

Patronato de Lucha contra el SIDA (PLUS), Inc.

**RUTAS MIGRATORIAS DE HAITI A REPUBLICA DOMINICANA:
IMPLICACIONES PARA EL VIH/SIDA Y LOS DERECHOS HUMANOS
DE LAS PERSONAS INFECTADAS**

Preparado por:

Irene López Severino & E. Antonio de Moya

Con la colaboración de:

Víctor Scharboy, Peter Rowinsky, Ricardo Stephens y Rhina Esquea

Para el

Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO)

&

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

Santo Domingo, República Dominicana

21 de abril de 1999

Aprenderemos mucho sobre la naturaleza de nuestra sociedad de la manera en que respondamos a la enfermedad.

A. Brandt en *AIDS: The Burdens of History* (1988)

Tabla de Contenido

AGRADECIMIENTOS	iii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	1
MIGRACIÓN Y SALUD.....	2
<i>Las Mujeres y los/as Niños/as Inmigrantes</i>	3
<i>Migración Internacional y VIH/SIDA: Estudios Recientes</i>	3
RELACIONES HISTÓRICAS ENTRE AMBOS PAÍSES	4
<i>La Frontera Domínico-Haitiana</i>	4
<i>La Industria Azucarera Dominicana: Ingenios y Bateyes</i>	5
<i>Legalidad e Ilegalidad de los Inmigrantes Haitianos</i>	6
<i>El Antihaitianismo</i>	6
<i>Sistemas de Creencias Mágico-Religiosos</i>	7
SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS	8
<i>Inmigración Haitiana y Derechos Humanos</i>	9
LA PANDEMIA DE VIH/SIDA EN LA ISLA HISPANIOLA.....	10
<i>Situación Demográfica, Económica, Sanitaria y Educativa de Haití y Rep. Dominicana</i>	10
<i>La Epidemia de VIH/SIDA en Haití</i>	12
<i>La Epidemia de VIH/SIDA en Bateyes Dominicanos</i>	13
<i>Comparación de las Epidemias en Haití y en Bateyes Dominicanos</i>	14
<i>Estudios de Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Relevantes al VIH/SIDA en Bateyes</i>	15
<i>Intentos por Establecer la Acción Preventiva del VIH en Bateyes Dominicanos</i>	15
MÉTODO	16
RESULTADOS	18
ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES	18
ESTUDIO DE CASOS DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN BATEYES DOMINICANOS.....	21
<i>Descripción de los bateyes</i>	21
<i>Casos Femeninos</i>	21
<i>Casos Masculinos</i>	22
<i>Situación de los Derechos Humanos en Migrantes Haitianos VIH Positivos</i>	23
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	25
INMIGRACIÓN, VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS: MAÑANA ES TARDE	25
RUTAS MIGRATORIAS FLEXIBLES, DINÁMICAS Y CAMBIANTES	26
CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ARRAYANA EN LOS BATEYES CENTRALES Y URBANOS	26
RECONOCIMIENTO DEL ROL DE LA POBREZA EN LA FACILITACIÓN DE LA EPIDEMIA	27
ARRAYANIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA	27
POSIBLES IMPLICACIONES PARA LA MIGRACIÓN PANDEMIOLÓGICA DEL VIH.....	28
RECOMENDACIONES	30
ORGANIZACIÓN PARA LA DEMOCRACIA COMUNITARIA	30
INCORPORACIÓN DE PROMOTORAS DE SALUD, CHAMANES Y MAYORES DE GAGÁS ARRAYANOS/AS A LA ACCIÓN PREVENTIVA	30
NUEVAS ALTERNATIVAS DE LA ACCIÓN PREVENTIVA Y ASISTENCIAL	30
EDUCACIÓN SOBRE LA CULTURA Y LA RELIGIOSIDAD HAITIANAS	31
NECESIDAD DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL COMBINADA.....	31
REFERENCIAS	33
APÉNDICES	38

Agradecimientos

A los inmigrantes haitianos participantes, quienes viven con el VIH/SIDA, muchas veces sin saberlo, y a sus familiares por su valioso tiempo y su esperanza.

A todos los informantes claves participantes por su tiempo y disponibilidad.

A las enfermeras y promotoras de salud de los bateyes, Ursula, Adela, Sandra y Aracelis.

A los/as confidentes de los casos, quienes contribuyeron como intérpretes e informantes claves.

A Máximo, nuestro “motoconchista.”

A las doctoras Gisela Méndez, María Santana, e Ing. Bernardo Santana, del Programa de Desarrollo Social del Consejo Estatal del Azúcar (CEA), en San Pedro de Macorís.

Al Dr. William Duke, epidemiólogo del Hospital Carl Theodor Georg.

Al Dr. Luis Domínguez, por su valiosa colaboración en la preparación de la cartografía.

Al personal de la oficina local de ONUSIDA, en especial al Dr. Ernesto Guerrero, Joselina Reyna y Francisco Reynoso.

A Edgar Carrasco, de Acción Ciudadana contra el SIDA (ACCSI) de Venezuela, por su solidaridad y apoyo.

A Mabel Bianco y LACCASO, por su interés.

Introducción

El presente trabajo de investigación es parte de un estudio multicéntrico sobre los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, conducido simultáneamente en Argentina, Ecuador, México, República Dominicana y Venezuela por los Puntos Focales del Concilio Latinoamericano y Caribeño de Organizaciones de Servicio de VIH/SIDA (LACCASO) en estos países, para el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Este reporte debe ser visto como la etapa exploratoria de un necesario estudio más amplio sobre un complejo y antiguo problema entre dos naciones, que requiere ser redefinido a la luz de los nuevos acontecimientos relacionados con la pandemia de VIH/SIDA. El mismo busca aportar alternativas de respuestas novedosas y culturalmente apropiadas al desafío que esta enfermedad plantea a la población de toda la Isla y sus múltiples diásporas en el Caribe, Norteamérica y Europa.

El trabajo realizado analiza la posible relación del flujo migratorio de Haití hacia la República Dominicana y la transmisión del VIH/SIDA, así como las implicaciones para los derechos humanos de los inmigrantes infectados. El propósito del mismo consiste en identificar posibles áreas de intervención e investigación para aumentar la participación de esta población y sus organizaciones en la prevención y atención del VIH/SIDA. Por el momento, razones de tiempo y presupuesto nos impiden detenernos en la importante consideración de los derechos humanos de las personas haitianas y dominico-haitianas (“arrayanas”¹) no-infectadas, en términos de estar posiblemente bajo sospecha de infección, es decir, por estigmatización colectiva. Es bueno recordar que en los inicios de la epidemia en los Estados Unidos en la década de los 1980, Haití ya había sido considerado como un “paria internacional por el SIDA” (Chaze, 1983).

El propósito de un estudio más amplio será entender mejor cómo se articulan las piezas de lo que parece ser un complejo rompecabezas geopolítico, histórico, étnico, cultural y económico, e intentar proponer algunas vías de acción para reducir el impacto de la epidemia de VIH/SIDA entre los/as inmigrantes, con la participación activa de los principales actores involucrados en ella.

Objetivos

Los objetivos del estudio consistieron en:

1. recopilar y analizar la documentación existente sobre la situación del VIH/SIDA en Haití y las colonias agrícolas azucareras (*bateyes*) dominicanas, su relación con la inmigración haitiana y los derechos humanos de los/as inmigrantes haitianos/as que viven con VIH/SIDA en República Dominicana.

¹ Literalmente “de la raya” o fronterizos, hijos de Haitianos, o de Haitianos y Dominicanos, nacidos en territorio dominicano. No es tenido como un término despectivo.

2. recabar información de expertos/as en los temas centrales sobre las rutas y modalidades migratorias, tanto tradicionales como nuevas.
3. analizar la posible relación de las rutas migratorias y los factores socioeconómicos relevantes, con la transmisión del VIH entre las poblaciones inmigrante y residente haitiana, arrayana, y dominicana.
4. recopilar información sobre el manejo de los derechos humanos de los/as inmigrantes haitianos/as infectados/as por el VIH.

Migración y Salud

La relación de la migración y la salud de los/as migrantes ha sido uno de los temas más controversiales y apasionantes del área de la salud internacional a través de los siglos. Spruit (1986) identificó las principales fuentes de problemas relativos a la salud de los/as inmigrantes en los países de destino. Se destacan entre ellas: (1) el *status* socioeconómico en relación a la población huésped; (2) las diferencias en cosmovisiones sobre salud y enfermedad; (3) las dificultades educativas y de acceso a los recursos necesarios; y (4) la impotencia del personal médico frente a muchas enfermedades. La investigación de la visión de los/as migrantes sobre sus problemas de salud revela barreras concretas a la atención médica, tales como la desconfianza entre el personal de salud, las enfermedades deteriorantes, el deambular entre los servicios, y los problemas financieros, entre otros. En los últimos años ha ido ganando terreno la noción de que algunos de esos problemas pueden ser resueltos pidiendo la asistencia de curadores religiosos o tradicionales.

Para estimular la aceptación por parte del personal sanitario de otros sistemas de creencia sobre la salud, Farmer (1992) propone desarrollar una “hermenéutica de la generosidad”, que puede ayudar a fundar las bases de una nueva forma de enfocar la epidemiología. En esa perspectiva, las mistificaciones y análisis evaluativos que han acompañado a las descripciones de la medicina serían reemplazadas situando los enfoques alternativos en su contexto histórico-social. De tal forma, Farmer puede tomar en serio los reclamos de sus informantes haitianos cuando insisten que el SIDA “no es simple,” y que uno puede “enviar” la enfermedad de una persona a otra por mala intención. Al analizar críticamente los discursos populares y fantásticos sobre Haití como la “caja negra”, misteriosa y mágica del origen de la pandemia de VIH/SIDA, e investigando las fuentes culturales, económicas, y políticas de los testimonios de sus informantes, la hermenéutica de Farmer justifica, localiza y refuerza la necesidad de una nueva Epidemiología, que más adelante identificaremos como Pandemiología.

Colledge, van Geuns y Svensson (1986) sostienen en este sentido, que los migrantes deben tener algo que decir en la agenda de investigación. De Jong (1986), por su parte, sostiene que los/as inmigrantes merecen una atención especial en la política de atención en salud de los países huéspedes en la medida en que sus problemas sanitarios sean de mayor magnitud que los de los grupos nativos comparables. En el presente estudio escuchamos, tal vez por primera vez en

República Dominicana, la voz de los/as inmigrantes haitianos/as y de personas que viven y trabajan con ellos, intentando así entender mejor su entendimiento del VIH/SIDA por dentro.

Las Mujeres y los/as Niños/as Inmigrantes

Hay pocas dudas de que los/as niños/as y las mujeres inmigrantes son capaces de entender y aprender la nueva cultura y el nuevo idioma, pero habrá que estudiar más profundamente cómo esto puede ser una función del grado de marginalización del contacto social con la cultura huésped que pueden experimentar muchas mujeres inmigrantes, particularmente las que no trabajan fuera de la casa.

Estudios de migración clasifican a las mujeres y los/as niños/as en términos de su vulnerabilidad general, asociada predominantemente con la falta de dominio del idioma del país huésped. Nejmi (1986) distingue tres niveles de riesgo entre mujeres migrantes. El grupo más marginal y vulnerable es el de mujeres que no hablan el idioma del país de destino y los/as niños/as nacidos/as en el país de origen de sus madres. Le sigue el grupo de mujeres que tienen un dominio básico del idioma, y niños/as nacidos/as en el país anfitrión, quienes hablan el idioma. Por último está el grupo de mujeres nativas o llegadas a temprana edad que hablan el idioma, y los/as niños/as nacidos/as de uniones mixtas, criados/as para usar el idioma del huésped.

La mayoría de las mujeres infectadas por VIH en el mundo residen en los países y comunidades más pobres, porque la pobreza y las desigualdades de género actúan para aumentar los riesgos de las mujeres. Farmer (1996) afirma, por ejemplo, que la “monogamia en serie” es una práctica común entre mujeres haitianas pobres. “Esas son uniones monógamas débiles que llevan a procrear un hijo pero que generalmente no duran más de un año. Después de que tales uniones se disuelven, las mujeres se encuentran con nuevos dependientes y más necesitadas aún de parejas confiables. La inestabilidad de estas uniones empeora su situación económica y puede poner a la mujer en alto riesgo de contraer el VIH u otras ETS” (Farmer, 1996). En muchos de estos casos en que la mujer resulta infectada, al ella enviudar de una pareja con SIDA y tener que formar rápidamente relaciones de pareja por razones de supervivencia, pone al nuevo cónyuge en situación de alto riesgo de adquirir la infección.

Migración Internacional y VIH/SIDA: Estudios Recientes

Algunos estudios recientes sobre la relación de la migración con el riesgo de adquirir y transmitir el VIH en diversas sociedades hacen énfasis en los factores de riesgo y en la necesidad de consejería del VIH y el control de otras ETS. Adrien et al. (1998), por ejemplo, encontraron que el sexo desprotegido durante viajes de regreso de personas haitianas de Canadá a Haití puede ser un factor de riesgo para la infección por VIH. En Zimbabwe, Gregson et al. (1998) reportaron que la percepción del riesgo personal entre hombres migrantes fue bastante alta (42%) y correlacionó con ser soltero, exposición a los medios y contacto con servicios médicos. En Holanda, Fennema et al. (1997) hallaron que más de tres cuartas partes de las personas

heterosexuales VIH positivas de ambos sexos eran extranjeras. En Italia, Suligoi et al. (1997) resaltan la necesidad de aumentar el conocimiento de la difusión de los factores de riesgo de ETS entre los inmigrantes. En la Federación Rusa, Tichonova et al. (1997) confirmaron el hallazgo de que la transmisibilidad del VIH es aumentada por la infección con ETS.

Relaciones Históricas Entre Ambos Países

La Isla Hispaniola es compartida por dos naciones, organizadas políticamente como la República Dominicana y la República de Haití. Junto con la Tierra del Fuego, San Martín, Irlanda y Nueva Guinea, es uno de los cinco casos en el mundo de una isla compartida por dos países (Vega, 1988). Ambas sociedades han tenido desarrollos étnicos, culturales, políticos e históricos diferentes pero entrelazados desde el siglo XVII, aunque por su geografía y ecología comunes, sus destinos parecen unidos. Los/as dominicanos/as y los/as haitianos/as somos hijos/as de amos/as y esclavos/as. Nuestras madres fueron Taínas mestizadas, nuestros padres Caribes, Europeos, Africanos, Asiáticos y Americanos. A pesar de esta vocación por la diversidad, o precisamente por ello, por “ser y no ser el otro”, la Isla Escindida, hoy amenazada por la subpandemia regional de VIH/SIDA, ha servido como frontera imperial del racismo en América.

La Frontera Domínico-Haitiana

Según el historiador Frank Moya Pons (1991), en los siglos XVII y XVIII se firmaron los tratados de Aranjuez, Basilea y Risswick, entre España y Francia, fijando límites territoriales para sus dos colonias, que compartían la Isla. En 1795, la parte española es cedida a Francia, como una de las consecuencias de las revoluciones francesa en 1789 y haitiana en 1791. En 1794 Toussaint Louverture ocupó terrenos previamente españoles. Esto nunca fue reconocido por las autoridades de la parte española de Santo Domingo después de la llamada Reconquista en 1809. En 1822 el gobierno haitiano ocupó de nuevo la parte occidental, y los territorios anteriores fueron incorporados a Haití. Esta última medida fue nuevamente desconocida en 1844, tras la fundación de la nueva República Dominicana. Los dominicanos continuaron reclamando la soberanía de las tierras que consideraban ocupadas por los haitianos, durante varios años de guerra entre ambas naciones. En 1861 se produjo la Anexión a España del territorio dominicano. La Guerra de Restauración, que consiguió la separación dominicana de España, impidió esos planes y la frontera quedó como había sido definida por el gobierno haitiano entre 1822 y 1844.

En 1867, la República Dominicana firmó el primer Convenio de Paz y Amistad, Comercio y Navegación con Haití. Ambos gobiernos hicieron nuevos tratados y convenciones en 1874, 1880, 1884, 1895, 1899 y 1900. Hubo nuevos encuentros en 1911, 1929 y 1935. Este último acordó la construcción de una carretera internacional que serviría en algunas de sus secciones como lindero entre ambos países. En 1937, el gobierno de Rafael L. Trujillo puso fin a la ocupación de las tierras y aldeas cercanas a Barahona, Azua, Jimaní, Pedernales, San Juan de la Maguana, Dajabón y Mao, con

la matanza o expulsión de 10,000-20,000 comerciantes, campesinos y empleados domésticos haitianos.

La Industria Azucarera Dominicana: Ingenios y Bateyes

De acuerdo con los Cronistas de Indias en el siglo XVI, el término *batey* era utilizado por los aborígenes taínos de la Isla para designar las plazas donde se efectuaban los juegos de pelota y otras actividades sociales y ceremoniales. Esta palabra pervivió en el lenguaje español, significando principalmente el entorno comunitario donde habitan los trabajadores de los ingenios azucareros con sus familias (Ramírez, 1992).

Según Ferrán (1985) se pueden distinguir dos tipos básicos de *bateyes* azucareros: el central (cabecero) y el agrícola (periférico). El *batey* central está localizado en la inmediatez de la factoría, suele ser semiurbano o simplemente urbano, y su población está relacionada con labores industriales propias de la molienda, con la parte principal del proceso administrativo de todo el personal y equipo en el área agrícola e industrial del ingenio azucarero. El *batey* agrícola es una comunidad rural cuya población trabaja mayoritariamente en labores relacionadas con la siembra, corte, carga, peso y transporte de la caña de azúcar en los ingenios azucareros.

Una característica singular de los *bateyes* agrícolas la constituye la composición étnica de sus habitantes, fuertemente determinada por la presencia de mano de obra inmigrante, “usualmente más barata que la nativa” sobre todo desde Haití y sus descendientes. La importación de trabajadores ha sido un recurso utilizado por la industria azucarera desde fines del siglo pasado, a fin de mantener deprimidos los salarios y disminuir los costos de producción (Ferrán, 1985). Desde el último cuarto del siglo pasado, en que la industria azucarera inició su apogeo, se llegaron a fundar varias decenas de ingenios, cerrándose muchos de ellos más adelante, a medida que la rentabilidad de la producción de azúcar de caña fue disminuyendo en el último tercio del siglo XX. Hasta fines de los años 1980, cuando se clausuraron dos centrales estatales, el número de ingenios se mantuvo en 16 (Ferrán, 1985).

A pesar de que existe un puñado de ingenios azucareros privados, 10 de las plantaciones pertenecen al Estado Dominicano, como una herencia anacrónica de la dictadura estatista de Rafael L. Trujillo (1930-61). El Consejo Estatal del Azúcar (CEA) administra este consorcio, que incluye una población de más de 180,000 personas en 203 *bateyes* que conservan su estructura funcional. La localización de los *bateyes*, siguiendo la distribución de los campos de caña en el país, se extiende al Distrito Nacional y la provincia San Cristóbal, en el sur; San Pedro de Macorís, La Romana, El Seibo, La Altagracia, y Hato Mayor, en el este; Barahona y Bahoruco, en el suroeste; y Valverde y Puerto Plata, en el noroeste (CEA, 1999).

Es importante apuntar que los *bateyes* no están necesariamente limitados a sus relaciones con la industria del azúcar, sino que el término se está aplicando a barrios urbanos marginales con presencia de población dominico-haitiana y haitiana. Moya

Pons (1999) señala cómo la gradual ocupación de tierras alrededor de antiguos ingenios ha dado cuerpo a importantes poblados. “Un fenómeno que se debe estudiar, dice, es el cambio de estos pueblos crecientes de centros azucareros a centros culturales, donde una comunidad de migrantes, en vez de buscar trabajo en una industria azucarera, vienen quizás para encontrar una comunidad familiar donde no van a encontrar tanta discriminación.”

Legalidad e Ilegalidad de los Inmigrantes Haitianos

La forma clandestina e ilegal en que llegan los inmigrantes haitianos es el punto de partida de la superexplotación a que son sometidos miles de haitianos y haitianas que trabajan en las plantaciones de caña de azúcar, el sector de la construcción y otros cultivos agrícolas como café, cacao arroz en el país. El haitiano llega al país de manera ilegal en muchas ocasiones y cuando termina la zafra se mantiene ilegalmente en otras áreas. Los inmigrantes haitianos no están protegidos por el Código de Trabajo vigente en la República Dominicana, ni por disposición legal alguna (Cedeño, 1991; Veras, 1986).

