Salud Pública, 2020, pág. 44-144

⁸⁹ Hunter M. Keys, regory S. Noland, Madsen Beau De Rochars, Thomas H. Taylor, Stephen Blount, y Manuel Gonzales, "Perceived discrimination in bateyes of the Dominican Republic: results from Everyday Discrimination Scale and implications for public health programs", BMC Public Health 1513, 2019.

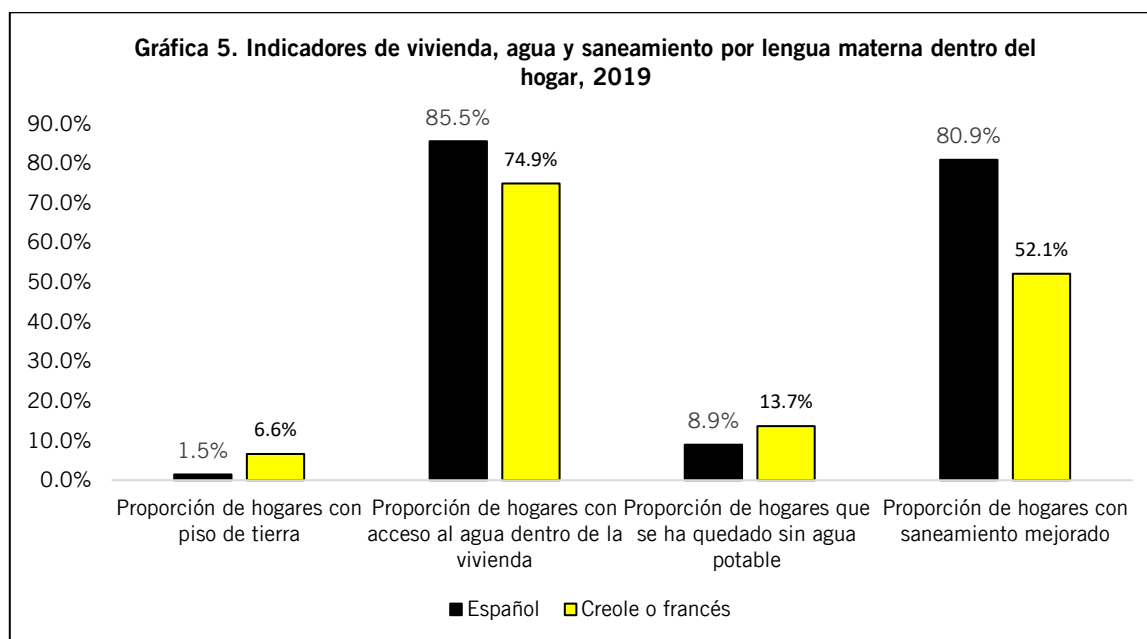
⁹⁰ UNICEF, "Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports", consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>

⁹¹ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, "Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports", consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>

⁹² Organización Panamericana de la Salud, "Directrices de la OMS sobre vivienda y salud", 2022, pág 133.

8.9% de los hogares hispanohablantes reportó haberse quedado al menos una vez al mes sin agua, porcentaje que aumentó al 13.7% en los hogares donde se hablaba creole o francés.⁹³

Por último, respecto al manejo de residuos y saneamiento, el 80.9% de los hogares hispanohablantes disponía de algún sistema sanitario mejorado dentro del hogar. En contraste, solo el 52.1% de los hogares donde se hablaba creole o francés contaba con un manejo adecuado de los residuos sanitarios (véase Gráfica 5).⁹⁴



Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>. Todos los coeficientes de variación presentan una precisión alta (menos del 15%)

Adicionalmente, existen brechas en el acceso y los resultados de salud entre los niños menores de cinco años que viven en hogares donde se habla creole y francés con respecto a aquellas que viven en hogares hispanohablantes. De acuerdo con la MICS 2019, mientras que el 54.9% de los menores que viven en hogares hispanohablantes tienen seguro de salud, sólo el 4.6% de aquellos que viven en hogares donde se habla creole y francés se encuentran cubiertos.⁹⁵

En términos de vacunación, la misma encuesta señala que, mientras que el 80.1% de los menores de cinco años en hogares hispanohablantes ha recibido alguna vacuna anteriormente para prevenir alguna enfermedad, sólo el 57.8% de aquellos que viven en hogares donde se habla creole o francés ha recibido la misma protección. Estas brechas también se manifiestan en la prevalencia en materia de indicadores de desnutrición que, de acuerdo con la OMS, son resultado de procesos crónicos de privación de alimentos que tienen efectos de largo plazo en el desarrollo de los niños en términos de desarrollo cognitivo y estado de salud a largo plazo.⁹⁶

El porcentaje de menores de cinco años nacidos en hogares que hablan creole o francés con bajo peso, baja talla y emaciación de acuerdo con su edad⁹⁷ es significativamente más alto que en el grupo de menores de hogares hispanohablantes (ver Gráfica 6).⁹⁸