Los hijos de los haitianos nacidos en territorio dominicano según la Constitución dominicana, tienen derecho a la nacionalidad de acuerdo al principio de *Jus soli*, lo que contradice la Constitución haitiana, que consagra como haitiano a todo hijo de haitiano, no importa donde nazca, según el principio de *Jus sanguini*. En base a esta divergencia, se ha generado un conflicto de doble nacionalidad o ausencia de la misma. Los hijos de inmigrantes haitianos y madres dominicanas crecen sin documentación alguna. Fuentes fidedignas refieren que desde hace tiempo no se expide partida de nacimiento a ningún niño nacido en el territorio descendiente de haitiano, lo que repercute en la permanencia dentro del sistema escolar formal, el cual exige una partida de nacimiento para poder inscribirlos.

Desde 1940 hasta 1952 los braceros haitianos trabajaban de forma ilegal a consecuencia del tráfico clandestino. En 1952 se suscribe un convenio sobre la contratación en Haití y la entrada a la República Dominicana de jornaleros temporeros haitianos. Este acuerdo fue aprobado conjuntamente con un formulario de contrato de trabajo que debía ser firmado por la empresa que empleara al bracero y por éste. En 1959 y 1966 se arriba a acuerdos similares. No parece existir consenso actualmente sobre si esos acuerdos se mantienen vigentes por reactivación automática o si han caducado.

El Antihaitianismo

El antihaitianismo de amplios segmentos de la población dominicana es un fenómeno complejo que tiene sus raíces en la formación étnica y económica de las colonias paralelas española y francesa en la Isla de Santo Domingo, en las luchas históricas por sus independencias, en los conflictos por la definición de la frontera que delimita ambos territorios, y por las presuntas presiones económicas que genera la inmigración. Según Vega (1988) el antihaitianismo dominicano del siglo XIX, se basó

en “el objetivo haitiano de controlar la parte Este de la Isla.” Sin embargo, debemos desconstruir los intentos de localizar la culpa del antihaitianismo en los actos de los haitianos mismos, es decir, culpar a las víctimas por su victimización.

Es importante señalar que muchas figuras centrales de la historia de la Nación dominicana han sido creadas por su resistencia a la ocupación haitiana de la parte oriental de la Isla en el siglo pasado. Parece existir un esfuerzo de las clases dominantes por mantener el rechazo a la “negritud” de los haitianos y defender la “hispanidad” de los dominicanos. Ese tipo de antihaitianismo, que según Vega (1988), se autodefine como esfuerzo deliberado de oponer “el mestizaje, la hispanidad y la catolicidad” de los dominicanos al “africanismo y la negritud” de los haitianos, también refleja el prejuicio racial contra el propio negro dominicano existente desde la fundación de la colonia. Hacia finales de la tercera década del siglo XX, tal vez como reflejo de la política nazi de exterminio étnico-racial, sin embargo, se desarrolló lo que Vega (1988) denomina el “antihaitianismo trujillista,” basado ahora en la presencia física de haitianos en el país y en el supuesto peligro que ésta representaba para la cultura nacional. Trujillo, señala Vega, después de la matanza, “apeló al antihaitianismo como política oficial” probablemente como un factor de cohesión a través de la manipulación del terror.

Sistemas de Creencias Mágico-Religiosos

La diferencia de idiomas entre los nuevos inmigrantes, quienes regularmente sólo hablan *kreyole*, y los dominicanos, quienes hablan el español dominicano, parece ser el primer obstáculo que estos deben vencer para reducir su marginalidad en la vida cotidiana de los bateyes. Sin embargo, pasado un período de adaptación, los hombres parecen aprender más rápidamente los rudimentos del idioma dominicano que las mujeres, probablemente por estar mayor tiempo fuera del hogar y tener mayor interacción con la población huésped. La barrera lingüística parece ser menor que las diferencias culturales, particularmente en los sistemas de creencias mágico-religiosos entre los/as inmigrantes y los sectores de poder dominicanos que operan en los bateyes (guardias campestres, ejército, policía, religiosos, personal de salud y educación). Presumiblemente, las diferencias lingüísticas pueden tener más importancia en el campo del trabajo, mientras las culturales pueden ser relevantes en la interacción con personal de salud.

Farmer (1992) ilustra cómo el sistema de creencias mágico-religiosas de la cultura rural haitiana supone una epistemología diferente a la biomédica “occidental.” Esto mismo exige la construcción de la hermenéutica mencionada, que busque reconciliar ambas visiones y evite la “exotización” y “satanización” de prácticas culturales en los ritos *vodú* por la cultura huésped. Aunque Farmer intenta distanciarse de esos discursos, ofrece ejemplos de creencias comunes en la “teoría folklórica” del SIDA en Haití, como una tradición vodúista derivada de una práctica exorcista dahomeyana, que prescribe que hay que “bailar” el cadáver de personas muertas de SIDA dentro de su ataúd, las cuales pueden confluir con sectores que sienten que eso es ofensivo (p. 93). Este último ritual de separación es denominado *mampoté* o

“mampoteo” (de “mampostear,” tapiar un cadáver en una tumba con cemento) entre haitianos y arrayanos en los *bateyes* dominicanos, como un intento comunitario de revertir el dolor y asumir de manera solidaria los ritos funerarios de personas que han sufrido mucho. Así, las personas que mueren de SIDA en los *bateyes* tienden a ser “mampoteados” (Darío Solano, comunicación personal).

Situación de la Población Respecto a los Derechos Humanos

La República Dominicana ha ratificado los principales convenios y tratados de los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Esto obliga al país al cumplimiento, entre otros, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Suplementaria sobre la Abolición de la Esclavitud, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los Derechos de la Mujer, y sobre la Organización del Trabajo. Además, la Constitución de la República toma en cuenta diferentes aspectos de derechos civiles y políticos.

Sin embargo, el país ha vivido históricamente de espaldas al respeto de los derechos de las personas, siendo objeto de visitas de comisiones de derechos humanos, entre otras, en 1976. Como resultado, se le impuso sanciones económicas al país por considerarse como práctica de esclavitud las condiciones de trabajo de los braceros haitianos.

En cuanto a las personas que viven con el VIH/SIDA, sus derechos como ciudadanos están consignados dentro de la normativa constitutiva del país, y de manera específica, en la Ley 55-93 sobre el SIDA y su reglamento interno. La ley contiene disposiciones sobre el diagnóstico, las pautas a seguir para la prevención, los derechos y deberes de los/as ciudadanos/as, infectados/as o no, y las sanciones a quienes vulneren los derechos y garantías establecidas por dicha ley (Rafal, 1995). López Severino (1999) dice que el proceso de consejería no está normado y ha dependido muchas veces del quehacer de unas pocas organizaciones no gubernamentales. La Ley 55-93 establece la consejería, pero la limita a antes y después de pruebas de VIH.

Cáceres et al (1998) encontraron en una encuesta que la mayoría de las personas que viven con el VIH/SIDA en el país permanece en el anonimato debido a las implicaciones sociales y laborales que representa el asumir públicamente su seropositividad estigmatizada. Los grupos de autoapoyo existentes se concentran en Santo Domingo, lo que limita la participación y empoderamiento de los/inmigrantes en los *bateyes*. Las familias de estas personas en muchos casos intentan ocultar se condición, otros en menor escala reciben apoyo de su red social. De Moya (1998b) señalan que muchas personas infectadas, sus familiares y vecinos eran incapaces de pensar o enunciar la palabra SIDA sin una intensa reacción emocional, lo que sugiere el carácter ominoso que ha tomado el término.

Cáceres et al. (1999) afirman que el acceso a los servicios de salud están condicionados al poder adquisitivo de las personas a nivel privado. A nivel público

existen grandes carencias de instrumentos diagnósticos, medidas de protección y medicamentos. También hay problemas en la disposición del personal de salud a atender a las personas infectadas. La identificación, estigmatización y discriminación de las personas VIH positivas en el sector salud permanecen, así como la realización de pruebas no voluntarias de VIH. Guyanes (1999) añade a esto que el sistema de salud pública no dispone de medicamentos antirretrovirales. Los controles de laboratorio para el uso adecuado de estas terapias no están actualmente disponibles en el país, y la capacitación adecuada del personal de salud para el seguimiento de los pacientes bajo tratamiento es insuficiente.

Inmigración Haitiana y Derechos Humanos

Patterson (1987) afirma que Haití es una de las “unidades periféricas” de lo que él denomina “sistema Atlántico Occidental”. Uno de los procesos más importantes en ese sistema, dice, es la migración. Este juicio aplica por igual a Haití y la República Dominicana. Farmer (1992), por su parte, señala que la economía haitiana no puede ser entendida sin una consideración de sus lazos con otros países y el rol de la migración. En los últimos cien años, dice, los haitianos han trabajado la caña de azúcar y otras cosechas en un número de países del Caribe.

Esta migración ha llevado a la formación de importantes comunidades de diáspora en Cuba, las Bahamas, y especialmente en República Dominicana” (Plant, 1987). Un Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1998) estimó que cerca de medio millón de Haitianos residen en este último país, de los cuales sólo 25,000 poseen documentación. Farmer (1992) señala que en 1980 el gobierno de la República Dominicana estimó que 90 por ciento de la fuerza de trabajo agrícola en las plantaciones azucareras es haitiana.

Años antes, una encuesta realizada por Hernández (1973) halló que existe un tráfico clandestino o ilegal de braceros a través de la frontera, en complicidad con autoridades y representantes de empresas azucareras; en los *bateyes* los braceros son asignados a barracones carentes de ventilación, iluminación, condiciones sanitarias y comodidades mínimas, sin amenidades ni equipamiento comunal, siendo la dieta y el vestido incompletos e insuficientes; autoridades militares dominicanas inician redadas (la “recolecta) tendientes a reubicar los haitianos que deambulan o realizan trabajos ocasionales en las ciudades, como una forma explícita de señalar la obligatoriedad de los braceros haitianos con el corte de la caña; y 60% de los inmigrantes haitianos no había regresado a su país. De acuerdo con este estudio, la participación haitiana en la economía dominicana había exhibido un patrón de desplazamiento que incluía la ocupación gradual de terrenos en la zona fronteriza para uso agrícola y ganadero, la participación concertada en las labores de campo de los ingenios azucareros, y el desplazamiento hacia ocupaciones urbanas (vendedores ambulantes, trabajadores ocasionales, participación en la cosecha de café y arroz).

En los últimos años, un número desconocido de haitianos inmigrantes han logrado generar ingresos, probablemente de subsistencia, en la economía informal, en

particular en la industria privada de la construcción, en obras públicas viales y habitacionales, y como pequeños comerciantes, artesanos, pintores *naif*, trabajadoras sexuales, y peluqueras para turistas, entre otros. Jonsson (1998) afirma que estas personas “han escapado de la pobreza y tiranía de Haití pero han caído en otra trampa: la explotación del trabajo mal remunerado y la ilegalidad,” destacando que la migración de Haití continúa y crea grandes tensiones entre los dos países. Sin embargo, muchos afirman que “los haitianos hacen el trabajo que los dominicanos no quieren hacer” (el peor remunerado), es decir, cortar caña y trabajar en la industria de la construcción.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1998) hace referencia a los principales problemas identificados por sus miembros en una misión especial en la Isla, entre los que sobresale que:

1. los cortadores de caña sufren abusos por parte de autoridades de migración y autoridades militares; los niños y las mujeres carecen de existencia jurídica (p. 15), heredada de la indocumentación de sus padres.
2. la discriminación consiste en una mezcla de racismo, chauvinismo y “conciencia” (prejuicios) de clase respecto de los inmigrantes haitianos y de dominicanos negros con antecedentes o costumbres consideradas haitianas (p. 17), que se manifiesta entre otras en intentos de suprimir prácticas culturales afroamericanas o que se identifican con Africa (p. 29).

Dicho Comité pidió al Gobierno Dominicano que suprima del proyecto de ley de inmigración de 1996 “las disposiciones que parecen constituir violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales de los inmigrantes y de sus familias y, en particular, el artículo 6, que considera como extranjeros en tránsito a los extranjeros admitidos en la categoría de inmigrantes no residentes y a los extranjeros que entran y permanecen en el país ilegalmente” (p. 17). Así mismo, el Comité mostró su preocupación sobre el aumento del “turismo sexual” en las zonas de esparcimiento y la difusión del SIDA.

La Pandemia de VIH/SIDA en la Isla Hispaniola

Situación Demográfica, Económica, Sanitaria y Educativa de Haití y Rep. Dominicana

El Cuadro 1 presenta una comparación de aspectos claves de la situación social, económica, sanitaria y educativa de ambos países, basada en datos recientes de la Organización de las Naciones Unidas. Puede observarse cómo todos los indicadores muestran diferencias marcadas que favorecen a la República Dominicana. Estos datos permiten comprender mejor la dirección de Haití a República Dominicana que toma el flujo migratorio como función de factores de expulsión y atracción de un país a otro.

Cuadro 1. Comparación de Algunos Indicadores Demográficos, Económicos, Sanitarios y Educativos entre Haití y República Dominicana.²

Renglón	Haití	República Dominicana
Area	27,750 km ²	48,000 km ²
Población (millones)	7.4	8
Ingreso per capita (US\$) anual	250	1,460
Indice de pobreza humana	46.2	18.3
Rango socioeconómico entre 175 países	156	87
Expectativa de vida al nacer (años)	54	71
Mortalidad de menores de 5 años (por 1,000 nacidos vivos)	124	44
Mortalidad materna (100,000 nacidos vivos)	1,000	110
Tasa de infección por VIH (%)	5.17	1.89
Población con acceso a atención de salud (%)	60	78
Población con acceso a agua potable (%)	28	65
Tasa de analfabetismo adulto (%)	55	18

Un informe reciente de la Federación Luterana Mundial señala que 95 por ciento de los bosques haitianos han sido deforestados, 60 por ciento de la población está desempleada o subempleada, y la política de privatización de todos los servicios e instituciones está llevando al despido de miles de trabajadores. Unos 15,000 Haitianos fueron deportados de la República Dominicana en febrero y marzo de 1997, “algunos de los cuales tenían certificados de residencia, lo que empeora aún más la situación en Haití y denota la extensa discriminación institucional que existe en la República Dominicana contra la población inmigrante haitiana” (Jonsson, 1998).

Este reporte corrobora además la situación política y económica extrema y dramática por la que atraviesa ese país, la cual podría servir como una fuerza adicional que probablemente continuará expulsando a parte de la población de más bajos ingresos a la migración, tanto por mar hacia los Estados Unidos como por tierra hacia la República Dominicana, ruta altamente probable por implicar un menor costo de inversión y una mayor seguridad de éxito en el cruce de fronteras, aunque implica también la entrada a un país de mayor pobreza que EE.UU. y mayor competencia por las escasas oportunidades entre la comunidad inmigrante.

Dicho informe concluye diciendo que el destino de los haitianos en este país:

vacila continuamente entre la mejoría y el deterioro... La represión y los abusos físicos han continuado. A medida que la producción de azúcar de caña disminuye, menos Haitianos pueden encontrar trabajo en ese renglón. Muchos han encontrado trabajo en la creciente industria de la construcción, pero se encuentran compitiendo por los empleos con grandes números de nuevos inmigrantes procedentes de Haití.

² Fuentes: UNDP Human Development Report 1997 y UNAIDS Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and STD. Junio 1998.

Este aspecto de la competencia entre los mismos haitianos por un lugar en la economía informal dominicana es probablemente un nuevo ingrediente de la crisis.

La Epidemia de VIH/SIDA en Haití

De acuerdo con Farmer (1992), el análisis de la pandemia de SIDA en el Caribe revela que ésta está compuesta de múltiples subepidemias de transmisión del VIH, inicialmente derivadas de la pandemia más amplia en Norteamérica. Afirma que la investigación epidemiológica ha mostrado que el virus vino a Haití, la República Dominicana, Jamaica, Trinidad y Tobago y las Bahamas desde los Estados Unidos, probablemente a través del turismo y los migrantes de retorno a sus hogares desde el exterior. Para él, marcos explicativos más poderosos deben revelar los vínculos transnacionales esquivados en muchos recuentos basados en reportes nacionales.

Los primeros casos de SIDA en la Isla Hispaniola ocurrieron entre finales de la década de los 1970 (Pape, 1983) y principios de los 1980 (Guerrero et al., 1985). Koenig et al. (1987) y Farmer (1992) identifican al turismo sexual como la ruta introductoria más probable del VIH/SIDA a República Dominicana y Haití, debido al contacto sexual entre turistas masculinos homosexuales y hombres dominicanos y haitianos que venden sexo a hombres. De Moya y García (1999) añaden el vínculo de *tours* homosexuales organizados con destinos comunes entre Santo Domingo y Puerto Príncipe para turistas norteamericanos y europeos de mediana edad durante el *boom* de la década de 1980. Este parece ser uno de los vectores más viejos del VIH/SIDA en la Isla.

Algunos estudios de seroprevalencia del VIH realizados en Haití entre 1987 y 1993 permiten conocer parcialmente la magnitud de la epidemia local hasta ese momento. En el Cuadro 2 pueden verse los datos de estudios seleccionados, publicados por OPS/OMS en 1996, los cuales sugieren el despliegue de una epidemia madura. Dos estudios con trabajadoras sexuales evidencian que éstas habían alcanzado tasas muy altas de seroprevalencia (mayores de 60%) por lo menos en algunas localidades. Grupos de bajos ingresos (1989) y mujeres pacientes de clínicas de ETS hasta 1993 sobrepasaban el 10 por ciento de infección, siendo esto casi tres veces más alto (28%) en hombres con ETS. Las mujeres parturientas de menos de 25 años (1991-92) y las embarazadas en al menos dos puestos centinelas (1992-93) habían superado el nivel crítico de 5 por ciento que sugiere una epidemia concentrada. Los donantes de sangre (1992) se acercaban a este nivel. El informe de OPS/OMS no ofrece datos de estudios de seroprevalencia posteriores a 1993.

Cuadro 2. Estudios de Seroprevalencia Seleccionados Realizados en Haití (1987-1993).³

Grupo	Fuente	Año	Tasas de seropositividad (%)	
Trabajadoras sexuales	GHEISKIO	1987	61.0	
		1990	72.0	
Grupos de bajos ingresos	Cité Soleil	1989	10.3	
Mujeres parturientas	IHE	1991-92	14-19 años	6.0
			20-24 años	7.0
			25-49 años	4.6
Donantes de sangre	HAS/HACL	1992	2.2,	
		1992	3.0-5.0	
Mujeres embarazadas en puestos centinelas	IHE	1992-93	7.5-9.6, 5.5-6.1, 1.8-2.9	
Pacientes con ETS	GHEISKIO	No reportado	Hombres	28.0
			Mujeres	14.0

Dos estudios cualitativos sobre la situación en Haití han sido publicados en los últimos años. Ulin, Cayemittes y Metellus (1993) estudiaron el rol de mujeres Haitianas en su país en la toma de decisiones sexuales. Sus resultados muestran que hubo poca comprensión del peligro de la transmisión vertical; las mujeres que no tienen forma de ganarse la vida eran menos respetadas y tenían poca influencia en las decisiones del hogar y en la negociación sexual; el interés de proteger la relación de pareja lleva a muchas mujeres a perdonar o pasar por alto la actividad sexual del hombre fuera del hogar; y las mujeres aconsejan a otras mujeres a abstenerse del sexo de cualquier tipo con un hombre promiscuo o aun a abandonarlo si no puede convencerlo de serle fiel.

Más recientemente, se rastrearon 107 hogares haitianos que contenían al menos un miembro con infección VIH conocida, en los cuales habían ocurrido cambios en la estructura socioeconómica y en el funcionamiento de la familia. Estos cambios incluyeron: (1) cese del empleo pagado, aumento en la toma de préstamos, y venta de posesiones a medida que la enfermedad se hacía más seria; (2) niveles bajos de búsqueda de atención aun en circunstancias donde ésta está disponible; y (3) negación, ostracismo y abandono como respuestas sociales frecuentes, entre otros (Aggleton & Bertozzi, 1997).