⁹³ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>

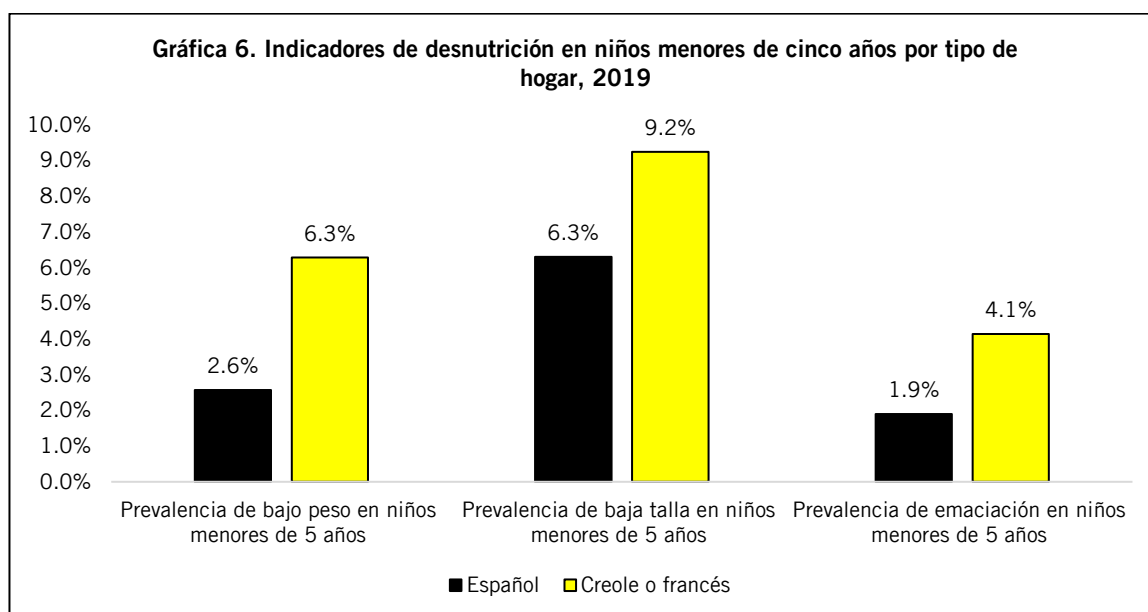
⁹⁴ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>

⁹⁵ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>

⁹⁶ World Health Organization, “Malnutrition in Children”, <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-children#:~:text=Stunting%20is%20the%20result%20of,productivity%20at%20the%20national%20level>.

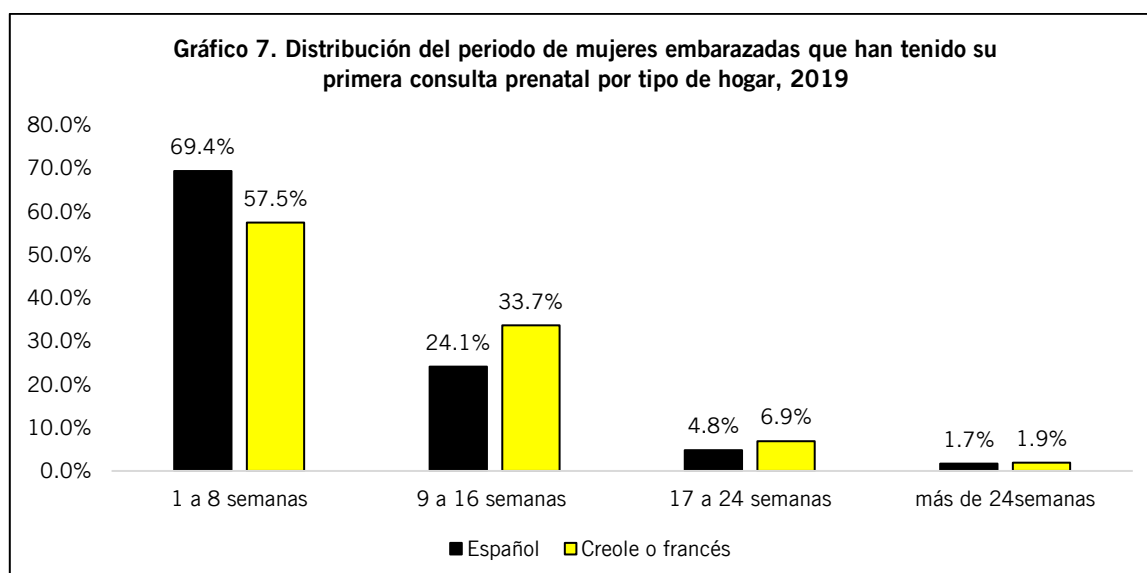
⁹⁷ Se retoma como umbral de desnutrición aquellos menores cuya medición de talla, peso y bajo peso con relación a talla se encuentran dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la distribución normal estándar proveniente de las tablas internacionales de edad de la OMS. La MICS cuenta con esta medición integrada en los microdatos.

⁹⁸ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>



Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>. Los coeficientes de variación para menores en hogares que hablan creole o francés para prevalencia de bajo peso y emaciación presentan precisión moderada, aunque la prueba de hipótesis realizada muestra diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo de comparación de hispanohablantes.