La Epidemia de VIH/SIDA en Bateyes Dominicanos

En el Cuadro 3 se presentan los datos de nueve estudios de seroprevalencia del VIH realizados en poblaciones de la industria azucarera. Estos estudios se han realizado en diversos escenarios, tales como puestos aduanales fronterizos con Haití, y bateyes agrícolas de Monte Plata, Yamasá, Haina, San Pedro de Macorís, Hato Mayor y Barahona.

³ Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). *Análisis de la Situación Sanitaria. Haití 1996*. Puerto Príncipe, junio.

Cuadro 3. Estudios seroepidemiológicos del VIH en colonias agrícolas azucareras (bateyes) en República Dominicana (1985-1996).⁴

Autor, año	Lugar	VIH+/N	Prevalencia VIH (%)
Guerrero et al., 1985	Puestos aduanales fronterizos con Haití	30/1,000	3.0
Martínez et al., 1986	Cortadores de caña haitianos, Monte Plata y San Pedro de Macorís	15/500	3.0
Acra, 1987	Cortadores de caña haitianos, Hato Mayor	3/200	1.5
Pérez et al., 1987	Cortadores de caña haitianos, Batey A. Bass, San Pedro de Macorís	4/87	4.6
Melgen et al., 1988	Cortadores de caña dominicanos y haitianos, Los Jobillos, Yamasá	7/186	3.8
Guerrero R. et al., 1991	Cortadores de caña haitianos, Barahona	6/100	6.0
Capellán, 1992	Hombres y mujeres en bateyes de Haina	37/397	Todos
	Dominicanos		4.4
	Inmigrantes haitianos (<1 año)		5.0
	Arrayanos		10.0
	Residentes haitianos (>5 años)		15.0
Brewer et al., 1996	Mujeres, bateyes de San Pedro de Macorís	28/492	Todas
	<35 años		5.7
	Dominicanas		8.8
	Arrayanas		3.6
	Haitianas		4.9
CEA/OPS/ONUSIDA, 1998	Mujeres, bateyes de Barahona	4/211	Dominicanas
	Arrayanas		0.14
	Haitianas		1.2
			13.3

Las tasas de infección por VIH en diversos bateyes han sido bastante variables, y por tanto, son difíciles de comparar. Los principales factores de riesgo identificados para todos los moradores de estas comunidades son el haber padecido sífilis, y el tiempo residiendo en bateyes. En el caso de las mujeres, el sexo anal receptivo, el trabajo sexual profesional, la jefatura del hogar, y el tener menos de 35 años estuvieron asociados al riesgo. La mitad de las mujeres VIH positivas no habían tenido más de dos parejas sexuales (Brewer et al., 1996). Capellán (1992), Brewer et al. (1996) y CEA/OPS/ONUSIDA (1998) encontraron tasas más elevadas en las subpoblaciones haitianas de ambos sexos, seguidas por las arrayanas y las dominicanas. Los dos primeros de estos tres estudios concluyen que la mayoría de la transmisión del VIH parece ocurrir dentro de los bateyes.

Comparación de las Epidemias en Haití y en Bateyes Dominicanos

Los datos de los estudios de seroprevalencia realizados en Haití pueden ser comparados con los estudios hechos en bateyes dominicanos. La seroprevalencia que exhibían “grupos de bajos ingresos” en Haití en 1989 (10%) es mayor que las

⁴ Fuentes: IEPD/PROFAMILIA, Bibliografía Anotada de SIDA (1988-1997) y CEA/OPS/ONUSIDA (1998).

encontradas en hombres haitianos cortadores de caña en diversos bateyes dominicanos por Guerrero et al. (1985), Martínez et al. (1986), Acra (1987), Pérez et al. (1987), Melgen et al. (1988) y Guerrero R. et al. (1991), y cercana a la reportada por Capellán (1992). Este último estudio y el de Brewer et al. (1996), hallaron niveles de infección más de dos veces menores (25%) en trabajadoras sexuales en bateyes que los estudios reportados en Haití en sus homólogas (61%-72%). Las mujeres estudiadas por Brewer tuvieron tasas de VIH de 5.7 por ciento, ligeramente superiores al 5.17 por ciento que ONUSIDA (1998) estima actualmente para la población general haitiana.

Estudios de Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas Relevantes al VIH/SIDA en Bateyes

Se han realizado pocos estudios de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (CCAP) relevantes al SIDA en los bateyes del país. El más completo de estos trabajos es el realizado por Blandino (1990), quien reportó que en estas comunidades existe una importante estructura de poder que incluye, entre otros, influyentes líderes carismáticos informales que trabajan con “misterios” (figuras *chamánicas*). Este autor también comprobó que en todos los bateyes estudiados existían cofradías o *gagás*, sociedades “secretas” de estructuración jerárquica que tienen carácter mágico-religioso y operan públicamente en Cuaresma. Respecto al SIDA, las mujeres haitianas tenían menos conocimiento sobre la transmisión del VIH que las dominicanas y arrayanas. Un 85% de los/as haitianos/as no estaban dispuestos/as a usar condones en sus relaciones sexuales con sus cónyuges, pero prácticamente todos estaban dispuestos a hacerse una “prueba de SIDA” si ésta se les ofreciera de manera gratuita.

En una encuesta sobre planificación familiar en 27 bateyes, Ramírez (1992) encontró que las mujeres nacidas en territorio dominicano tenían dos veces más conocimiento del condón (63%) que mujeres nacidas en Haití (30.4%). Un estudio reciente con *chamanes/as* haitianos/as reveló que estos/as hicieron hincapié en que no han curado a nadie con esta enfermedad, ni pretenden que nadie lo crea, entendiendo que su rol se limita a “bajar” emocionalmente a las personas infectadas, quienes “se van tranquilos a sus casas” después de la consulta (De Moya et al., 1998a).

Intentos por Establecer la Acción Preventiva del VIH en Bateyes Dominicanos

Intentos puntuales de prevenir la transmisión del VIH/SIDA han sido realizados por organizaciones estatales como el Programa Control de ETS y SIDA (PROCETS), de la Secretaría de Salud Pública (SESPAS) (Mañaná & Gamboa, 1990), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) (Arbaje et al., 1992; Millord et al., 1992a, 1992b), el Programa de Salud Reproductiva del Consejo Estatal del Azúcar (CEA). También han participado organizaciones no-gubernamentales como el Servicio Social de Iglesias Dominicanas (SSID), y las agencias donantes *Medicus Mundi* y Proyecto de Prevención de VIH/SIDA (PREVIHSA) de la Unión Europea, entre muchos otros. Sin embargo, aún no se han publicado informes ni evaluaciones de impacto que permitan

conocer la situación concreta en los bateyes. Hospitales del IDSS ofrecen atención médica general, y especializada en el Hospital Salvador B. Gautier a los braceros haitianos asegurados en los bateyes del CEA y privados, así como a sus mujeres e hijos. A principios de 1999, el Centro de Estudios P. Juan Montalvo (CES) y el Servicio Jesuita a Refugiados (SJR) publicaron un catálogo de organizaciones e instituciones que reportaron trabajar con haitianos y dominicanos de ascendencia haitiana en República Dominicana. El catálogo incluyó 41 organizaciones no-gubernamentales (ONG), 14 eclesiásticas, siete campesinas, seis sindicales y cinco comunales municipales.

Método

El presente estudio fue realizado en tres fases principales:

1. Revisión de documentos existentes sobre la relación de la inmigración haitiana, el VIH/SIDA, y los derechos humanos de las personas infectadas;
2. Entrevistas semiestructuradas a informantes claves, autoridades y expertos/as en los temas de interés; y
3. Estudio de ocho casos de inmigrantes haitianos/as que viven con VIH/SIDA en bateyes agrícolas dominicanos, basados en entrevistas semiestructuradas a estas personas y/o a confidentes (parientes cercanos y vecinos) que dieron su consentimiento informado para participar.

Se diseñaron dos guías de entrevistas semiestructuradas, una para los/as informantes claves y otra para inmigrantes de Haití que están viviendo con el VIH en colonias agrícolas azucareras (“bateyes agrícolas”). La guía para informantes claves constó de 11 dimensiones sobre la experiencia y el conocimiento del/a participante sobre las rutas migratorias desde Haití a Santo Domingo, puntos de origen, estaciones y destino, variación y motivación en los cambios de las rutas migratorias tradicionales a través del tiempo, comparación de la situación VIH/SIDA entre Haití y Santo Domingo, conocimiento de violaciones a los derechos de los/as inmigrantes que viven con el VIH/SIDA, apoyo comunitario, rol de las creencias mágico-religiosas, servicios de salud disponibles, así como su calidad y nivel de satisfacción con ellos, proceso de participación, y discusión de proyectos de ley de control migratorio, entre otros (ver Apéndice A).

La guía de entrevista para personas que viven con el VIH/SIDA y/o confidentes constó de 33 preguntas. Estas incluyeron los siguientes temas: perfil demográfico, proceso migratorio, manejo de la indocumentación, situación de los derechos humanos, forma de detección de la infección, condición de cónyuges e hijos, conocimientos sobre la enfermedad, síntomas, atención médica, apoyo social y relaciones con la comunidad, así como episodios de discriminación en las áreas del trabajo, la salud, la vivienda y el libre tránsito (Apéndice B).

En las incursiones a los bateyes también se utilizó una guía observacional del contexto, describiendo las comunidades estudiadas e ilustrando la existencia o no de

servicios locales. Esto incluyó el registro de datos de calles, condiciones de las viviendas, facilidades sanitarias, energía eléctrica, disposición de excretas y basura, escuelas, iglesias, actividad comercial en la comunidad, servicios de salud, organización comunitaria interna, y formas de transporte (ver Apéndice C).

Se elaboró una lista de posibles informantes claves compuesta por representantes del Cuerpo Diplomático, Amnistía Internacional, Organización Internacional del Trabajo (OIT), Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), Organización de Estados Americanos (OEA), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Secretaría de Relaciones Exteriores, direcciones generales de Migración y Prisiones, Comité Nacional de los Derechos Humanos, Comisión de Derechos Humanos, Movimiento de Mujeres Domínic-Haitianas (MUDHA), Movimiento Socio-Cultural de los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA), profesores universitarios y comunicadores sociales.

A todos los candidatos a participar como informantes claves se les remitió una carta detallándoles la naturaleza del estudio y de la institución que lo conducía. En ella se les solicitaba documentación disponible sobre los temas. Se realizaron once intentos fallidos de entrevistas, en los cuales se hizo un promedio de cinco llamadas telefónicas y/o visitas personales con cita para coordinar las mismas, lo que finalmente resultó infructuoso.

Se logró hacer cinco entrevistas semiestructuradas a informantes claves con experiencias de trabajo comunitario con mujeres inmigrantes y reclusos haitianos, sobre migración, relaciones exteriores y derechos humanos. Una sexta entrevista versó sobre los ritos funerarios relacionados con el SIDA en los bateyes como una expresión cultural mágico-religiosa. Estas entrevistas fueron grabadas con permiso de la persona entrevistada, y luego editadas, resumidas y tabuladas para el análisis individual y grupal.

La próxima fase consistió en una exploración, a través de entrevistas semiestructuradas, de la experiencia de mujeres y hombres inmigrantes haitianas/os VIH positivos o con SIDA. Para esto se contactó personal de salud del Consejo Estatal del Azúcar (CEA) y de organizaciones comunitarias con las cuales los autores habían realizado acciones preventivas entre 1992 y 1997. Se les solicitó su colaboración para que reclutaran a pacientes suyos/as que estuvieran dispuestos/as a darles verbalmente su consentimiento informado para participar de manera voluntaria y anónima en el estudio. El consentimiento incluyó el que pudieran participar el/la cónyuge, los/as hijos/as y otros confidentes como intérpretes, si el/la entrevistado/a consideraba que esto no violaba su derecho a la privacidad y la confidencialidad. Se adiestró así a médicos, enfermeras y promotoras de salud para que pudieran explicar a los/as candidatos/as el propósito y los objetivos del estudio, y obtuvieran el consentimiento informado de los/as pacientes. En uno de los casos, en que el paciente se encontraba en la fase terminal de la enfermedad, la esposa y los hijos consintieron en dar la entrevista. El criterio de selección incluyó el ser personas nacidas en Haití, seropositivas al VIH o con SIDA, que vivieran en colonias bateyes.

Se realizaron finalmente cuatro entrevistas semiestructuradas a mujeres y cuatro a hombres en sus hogares. Estas entrevistas también fueron grabadas con la autorización del/la paciente, editadas, resumidas y tabuladas para el análisis. El equipo de investigación entregó medicamentos antiparasitarios, condones y material educativo a las promotoras de salud en cada batey visitado, para que lo distribuyeran luego a la población.

Para completar la recolección de datos para el estudio de los ocho casos se hicieron entrevistas individuales adicionales como informantes claves (confidentes) a 10 vecinos, un pastor evangélico, un esposo y una esposa de pacientes, una cuñada, dos dirigentes comunitarios, tres promotoras de salud, una enfermera, tres doctoras en medicina, y dos supervisores de bateyes. Los bateyes participantes fueron: Altagracia, Excavación, La Construcción, y Las Pajas, en San Pedro de Macorís; y El Pomito/CEA, Bayaguanita, y Palamara, en el Distrito Nacional.

La estrategia del análisis incluyó las tres fases del estudio: en primer lugar se analizaron los documentos (leyes y tratados, libros, tesis universitarias, informes de organizaciones, y recortes de periódicos); en segundo lugar se analizaron las entrevistas semiestructuradas a los informantes claves en términos de los temas recurrentes y su relación recíproca; y en tercer lugar, se hizo lo mismo con las entrevistas semiestructuradas a los/as inmigrantes haitianos/as seropositivos al VIH o con SIDA y a sus confidentes.

Resultados

Entrevistas a Informantes Claves

En el Apéndice D se presenta una versión editada de las cinco entrevistas hechas a informantes claves. Puede observarse en el mapa, de acuerdo con estos/as entrevistados/as, los puntos por donde tienden a atravesar la frontera la mayoría de los/as inmigrantes haitianos/as y los lugares de destino en la República Dominicana:

1. Desde Dajabón y Jimaní (de la bahía de Manzanillo hasta Restauración) hasta el Cibao (Esperanza, Montellano, San Francisco de Macorís, La Vega), para cultivar el azúcar y el arroz, y Santo Domingo, para la industria de la construcción;
2. Desde Jimaní, Elías Piña y Pedernales hasta los campos de tomate y melones de San Juan de la Maguana, las siembras de café en Barahona, y los ingenios azucareros del sur (Barahona, Haina) y sudeste (San Pedro de Macorís, La Romana, Hato Mayor, e Higüey).

En particular, las áreas limítrofes donde se intercambian productos en mercados comerciales entre las naciones (como Ouanaminthe/Juana Méndez, Jimaní/Mal Passe,

Dajabón y Pedernales) son “rutas de evasión” donde con facilidad se pueden burlar los controles migratorios. Los informantes indicaron que los inmigrantes utilizan las montañas de la Sierra de Bahoruco, hacia el sur, para llegar a Pedernales, escabulléndose entre caminos y callejones. Una ruta poco conocida identificada por uno de los informantes es a través del mar en pequeñas embarcaciones de motor (“yolas”), al sur de la Isla, desembarcando por playas de Pedernales. Este tráfico parece depender de la intensificación de los factores socioeconómicos y políticos de expulsión de Haití, del rigor de los controles migratorios en la frontera, y de la capacidad de los inmigrantes para comprar sobornos. Algunos/as inmigrantes cuyas familias residen cerca de la frontera entran al país a realizar labores agrícolas puntuales y vuelven periódicamente a llevarles dinero.

El ingreso al país de cerca de 10,000 braceros anuales ocurre a través de la contratación legal por parte del Estado, vía el Consejo Estatal del Azúcar (CEA). Dentro de las normas de este esquema, se supone, aunque no siempre se hace, que se evalúe médicamente a los inmigrantes, se les vacune contra la malaria, y se les entregue una tarjeta de vacunación que es tomada en cuenta por la oficina de Asuntos Haitianos de la Dirección General de Migración, para extenderles un *carnet* que los acredita como visitantes en tránsito en el país. Las personas así contratadas son distribuidas en diferentes bateyes en casas pequeñas o barracones de los ingenios.

Los ingenios azucareros privados y colonos individuales que poseen campos sembrados de caña contratan a candidatos a ser obreros migrantes a través de intermediarios (“buscones”) que los invitan y contratan directamente en Haití, y de allí los transportan a las plantaciones agrícolas. No está del todo claro cuánto de este tráfico ocurre de manera legal o ilegal.

Los entrevistados coincidieron en que, en términos generales, la magnitud de la epidemia de SIDA en Haití es mayor que en República Dominicana. Destacaron que en aquel país existe mucha insalubridad y poco acceso a los servicios de salud, lo cual reconocieron como similar a las condiciones de vida en los bateyes dominicanos, donde conviven dominicanos/as, arrayanos/as y haitianos/as.

Los participantes informaron de violaciones a los derechos humanos de los/as inmigrantes en general, como el caso de exigencia de pago de sobornos para atravesar la frontera, mujeres engañadas y violadas allí, posposición de los juicios de demandas por violación sexual, ausencia de las mujeres de las nóminas de pago en los ingenios, y negación a mujeres de viviendas a menos que tengan hijos en edad de cortar la caña.

Tres informantes dijeron conocer casos de personas con VIH/SIDA, tanto haitianas como dominicanas, en los bateyes. De manera enfática una de las informantes afirmó que “el derecho que tienen es a morir, porque no tienen otro recurso en su batey.” Reportaron diversas violaciones a sus derechos humanos, tales como la restricción del libre tránsito (los moradores le impedían el paso por la comunidad), la evitación del contacto corporal (les dejaban la comida a cierta distancia, sin acercarse), la higienización compulsiva (los envases en que comían los enfermos

eran lavados por largo tiempo), la discriminación (el personal de salud no prestó asistencia médica o ponía excusas para no dársela), y el ostracismo (la deportación de residentes haitianos VIH positivos al intentar renovar sus permisos de estadía). También mencionaron el poco acceso a los servicios de salud y educación.

Algunos de los entrevistados, sin embargo, consideraban el aislamiento o excarcelación de reclusos infectados en cárceles y la deportación de extranjeros seropositivos como algo consentido por las personas VIH positivas o como respuesta a la presión de los grupos y comunidades.

De acuerdo con los informantes, la respuesta de la población haitiana a la crisis del VIH/SIDA en el país está condicionada por los derechos que le reconoce o niega el país y sus instituciones. Uno de los informantes explicó que “históricamente al haitiano no se le trata como persona” en el país. Esto se suma al estigma que conlleva la condición de seropositividad al VIH, independientemente de la nacionalidad. Se refirieron al desconocimiento del derecho a la nacionalidad de sus hijos por nacimiento en el país, a la falta de documentación legal, y a la ausencia de oficiales de migración que hablen el *kreyole*.

Los principales obstáculos para esta población, a juicio de los entrevistados, son la barrera del idioma, las pésimas condiciones de vida (sanitarias, vivienda, educación, salud), el alto nivel de analfabetismo, y lo extenso del sexo comercial como estrategia de supervivencia.

Reconocieron que cuando vienen al país, la mayoría de los haitianos no parecen tener intención de regresar al suyo, y van trasladándose de un lugar a otro para burlar los controles migratorios e insertarse en otras áreas productivas. Enfocaron la religiosidad popular en algunos casos como un facilitador y en otros como un obstáculo para la prevención y asistencia del SIDA. Consideran que la gente se resiste a aceptar la enfermedad propia, creyendo que “le han echado un mal, o un muerto.”

En torno a la acción preventiva del VIH/SIDA en los bateyes y otros lugares de residencia de la población haitiana, los informantes dijeron que las organizaciones que trabajan con ellos deben tener mayor interés en poner en su agenda de trabajo este tema. Sugirieron elaborar mensajes educativos en los dos idiomas, el español y el *kreyole*, distribución de preservativos, mejorar la calidad de vida de las personas infectadas, asignando para ello recursos económicos y humanos capacitados y sensibilizados. Así mismo, proponen proveer medicamentos básicos para las personas seropositivas, tanto dominicanas como haitianas.