Finalmente, otro grupo que muestra brechas significativas en resultados de salud es el de mujeres. De acuerdo con la MICS 2019, mientras que el 78.8% de las mujeres en hogares hispanohablantes tenía seguro de salud, sólo el 8.8% de aquellas en hogares que hablaban creole o francés estaban cubiertas. Para el grupo de mujeres embarazadas, la mortalidad neonatal es casi el doble en mujeres de hogares que hablan creole o francés (10.6%) que en aquellas en hogares hispanohablantes (5.6%). Aunque la inmensa mayoría de las mujeres embarazadas (independientemente del hogar donde provengan) ha tenido consultas prenatales durante su embarazo, las mujeres embarazadas de hogares donde se habla creole o francés suelen tener su primera consulta prenatal más tarde durante su embarazo y tienen en promedio menos consultas prenatales que aquellas en hogares hispanohablantes (ver Gráfica 7).⁹⁹



Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>. Los coeficientes de variación para mujeres embarazadas en hogares que hablan creole o francés y para hispanohablantes para más de 24 semanas tienen precisión moderada y no hay diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones.

⁹⁹ Cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en: UNICEF, “Multiple Indicator Cluster Survey: Datasets and Reports”, consultado el 15 de agosto de 2025, <https://mics.unicef.org/surveys>

Las brechas de acceso a seguro de salud mostradas contravienen lo señalado por la Recomendación General 37 del CERD que señala que las personas migrantes, refugiadas, y apátridas tienen derecho a ser incluidos en los sistemas de seguridad social y tener acceso a los sistemas de prestación de servicios.¹⁰⁰

4.4 EL NUEVO PROTOCOLO INCREMENTARÁ LA DESIGUALDAD LIMITANDO EL ACCESO DE LAS PERSONAS HAITIANAS A LOS SERVICIOS DE SALUD

Adicionalmente, la falta de cortafuegos o separación entre el acceso a servicios públicos de salud y la política y agentes migratorios ha socavado el acceso a la salud de las personas haitianas. El protocolo de salud ha tenido un efecto disuasivo en la asistencia a los centros de salud por parte de las personas haitianas, lo cual afecta la accesibilidad a los servicios de salud generando impactos discriminatorios, afectando de manera desproporcionada a grupos protegidos como mujeres, niños, personas negras y grupos en situación de vulnerabilidad.¹⁰¹

Este miedo a ir al centro de salud provocado por el protocolo es mencionado también por personas haitianas entrevistadas por Amnistía Internacional que habían asistido a los servicios de salud antes y durante la vigencia del protocolo.

Para Julia, una mujer trabajadora haitiana que vive en Verón, el acceso a centros de salud públicos no es un problema, ya que tiene permiso de trabajo, pero ella cuenta a Amnistía Internacional que, desde la implementación del protocolo, ha tenido que ayudar a miembros de su comunidad para ir a consultas a clínicas del sector privado, ya que no quieren ir a centros de salud públicos:

“Bueno con la declaración del presidente, uno tiene que luchar para trabajar en lo que sea, aunque sean mil pesos al día, 800, para acceder a una consulta en una clínica privada, para ayudar a un familiar de la iglesia (...) yo le doy servicio a la gente que no tiene documento, que necesita y no puede salir por una pastilla, que tiene un dolor, no puede ir al médico, no pueden ir al hospital por los de migración.”¹⁰² Julia, persona haitiana residente de Verón.

Dalia, una mujer haitiana que ha vivido en República Dominicana por tres años y medio, cuenta a Amnistía Internacional la experiencia de llevar a su hija de tres años al centro de salud público. Su hija tiene acta de nacimiento y “papeles”¹⁰³ pero ella no, por lo que sólo puede llevar a su hija cuando se enferma con familiares o conocidos que tengan “papeles”. Las medicinas las compra en la farmacia, aunque no ha tenido el dinero para hacerlo desde abril de 2025, ya que no ha podido salir a trabajar por miedo a las autoridades migratorias. Al preguntarle sobre el protocolo, Dalia comenta:

“No me gusta. Están los de migración en el hospital y el doctor no los quiere atender (a las personas haitianas), porque son órdenes de su presidente, nos toca respetar. Antes, con el otro presidente, iba al hospital (público); te trataban diferente por ser haitiana o por tu color de piel, pero te daban las medicinas. Ahora migración entra a tu casa.”¹⁰⁴ Dalia, persona haitiana residente de Verón.

Al momento de la entrevista, Dalia tenía varias semanas de embarazo. Al preguntar dónde irá cuando tenga que dar a luz, comentó que debería tenerlo en casa.

Finalmente, el caso de Eloísa, una mujer haitiana que tiene cuatro hijos cuenta a Amnistía Internacional que ya no puede llevar a sus hijas al hospital público, aunque ellas tengan acta de nacimiento y hayan nacido en República Dominicana, ya el trato es discrecional: mientras algunos doctores le brindan atención, otros la han amenazado:

“Hace poco, mi hija tuvo enfermedad. Yo la llevé a un hospital y la internaron como dos horas y me dijeron que tenía que llevarla a pediatría. Dos días después, fui y tomé un ticket para ver al doctor en pediatría. Ya no me dejaron pasar, me dijeron muchas malas palabras y que tenía que llevar pasaporte (de Haití) de la niña, y como no tiene no la atiende.”