Uno de los informantes, sin embargo, adujo que “no es responsabilidad del Estado el prestar atención en salud a extranjeros, ya que no hay la posibilidad de asumir el alto costo que esto significaría.” Esta persona subrayó el interés por conocer la verdadera magnitud tanto de la migración haitiana como de la epidemia de VIH entre los inmigrantes.

Los representantes de las organizaciones participantes afirmaron que existía poca coordinación entre ellos con respecto al trabajo de los derechos humanos. Tres de ellos identificaron a estos grupos como interesados sólo en denuncia de irregularidades (apresamientos, deportaciones, repatriaciones). Sólo dos de ellos refirieron haber realizado acciones conjuntas, tales como plantear propuestas dentro del proceso de discusión del Diálogo Nacional, y de denuncias ante el Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Dos de las instituciones relacionadas al área gubernamental están trabajando en el proceso de revisión o discusión de leyes migratorias con miras a un nuevo proyecto y a una agenda común entre ambas naciones, para una nueva reunión de los Jefes de los dos Estados.

Estudio de Casos de Personas que Viven con VIH/SIDA en Bateyes Dominicanos

Como señalamos antes, se estudiaron ocho casos de personas haitianas (cuatro mujeres y cuatro hombres) que viven con el VIH/SIDA en bateyes azucareros del Distrito Nacional y San Pedro de Macorís. Los datos resumidos de las entrevistas aparecen en tablas y mapas en los Apéndices E y F .

Descripción de los bateyes

Las comunidades visitadas son bateyes agrícolas, que se caracterizan por la ausencia de los servicios básicos: tomas de agua potable, facilidades sanitarias para la higiene, energía eléctrica, eliminación de excretas y basura, sistema de drenaje pluvial, y servicios de salud. Las calles no están asfaltadas y hay pocas facilidades de transporte interno. Prácticamente todas las letrinas que existían en los bateyes de San Pedro de Macorís fueron arrasadas por el huracán Georges en septiembre de 1998. Las viviendas unifamiliares están construidas de madera con techo de zinc. Los “barracones” están hechos con paredes y techo de cemento, y en algunos casos con paredes y techo de zinc. En casi todas las comunidades existen una o dos iglesias de diferentes denominaciones, principalmente evangélicas y adventistas. La población varía de batey en batey, dependiendo del número de viviendas disponibles, entre casuchas individuales y “barracones.” La cantidad de hogares oscila entre 40 y 1,000 en los bateyes estudiados. En ellos conviven haitianos, arrayanos y dominicanos de diferentes edades.

Casos Femeninos

Las narrativas de cada caso individual aparecen en el Apéndice E. Las edades de los casos VIH positivos femeninos entrevistados fue de 24 a 45 años. Son mujeres que no dominan el español dominicano, no saben leer ni escribir, y antes de enfermar trabajaban “vendiendo cosas,” lavando y planchando ropa por paga, o recogiendo café en *conucos* particulares. Reportaron haber tenido de dos a cinco uniones monógamas en serie, y tenían de tres a cuatro hijos de padres diferentes. Dos mujeres tenían hijos pequeños con signos y síntomas de la infección por VIH. Dos habían enviudado de hombres que suponen que murieron de SIDA. Uno de ellos sabía que estaba infectado

de una esposa anterior VIH positiva. Los dos mujeres infectadas se habían unido en seguida a otros hombres del batey. Las otras dos también tenían marido. Algunas los habían conocido en Haití y otras en el batey donde viven.

El ingreso de tres de estas mujeres desde Haití a la República Dominicana se produjo por vía terrestre, y una por vía marítima, trasladándose desde pueblos del norte y el sur a diversas comunidades dominicanas. Hicieron por lo menos dos estaciones migratorias antes de establecerse donde están ahora. Todas estas mujeres son personas indocumentadas. Sin embargo, dijeron que van donde quieren sin que agentes de migración les pidan los “papeles” o las molesten. Trataban, empero, de no llamar mucho la atención en la comunidad. En varios casos las entrevistadas dijeron que el huracán Georges “les llevó los papeles.” (Ver apéndice F).

Tres de ellas dijeron sentirse enfermas con fiebre, diarrea, parásitos, infección en los riñones, problemas en la piel, y “mal de estómago”. En ningún caso mencionaron la palabra SIDA. Sólo una, detectada en su último embarazo hace ocho meses, dijo no tener problemas de salud, pero su bebé “siempre está enferma.” Todas han buscado atención médica. Esta atención en dos casos ha sido momentánea, en uno cuando fue a parir, y en otro sistemáticamente en los últimos días. Las han ayudado esposos, hijos, cuñadas, vecinos y pastores religiosos. Las entrevistadas se quejaron de que no les habían dicho que tenían que volver al médico, que no les dan medicamentos, o que no tienen dinero para ir al médico o comprar medicina. Dicen que no han tenido problemas con la comunidad o con autoridad de salud o migración. La gente las visita, les da comida cuando pueden, y las ayuda con algunos quehaceres del hogar. Reportan que en los centros de salud a los cuales han ido las han atendido bien, en algunos casos rápidamente, pero parece que ni las examinan bien ni les prestan mucha atención. Estos centros no disponían de equipo para chequearlas ni de medicamentos. Generalmente las mujeres tienen que trasladarse fuera de su comunidad para tener acceso a los servicios de salud.

Casos Masculinos

Las narrativas de cada caso individual aparecen en el Apéndice E. La edad de los cuatro hombres entrevistados osciló entre los 37 y los 63 años. Al igual que con las mujeres, promotoras de salud y vecinas, con el consentimiento de todos menos un paciente que estaba en fase terminal, ayudaron como intérpretes de manera espontánea. Los hombres residen en bateyes agrícolas, en dos casos en compañía de una mujer e hijos. Aunque anteriormente habían tenido esposas, dos de los hombres estaban viviendo solos, sin hacer vida de pareja. Uno porque su mujer lo había abandonado y había formado pareja con un vecino, aunque lo visitaba y le llevaba cosas de comer. El otro recibía la visita semanal de su mujer e hijos, quienes vivían en otro batey y le llevaban alimentos.

Las rutas migratorias usadas por ellos fueron por la frontera, al norte y al sur, y en un caso por vía marítima, desembarcando en Pedernales. Todos menos uno residieron en varias estaciones migratorias. Uno de ellos dice haber caminado casi el

país entero, reportando 15 lugares de residencia (ver apéndice F). Tres vinieron solos y uno en compañía de su mujer y algún hijo pequeño, a trabajar en el corte de la caña en los bateyes. Todos son indocumentados, aunque tienen más de 10 años residiendo en el país. En cuanto al manejo de la situación de la indocumentación, no refirieron haber tenido problemas con las autoridades.

Estos hombres dijeron sentirse enfermos de “ameba,” “colerín” y diarrea. Uno expresó que su enfermedad se debía a un golpe que se había dado en la cabeza años atrás. En ningún caso mencionaron la palabra SIDA. Dos de ellos dicen que les han hecho la prueba de VIH en hospitales públicos. Uno está pensionado. En general no saben exactamente de qué o por qué están enfermos. Uno refirió que tenía esperanza de que Dios le quitaría la enfermedad. Ninguno continúa trabajando en la caña debido a su enfermedad, pero algunos siembran yuca y batata en pequeños *conucos* “para poder comer”.

Los cuatro reportaron haber buscado atención médica dentro o fuera de su comunidad, o a través de una promotora de salud. Uno muestra su alegría por estar tomando medicinas. Otro fue a un batey cercano a la consulta médica, pero no había personal ni medicinas disponibles. Todos cuentan con apoyo de sus familias para la alimentación. Dijeren tener buena relación con los demás miembros de la comunidad. En un caso, una vecina dijo que la gente se cuida de que los niños no pisen su saliva ni se sienten donde él se sienta. En otro caso, el hombre tuvo que ser mudado de casa aparentemente por conflictos con una vecina por su seropositividad.

Situación de los Derechos Humanos en Migrantes Haitianos VIH Positivos

En el Cuadro 4 se presentan las principales consideraciones en torno a la situación de los derechos humanos en los/as inmigrantes haitianos VIH positivos/as. A través de este estudio se ha podido observar que el trato económico, social y cultural dado históricamente por el Estado dominicano a la condición de los inmigrantes haitianos, pobres e indocumentados, deja poco espacio para violaciones adicionales. Sin embargo, nuevas violaciones ocurren día a día, como podemos observar en el cuadro.

Cuadro 4. Situación de los Derechos Humanos de Inmigrantes Haitianos/as VIH Positivos/as.

Derechos Humanos	Situación de los/as Inmigrantes Haitianos/as que Viven con VIH/SIDA
Derecho a la no-discriminación y la igualdad ante la ley.	Los/as inmigrantes haitianos/as y sus descendientes, en su mayoría indocumentados y semiclandestinos, sufren de discriminación sistémica en República Dominicana. La indocumentación contribuye a aumentar su marginalidad y vulnerabilidad en el contexto del <i>status</i> VIH positivo, por distanciamiento de ambientes favorables al cambio conductual y al manejo del VIH/SIDA. Cualquier contacto con autoridades formales (policiales, militares, legales, sanitarias) conlleva un cierto riesgo de deportación. Por esta razón, los/as inmigrantes y sus descendientes VIH positivos no pueden exigir su derecho a la no-discriminación y a la igualdad ante la ley.
Derechos humanos de las mujeres.	Los derechos sexuales y reproductivos (salud física y mental, educación, información) no son extendidos a las mujeres inmigrantes haitianas y sus descendientes. Informantes claves indicaron que muchas de ellas son engañadas, chantajeadas o violadas al intentar cruzar la frontera, o al repatriarlas. El tamizaje del VIH en las embarazadas no va acompañado de un <i>empoderamiento</i> a través de la educación en <i>kreyole</i> para prevenir la transmisión perinatal. El <i>status</i> VIH positivo no es comunicado a las mujeres, ni es acompañado por sesiones de consejería, ni seguido a través del tiempo.
Derechos humanos de los niños/as.	Los/as niños/as de uno o ambos padres haitianos nacidos en el país son dominicanos constitucionalmente, pero se les niega la partida de nacimiento que los acredite como tales. Esto impide que esos/as niños/as puedan inscribirse en las escuelas. No se les provee información para protegerse de la infección por VIH o para conocer y lidiar con su <i>status</i> , si estuvieran infectados. No existe protección en caso de orfandad por VIH u otra condición. No se plantea el derecho a la no-discriminación y la privacidad de los/as niños/as VIH positivos, a ser actores de su desarrollo, o a involucrarse en programas relacionados con VIH para niños/as.
Derecho a casarse y formar una familia y a protección por el Estado y la sociedad.	No se provee información exacta sobre el riesgo de transmisión perinatal a las mujeres en edad fértil.
Derecho a la privacidad.	La vida privada en los bateyes es un bien escaso, ya que los/as vecinos/as tienden a compartir las intimidades de cada cual. Aunque sólo uno de los casos reportó conocer su condición de VIH positivo, los/as vecinos/as sospechaban o conocían esa condición, en función de la ausencia del trabajo, la muerte del cónyuge en condiciones similares, o los propios síntomas.
Derecho a disfrutar los beneficios del progreso científico y su aplicación.	No se provee a la población inmigrante educación sobre el uso del condón, condones, ni profilaxis básica para el dolor y antibióticos para el tratamiento de condiciones relacionadas con el VIH.
Derecho al libre tránsito.	Se conocieron sendos casos de inmigrantes haitianos/as VIH positivos a quienes se había violado este derecho: a uno se le había prohibido el paso por una comunidad; a otro se le había exigido la prueba de anticuerpos al VIH para renovar su permiso de residencia, y al resultar aquella positiva lo deportaron junto a su familia; y otro tuvo que cambiar de domicilio por el asedio de una vecina.

Cuadro 4. Situación de los Derechos Humanos de Inmigrantes Haitianos/as VIH Positivos/as (Continuación).

Derechos Humanos	Situación de los/as Inmigrantes Haitianos/as que Viven con VIH/SIDA
Derecho a alcanzar al mayor nivel de salud física y mental.	No existen condiciones que aseguren servicios y atención médica a los enfermos. Los servicios se encuentran a gran distancia de los bateyes agrícolas, los médicos van una vez por mes a la mayoría de ellos, allí no cuentan con equipos ni medicinas, y prestan poca atención a los/as inmigrantes. No existe provisión de información, educación y apoyo relacionados con VIH/SIDA, ni acceso a tratamiento por enfermedades de transmisión sexual, a medios preventivos, ni a tamizaje de VIH con consejería. No se provee tratamiento ni drogas que permitan prolongar la vida de los/as enfermos/as. Personas VIH positivas son discriminadas en ambientes sanitarios en base a su <i>status</i> , negándoseles la atención.
Derecho a un adecuado nivel de vida y servicios de seguridad social.	No se cumple el derecho a la alimentación, vivienda, vestido, atención médica y servicios sociales necesarios, ni a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad, viudez, envejecimiento, entre otras. No se da trato diferencial a las personas VIH positivas como es debido. Dos informantes claves expresaron que algunos empleadores dejaban de pagar al Seguro Social las mensualidades de sus afiliados.
Derecho al trabajo.	No se asegura que a una persona VIH positiva o con SIDA, después de conocido su <i>status</i> , se le permita trabajar mientras pueda desempeñar las funciones de su trabajo.
Derecho a estar libres de tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante.	Dos informantes claves dijeron que se engaña, chantajea y viola a las mujeres en los procesos de paso clandestino por la frontera y repatriación.

Discusión y Conclusiones

Inmigración, VIH/SIDA y Derechos Humanos: Mañana es Tarde

Las principales investigaciones consultadas y los datos del estudio de casos tienden a apoyar la noción de que la mayoría de la transmisión del VIH ocurre dentro de los bateyes dominicanos, más que como producto de nuevas oleadas de inmigrantes haitianos/as. Decenas de nuevos casos VIH positivos en fase de enfermedad están apareciendo en esas comunidades donde reina la pobreza absoluta. Cada día más adultos y niños mueren sin saber exactamente qué tienen y cómo aliviar el sufrimiento que les causa la enfermedad.

La situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA es producto de la historia de desconocimiento general de los derechos civiles a la misma población dominicana, de la falta de una política migratoria respetuosa de los derechos humanos, de las conflictivas relaciones históricas entre ambas naciones, y de la estigmatización generalizada del VIH/SIDA. Como manifestó una informante clave, el único derecho que parece asistir a las personas VIH positivas en los bateyes, tanto dominicanas como haitianas, es morirse, sin siquiera llegar a saber de qué o por qué. Una cantidad apreciable de ellas son madres que se infectan e infectan a otros por la

necesidad de mantener relaciones monógamas en serie, como mecanismo de supervivencia.

Es importante tener en cuenta que para haitianos/as, arrayanos/as y dominicanos/as que viven con VIH/SIDA en estas comunidades, la intervención sanitaria y educativa humanitaria de emergencia no puede esperar más. La madre cuya niña va muriendo en sus brazos, esperanzada en que su hija sanará, no puede esperar a mañana. Para estas personas, mañana es tarde. La voz de los que sufren pocas veces ha sido oída (Farmer, 1996), aunque rogamus por que esta vez se les escuche. Es preciso intervenir ya en sus comunidades con alimentación de emergencia para mejorar la situación de las personas que viven con VIH/SIDA, antibióticos y medicamentos básicos para aliviar el dolor. Sin embargo, esto deberá hacerse con plena voz y representación de esos grupos étnicos, en base a sus representaciones culturales de la epidemia, sin imponer puntos de vista que pueden no ser propios de los moradores.

Rutas Migratorias Flexibles, Dinámicas y Cambiantes

Las rutas migratorias desde Haití y sus destinos en República Dominicana son múltiples y variados, incluyendo diversas áreas de la economía huésped y nuevas vías de acceso clandestino, tales como la marítima. Las entrevistas a informantes claves y el estudio de casos muestran dos rutas migratorias principales, una por el sur y otra por el norte. Las corrientes migratorias atraviesan la frontera principalmente por los puestos de chequeo y caminos vecinales de Pedernales, Jimaní, Elías Piña y Dajabón. La intensificación de los flujos migratorios parece depender de la situación política y económica puntual de ambas naciones. Sin embargo, el proceso luce como un fenómeno permanente de ósmosis de parte de la población haitiana excedente hacia el territorio dominicano, como resultado de la degradación ecológica de Haití. Este excedente seguirá asimilándose cultural y étnicamente a la población dominicana a través de sus descendientes, quienes en dos generaciones serán indistinguibles de uno u otro grupo. Esta población “arrayana” de una sola generación, pues sus hijos serán dominicanos, continuará aumentando.

Crecimiento de la Población Arrayana en los Bateyes Centrales y Urbanos

El creciente agotamiento de la capacidad de carga del territorio haitiano continuará actuando como un factor de expulsión de su población. Aunque la industria azucarera dominicana decrece, el área de la construcción y la economía informal en los centros urbanos del país han crecido grandemente. Este fenómeno se debe en parte a la recuperación económica desde 1990, las expansiones de obras públicas en las ciudades, el desarrollo de las industrias hotelera y textil, así como la reconstrucción tras el huracán Georges. Estos factores constituyen así nuevos elementos de atracción del excedente de población haitiana hacia el territorio dominicano. Los bateyes agrícolas, que fueron el destino tradicional de muchos inmigrantes haitianos y arrayanos, están siendo sustituidos por los bateyes centrales y barrios marginalizados (“bateyes urbanos”, como los llaman sus moradores), que son los únicos lugares donde puede

sobrevivir cualquier grupo de familia de bajos ingresos. La creciente interacción de estos grupos de familias con sus vecinos dominicanos debe ser objeto de estudio inmediato a fin de proponer alternativas de convivencia armónica y desarrollo sostenible entre ellos.

Reconocimiento del Rol de la Pobreza en la Facilitación de la Epidemia

El recrudecimiento de la pandemia en los bateyes ocurre principalmente por las condiciones de pobreza y desigualdad en que viven sus moradores, las cuales aumentan su vulnerabilidad ante la infección. Historiales de sífilis en personas de uno y otro sexo, y en las mujeres el trabajo sexual, el sexo anal, el ser cabeza de familia y la juventud, son reconocidos como factores individuales de riesgo de infección. Pero el que la mujer sea la cabeza de la familia demanda un análisis más estructural y profundo, que escapa a los objetivos de este estudio. La epidemiología que localiza la “culpa” de la transmisión del virus en sus propias víctimas exclusivamente por su comportamiento individual, es una epidemiología que pretende ignorar estructuras sociales como la pobreza, que son quizás los factores de riesgo más importantes, tal vez por encima del efecto de la inmigración indocumentada.

Al igual que Aggleton y Bertozzi (1997) este estudio encontró que en los hogares haitianos estudiados, que contenían al menos un miembro con infección VIH, habían ocurrido cambios en la estructura socioeconómica y en el funcionamiento de la familia, tales como cese del empleo pagado, niveles bajos de búsqueda de atención, y negación, ostracismo y abandono parcial. Sin embargo, probablemente debido a la pobreza absoluta de los casos, no se registró aquí un aumento en la toma de préstamos, ni la venta de posesiones a medida que la enfermedad se hacía más seria. Farmer (1996) nos recuerda que aunque la mayoría de los epidemiólogos aún hacen estudios en poblaciones, lo hacen para estudiar factores de riesgo individuales descontextualizados, en lugar de estudiar factores poblacionales en su contexto histórico y social. Reconocer el rol de la pobreza es contextualizar los comportamientos individuales “de riesgo” en la “pandemiología” que usamos para describir el VIH/SIDA.

Arrayanización de la Epidemia de VIH/SIDA

Principalmente por lo precaria de la situación socioeconómica y cultural de los pobladores de los bateyes, los/as inmigrantes haitianos/as y los/as arrayanos/as que viven en ellos muestran tasas de infección más altas que las de sus vecinos dominicanos. Hombres y mujeres infectados por VIH en los grupos estudiados se infectan unos a otros sin quererlo ni saberlo. En este sentido, podemos hablar de la “liminalidad” o “arrayanización” de la epidemia en la República Dominicana. Sin embargo, como debemos desconstruir los intentos de atribuir la culpa del antihaitianismo a la población haitiana, también tenemos que evitar la “arrayanización” de la culpa de la epidemia y los discursos acusatorios del SIDA, ya que los mismos siempre terminan buscando “culpables” antes que tratar de prevenir nuevas infecciones.