¹⁰⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), Recomendación General 37: relativa a la igualdad y el derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, 1 de febrero de 2025, CERD/C/GC/37, párrafo 26.

¹⁰¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, UN E/C.12/2000/4, párrafo 35.

¹⁰² Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Julia (seudónimo), persona haitiana, Verón, junio de 2025

¹⁰³ Documento de identidad

¹⁰⁴ Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Dalia (seudónimo), persona haitiana, Verón, junio de 2025

Ya no se puede ir para allá, obligatoriamente piden pasaporte. Tampoco me quisieron dar la medicina, fui a una farmacia y la cosa (la medicina) me salió en 2,500 pesos¹⁰⁵ o más.”¹⁰⁶ Eloísa, persona haitiana residente de Las Terenas.

Amnistía Internacional encuentra que existen brechas en el acceso a servicios de salud en materia de indicadores de acceso, resultados, cobertura y sus determinantes sociales entre hogares que hablan español y aquellos que, por motivos de nacionalidad, raciales o por su situación migratoria, hablan creole o francés. Además, encuentra que el protocolo ha generado barreras adicionales que limitan el acceso al derecho a la salud de las personas haitianas en un contexto de discriminación estructural.

Estas brechas muestran las desigualdades estructurales e interseccionales entre las personas y hogares por el estatus migratorio, la identidad étnica y racial y la posición económica, contraviniendo la Recomendación General 37 del CERD que establece como obligación de los Estados “eliminar la discriminación racial y las desigualdades estructurales de los principales determinantes de la salud implica evitar la exposición desproporcionada a la vulnerabilidad y a condiciones perjudiciales para la salud (...).”¹⁰⁷

4.5 LA POLÍTICA MIGRATORIA ACTUAL EN MATERIA DE SALUD ES CONTRAPRODUENTE PARA LA SALUD DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN REPÚBLICA DOMINICANA

Amnistía Internacional entrevistó y consultó con personas expertas en salud pública, personas médicas y organizaciones internacionales sobre las implicaciones a futuro del protocolo de salud. Tres fuentes distintas independientes- una de sociedad civil que trabaja con pacientes con VIH, otra de una organización internacional, y otra experta en salud pública con enfoque en pacientes de nacionalidad haitiana- contaron a Amnistía Internacional sobre los grandes riesgos y retos que enfrentará el sistema de salud dominicano en materia de prevalencia de VIH si no se toman medidas para garantizar el acceso a la salud de todas las personas.

La suspensión de ayuda internacional por parte de las agencias de desarrollo de Estados Unidos tuvo un efecto negativo en los programas de provisión de medicamentos antirretrovirales y PrEP¹⁰⁸ del gobierno y organizaciones civiles.¹⁰⁹ De acuerdo con datos de ONUSIDA esta ayuda llegó a representar hasta el 40% del financiamiento total para VIH en 2024.¹¹⁰ Este contexto de caída en los fondos de ayuda internacional aunado al protocolo de salud, podría tener consecuencias negativas e incrementar la prevalencia de VIH y otras condiciones de salud en el país.

Existen preocupaciones importantes en materia de la capacidad presupuestaria actual del gobierno dominicano de poder cubrir la caída del financiamiento internacional, toda vez que, como se mostró en secciones anteriores, el gasto público en salud pública es de los más bajos en la región. De acuerdo con un modelo estadístico publicado en la revista académica *The Lancet*, la ayuda internacional a nivel global por parte de USAID durante los últimos veinte años estuvo asociada a una reducción de la mortalidad de VIH/SIDA del 65%, una reducción del 51% en la mortalidad de malaria, y una reducción del 50% en enfermedades tropicales. De acuerdo con simulaciones realizadas por los autores, si persiste la tendencia actual en los recortes a la ayuda internacional, podrían ocurrir en los próximos cinco años entre 8 y 19 millones de muertes adicionales por estas enfermedades a nivel global, 4 millones de ellas en menores de cinco años.¹¹¹

¹⁰⁵ Aproximadamente USD 40

¹⁰⁶ Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Eloísa (seudónimo), persona haitiana, Las Terenas, junio de 2025

¹⁰⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), Recomendación General 37: relativa a la igualdad y el derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, 1 de febrero de 2025, CERD/C/GC/37, párrafo 19.

¹⁰⁸ También llamado Profilaxis pre Exposición (PrEP) consiste en el consumo regular de un medicamento (Emtricitabina/Tenofovir) que reduce la probabilidad de adquirir VIH en caso de exposición al virus

¹⁰⁹ UNAIDS, “El impacto crítico de la congelación de fondos del PEPFAR para el VIH en América Latina y el Caribe”, 19 de febrero de 2025, https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2025/febrero/20250219_latin-america-caribbean

¹¹⁰ UNAIDS, “Comprehensive Update on HIV Programmes in the Dominican Republic”, 19 de febrero de 2025, <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2025/february/20250219-pepfar-impact-DR>

¹¹¹ Daniela Medeiros Cavalcanti, Lucas de Oliveira Ferreira de Sales, Andrea Ferreira da Silva, Elisa Landin Basterra, Daiana Pena, y Caterina Monti, “Evaluating the impact of two decades of USAID interventions and projecting the effects of defunding on mortality up to 2030: a retrospective impact evaluation and forecasting analysis”, *The Lancet* Volume 406, 2025, pp. 283-294

En 2023 y 2024, USAID gastó en servicios directos para atención al VIH más de 5 millones de dólares por año.¹¹² En 2025, el presupuesto asignado por parte de USAID a República Dominicana en materia de salud fue de USD\$24 millones, de los cuales el 80% son fondos para la atención del VIH.¹¹³ Estos fondos representan menos de una décima de punto porcentual del PIB de República Dominicana. Sin embargo, el país sólo recauda en materia fiscal el 15% del PIB, muy por debajo del promedio de la región de 22.5% y es uno de los países con mayor debilidad fiscal. La recaudación por impuestos tributarios directos es sólo del 6% del PIB. Una de las obligaciones de República Dominicana en materia de derechos humanos es movilizar el máximo de recursos disponibles para poder cubrir los programas de atención, prevención, y mitigación del VIH.¹¹⁴

Amnistía Internacional ha documentado previamente dichos recortes a la ayuda internacional, señalando en el caso de República Dominicana y Haití, las implicaciones desastrosas en materia de salud y ayuda humanitaria para la población migrante.¹¹⁵

De acuerdo con ONUSIDA, la epidemia de VIH está concentrada en poblaciones clave con prevalencias altas.¹¹⁶ Debido a las barreras estructurales y de discriminación que enfrentan las personas haitianas y por tanto la dificultad de poder brindar una atención y detección adecuada,¹¹⁷ estas representan aproximadamente un tercio de los casos de personas que viven con VIH en República Dominicana, y tienen en promedio una menor probabilidad de entrar en tratamiento antirretroviral en comparación con la población nacional.¹¹⁸ Un reto significativo en la atención de las personas haitianas son las condiciones estructurales de racismo directo e indirecto en el acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con las personas expertas entrevistadas, muchas personas migrantes que antes estaban siendo cubiertas con antirretrovirales provenientes de ayuda internacional y tenían el virus en niveles controlados no están acudiendo a recibir sus medicamentos desde la entrada en vigor del protocolo de salud debido al miedo y desconfianza, e incluso el riesgo legal, de ser deportadas. Esto, en su opinión, tendrá implicaciones en una mayor prevalencia y muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA, no sólo dentro de estos grupos clave, sino potencialmente a nivel nacional para otras poblaciones.

De acuerdo con Emma, una persona experta en salud pública y atención a pacientes que viven con VIH, el protocolo marca una diferencia en pacientes que se habían atendido y se mantenían apegadas a su tratamiento, que ahora no han podido ir. Esto es especialmente alarmante en mujeres embarazadas. En su opinión, el efecto que tendrá el protocolo en la prevalencia de VIH será “catastrófico”.¹¹⁹

Por otro lado, Carla, otra persona experta en temas de epidemiología y con amplia experiencia en temas de desarrollo internacional, comenta que el protocolo ha creado “un problema de control epidemiológico”. Además, advierte que esta falta de asistencia a consultas médicas por el miedo de la población migrante podría afectar otras enfermedades infecciosas como malaria o tuberculosis:

“Por ejemplo, igual en tuberculosis. Los expertos han tenido que elevar una solicitud especial al Ministerio de Salud y la va a elevar al gabinete de salud para que al menos enfermedades transmisibles le permitan atender a los haitianos porque tenemos un problema. O sea, no se acercan a los establecimientos porque se los llevan, pero siguen a nivel comunitario y en el entorno comunitario siguen, siguen interactuando, siguen estando aquí, transmitiendo, o sea, juntándose con personas.”¹²⁰ Carla, experta en salud pública.

¹¹² United States State Department, “U.S. Foreign Assistance by Country”, [U.S. Foreign Assistance by Country](#), consultado el 10 de septiembre de 2025.

¹¹³ Department of State / USAID, “Congressional Budget Justification: supplementary tables (fiscal year 2025)”, cálculos realizados por Amnistía Internacional, <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2024/04/Supplementary-Tables-Foreign-Assistance.pdf>

¹¹⁴ IMF, World Economic Outlook Database, October 2024, cálculos realizados por Amnistía Internacional, <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2024/October>

¹¹⁵ Amnesty International, “Lives at Risk: Chaotic and abrupt cuts to foreign aid put millions of lives at risk”, 2025, página 28

¹¹⁶ UNAIDS, “República Dominicana: datos”, consultado el 19 de agosto de 2025,

<https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/dominicanrepublic>

¹¹⁷ Eileen Ya, Julie Pulerwitz, Dulce Almonte, Felipa García, Ángel del Valle, Alejandra Colom, Tracy McClair, y Yordana Dolores, “Stigma among key populations living with HIV in the Dominican Republic: experiences of people of Haitian descent, MSM, and female sex workers”, AIDS 34, 2020.