Posibles Implicaciones para la Migración Pandemiológica del VIH

En general, los datos de los estudios apuntan también a que la mayoría de la transmisión del VIH ocurre en una compleja cadena en que los miembros de uno y otro grupo étnico pueden infectarse entre sí. Varias alternativas históricas de transmisión de la infección pueden postularse entre los grupos étnicos y los géneros, pero parecería que la siguiente fuera una de las más probables:

1. hombres extranjeros y haitianos de retorno VIH positivos procedentes de epicentros de VIH en Norteamérica podrían haber infectado durante el *boom* del turismo sexual homosexual en el Caribe, a fines de la década de 1970 y principios de la de 1980, a través de las relaciones sexuales, a hombres bisexuales haitianos (Farmer, 1996) y dominicanos (De Moya, 1999), que venden sexo a hombres;
2. hombres bisexuales VIH positivos (“hombres *corretiaos*” —correteados—experimentados sexualmente) procedentes de Haití que venden sexo a hombres, podrían haber infectado inicialmente en las décadas de los 1980 y 1990 a otros visitantes extranjeros y haitianos homosexuales, mujeres no-trabajadoras sexuales y trabajadoras sexuales profesionales y no-profesionales haitianas y arrayanas (las dominicanas tienden a evitar las relaciones sexuales con haitianos según Capellán, 1992);
3. hombres bisexuales positivos dominicanos que venden sexo a hombres, podrían haber infectado en las décadas de los 1980 y 1990 a hombres homosexuales extranjeros y dominicanos susceptibles, mujeres no-trabajadoras sexuales y trabajadoras sexuales profesionales y no-profesionales dominicanas y arrayanas, y éstas a sus parejas fijas y clientes (posible origen de la epidemia urbana en República Dominicana);
4. mujeres no trabajadoras sexuales haitianas y arrayanas infectadas por esos hombres podrían haber infectado a sus hijos subsecuentes por transmisión vertical, y a otros hombres (principalmente haitianos y arrayanos) (probablemente con sífilis) que posteriormente formarían relaciones de pareja con ellas en los bateyes (hay 1.4 hombres por cada mujer en los bateyes según Brewer, 1996);
5. trabajadoras sexuales no-profesionales, algunas haitianas pero mayormente arrayanas y dominicanas, llamadas “brinca de casa en casa” (Guerrero et al., 1985) podrían haber infectado a sus hijos subsecuentes por transmisión vertical, a sus maridos o parejas fijas a través de relaciones sexuales, y a clientes (probablemente con sífilis) en los bateyes en que residían, ya sea a través de la formación de parejas consensuales relativamente estables con arrayanos y dominicanos solteros, o de servicios sexuales esporádicos a éstos (cerca de la mitad de los hombres dominicanos en bateyes han tenido relaciones sexuales con mujeres haitianas según Capellán, 1992);

6. trabajadoras sexuales profesionales haitianas, arrayanas y dominicanas que ejercen en los bateyes, llamadas “*jejenes*,”⁵ podrían haber infectado a sus hijos subsecuentes, a sus maridos o parejas fijas, y a clientes (probablemente con sífilis) de los tres grupos étnicos en relaciones sexuales esporádicas en sus vecindades (muchas trabajadoras sexuales emigran hacia los “bateyes centrales” de los ingenios los días de pago durante la zafra azucarera para ofertar sus servicios a hombres que no tienen pareja, según Guerrero et al., 1985);
7. trabajadoras sexuales profesionales haitianas y arrayanas que ejercen en los polos turísticos y zonas portuarias, llamadas “turísticas” y “portuarias,” respectivamente, podrían haber infectado a hombres “turistas sexuales” y marinos mercantes extranjeros, principalmente Europeos y Afrocaribeños que parecen preferir sexualmente a mujeres negras. Casos concretos de trabajadoras sexuales VIH positivas han sido documentados en Sosúa, Puerto Plata, Santo Domingo, Boca Chica y Las Terrenas, entre otros.
8. hombres haitianos, arrayanos y dominicanos infectados podrían haber infectado a sus parejas fijas y ocasionales;
9. mujeres parejas fijas de estos hombres podrían haber infectado a sus hijos subsecuentes.

En conclusión, estas consideraciones reafirman la creencia de un vínculo estrecho entre las epidemias en territorio haitiano y en bateyes dominicanos. Aumentos en las tasas de prevalencia en Haití deberán corresponder a aumentos en las tasas de infección de los/as nuevos/as inmigrantes que ingresan al país (ver, por ejemplo, tasas de VIH en mujeres haitianas en Barahona, CEA/OPS/ONUSIDA, 1998). Sin embargo, la situación epidémica de los bateyes permite inferir que existe un alto riesgo de infección para las poblaciones dominicana, arrayana y haitiana susceptibles, particularmente las mujeres y los/as jóvenes que ingresan al país y los/as nativos/as y residentes que inician su vida sexual. En el mismo sentido, los/as haitianos/as repatriados/as cada año deberán tener, en consecuencia, niveles de infección probablemente más altos que los/as inmigrantes que ingresan a República Dominicana por primera vez.

⁵ Pequeños insectos voladores que pican a los humanos dejando un hematoma doloroso en el lugar de incisión.

Recomendaciones

Organización para la Democracia Comunitaria

En términos de acción, en los bateyes donde reside la mayoría de los/as haitianos/as y arrayanos/as falta información, educación y comunicación bilingüe, tanto en su propia lengua, el *kreyole*, como en español dominicano, para aumentar la participación social de este conglomerado. Debe desarrollarse una iniciativa que busque reducir los niveles de marginalidad de los grupos haitianos, particularmente de las mujeres nacidas en Haití y sus hijos, a través de la enseñanza del idioma y la alfabetización, lo que podrían asumir las organizaciones comunitarias de base (OCB) en los bateyes, principalmente las compuestas por personas que hablan los dos idiomas. Muchos de los folletos ya existentes sólo existen en ediciones escritas en español dominicano. Cualquier literatura, además, debe reconocer que en Haití existe un analfabetismo de 55%, y es probable que la tasa en los bateyes rurales sea al menos similar o más alta. La distribución de información en *kreyole* debe tomar no sólo la forma de literatura, sino mensajes radiales interactivos y no-paternalistas (i.e., diálogos entre parejas modelando la adopción de acciones preventivas y asistenciales), formas creativas de expresión (i.e., elaboración y validación de módulos de instrucción grupal, dramatizaciones, metáforas), charlas participativas de promoción de la salud en las OCB (v.g., prevención de la transmisión sexual y perinatal, asistencia a personas infectadas), y consejería regular en *kreyole* por parte de promotoras de salud, enfermeras/os y/o maestros/as adiestrados/as para ello.

Incorporación de Promotoras de Salud, Chamanes y Mayores de Gagás Arrayanos/as a la Acción Preventiva

Los esfuerzos de prevención, específicamente los que intentan distribuir condones y/u ofrecer pruebas de sangre (como la ELISA), deben tomar en cuenta que la economía de la mayoría de los bateyes funciona en un estado sumamente precario. En muchos bateyes agrícolas, donde la cantidad de dinero circulante es muy baja (especialmente donde los patrones son propietarios de los únicos colmados, y pueden pagar a “sus” obreros en crédito del colmado, en vez de en efectivo), es necesario proveer preservativos gratuitamente o a precios muy bajos. Donde ya hay promotoras de salud, *chamanes* y mayores de *gagás*, éstos/as pueden servir y deben ser adiestrados para hacerlo, como puntos de distribución y promoción de condones. Esto deberá alentar la mayor vinculación de los curadores tradicionales en la atención y el apoyo. Donde no haya este personal, habría que regalar o vender los condones en los pequeños “colmados” que tiene cada batey, tras una formación básica de sus dependientes.

Nuevas Alternativas de la Acción Preventiva y Asistencial

Otra necesidad es implementar una campaña para promover una “cultura del uso del condón.” Aunque este estudio no tuvo como enfoque el desarrollo de una estrategia para promoverlo, es claro por la tasa de infección en los bateyes que este

tipo de acción es necesario. Adicionalmente, una investigación más profunda sobre otros tipos de relaciones sexuales de alto riesgo ejercidas en comunidades migrantes con altos índices de sífilis (por ejemplo, la falta de educación sexual, el uso por muchas mujeres haitianas y dominico-haitianas de lavados vaginales de “alumbre” para mantener seca y apretar la vagina, y la falta de circuncisión de los hombres) (ver Halperin, 1998), puede ayudar a identificar las avenidas más importantes y urgentes para campañas de salud pública en los bateyes, en tanto se introduce y consolida la llamada “cultura del condón.” En estas acciones preventivas deben ser incluidos otros ejes temáticos, tales como la higiene personal y el saneamiento ambiental, la nutrición, la automedicación, y la práctica de la organización y el desarrollo sostenible de la comunidad, entre otros.

De mucha utilidad sería promover y diversificar un recurso cultural, como es la siembra de *conucos* de yuca y batata, y el engorde de animales (pollos, al menos) para el consumo familiar. Los cultivos pueden diversificarse, sembrando maíz, maní y guandules, habas, habichuelas, auyamas), para garantizar la alimentación de las personas infectadas. Esto debe hacerse a través de la vinculación de los programas de salud del CEA, las OCB y redes comunitarias en bateyes, tales como las iglesias, los *gagás* y otros recursos culturales (ver Centro de Estudios Sociales, 1999). Estas instancias pueden conferir poder a las familias para continuar apoyando a sus miembros, y proveerles educación preventiva que los ayude a aceptar, en lugar de negar la existencia del VIH/SIDA y el apoyo emocional (ver Aggleton y Bertozzi, 1997).

Educación sobre la Cultura y la Religiosidad Haitianas

Hace falta desarrollar una nueva visión de las relaciones entre Haití y la República Dominicana, con programas de intercambio entre jóvenes estudiantes, que supere las tradicionales ideologías acusatorias, y permita que una y otra poblaciones se desprendan de las nociones prejuiciadas y estereotipadas sobre sus culturas. Particularmente, debe promoverse el conocimiento y el respeto a los sistemas entrelazados de creencias y prácticas mágico-religiosas de esos conglomerados humanos. Existen discursos que incluyen el prejuicio antihaitiano y la satanización del *vodú*, los cuales parecen constituir los fundamentos del trato de no-persona a la población haitiana. Estos parecen estar caracterizados más por el temor hacia una mitología de lo “exótico”, representada por prejuicios ancestrales hacia “lo haitiano”, “lo africano” y “lo negro”, que por el odio o el desprecio.

Necesidad de Cooperación Internacional Combinada

Para ser eficaz, la prevención del VIH/SIDA debe incorporar el acceso a pruebas de anticuerpos al VIH con consejería pre- y post prueba *en kreyole*, y el tratamiento masivo de la sífilis y la tuberculosis, tanto a nivel preventivo y profiláctico como curativo. Parece difícil creer que si la sociedad política dominicana no ha invertido en la prevención y la asistencia del VIH/SIDA en su propia población, pueda hacerlo con una población extranjera históricamente marginalizada y estigmatizada, como la haitiana. De ahí la necesidad urgente de movilizar los recursos necesarios a nivel

internacional para reducir el potencial pandémico de la Isla para el Caribe, Norteamérica y Europa. Esto va en la misma dirección de lo planteado por Farmer et al. (1996) de que lo que falta es una comprensión general de cómo múltiples factores que operan en varios niveles pueden actuar de manera sinérgica para influir la salud de la población en lo atinente a la enfermedad del VIH. Es preciso, entonces, que se declare como una prioridad de la subregión del Caribe y Centro América la intervención pandémica combinada del VIH/SIDA, tanto en Haití como en los bateyes dominicanos, sobre la base de una nueva hermenéutica, que vaya más allá de lo que propone Farmer, hacia una HERMENÉUTICA DE LA SOLIDARIDAD.

Referencias

- Acra A., J. et al. (1987). *Prevalencia de anticuerpos contra el VIH: Estudio comparativo entre una población de haitianos y dominicanos de sexo masculino dentro de la zona rural de Hato Mayor*. Tesis de grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela de Medicina. Santo Domingo.
- Adè et le Future Groups International (1998). *Haiti, Vision 2010*. Port-au-Prince: FNUAP.
- Adrien, A.; Leane, V.; Remis, R.S.; Boivin, J.F.; Rud, E.; Duperval, R.; Noël, G. (1998). HIV infection is associated with travel back to Haiti in Montrealers of Haitian origin. *International Conference on AIDS*, 12: 415 (abstract no. 23368).
- Aggleton, P. y Bertozzi, S.M. (1997). *Socioeconomic Impact of HIV/AIDS on Households*. <http://www.unaids.org/document/other/una97e3.html>.
- Arbaje, M.; Cruz, M.; Thormann, M.; González, A. (1992). Estudio comparativo de personas VIH personas que recibieron seguimiento, consejería y apoyo emocional. En Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Ed.), *Inventario de Recursos de Investigación en SIDA 1983-1991. América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS.
- Blandino, R.A. (1990). "Potencial de reducción del impacto psicosocial del SIDA en bateyes del Distrito Nacional. Factores ecológicos, amenaza percibida de la enfermedad y valor percibido de la acción preventiva." Universidad Autónoma de Santo Domingo: Tesis de Maestría en Psicología.
- Brandt, A. (1988). AIDS: From Social History to Social Policy. En E. Fee y D. Cox, eds. *AIDS: The Burdens of History*, Pp. 147-171. Berkeley: University of California Press.
- Brewer, T.; Hasbún, J.; Ryan, C.; Sánchez, J.; Butler de Lister, M.; Hawes, S.; Constanzo, J.; López, J.; Holmes, K.K. (1996). *Migration, ethnicity and gender: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic*. Santo Domingo: AIDSCAP.
- Cáceres, F.; Duarte, I.; De Moya, E.A.; Pérez-Then, E.; Hasbún, J.; Tapia, M. (1998). *Análisis de la Situación y la Respuesta al VIH/SIDA en la República Dominicana*. Santo Domingo: PROFAMILIA, CONASIDA, ONUSIDA y AcciónSIDA.
- Capellán, M. (1992). *Prevalencia de infecciones por VIH y HTLV-1 en bateyes dominicanos*. Tesis de grado, Universidad Tecnológica de Santiago, Escuela de Medicina.
- Cedeño, C. (1993). La nacionalidad de los descendientes de haitianos nacidos en la República Dominicana. En: W. Lozano (Ed.) *La Cuestión Haitiana en Santo Domingo: Migración Internacional, Desarrollo y Relaciones Interestatales entre Haití y República Dominicana*. Santo Domingo: FLACSO Centro Norte-Sur de la Universidad de Miami.
- Centro de Estudios Sociales P. Juan Montalvo (CES), y Servicio Jesuita a Refugiados (SJR) (1999). *De este lado de la frontera. Catálogo de organizaciones e instituciones que trabajan con Haitianos y Dominicanos de ascendencia haitiana en República Dominicana*. Santo Domingo: Editora Búho.

- Chaze, W. (1983). In Haiti, a View of Life at the Bottom. *U.S. News and World Report*. 95:41-42.
- Colledge, M.; van Geuns, H.A. & Svensson, P.G. (1986) Migration and health: towards an understanding of the health care need of ethnic minorities. Copenhagen: World Health Organization.
- Consejo Estatal del Azúcar (CEA), Proyecto Salud Reproductiva en los Bateyes (1999). *Informe de la gerencia de desarrollo social. Perfil de los bateyes y proyecto CEA/OPS/ONUSIDA*. Santo Domingo, marzo 15.
- Corten, A. y Duarte, I. (1995). *Latin American Perspectives: Five Hundred Thousand Haitians in the Dominican Republic*. Santo Domingo: PROFAMILIA.
- De Moya, E. A.; García, R. (1999). *Three Decades of Male Sex Work in Santo Domingo*. London: Francis & Taylor.
- De Moya, E. A.; Soriano, S.; Rowinsky, P. (1998b). *Enfoque Cultural de la Prevención del SIDA para el Desarrollo Sostenible. Addendum*. Informe presentado a UNESCO y ONUSIDA. Santo Domingo: PROFAMILIA.
- De Moya, E. A.; Tapia, M.; Soriano, S.; Rowinsky, P. et al (1998a). *Enfoque Cultural de la Prevención del SIDA para el Desarrollo Sostenible*. Informe presentado a UNESCO y ONUSIDA. Santo Domingo: PROFAMILIA.
- Farmer, P. (1992). *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P.; Connors, M. & Simmons, J. (1996). *Women, Poverty and AIDS. Sex. Drugs and Estructural Violence*. Maine: Common Courage Press.
- Fennema, J.S.; van Ameijden, E.J.; Coutinho, R.A.; van Doornum, G.J.; Cairo, I.; van den Hoek (1998). HIV surveillance among sexually transmitted disease clinic attenders in Amsterdam, 1991-1996. *AIDS*, 12:8, 932-8.
- Goyanes, M. (1999). Situación de las Personas Viviendo con VIH/SIDA. En: Amigos Siempre Amigos (ASA) y Comisión Nacional de Derechos Humanos (Eds.) *Segundo Foro de Derechos Humanos con Énfasis en las Personas que Viven con el VIH/SIDA*. Santo Domingo: ASA.
- Gregson, S.; Zhuwau, T.; Anderson, R.M. Chandiwana, S.K. Is there evidence for behaviour change in response to AIDS in rural Zimbabwe? *Social Science and Medicine*. 46:3, 321-30.
- Guerrero Reyes, R.J.; Angeles Collado, A.M.; Ferreira Rodríguez, D.A. (1991). *Prevalencia de anticuerpos contra el virus de SIDA, en cortadores de caña haitianos y dominicanos en la zona de Barahona --Santo Domingo: UASD, 68, [21]p: Tab (Tesis para obtener el título de: Lic\ Universidad Autónoma de Santo Domingo, Departamento de Bioanálisis) [B-613] 4453.*
- Guerrero, E.; De Moya, E.A.; Garib, Z.; Rosario, S.; Duke, W. (1985). *Seroepidemiología del HTLV-III en obreros migrantes haitianos*. Santo Domingo: Dirección General de Epidemiología, SESPAS (manuscrito inédito).
- Halperin, D. (1998). Building on traditional HIV prevention: Promoting 'second stage' HIV risk reduction. The Global Health Council. *Global AIDS Program Newsletter #51*, July-August.
- Hernández, F.M. (1973). *La inmigración haitiana*. Santo Domingo: Editora Taller.
- Jansen, S. y Millán, C. (1991). *Género, Trabajo y Etnia en los Bateyes Dominicanos*. Santo Domingo: INTEC.

- Jeanty Jourdain, K.M.; Germosén Castillo, M.A.; Ortíz Melo, M.A. (1990). *Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas sobre SIDA en haitianos residentes en la zona del Mercado Modelo, Santo Domingo* --Santo Domingo: UASD, 66p: ilus (Tesis para obtener el título de: Lic\ Universidad Autónoma de Santo Domingo, Departamento de Medicina) [M-4182] 2066.
- Jonsson, T. (1998). No Hope for Haiti? En: The Lutheran World Federation (Ed.) *Caribbean/Haiti. Annual Report 1997*. Petion-Ville, Haití.
- Koenig, E.; Pittaluga, J.; Bogart, M.; Castro, M.; Núñez, F.; Vilorio, I.; Delvillar, L.; Calzada, M. y Levy, J.A. (1987). Prevalence of Antibodies to Human Deficiency Virus in Dominicans and Haitians in the Dominican Republic. *Journal of the American Medical Association*. 258:47.
- López Severino, I. (1995). Análisis del Proceso Histórico de Formulación de la Ley 55-93 sobre el SIDA. Santo Domingo: Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).
- López Severino, I. (1999). Reflexiones sobre el Cumplimiento de la Ley 55-93 del SIDA y su Reglamento Interno. En: Amigos Siempre Amigos (ASA) y Comisión Nacional de Derechos Humanos (Eds.) *Segundo Foro de Derechos Humanos con Énfasis en las Personas que Viven con el VIH/SIDA*. Santo Domingo: ASA.
- Mañaná, M.; Gamboa, A. (1989). "Proyecto Introducción del Condón en los Bateyes." Informe a PROCETS, manuscrito inédito.
- Martínez, L.; Fernández, J.M. (1986). *Seroepidemiología del Virus HIV en los Bateyes de las Provincias Monte Plata y San Pedro de Macorís*. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Santo Domingo.
- Melgen, T.C.; Ravelo, V. (1987). *Prevalencia de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los habitantes del Batey Los Jovillos, Yamasá*. Universidad Autónoma de Santo Domingo; Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina. Santo Domingo.
- Millord, R.; Cize, C.; Arbaje, M.A. (1992b). Estudio para evaluar un método educativo para la prevención del SIDA aplicado en bateyes. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Ed) *Inventario de Recursos de Investigación en SIDA 1983-1991. América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS.
- Millord, R.; Cize, C.; Arbaje, M.A. (1992a). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en población residente en bateyes de ingenios azucareros de República Dominicana. Aceptación del uso del condón en población creole parlante residente en bateyes. En Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Ed.) *Inventario de Recursos de Investigación en SIDA 1983-1991. América Latina y el Caribe*. Washington: OPS/OMS.
- Movimiento de Mujeres Dominicano-Haitianas (MUDHA) (1998). *Situación de las Mujeres Migrantes de Ascendencia Haitiana*. Santo Domingo: mimeo.
- Moya Pons, F. (1986). *El Batey: Estudio Sociodemográfico de los Bateyes del CEA*. Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales. Santo Domingo.
- Moya Pons, F. (1986). *El Batey: Estudio Sociodemográfico de los Bateyes del CEA*. Santo Domingo:
- Moya Pons, F. (1999). "Pueblos Nuevos". *Rumbo*, Año V, no. 264, 22 Feb., p. 6.
- Naciones Unidas (1989) *Human Rights. Report of an International Consultation on AIDS and Human Rights*. Geneva, 26-28 July.

- Naciones Unidas (1996). *HIV/AIDS and Human Rights. International Guidelines. Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights*. Geneva, 23-25 Sept.
- Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1998). *Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. (Informe de Misión de Asistencia Técnica, 19-26 de septiembre de 1997).
- O'Neill, P. (1992). *Second International Conference on Migration and Health*. Brussels, Belgium.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). *Análisis de la Situación Sanitaria. Haití 1996*. Puerto Príncipe, junio.
- Patterson, O. (1987). The Emerging West Atlantic System: Migration, Culture, and Underdevelopment in the U.S. and Circum-Caribbean Region. En William Alonzo, ed., *Population in an Interacting World*, pp. 227-260. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Programa Control ETS/SIDA (PROCETS/SESPAS) (1994) *Ley 55-93 sobre el SIDA y su Reglamento Interno*. Santo Domingo.
- Raful, E. (1995). *Aspectos éticos y legales en la Ley 55-93 sobre el SIDA*. Santo Domingo: Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).
- Ramírez, N. (1992). *Encuesta sobre Planificación Familiar y Otros Indicadores Sociales en los Bateyes de la República Dominicana*. Santo Domingo: USAID, Development Associates e Instituto APEC de Educación Sexual (INSAPEC).
- Ramírez, N. (1993). *Las Migraciones Internas en la República Dominicana*. Santo Domingo: PROFAMILIA.
- Red de Encuentro Dominicano-Haitiano Jacques Vieau (1997). *Documento de Propuestas de Procedimiento y Garantías para el Proceso de Deportaciones*. Santo Domingo: mimeo.
- Secretaría de Estado de Relaciones Exteriores (SEREX) (1998). *Derechos Humanos. Recopilación de Tratados, Leyes, Decretos, Reglamentos y Resoluciones Vigentes en la República Dominicana*. Santo Domingo: SERE.
- Suligoi, B.; Giuliani, M. (1997). Sexually transmitted diseases among foreigners in Italy. Migration Medicine Study Group. *Epidemiological Infections*, 118:3, 235-41.
- The Lutheran World Federation (1998). *Annual Report 1997. Caribbean/Haiti*. Upsala, Suecia: Joma Tryck AB.
- Tichonova, L.; Borisenko, K.; Ward, H.; Meheus, A.; Gromyko, A; Renton, A. (1997). Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins, and priorities for control. *Lancet*, 350:9072, 210-3.
- Ulin, P.R., Cayemittes, M. y Metellus, E. (1993). Haitian women's role in sexual decision-making: the gap between AIDS knowledge and behavior change. Durham, NC: AIDSTECH/Family Health International.
- UNAIDS (1998). *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and STD*. June.
- UNDP (1997). *Human Development Report*.
- Vega, B. (1988). *Trujillo y Haití*. Vol. I (1930-1937). Santo Domingo: Fundación Cultural Dominicana.

Veras, N. (1986). *La Cuestión Haitiana*. Santo Domingo: FLACSO.

Yans-McLaughlin, V. *Metaphors of Self in History: Subjectivity, Oral Narrative, and Immigration Studies*.

Apéndices

Apéndice A.

**PATRONATO DE LUCHA CONTRA EL SIDA, INC. (PLUS)
CONCILIO PARA LATINOAMERICA Y EL CARIBE DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS VIH-SIDA
(LACCASO)**

**GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS
A INFORMANTES CLAVES.**

Me gustaría, si usted me permite, que hablemos un poco sobre su experiencia en cuanto a la migración haitiana y su relación con el VIH/SIDA y los derechos humanos de las personas infectadas.

Los datos e informaciones que usted suministre serán utilizados de manera confidencial. Por favor deseamos contar con su permiso para grabar esta entrevista.

Datos del entrevistado

Sexo, edad, escolaridad, profesión, en qué institución trabaja, cargo.

Preguntas

1. ¿Cuáles son las rutas migratorias que usted conoce desde Haití a Sto. Dgo. (origen, estaciones, destino)?
2. ¿En qué sentido cree usted que pueden haber variado las rutas migratorias tradicionales en los últimos años, y que ha motivado estos posibles cambios?
3. En su opinión, ¿como compararía usted la situación del SIDA en Haití con la situación de los hombres y mujeres haitianos en los bateyes?
4. ¿Podría usted narrarme algún caso conocido de alguna persona haitiana con SIDA en el país?
5. En ese caso, ¿en que áreas diría usted que esa persona fue discriminada (salud, trabajo, vivienda)?
6. ¿Cuál siente usted que está siendo la respuesta que está dando al SIDA la población haitiana en el país?
7. ¿Siente usted que la religiosidad popular haitiana podría en ser un facilitado o un obstáculo a la prevención y asistencia del SIDA?
8. ¿Que sugeriría que debería hacerse para mejorar la prevención del SIDA en los bateyes y otras áreas de residencia de la población haitiana?
9. ¿Que recursos de apoyo cree usted debía ser movilizado para la atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA fuera y dentro de los bateyes
10. ¿Que relación usted y/o su institución guarda con los grupos que trabajan en Derechos Humanos en el país?
11. ¿En la actualidad su institución o usted esta integrado en le proceso de reformulacion o discusión de la Ley Migratoria?

Apéndice B.

PATRONATO DE LUCHA CONTRA EL SIDA, INC. (PLUS) CONCILIO PARA LATINOAMERICA Y EL CARIBE DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS VIH-SIDA (LACCASO)

GUIA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA.

Me gustaría si usted me permite, que hablemos un poco sobre su experiencia viviendo en el país y la forma en que ha ido trasladándose de un lugar a otro, y si esto ha tenido alguna relación en cuanto a su condición de persona con esa enfermedad.

Los datos e informaciones que usted nos suministre serán utilizados de manera confidencial, por favor deseamos contar con su permiso para grabar esta entrevista.

Perfil demográfico

Edad, sexo, escolaridad, estado civil, numero de hijos/as, con quien vive, en que trabaja, situación económica, batey en que vive.

Detección de la infección

1. ¿Cómo y cuándo usted se enteró que tenía esta enfermedad?
2. ¿Dígame con sus palabras que usted entiende que tiene?
3. ¿Qué ha ocurrido desde que se supo que tenía esa enfermedad?
4. ¿Cómo y dónde usted cree que consiguió esa enfermedad?

Relaciones con su familia y red social

1. ¿Habló usted con alguien sobre su enfermedad?
2. ¿Qué hizo su familia cuando se enteró?
3. ¿Qué hicieron usted y su familia para saber si ellos también estaban enfermos?
4. ¿Usted tiene alguna persona aparte de su familia que pueda ayudarle?

Proceso migratorio

1. ¿Cuántas veces ha entrado a la República Dominicana?
2. ¿En cuáles años?
3. ¿Por cuáles lugares ha entrado usted?
4. ¿Por favor usted puede decirme con sus palabras cómo llegó al país?
5. ¿Hasta la fecha, en cuáles bateyes usted ha vivido y en que años?
6. ¿Por qué razones se ha cambiado de lugar?

Situación de los derechos humanos

Trabajo:

1. ¿Tenía usted trabajo cuando se enteró que tenía esa enfermedad?
2. Si no tenía, ¿desde cuando y por qué?
3. Si tenía, ¿qué paso?
4. ¿Cómo consigue dinero ahora?

Salud:

1. ¿Hay dispensario médico del seguro social o clínica rural en donde usted vive?
2. ¿A qué distancia está?
3. ¿Cuánto cobran por atender la gente?
4. ¿Como atienden la gente en el dispensario médico o clínica rural?
5. En ese lugar ¿les dan las medicinas?
6. ¿Sabe usted qué clase de médicos hay (psicólogos, especialistas, otros)?

Alojamiento:

1. ¿Donde usted vive (barracón, casa, intemperie)?
2. ¿Usted vivía en ese lugar antes?
3. ¿Por que vive allí ahora?

Libre tránsito:

1. Con sus palabras ¿puede explicarme a los lugares que usted visita?
2. ¿Cómo lo trata la gente?
3. ¿Usted cree que la gente sabe que está enfermo?
4. ¿Usted ha tenido problemas con alguna autoridad (policía, patrón, salud pública, junta de vecinos)?
5. ¿Puede explicarme qué tipo de problemas?
6. ¿Esta situación ha afectado a su familia (escuela, trabajo, otro)?

Apéndice C.

Guía Observacional

1. Calles: Nombres, cuántas hay, si están asfaltadas, sistema de drenaje.
2. Escuelas y/o colegios.
3. Centros de salud.
4. Iglesias.
5. Condiciones de las viviendas: Número aproximado, material de construcción, facilidades sanitarias, agua, luz eléctrica, teléfono.
6. Formas de transportación: Carros, motoconcho, guaguas, taxis, otros.
7. Actividad comercial en el área: Colmados, tiendas, mercados de productos agrícolas, puestos de venta de comidas cocidas y crudas.
8. Disposición y recogida de la basura.

Apéndice D.

Resumen de Entrevistas a Informantes Claves

¿Qué rutas migratorias de Haití a República Dominicana conoce?

1	2	3	4	5
Hombre, 44 años. Comisión Nacional de Derechos Humanos.	Mujer, 46 años. Área de la mujer y derechos humanos.	Hombre, 46 años. Asuntos haitianos, área relaciones exteriores.	Mujer, 35 años. Médico asistencia a reclusos.	Hombre, 38 años. Asuntos de migración, asuntos haitianos.
Dajabón por la punta de bahía de Manzanillo hasta Restauración, por esta parte la migración que trabaja en el Cibao en el arroz, en Santo Domingo, Esperanza, Puerto Plata, San Francisco de Macorís y la Vega. Jimaní, la ruta comercial usada mayormente para contrabando no es la más usada. Elías Piña, San Juan de la Maguana, vienen para trabajar en el corte del arroz, recolección de guandules en San Juan de la Maguana, tomates y melones Barahona, Pedernales, es la más usada. Parte de los migrantes son de Jacmel, An Sa Pitre, Saint Marc, Les Cayes al sur de Haití, durante un tiempo trabajan en el corte de café en la zona de Polo Barahona, Chone y luego se mudan a los bateyes de Barahona y Pedernales. Luego es más fácil para ir a la parte oriental de la isla.	Puntos conocidos como Jimaní y Dajabón. También los ingenios Esperanza y Amistad, que trabajan personas de la zona norte de Haití. Para el Sur van personas braceros del sur como el Central Romana y el Ingenio Caey.	La frontera entera, incluso el mar. Jimaní y Mal Passe.	Dajabón, Jimaní, Elías Piña, Pedernales.	Dajabón hacia Santo Domingo. Los once puestos de chequeo en las carreteras normales. Las rutas de evasión que son las carreteras, montañas, callejones, y caminos poco transitados.

¿Cree usted que las rutas migratorias han variado en los últimos años, y en caso afirmativo, por qué motivo?

1	2	3	4	5
Dependiendo de las circunstancias, el ejército en un punto se corrompe, una persona más que otra o es un general u oficial muy serio. Se usa una ruta más que la otra, dependiendo de la presión que haya en el país, la denuncia, órdenes de la dirección del ejército y de Migración.	Bueno, han tenido alguna variación. Ahora no se están haciendo contratos. Hay otra contratación, en donde los mismos terratenientes buscan mano de obra barata para ellos.	El área de Dajabón y Juana Méndez se mantuvo desde el 1991 al 1994 normal, cambiando en este periodo por la ayuda humanitaria enviada para Haití. Elías Piña se constituyó en un paso caminante, como Dajabón y Jimaní, como se ha ido incrementando el comercio.	Dajabón, Jimaní y Elías Piña se han mantenido o aumentado por el paso del tiempo.	Pedernales y la zona montañosa.

¿Como compararía la situación del SIDA en Haití en relación a la de los bateyes en República Dominicana?

1	2	3	4	5
En Haití se privatizó recientemente la salud, la mortalidad es muy alta por desnutrición y hambre, el porcentaje de gente que puede acceder a los servicios de salud es mínimo, la condición de salud es deprimente en su máxima expresión. En nuestro país en los bateyes hay cierta regulación de la salud, en la empresa privada, por ejemplo en la Romana, los Vicini tienen mayor control de salud, en el CEA existe una mínima decisión de tener control. En Haití vimos un solo hospital, con escasez de médicos y medicinas. La situación de Haití es mas precaria en el área SIDA, no hay detergente, la gente no lo usa para bañarse y asearse por su situación de pobreza. La promiscuidad es mayor, el trabajo sexual para las personas tienen más riesgo a contagiarse. Falta educación, medidas preventivas, como alimentación deficiente. La situación en el área de los bateyes es mala, el huracán Georges evidenció más la situación. Las ONG fueron las primeras en llegar. No hay calidad de agua y habitación. Hay poca o ninguna escuela. La falta de conocimiento de las enfermedades que hay hace más fácil la transmisión de las enfermedades.	Siendo que estamos en un país como el nuestro en un proceso de respeto a los derechos de las personas con un proceso a 50 años luz más que Haití. El gobierno haitiano no ha hecho nada, es muy diferente el problema que hay con la diáspora aquí al problema que hay con la diáspora en Canadá donde se valora más en New York y Bélgica.	No tengo mucho conocimiento. Entiendo que Haití está en el tercer lugar en SIDA en Latinoamérica. La situación de los bateyes sabemos tiene sus problemas y particularidades, pero no es igual en ningún caso.	Esta más o menos igual.	Es evidente que con las migraciones de ellos para acá se traslade parte de esa insalubridad a nuestro país.

¿Podría narrarme algún caso conocido de alguna persona haitiana con SIDA en el país?

1	2	3	4	5
<p>En el batey de Sabana Grande de Boyá conocí a <u>una dominicana de ascendencia haitiana no le dieron atención, los médicos se excusaban, y otra en el batey la Pista. La sacaban del hospital, la policía tenía miedo de ponerle la mano. Ella ya murió, hubo que enterrarla con una colecta de la población en un cementerio informal en un ataúd de madera de poca calidad hecho por la comunidad. Los haitianos decían “qué bueno que se murió, dejó de pasar trabajo”. Se relaciona con su cultura en que el haitiano se alegra cuando muere. Otro caso de un hombre en el Parque Nacional de Los Haitises, lo tenían aislado, la gente le dejaba la comida en un árbol. En Cristo Rey una haitiana que murió, ella infectó a otras personas.</u></p>	<p>Sí, una en el batey Palmarejo cerca de la capital.</p>	<p>No tengo conocimiento de ello, no tengo contacto directo. Eso lo maneja el área de la Dirección de Migración.</p>	<p>Sí, han habido casos.</p>	<p>Sí, de <u>una persona que iba a renovar su residencia y él sabía de su situación, fue deportado junto con su familia. Lo remitimos a deportación y nosotros organizamos la deportación, le asignamos un inspector y lo mandamos en un vehículo solo. Los requisitos que tiene Migración para renovación de visas se refieren a que esté en buen estado de salud, realizar un examen médico a toda persona que va a renovar su residencia. No sé si hacen la prueba del SIDA. El Departamento de Deportación es el que se encarga de revisar esos papeles.</u></p>

En ese caso, ¿en qué áreas diría usted que esa persona le fueron violados sus derechos?

1	2	3	4	5
<p><u>En el área de la salud no le daban asistencia médica y la dejaron morir. El dominicano de ascendencia haitiana no lo botaban del hospital por temor a que hiciera una denuncia. Los médicos no lo atendían, le daban excusas y al final decidió irse a morir a su batey. En el área de los Haitises la comunidad lo ayudaba, no lo dejaban pasar por el pueblo y lo tenían aislado. En Cristo Rey no le daban tratamiento médico. El servicio de salud es amenaza de deportación.</u></p>	<p><u>En el batey si alguien tiene SIDA la familia lo desecha, lo aísla. El único derecho que tienen es a morir. No se le da asistencia médica. Por parte del Seguro Social, no se paga el seguro, lo dejan ahí simple y llanamente. Cuando la comunidad le ve los síntomas piensan que es un mal que le han echado y se van para Haití a buscar remedio.</u></p>	<p>Sin respuesta, no tiene conocimiento.</p>	<p>Depende del estado de los reclusos. Si es VIH positivo se deja y <u>se les explica a los demás reclusos</u> y si está mal le lleva al hospital y <u>en fase terminal se le entrega a los familiares con el debido proceso. Los reclusos piden que los trasladen, que tiene diarrea, y se les va a pegar y discuten entre sí, aunque muchos los ayudan.</u></p>	<p><u>Se le dieron más derechos de los que le corresponde legalmente. Fue un trato legal y humano especial, ya que hasta lo enviaron a su país en transporte solo.</u></p>

¿Cual es la respuesta de la población haitiana frente al SIDA en el país?

1	2	3	4	5
<p><u>Al haitiano aquí no se le trata como persona, ni como minoría étnica ni como migrante. Tú no puedes tener una respuesta de una minoría o migración si tu no le das el trato que requiere como persona. Primero la imposición del idioma, segundo las autoridades no le dan tratamiento ni siquiera a los dominicanos, mucho menos a los haitianos. Es una sociedad racista.</u> El haitiano hace lo que le dicen con el fin de quedarse aquí.</p>	<p><u>El haitiano que viene al país siempre piensa que está de paso, y no se organiza o participa en actividades.</u> Más bien debe ser el esfuerzo de las organizaciones que trabajan con la población haitiana que deben llevar iniciativa, materiales educativos. Nosotros estamos distribuyendo un folleto que se llama Miguel.</p>	<p>No conoce que esta población esté organizada o de grupos que trabajen en el área de derechos humanos, ni conoce grupos que trabajen en el área de SIDA.</p>	<p>No tengo conocimiento, sé que hay grupos trabajando. PROCETS me dijo que un grupo vendría a visitarnos y trabajarían en la frontera.</p>	<p>La población haitiana tiene pocos niveles de conciencia de lo que son este tipo de enfermedades y en lo que he podido observar es que <u>ellos sólo acuden a los hospitales en Santo Domingo cuando están muy enfermos</u> o cuando las mujeres van a parir.</p>

A su juicio, la religiosidad popular haitiana, ¿podría ser un facilitador o un obstáculo para la prevención y asistencia del SIDA?