¹¹⁸ UNAIDS, “Aprovechando el momento: La respuesta al VIH en América Latina”, 2020,

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report-latin-america_es.pdf

¹¹⁹ Entrevista profundidad de Amnistía Internacional con Emma (seudónimo), persona experta en salud pública y cooperación internacional, realizada por videoconferencia, 16 de julio de 2025

¹²⁰ Entrevista a profundidad de Amnistía Internacional con Carla (seudónimo), persona experta en salud pública y cooperación internacional, realizada por videoconferencia, 16 de julio de 2025

De acuerdo con la evidencia recabada de personas expertas en salud pública del sistema dominicano y en cooperación internacional, Amnistía Internacional encuentra que el protocolo de salud podría potencialmente afectar las acciones de prevención y atención a la salud de República Dominicana de acuerdo con el marco internacional de derechos humanos. La Recomendación General 37 del CERD señala que “la discriminación racial genera y agrava las inequidades sanitarias, provocando o aumentando la incidencia de casos de enfermedades y muertes evitables.”¹²¹

En conclusión, Amnistía Internacional encuentra que, por el tamaño de su economía, República Dominicana debería de poder cubrir con su presupuesto público la caída en el financiamiento internacional. El protocolo en instalaciones del SNS agrava dicha situación, por tener un efecto negativo en el acceso de las personas haitianas y negras a los servicios. Por lo anterior, es necesario que el Estado realice las acciones en materia fiscal y presupuestaria para poder atender estas necesidades, cumpliendo con los estándares regionales y globales en materia de inversión pública. De no hacerlo, pondría en riesgo el acceso a la salud de toda la población que vive en el país.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Amnistía Internacional considera que las medidas migratorias aplicadas en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud de República Dominicana desde abril de 2025 han institucionalizado un trato discriminatorio hacia personas haitianas y dominicanas de ascendencia haitiana. La limitación de derechos de estas disposiciones no está legítimamente justificada, y refuerzan estigmas y discursos racistas que responsabilizan a la comunidad haitiana de problemas estructurales del sistema de salud.

Por el contrario, las cifras internacionales y nacionales evidencian que el verdadero déficit del sistema de salud dominicano está vinculado con bajos niveles de financiamiento público y una limitada disponibilidad de recursos humanos y materiales. Asimismo, la información disponible revela que las personas haitianas enfrentan barreras adicionales de acceso a la salud y a sus determinantes sociales en un contexto de racismo estructural. La falta de una separación o cortafuegos entre el acceso a los servicios públicos de salud y los agentes y política migratoria está teniendo efectos perniciosos sobre el derecho a la salud de las personas haitianas. El miedo a la deportación está disuadiendo a personas a acudir a consultas y retirar tratamientos, lo cual socava la salud pública y agrava la desigualdad en el acceso a la atención.

Por estas razones, Amnistía Internacional formula las siguientes recomendaciones:

- Revocar el protocolo de salud implementado en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), toda vez que dichas acciones no están justificadas, son discriminatorias, y no están en consonancia con las obligaciones de la República Dominicana en virtud del derecho internacional de los derechos humanos.
- Abstenerse de identificar, detener y deportar a personas haitianas cuando acuden a centros de salud. Establecer una separación clara o cortafuego entre el acceso a servicios públicos de salud y los agentes y política migratoria con vistas a facilitar y garantizar que las personas migrantes pueden disfrutar del derecho a la salud sin temor a la detención o deportación.
- Establecer mecanismos de coordinación entre el SNS, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la salud, incluyendo organizaciones lideradas por personas haitianas, y la cooperación internacional, para establecer acciones centradas en respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud de las personas haitianas y grupos en situación de vulnerabilidad.
- Establecer acciones en materia de inversión pública para garantizar la disponibilidad de recursos financieros, materiales y humanos que reduzcan las brechas de acceso a los servicios

¹²¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), Recomendación General 37: relativa a la igualdad y el derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, 1 de febrero de 2025, CERD/C/GC/37, párrafo 18.

de salud y sus determinantes sociales, incluyendo medidas de protección social de las personas haitianas sin discriminación.

- Garantizar que la falta de documentación o la situación irregular no se convierte en una barrera de acceso a los servicios sanitarios.
- Garantizar que las personas haitianas tienen acceso a un procedimiento de asilo justo y efectivo en el que se examinen su situación personal o en su caso, considerar la determinación prima facie de la condición de refugiado de las personas haitianas.
- Abstenerse de realizar expulsiones colectivas y de devolver a cualquier persona haitiana a Haití debido a los riesgos para su vida y sus derechos humanos que enfrentaría.

6. ANEXO ESTADÍSTICO

6.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO CON EL PANEL DEL SNS Y MODELO DE EFECTOS FIJOS PARA EVALUAR POTENCIALES IMPACTOS EN OCUPACIÓN DE CAMAS

Se desarrolló un modelo estadístico para analizar si la demanda de servicios de salud por parte de personas haitianas influye en la ocupación de camas en hospitales de segundo nivel del SNS en comparación con la demanda de personas dominicanas, especialmente en aquellos que presentan niveles críticos de saturación. Para ello, se utilizó un panel de datos que incluye 172 establecimientos de salud del SNS durante nueve trimestres, lo que da un total de 1,548 observaciones.