1	2	3	4	5
<p>Puede ser a la vez obstáculo y facilitador, porque el haitiano tiene una actitud noble, obediente. Con el fin de ellos quedarse aquí harían lo que fuera.</p>	<p><u>La gente se resiste a aceptar la enfermedad, por su creencia busca ayuda en un sacerdote de vodu, o un brujo,</u> porque cree en los poderes de sus ancestros o cree que le han echado un mal o un muerto. No cree que existe el SIDA, se da con otra enfermedad.</p>	<p>No tengo detalles de ese culto religioso llamado vodu, ese grupo de personas en ese trance no está dispuesto a oír ninguna información de prevención. No es fácil intervenir en esa situación. Yo no me imagino cómo. Si pudiera llegar a asociarse que lo pecaminoso del SIDA pudiera asociarse al castigo de uno de los dioses o virtudes de ese tipo de credo sería maravilloso, es una forma de llevar cultura a la gente.</p>	<p>En la cárcel eso no se llega a reflejar tanto, por la dificultad del idioma. A veces, la embajada de Haití también se ocupa en muchísimos sitios de los reclusos y se le dan listas de cuántos son, donde están y se comunican.</p>	<p>Creo que sí, porque creo que son sentimientos de fanatismo, y éste no permite que una persona crea lo que le digan.</p>

¿Que sugeriría que debería hacerse para mejorar la prevención del SIDA en los bateyes y otras áreas de residencia de la población haitiana?

1	2	3	4	5
<p>Hacer una política estatal contra el SIDA. Para los infectados, que se les de un trato humano, en donde lo económico es importante. Que el Ministerio de salud dé tratamiento para VIH/SIDA. Imagínate lo que pasa con los bateyes, por la misma concentración de la marginalidad, puede haber mucho VIH. No hay medicamentos para los dominicanos... ahora para los haitianos.</p>	<p>Primero deberían desarrollarse programas que la gente pudiera tener acceso a asistencia médica. Por eso considero que los bateyes son campo fértil para el SIDA por la promiscuidad. Debe mejorarse la condición de vida en que se realiza el trabajo sexual, tener promotores de salud entrenados sobre la temática.</p>	<p>La educación, con tal de mejorar la calidad de vida de las personas infectadas. Tengo entendido que los medicamentos son muy caros. El problema de esa persona se desarrolla en la República Dominicana, no en su lugar de origen que es Haití. Viene infectada y no lo sabe. El que se infecta aquí también no lo sabe, lo que se puede hacer con esa persona es muy poco, porque ya está contagiado. Hay que atacar el problema ya sea sexualmente o por otra vía, con la diseminación de preservativos, convencer al usuario que es un elemento inherente a la relación sexual de ellos mismos. No tenemos una restricción migratoria a las personas infectadas, aunque la ley migratoria vigente permite declarar inadmisibile el ingreso de personas que tengan determinado tipo de problemas, aunque no está establecido el SIDA, porque es una ley vieja, yo creo que es un gesto humanitario lo han hecho otros países.</p>	<p>Es un proceso de educación, concientización y sensibilización, más educación que otra cosa.</p>	<p>Vacuna antimalaria. No hay programa de vacunación en Haití, asistencia de salud en los bateyes donde les dan alojamiento y comida sólo los primeros meses, para garantizar que se queden donde van. Si no tienen la tarjeta amarilla de vacunación no les damos el <i>carnet</i> que se expide en el procesos de carnetizacion, que es como una cédula temporal. Tiene su nombre, el batey donde van, y dura seis meses, que es el tiempo de la zafra. Un levantamiento, un censo de la cantidad de personas con diferentes edades, para determinar las condiciones de vida en los bateyes, saber donde están, cuantos son. Tenemos un personal que habla un poco de creole y otros inglés.</p>

¿Que recursos de apoyo cree usted debían ser movilizados para la atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA fuera y dentro de los bateyes?

1	2	3	4	5
Educación para toda persona sobre lo que es el VIH/SIDA, las características de este virus, y cómo prevenirlo. Cambio de conducta para la persona portadora, darle tratamiento humano, alimentación, alojamiento, y los que ya tienen VIH darle tratamiento más completo, como psicólogo, médico, para que no se estigmatice.	Primero deberían desarrollarse programas que la gente pudiera tener acceso a asistencia médica, mejorar las condiciones del batey, folletos sencillos no con mucha letra, que la persona pueda entender en <i>kreyole</i> y español.	Examen de sangre para la detección del virus, realizado por una persona calificada y con credibilidad. Una vez detectado el virus, esa persona no vaya a ser discriminada. Verlo como una enfermedad más. Contribución entre las organizaciones, preservativos.	Recursos humanos, lo económico, recursos humanos capacitados. Ayuda a los que están enfermos pero priorizando la prevención en cualquier área.	Recursos es la parte más difícil para mí. Nosotros no estaríamos en capacidad por la gran inversión que habría que aportar. Nosotros sólo no podríamos asimilarlo. Recursos económicos, recursos humanos, la buena voluntad.

¿Tiene esta institución relaciones con los grupos que trabajan con los derechos humanos?

1	2	3	4	5
<p>El Comité Nacional de los Derechos Humanos, nunca lo he visto en el problema de haitiano. La cancillería nunca ha tratado nada con nosotros sobre el problema haitiano, sólo en el Diálogo Nacional, donde se planteó una política migratoria. Al Departamento Haitiano de la División de Migración se llevó una denuncia de una persona que negociaba con <i>carnets</i> de viviendas. Con el CEA en algunos ingenios ha habido problemas.</p>	<p>Una coordinación con la Red Jacques Vieau, con la Comisión de los Derechos Humanos que coordina el Dr. Rojas Nina. Nunca lo he visto denunciando el problema de haitianos.</p>	<p>Vienen y hacen denuncia, no hay un vaso comunicante entre éste, que es un organismo, una división de asuntos haitianos. Crear un nexo de trabajo entre las organizaciones que trabajan derechos humanos, si su trabajo se fuera a conducir al objetivo común que es mejorar las condiciones de vida de un pueblo, nosotros sí tenemos conocimiento del trabajo que hacen y buenas relaciones de amistad con algunos de ellos, pero no tenemos ese nexo de gestión común. Ellos solamente nos buscan para quejarse de algo, creo que es una falta importante de ambas partes.</p>	<p>Tenemos que tener relaciones con ellos. Vienen a diario a denunciar algo, uno les da la atención, vienen casi todos los grupos. La gente colabora con operativos médicos y en educación con el PROCETS y en Derechos Humanos con la denuncia en el área de la salud.</p>	<p>Los hemos invitado a observar un proceso de un operativo de repatriación de haitianos, como observadores, no aportando nada. Usted sabe que se hacen especulaciones. <u>Usted sabe que los que trabajamos en esto somos humanos, y hay haitianos que se resisten y hay que agarrarlos.</u> En los operativos de repatriación se mandan para Haití a las personas que no tiene papeles, porque la Constitución haitiana establece que se es haitiano no importa donde nazca, nosotros nos acogemos a ella, aunque conocemos de la Constitución nuestra.</p>

Usted o su organización, ¿están participando de algún proceso de discusión o formulación de leyes migratorias?

1	2	3	4	5
No.	<p>Nosotros en el Diálogo Nacional presentamos un documento con nueve puntos. Pedíamos al gobierno que se definiera una ley migratoria clara, que se documentara a las personas que tienen tantos años residiendo en el país. Cuando lo presentamos dijeron que cerraran la frontera. Sobre eso llegó esta semana una invitación tarde, yo no creo que fuera a propósito, y le enviamos nuestros aportes. Debe empezar a tomarse en cuenta la condición de los bateyes en la problemática haitiana.</p>	<p>Estaría de acuerdo se haga una prueba de VIH para todo extranjero mediante una ley que se sancione y discuta. Pudiera ser que esto vulnere los derechos de una persona afectada, pero esto es un mito. Lo que quiero decir es que debemos hacer frente a un hecho, Haití es uno de los países con mayor incidencia, la magnitud de la migración haitiana es abrumadora. Es obvio suponer que el país esté expuesto a un contagio continuo del SIDA, malaria, tuberculosis y otras enfermedades. Se hacen exámenes básicos, a esa persona no se le deja entrar al país. Cuando se le contrata, si da muestras de tener alguna enfermedad. Yo soy funcionario dominicano y defiendiendo los intereses de mi país y en otros países al que tiene SIDA se le restringe, aun sea en visitas oficiales. Los haitianos cuando el presidente visitó Haití no mostraron mucha disposición de trabajar con la comisión mixta de salud, ni siquiera los fueron a buscar al aeropuerto.</p>	<p>No tengo conocimiento de que se esté participando en algún proceso de reforma de ley migratoria.</p>	<p>Nosotros estuvimos en Haití. Fueron diferentes comisiones en la visita que hizo el presidente Leonel Fernández. De esa reunión no se tiene una declaración, sino que se está en proceso de discusión, y se va a realizar una próxima visita. En el país la comisión está elaborando un documento o proyecto de ley de migración, y fue discutido en el Diálogo Nacional un proceso de propuesta que es interesante.</p>

¿Otras violaciones de los derechos humanos?

1	2	3	4	5
Otras violaciones de los derechos humanos se dan en los puestos de chequeos, cuando los haitianos vienen con sus <u>mujeres y son violadas</u> . También cuando las mujeres pagan para que las crucen y les toman el dinero, no las cruzan y son violadas por los militares que están en los puestos de chequeo. También los dominicanos les roban y se ha dado el caso de violaciones sexuales y de asesinatos, de un caso de un haitiano que cruzó la frontera ilegalmente y el guardia lo persiguió hasta Santiago y lo mató.	<u>A las mujeres que vienen al corte de la caña no se les permite tener una casa a menos que tengan un hijo en edad de picar la caña, no les pagan igual que al hombre y no figuran en nómina. Se han dado casos de violaciones sexuales, tanto en los bateyes públicos como privados, y se han llevado casos a la justicia, pero no pasa de allí, no se procede contra la persona violadora.</u>	No tengo conocimiento. Los grupos de los derechos humanos vienen y denuncian. <u>Nosotros no podemos garantizar la atención en salud a una persona extranjera y en condiciones de ilegalidad</u> es una carga muy alta para el Estado, aunque no le negamos la atención a nadie, no importa que sea haitiano, suizo, italiano, pero esos son los menos y vienen legalmente.	No aplica.	No aplica.

¿Cuenta su institución con personal suficiente, capacitado y conocimiento de *kreyole*?

1	2	3	4	5
Sí, tenemos una red con representantes comunitarios en todo el país y algunos hablan <i>kreyole</i> .	Sí, contamos con educadores y promotoras, un departamento legal y administrativo, y nos apoyamos en las comadronas que son las personas que en las comunidades rurales dan la atención a las mujeres para parir, la mayoría son haitianos.	No aplica.	No contamos con personal médico suficiente y no hablan <i>kreyole</i> .	Cuando necesitamos más personal para los operativos lo solicitamos. Sólo dos hablan inglés y dicen algunas palabras en <i>creole</i> .

Apéndice E.

CASO 1. MUJER DE 44 AÑOS, BATEY EL POMITO/CEA.

Forma de detección del caso	Un investigador de terreno se trasladó a la comunidad de Mata de Palma (40 km. De Santo Domingo), en Guerra, Distrito Nacional, donde conversó con transportistas sobre la posible existencia de casos de SIDA conocidos en la comunidad. Ellos lo refirieron a una enfermera comunitaria del Instituto Dominicano del Seguro Social (IDSS) que trabaja con los haitianos. La enfermera obtuvo el consentimiento informado de una paciente haitiana VIH positiva a la que pone inyecciones. En la vivienda encontramos un pastor evangélico que acompaña a la mujer al médico.
Interpretación, ayuda con entrevista	El pastor se ofreció a ayudar en la traducción de las preguntas y respuestas de la entrevista, con el consentimiento de la paciente. El pastor también participó como informante clave del caso.
Descripción de la comunidad	El batey El Pomito/CEA es una comunidad rural, ubicada a 6 km. del poblado de Guerra, en el Distrito Nacional, a unos 42 km. de Santo Domingo y 10 km. de Bayaguana. La comunidad colinda con la carretera Guerra-Santo Domingo, por donde pasan taxis-motocicletas (“motoconchos”) y autobuses (“guaguas”) de transporte privado. Algunas personas tienen motores parados frente a sus casas. El batey tiene una sola calle de tierra, sin nombre ni asfalto, perpendicular a la carretera.
Población	Alrededor de 125 familias viven en el Pomito/CEA, con un promedio de tres a seis hijos. Los moradores tienen pequeños cultivos agrícolas (<i>conucos</i>) sembrados de batata, que usan para el sustento de sus familias. De acuerdo con una vecina de la persona con VIH entrevistada, con quien se conversó, “han muerto dos hombres por el SIDA” en el batey.
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	Las casas son de madera o cemento y techo de zinc. Las mismas no cuentan con facilidades sanitarias o telefónicas. Tienen energía eléctrica. El agua para consumo la consiguen de una toma de agua o llave común, que tiene una bomba de agua. No existe sistema de drenaje pluvial. La basura y los excrementos los tiran y queman en el “monte,” en las afueras de la comunidad. Cuentan con una escuela pública de nivel primario, a unos 5 km., una iglesia católica y otra evangélica, una junta de vecinos, y un terreno de jugar al béisbol. Hay dos lugares de expendio de comestibles y bebidas alcohólicas (“colmados”).
Perfil de la persona VIH positiva	Mujer de 44 años, con tres años en el batey El Pomito/CEA. No sabe leer ni escribir. Tiene dificultad para hablar el español dominicano. Antes de enfermarse, ella “vendía cosas, cositas” (arroz, habichuelas) y ayudaba en la recolección de café. Actualmente no trabaja porque dice que se siente enferma.
Cónyuges	Ella tuvo un primer marido haitiano al que abandonó, porque él “la maltrataba, la golpeaba, tenía ‘mala maña,’ y dejó de trabajar porque estaba enfermo.” Hace dos años que ese marido murió, pero ella no sabe la causa. [Un informante clave, supervisor del CEA dijo que él “murió de ‘eso que anda,’ de mucha diarrea y flaco. Era gordo y fuerte y se puso bien flaco.”] Ahora ella convive con “otro señor” haitiano de 60 años, al que conoció en El Pomito/CEA. El “trabaja en la caña,” estuvo al lado de ella todo el tiempo durante la entrevista, y dos veces habló en <i>kreyole</i> con el pastor (tenía dificultad para entender español). El dice sentirse en buen estado de salud. El pastor indicó que el marido no sabe qué tiene su esposa.
Hijos	Ella tiene dos hijos varones, de 10 y 18 años, y una hembra de 21.

CASO 1. MUJER DE 44 AÑOS, BATEY EL POMITO/CEA. (CONTINUACION)

Ingreso al país	Ella entró clandestinamente desde Haití en una guagua por Limbé en 1988, con su primer esposo y dos hijos. Dice que “un hombre los buscó en Haití para venir a recoger café y cuidar animales a una finca en Santiago Rodríguez, ‘sin papeles.’”
Otras estaciones migratorias	La familia cambió de lugar de residencia “para ganar más dinero.” Pasaron el municipio de Esperanza, en Valverde, Mao, y Jícome en el Cibao, donde vivieron tres meses. Allí compartían una casa con más personas, donde “cada quien tenía su cuarto”. Vino con el marido para Santo Domingo, y de allí hasta El Pomito/CEA. Dice que cuando el trabajo de la zafra azucarera termina, los hombres pasan a trabajar como “jornaleros” y buscan otro lugar en donde trabajar, como La Romana (zona de construcción, otros bateyes) o Santo Domingo.
Manejo de la indocumentación	Ella dice que “trataba de estarse quieta y no caminar de noche, sino cerca, porque no tenía papeles.” Cuando va al hospital nadie la molesta o pide papeles. Va al colmado y a la iglesia sin problemas.
Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA	Desde hace dos meses la mujer dice sentirse mal. Tenía diarrea, vómitos, fiebre alta por la noche, tos persistente, infección en los riñones, y hongos en la boca (“la boca ta mala”). Sólo bebe un poco de agua y come frutas. No tiene apetito para comer. No puede trabajar ni moverse en su casa. Ella fue al médico y entiende que tiene parásitos, infección de la orina, anemia y diarrea. [Una doctora nos explicó que así describen ellos en la comunidad al que tiene SIDA]. Dice no saber cómo consiguió esta enfermedad. Hasta ahora ella no ha hablado con nadie de su enfermedad, sólo con el pastor que la ayuda a ir al médico. El pastor tampoco sabe bien lo que ella tiene, aunque sospecha que “puede tener relación con el problema del que murió su marido hace tiempo... en el hospital la mandaron a hacerse la prueba del SIDA y una placa de los pulmones.”
Atención médica	Desde hace dos meses va a consultar a los hospitales públicos de Guerra y Boca Chica, pero muchas veces no tiene dinero para el pasaje y para comprar las medicinas. En esos lugares, dice que “no la atienden muy bien.... Los médicos están hablando, no hay aparato’, o atienden muy rápido.” En la comunidad funciona un dispensario de la SESPAS con dos médicos generales, que visitan la comunidad los lunes y miércoles de 8:30 a 11:30 a. m.
Apoyos sociales	El pastor evangélico y dos vecinas la acompañan al médico. El marido les paga el pasaje, y la familia le compra las medicinas. Al no suponer que la señora muy probablemente está infectada por VIH, no han hecho nada para saber qué ella tiene o si el marido está infectado. Ella dice que los hijos y el esposo actual nunca se han sentido mal, pero no han ido con ella al médico, porque tienen que trabajar e ir a la escuela, “si no, no come.”
Relaciones con comunidad	Hasta ahora ella no ha tenido problemas por su enfermedad en la comunidad o con alguna autoridad.

CASO 2. MUJER DE 24 AÑOS, BATEY BAYAGUANITA.

Forma de detección del caso	Un transportista contactado en la comunidad, con quien se conversó, llevó al investigador de terreno donde una enfermera del IDSS que atiende pacientes haitianos. Esta estuvo de acuerdo en colaborar, contactó a una de sus pacientes haitianas que vive con VIH, la invitó a participar en el estudio, y obtuvo su consentimiento informado para ello.
Interpretación, ayuda con entrevista	Una cuñada de la mujer infectada ayudó como intérprete, con el consentimiento de la paciente. Ella y la promotora de salud aclararon algunos términos relativos a la salud, y participaron como informantes claves del caso.
Descripción de la comunidad	El batey Bayaguanita está entre los bateyes el Pomito/CEA y Ramara, a unos 44 km. de Santo Domingo y 12 km. del poblado de Bayaguana. Está administrado por un consorcio privado. Tiene dos calles sin nombre y sin asfaltar.
Población	Hay menos de 30 viviendas pequeñas, unifamiliares. La actividad comercial en la comunidad es nula. Sólo viven de la caña.
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	Las casas tienen paredes y techos construidas de ladrillos pintados de cal. No tienen letrinas, pues el huracán Georges (septiembre 1998) "se llevó" las que habían. Toda la comunidad se baña en la toma de agua, prestándose unos a otros el jabón. La disposición de la basura y de los desechos humanos la hacen en el monte. No hay escuela, iglesias ni organizaciones comunitarias. Los estudiantes tienen que caminar por lo menos 15 km. para llegar a la escuela más cercana. Utilizan como transporte los taxi-motocicletas ("motoconcho"), minibuses ("guagüitas") de transporte privado, y caballos.
Perfil de la persona VIH positiva	Mujer de 24 años, diagnosticada como VIH positiva tras un aborto espontáneo hace unos dos años y medio. No sabe leer ni escribir, trabajaba recogiendo café. Vino a Bayaguanita porque aquí vive su hermano. Su situación económica es muy precaria. Ahora no trabaja sino que "acompaña a su marido donde quiera que él va." Su vivienda forma parte de un barracón, con una puerta independiente. Mide aproximadamente dos metros y medio de largo por un metro y medio de ancho, sin ventilación, con una sola puerta, sin baño o letrina. En esta habitación la familia tiene una pequeña cama, donde duerme con su marido, y las dos niñas duermen en el piso. Pegada a la pared de forma horizontal, tiene clavada una tabla que le sirve de mesa y depósito para sus cosas de uso personal. Su ropa está colgada en clavos en la pared encima de la cama. Fuera de la casa, a la entrada de la puerta, estaba una hornilla ("fogón") con una lata apagada.
Cónyuges	Ha tenido cinco uniones monógamas en serie. Con el actual marido tiene viviendo seis años. Este "trabaja en la caña." [La enfermera del dispensario dice que el marido actual tenía una mujer anterior que "murió flaquiita... de tuberculosis."] Ella dice que su marido "no anda... no sale, se siente enfermo, pero trabaja la caña, aunque no le duele nada." Entiende que "se les pegó la enfermedad de la mujer con la que él vivía antes, la que murió." Alguien le dijo a ella que "él tenía pasmo" (tétanos) (sonríe en señal de rubor). Dice que su marido se siente mal hace dos meses.
Hijos	Tiene tres hijos, dos hembras, una de cuatro y otra de año y medio, nacida prematuramente, del marido actual, con quienes vive, y un varón de 10 años, que nació en Haití y permanece allí con su familia, de un marido anterior. La niña de cuatro años no va a la escuela porque tiene problemas en la piel. Durante la entrevista, las dos niñas comían un poco de arroz con habichuela roja en un plato de plástico.