Para este análisis se utiliza un modelo de efectos fijos, como se presenta en el capítulo 4 del informe. Este tipo de modelo permite aprovechar la variación de cada clínica a lo largo del tiempo, lo que ayuda a reducir errores y posibles sesgos causados por factores no observados que podrían diferir entre clínicas. Para confirmar que los efectos fijos son la estrategia adecuada, se aplica la prueba de Hausman, que compara los resultados entre un modelo de efectos fijos y uno de efectos aleatorios.¹²² Los resultados de esta prueba respaldan el uso de efectos fijos, ya que permiten obtener estimaciones más consistentes.

Para analizar si la tasa de ocupación de camas (TOC) varía según la nacionalidad de los pacientes, se estima un modelo de efectos fijos que incorpora, por separado, el número de hospitalizaciones (hosp), cirugías (cirug) y atenciones por emergencia (emerg) de personas haitianas (h) y dominicanas (d) en cada clínica (i) y trimestre (t). La ecuación del modelo es la siguiente:

$$TOC_{i,t} = \beta_1 hosp_{d,it} + \beta_2 hosp_{h,it} + \pi_1 cirug_{d,it} + \pi_2 cirug_{h,it} + \theta_1 emerg_{d,it} + \theta_2 emerg_{h,it} + \gamma_t + \alpha_i + Z'_{it}\theta + u_{it}$$

Donde β_1 y β_2 son los efectos marginales asociados a un incremento en las hospitalizaciones por nacionalidad, π_1 y π_2 los efectos marginales asociados a un incremento en las cirugías, θ_1 y θ_2 los efectos marginales asociados a un incremento en las emergencias, γ_t los efectos fijos por trimestre año para tomar en cuenta choques temporales en el país, α_i los efectos fijos por clínica que son estructurales (infraestructura, tamaño, etc.), y Z'_{it} un vector de otras variables de control como son desigualdad, pobreza monetaria, y población a nivel provincia.

Con esta especificación, los coeficientes estimados para cada tipo de servicio (β, π y θ) indican el efecto marginal que tiene, dentro de una misma clínica, una hospitalización, cirugía o emergencia adicional, diferenciando entre pacientes haitianos y dominicanos. Para saber si estos efectos son realmente distintos entre nacionalidades, se realiza una prueba de hipótesis que compara los coeficientes.

Si no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, significa que una persona haitiana y una dominicana generan el mismo impacto promedio en la ocupación de camas para ese tipo de servicio. Esto sugeriría que la ocupación responde a la demanda general del sistema de salud pública. En cambio, si sí hay diferencias significativas, indicaría que el sistema responde de forma distinta según la nacionalidad del paciente.

Para observar cómo cambian los efectos al incluir distintas variables explicativas, en la Tabla A1 se presentan cinco modelos. El primero (I) incluye únicamente los coeficientes de hospitalizaciones, cirugías y emergencias (β, π y θ). El segundo modelo (II) añade efectos fijos por trimestre-año γ_t , que permiten controlar por variaciones temporales o estacionales que podrían sesgar los resultados. El tercer modelo (III) incorpora además variables socioeconómicas adicionales.

En todos los modelos, los errores estándar se agrupan por clínica, lo que permite corregir problemas de autocorrelación y heteroscedasticidad dentro de cada unidad a lo largo del tiempo. Esto es clave para obtener estimaciones más precisas y evitar sesgos relacionados con factores no observados que pueden influir en la evolución de las variables.

¹²² Los efectos fijos utilizan para la estimación la variabilidad de los establecimientos de salud en el tiempo, mientras que los efectos aleatorios utilizan la variabilidad entre las mismas.

Finalmente, los dos últimos modelos desagregan el modelo (III) según el nivel de ocupación de camas: uno para clínicas con tasas menores al 85%, y otro para aquellas con tasas superiores al 85%, consideradas como establecimientos con alta saturación.

Tabla A1. Modelo de regresión con efectos fijos de la tasa de ocupación

Coeficientes	Modelos de Efectos fijos			Modelo III con tasas de ocupación	
	I	II	III	< 85%	> 85%
Hospitalizaciones dominicanos	0.0125***	0.0120***	0.0125***	0.0180***	0.0021
Hospitalizaciones haitianos	0.0364***	0.0350***	0.0320***	0.0361***	0.0112
Cirugías dominicanos	0.0003	0.0002	-0.0001	0.0004	-0.0004
Cirugías haitianos	-0.0064	-0.0065	-0.0077	-0.0056	0.0170
Emergencias dominicanos	0.0007	0.0004	0.0006	0.0005	-0.0006
Emergencias haitianos	0.0050***	0.0050***	0.0052***	0.0035***	-0.0005
Prueba de hipótesis entre haitianos y no haitianos al 95% de confianza (Hipótesis nula: Coef1-Coef2=0)-					
Hospitalizaciones ($\widehat{\beta}_1 - \widehat{\beta}_2$)=0	Rechazada	Rechazada	No rechazada	No rechazada	No rechazada
Cirugías ($\widehat{\pi}_1 - \widehat{\pi}_2$)=0	No rechazada	No rechazada	No rechazada	No rechazada	No rechazada
Emergencias ($\widehat{\theta}_1 - \widehat{\theta}_2$)=0	Rechazada	Rechazada	Rechazada	Rechazada	No rechazada
Efectos fijos por trimestre-año	No	Si	Si	Si	Si
Controles socioeconómicos	No	No	Si	Si	Si
σ_u	20.33	20.00	24.54	79.69	43.76
σ_e	11.72	11.53	10.19	7.83	9.09
ρ (% de la varianza atribuida a la parte del error no cambiante en el tiempo: u_i)	0.75	0.75	0.85	0.99	0.96
R^2 (varianza entre observaciones en el tiempo)	0.17	0.20	0.22	0.30	0.18
N	1,448	1,448	1,282	1,191	154
Nota: Para mayor facilidad en la lectura de la tabla, no se muestran los errores estándar, ni los coeficientes de los efectos fijos ni controles. Los asteriscos muestran significancia estadística de los coeficientes a diferentes intervalos de confianza *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$					

Como se muestra en la Tabla A1, la especificación con efectos fijos por trimestre año y controles socioeconómicos tiene una mejor bondad de ajuste y muestra que no existe evidencia de diferencias entre el efecto marginal de las hospitalizaciones y cirugías entre personas dominicanas y haitianas. El valor del estadístico ρ es la proporción de la varianza que proviene de las diferencias entre clínicas, lo cual da robustez a la hipótesis de que, tomando en cuenta el modelo de efectos fijos y los otros controles usados, el modelo posiblemente estima efectos (o carencia de ellos) causales, bajo el supuesto de que no existen otras variables omitidas no estacionales o no relacionadas con el perfil socioeconómico del territorio donde se encuentran los establecimientos.

Aunque el modelo (III) muestra diferencias marginales en el caso de cirugías entre ambas nacionalidades, este efecto desaparece en las clínicas con una tasa de ocupación crítica (mayor al 85%). Por lo tanto, se descarta la hipótesis de que la demanda de servicios de salud por parte de personas haitianas tenga un impacto significativo en la ocupación de camas en establecimientos de salud altamente saturadas.

6.2 MODELO DE REGRESIÓN DE PARTOS POR NACIONALIDAD PARA CORREGIR POR FACTORES ESTACIONALES

Este modelo se desarrolla con el objetivo de poder analizar la evolución de los partos en el panel de datos del SNS, con el objetivo de analizar la participación de las personas haitianas en los partos de los establecimientos de salud en comparación con las personas dominicanas, pudiendo eliminar aquellos factores estacionales de la serie de tiempo de estas variables que pudiera sesgar el análisis de datos de tendencias en el tiempo.

Para lograr este objetivo, se utilizan métodos econométricos para obtener una serie de tiempo desestacionalizada que muestre de manera más clara el comportamiento de una variable en el tiempo. A continuación, se presenta el modelo econométrico de desestacionalización de partos (P) por nacionalidad (nac).

$$P_{nac} = \beta_0 + \beta_2 T_2 + \beta_3 T_3 + \beta_4 T_4 + u_t$$

Donde P_{nac} son el número total de partos en cada clínica por diferente nacionalidad: dominicana o haitiana, y las variables T_2 , T_3 , y T_4 son variables dummies de los trimestres 2, 3 y 4- tomando como base el primer trimestre de cada año- que eliminan el factor estacional. Acto seguido, se estima la serie desestacionalizada tomando en cuenta la media poblacional de la variable el error entre la predicción del modelo y la variable observada ($P_{nac} - \widehat{P_{nac}}$) para cada uno de los dos grupos de nacionalidad, de tal forma que

$$Serie_desest_P_{nac} = P_{nac} - \widehat{P_{nac}} + \overline{P_{nac}}$$

Se obtiene el total de las observaciones por trimestre y se realizan las gráficas para observar tendencias en el tiempo sin sesgos por variaciones que suceden año con año.

Amnistía Internacional es un movimiento integrado por 10 millones de personas que activa el sentido de humanidad dentro de cada una de ellas y que hace campaña en favor de cambios que permitan que todo el mundo disfrute de sus derechos humanos. Nuestra visión es la de un mundo donde quienes están en el poder cumplen sus promesas, respetan el derecho internacional y rinden cuentas. Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso, y nuestro trabajo se financia principalmente con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos. Creemos que actuar movidos por la solidaridad y la compasión hacia nuestros semejantes en todo el mundo puede hacer mejorar nuestras sociedades.

Contacto



info@amnesty.org



facebook.com/
AmnistiaAmericas



@AmnistiaOnline



amnesty.org



Amnesty International
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW,
Reino Unido

Salvo cuando se indique lo contrario, el contenido de este documento está protegido por una licencia 4.0 de Creative Commons (atribución, no comercial, sin obra derivada, internacional) (véase <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>)

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está protegido por la licencia Creative Commons.

Para más información, visiten la [página Permisos](#) del sitio web de Amnistía Internacional.

Índice: **AMR 27/0440/2025 Spanish**

Publicación: **Noviembre de 2025**

Idioma original: **Español**

© Amnesty International 2025