CASO 2. MUJER DE 24 AÑOS, BATEY BAYAGUANITA (CONTINUACION)

Ingreso al país	Ella vino al país en 1993 desde Haití a <i>Cotuí</i> en <i>guagua</i> con un marido anterior. Dice que “pagaron mucho cuarto” (dinero) (ochocientos pesos) por cada uno a un chofer y éste pagó a la policía: “Si da cuarto a la policía, la policía no dice na”.
Otras estaciones migratorias	De <i>Cotuí</i> vino a Bayaguanita, pasando por la capital. Pagó 35 pesos de la capital a Bayaguanita (el costo normal del pasaje son 10 pesos). Ha vivido también en San Cristóbal y en el Pomito/CEA, de donde salió porque no tenía trabajo.
Manejo de la indocumentación	Dice que “a veces lo’ de migración la ‘jodían’ (molestaban) mucho. Cuando la cosa ta caliente, ellos se quedan ‘tranquilo’, no salen. Cuando ta frío... ta bien... si tienen papeles.” A veces, los agentes de migración piden dinero “pa’ no mandarlo pa’ Haití.” Tienen conocidos que trabajan en migración y chequean los documentos (“papeles”), para “cuando termine el trabajo (de la caña), se vayan los haitianos.” Aunque ella no tiene ningún tipo de papel, ni “la joden” ni les ha dado dinero. Ella dice que antes, a las personas que venían a trabajar “le hacían ‘anali’ de sangre,” y si estaban enfermos los devolvían para Haití. Si tú ta sano no hacen na’, lo manda pa’ ca.”
Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA	Esta mujer tiene una lesión cutánea en el seno. Se siente enferma desde hace dos meses, cuando tuvo un aborto espontáneo (“perdió una barriga”) de seis meses. No sintió dolor, sólo deseos de defecar. “Se aplastó en su casa y se le salió el muchacho.” Mandó a su hija a buscar a la hermana del marido y ésta cogió “eso, un saco con sangre, y lo botó para el monte.” La cuñada le dijo que tenía que ir al médico. [La enfermera nos dijo que cuando nació la niña, en el hospital le hicieron una prueba de VIH, en la cual la madre y la niña salieron positivas. Anteriormente la mujer había abortado dos veces con seis meses de embarazo.] Ella no cree que le hayan echado algún mal o muerto (ríe ruborizada). No sabe exactamente qué tiene. Sólo que se siente mal. La hermana del marido dice que “ella siempre está mareada, se cae, y hay que echarle mucha agua” para que vuelva en sí.
Atención médica	En el batey Amelia, a seis km. de distancia, funciona un dispensario del Instituto Dominicano del Seguro Social, con una enfermera que no cuenta con equipos, donde “algunas veces” dan medicamentos a la población. Ella no ha ido al médico “ni antes ni ahora,” dice su cuñada; “fue una sola vez a chequearse la barriga” (la mujer ríe) y dice que no tiene el dinero del “pasaje” para ir al médico, que su hermano dice que “se vaya a Haití a buscar remedio... que aquí se la van a llevar muerta para Haití.” Supuestamente, los <i>chamanes</i> haitianos son más poderosos que los dominicanos. La hermana del marido le dice que vayan al hospital de Guerra para hacerles la prueba del VIH a ella y su marido y ella no quiere.
Apoyos sociales	Su familia de origen está en Haití con su hijo mayor, y no la pueden ayudar. Tiene aquí su hermano y la hermana del marido, quienes “la ayudan cuando pueden.” Su hermano fue para Haití a visitar a su familia y vuelve en dos semanas, “aunque no tiene papeles.” La hermana del marido tiene pasaporte y viaja legal a Haití, trayendo ropa y mercancías para revender.
Relaciones con comunidad	La mujer infectada dice que no visita a nadie, que se queda tranquila en su casa. Nunca ha tenido problemas con la autoridad o los vecinos. La gente la trata bien, la ayuda, le da comida, y le carga agua.

CASO 3. MUJER DE 32 AÑOS, BATEY LA CONSTRUCCION.

Forma de detección del caso	Un investigador de terreno visitó la oficina de promoción social del CEA en el Ingenio Consuelo, en San Pedro de Macorís, a 80 km. al este de Santo Domingo. Una doctora del Programa de Salud Reproductiva del CEA dijo tener una paciente una mujer haitiana VIH positiva, cuyo anterior esposo había muerto de SIDA. La doctora se trasladó donde la paciente, invitándola a participar, y obteniendo de ella el consentimiento informado.
Interpretación, ayuda con entrevista	Participaron en la entrevista, con consentimiento de la paciente, su actual esposo, la doctora del CEA, y un vecino haitiano que sirvió como intérprete, ya que ella habla poco español. Estas personas respondieron algunas preguntas sobre sus vínculos con la paciente.
Descripción de la comunidad	El batey La Construcción está situado a 7 km. del Ingenio Consuelo, en la provincia de San Pedro de Macorís. La comunidad tiene tres calles sin asfaltar y no tiene sistema de drenaje pluvial. Pueden observarse los rieles de los trenes de carga de la caña de azúcar del CEA.
Población	Hay unas 20 viviendas unifamiliares organizadas en forma circular. En la comunidad se ven muchos niños descalzos y desnudos jugando. Las mujeres haitianas, dice la doctora, “se meten en marido por subsistencia económica mayormente y tienen creencias alimentarias diferentes a los dominicanos: venden un huevo para comprar arroz y salchichón, intercambian <i>guandules</i> por harinas.” Los niños para ir a la escuela tienen que caminar grandes distancias a pie o a caballo o en camionetas, cuando aparecen. Hay temor de enviar a las niñas a estudiar por temor que sean violadas en los matorrales de caña.
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	Las condiciones sanitarias de las viviendas son extremas, no tienen letrina y el agua potable les llega por una bomba de succión. No tienen luz eléctrica. En el batey funcionan una iglesia adventista y otra protestante. El hospital más cercano está en el Ingenio Consuelo, a 7 km. Tienen un “colmado” que vende comestibles y ron. Hay dos barras donde se baila y toma alcohol. Existe un burdel con camareras trabajadoras sexuales. Al lado tienen especie de camas que pueden usar. El transporte que utilizan es el “motoconcho.”
Perfil de la persona VIH positiva	Mujer de 32 años, que no llegó a la escuela. Vive de lavar y planchar ropa por paga, pues no tiene otra forma de conseguir dinero. Reside en un cuarto de un barracón de cemento, con su marido. Tienen una cama tipo “camarote” (de dos pisos) y cuatro sillas, así como ropas colgadas de clavos de pared. Durante la entrevista ella iba desgranando <i>guandules</i> , como un ritual, y sancochando maíces.
Cónyuges	Ella tenía un marido haitiano que murió hace un año. El estaba enfermo y “le pegó esa enfermedad.” Ella vive con otro hombre haitiano de 60 años desde entonces. Ambos hombres se llegaron a conocer. El marido actual vino en 1957 a cortar caña. Ha vivido en el Ingenio Santa Fe, de San Pedro de Macorís. Ha vuelto a Haití dos veces, pasando por Elías Piña.
Hijos	Ella tiene cuatro hijos, dos varones y dos hembras, uno de meses, y los demás de dos, cuatro y seis años, respectivamente.

CASO 3. MUJER DE 32 AÑOS, BATEY LA CONSTRUCCION. (CONTINUACION)

Ingreso al país	Ella vino de Haití por Pedernales, en la parte sur de la frontera, hace unos cinco años, con su hijo mayor. En Haití “pasó mucho trabajo y vino a ver si se podía poner los dientes,” lo que no ha logrado. Se quedó desde entonces.
Otras estaciones migratorias	De Pedernales se trasladó al batey La Higuera, en La Romana, oculta en la cama de un camión. De allí pasó al batey La Construcción, donde se encuentra ahora, porque tenía un hermano en el Ingenio Consuelo, en San Pedro de Macorís.
Manejo de la indocumentación	No pareció ser un problema prioritario para ella.
Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA	Desde que murió el marido anterior, hace ocho meses, tiene un dolor en el estómago. “Ella no puede comer pimienta, ni crema de habichuelas. Algunas veces escupe sangre.” Los doctores le dan una pastilla y cuando se termina ella no los visita más, dice el esposo. [La doctora nos dice luego que “nunca ni a nadie mencionan la palabra SIDA, siempre dicen que son parásitos, una ‘toma’ en Haití, una brujería, una ameba, o mal del estomago.”]
Atención médica	Como no disponen de dispensario médico, los moradores se trasladan al batey Monte Coca para obtener servicios de salud. Allí visita un médico una vez al mes. Para llegar al hospital tienen que pagar el pasaje, aunque la consulta es gratuita. [La doctora informó que allí hay gineco-obstetra, cirujanos y cardiólogos]. El día que la mujer infectada fue al hospital no había medicamentos, y no ha vuelto más. [La promotora de salud que nos acompañó nos dijo que para la población haitiana la diarrea es sinónimo de tener SIDA.]
Apoyos sociales	La mujer infectada sólo tiene su marido e hijos pequeños como familia en el país. Ella no ha hablado con nadie de ese dolor. Su familia de origen en Haití no se ha enterado que ella está enferma. Vino un hermano, que sabe que ella está enferma. “El me busca medicina y me ayuda mucho, él nunca ha salido de aquí.”
Relaciones con comunidad	Ella no le dice a nadie que está enferma. No ha tenido problemas con nadie. Dice vivir en este barracón pero se siente mal, porque a una vecina “le gusta mucho ‘averiguar’ con los muchachos.” Ella no sale casi a ninguna parte, sólo visita el dispensario del batey Monte Coca, donde un promotor social que “la trata bien y le hace regalitos.”

CASO 4. MUJER DE 45 AÑOS, BATEY ALTAGRACIA.

Forma de detección del caso	El investigador de terreno contactó a una doctora del Programa de Salud Reproductiva del CEA. Esta le indicó que tenía una paciente haitiana con VIH en el batey Altagracia, a 15 km del Ingenio Consuelo, en San Pedro de Macorís. La paciente fue visitada en su hogar por la doctora, quien la invitó a participar en el estudio, y obtuvo el consentimiento informado de ella. La paciente nos recibió, pero se mostró enojada y poco cooperadora en la entrevista, por la complicación de una bronquitis en su bebé.
Interpretación, ayuda con entrevista	En la entrevista estuvieron presentes, con el consentimiento informado de la paciente, la entrevistadora, la doctora que la contactó, y una vecina que se ofreció como intérprete. La entrevistada entendía las preguntas formuladas en español, pero contestaba en <i>kreyole</i> para que la vecina tradujera lo que decía. Mientras contestaba, descascaraba (como un ritual) un poco de <i>guandules</i> , sentada en una silla de madera, amamantando a una niña enferma, y dos niños jugaban en el piso de tierra de la casa. Estaba con la frente sudorosa, como nerviosa, y respondía antes que la vecina terminara de traducirle o sin ello. Se mostraba un poco asustada.
Descripción de la comunidad	El batey Altagracia está a 15 km. del Ingenio Consuelo, en San Pedro de Macorís. Es una colonia privada, propiedad de una familia terrateniente del este del país. Ha habido intentos recientes de desalojarlos del batey, por lo que han ocurrido enfrentamientos entre la familia y los moradores por la tenencia de la tierra. Las calles del batey no están asfaltadas.
Población	Aproximadamente viven 40 familias en el batey.
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	Las casas están construidas de madera con techo de zinc. Se puede observar rastros de viviendas sin techo que se los llevó el huracán Georges en 1998. El ciclón dañó las letrinas de todas las casas. Las casas no tienen agua potable. Los moradores tienen que buscarla de una llave común. Se bañan dentro de sus casas, y el agua la tiran para la caña, al igual que la basura y los desechos humanos. La energía eléctrica proviene de una planta propiedad de la comunidad. Hay una escuela pública de nivel primario, con capacidad para 25 niños, y una iglesia evangélica. En el Ingenio Consuelo funciona una escuela primaria privada, la cual recibió hace poco tiempo un premio por su labor, con tres plantas, dos edificios y un terreno amplio. La escuela tiene un pequeño huerto (<i>conuco</i>) de repollo, batata y lechuga. En ambas escuelas los niños aprenden a manejarse en un fluido español. La forma de transportación usada por los pobladores son los motoconchos y camionetas.
Perfil de la persona VIH positiva	Mujer de 45 años residente en el batey hace poco tiempo. Fue diagnosticada como VIH durante su embarazo en el Hospital del Ingenio Consuelo hace 8 meses. No sabe leer ni escribir. Vive en una casa de madera y zinc, de un solo cuarto amplio, en donde tiene una mesa con tres sillas de madera y <i>guano</i> , y dos sillas pequeñas para niños, una cama con dos colchones, una para la pareja y otro para los niños. Tiene un mosquitero por encima del colchón. Sus ropas están enganchadas de clavos en la pared y en un lado del cuarto tiene agrupada mucha ropa sucia. Encima de la mesa tiene enseres del hogar (platos, jarros de aluminio, cucharas, botellas vacías, y una lata de leche).
Cónyuges	La paciente tuvo un primer marido en Haití, hace como diez años. Ahora vive en el batey Altagracia con otro hombre haitiano, VIH positivo, que supuestamente es su segundo marido. Se conocieron donde residen actualmente. La esposa dice no saber si su marido ha trabajado antes en otro batey. Tampoco recuerda cuánto tiempo tiene con este hombre, ni cuánto estuvo con el primero.

CASO 4. MUJER DE 45 AÑOS, BATEY ALTAGRACIA. (CONTINUACION)

Hijos	Dice tener tres hijos, uno de 10 años nacido en Haití, que vino con ella, y otro varón y una niña, de ocho y dos años, respectivamente. El parto de la niña se lo hicieron en San Pedro de Macorís, donde la trataron bien y no pagó nada. La prueba de VIH de la madre resultó positiva. Siete días antes de la entrevista la niña estuvo hospitalizada por bronquitis. “La niña siempre está enferma, los niños no. Eso es que a la niña están saliendo los dientes, a los otros les pasó así también. Tiene diarrea hace cuatro días. La llevé al hospital y le dieron un suerito... que ya se acabó.” [La niña estaba llorando. En este momento la madre puso cara de desesperación y los ojos se le aguaron, como si fuera a llorar. La doctora le dice que lleve a la niña al dispensario “el día cuando vengan los médicos”, a lo que ella contesta “¿Hoy?”
Ingreso al país	En Haití ella trabajaba “comprando y vendiendo cosas, ropa, comida, azúcar, arroz. Le iba bien.” Hace unos nueve años vino por mar con el bebé al país en una pequeña embarcación de madera con un motor de poca capacidad (“yola”) en una travesía de casi dos días, sin comida ni agua. Dice haber pagado dinero para venir, ya que “todo el mundo paga,” pero no recuerda cuánto. El bote llegó a Pedernales, contiguo a la frontera. “En una máquina (<i>guagua</i>) nos fueron a buscar. Estaban esperándonos donde nos dejó la yola. De ahí nos trajeron al batey Altagracia. No les dieron papeles o llenaron contratos de trabajo.”
Otras estaciones migratorias	Ella cuenta que tenía un hermano en el batey Altagracia, donde llegó sola. No ha salido del batey desde entonces.
Manejo de la indocumentación	Ella dice que no ha tenido problemas para moverse, va donde quiere. Nadie le pide papeles. Nunca ha ido nadie al batey a pedir papeles, en la comunidad siempre está todo tranquilo. “Vino un ciclón que se llevó los papeles.” Ella no ha declarado a sus hijos, por lo que no tienen acta de nacimiento.
Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA	Fue diagnosticada como VIH positiva en su último embarazo, unos dos años atrás. Dice no sentirse enferma. Sólo ha tenido gripe.
Atención médica	En el batey no hay dispensario medico. Ella dijo no conocer a las doctoras que nos acompañaban, las cuales le preguntaron que si había llevado a sus hijos a vacunar (ponerse <i>piquí</i>), que ella puede ir a la consulta, cuando ellas vienen, que así gasta menos dinero en transporte. Ella se mostró molesta, y dijo que “no daban nada” (medicamentos). Una vez al mes, el CEA lleva vacunas y médicos que dan consultas, seguimiento de embarazadas, chequeos de niños sanos, detección de febriles y tuberculosis, Papanicolau, y venden medicamentos a bajo costo a la comunidad. También van promotores del Servicio Social de Iglesias, con apoyo de <i>Medicus Mundi</i> . La doctora dice que esta zona tiene mucha incidencia de tuberculosis.
Apoyos sociales	Ahora está sola con su marido e hijos. Su hermano está en Haití visitando a su familia. Los vecinos la ayudan si necesita algo o si se le enferman los niños.
Relaciones con comunidad	Una señora mayor mira al grupo desde la puerta de una casa del frente. Se acerca, saluda y habla en <i>kreyole</i> . Otras vecinas se acercan y la entrevistada hace un gesto de desprecio, diciéndoles: “Alé, alé,” y se van. Ella se muestra molesta pero seguimos conversando.

CASO 5. HOMBRE DE 62 AÑOS, BATEY EXCAVACION.

Forma de detección del caso	La doctora del Programa de Salud Reproductiva del CEA tenía un paciente haitiano VIH positivo en el batey Excavación, lo visitó en su hogar, y obtuvo de él el consentimiento informado para participar en el estudio.
Interpretación, ayuda con entrevista	El paciente dio su consentimiento informado para que la promotora de salud del batey, arrayana, sirviera de intérprete e informante clave en la entrevista.
Descripción de la comunidad	El batey Excavación está ubicado en una montaña, a 15 km. del Ingenio Consuelo, en San Pedro de Macorís. Sólo hay una calle, sin nombre, ni asfalto y ni drenaje. La única forma de conseguir dinero es la caña, como bracero, o “echando día” como jornalero en un sembradío pequeño (<i>conuco</i>).
Población	Existen ocho casas y un barracón con unas veinte familias. La mayoría son haitianos. Cuando termina la zafra de la caña “hacen <i>conuquito</i> o pasan hambre.”
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	La gente tiene que buscar agua en el río o de la que trae un tractor de un “pipote” del batey Altagracia, por lo que la gente tiene que almacenar el agua sin contar con muchas facilidades para ello. Las aspas del molino de viento fueron destruidas por el huracán Georges. La basura la desechan en un hoyo y la queman. Depositán los excrementos en los rieles de los trenes que pasan cerca del batey. No existen organizaciones comunitarias, ni escuela, ni iglesias. Los evangélicos van a una iglesia que hay en el batey Las Pajas. Tienen un solo colmado. Se transportan en motoconcho y caballos.
Perfil de la persona VIH positiva	Hombre de 62 años de edad, que vive en una habitación de un barracón, con paredes y techo de cemento, una cama tipo <i>canapé</i> , un saco con maíz, dos o tres <i>jarros</i> muy sucios, un caldero, poca ropa. Fue a la escuela, “sabe de número, pero escribir no.” “Le gustaba mucho la fiesta.” Trabajaba en la caña, cultivándola con azada y a veces por comida. Dice no tener nada de dinero. Parece no haber encendido el fogón de cocinar hace tiempo. El estaba acostado en el <i>canapé</i> . Luce muy desmejorado físicamente, se le ven los huesos, los ojos muy salidos y la mirada perdida. “Yo esperá lo que venga... ¡la muerte!”, dice.
Cónyuges	Dice que es casado, pero que su mujer vive en Haití.
Hijos	Tiene tres hijos varones en Haití.
Ingreso al país	El vino a República Dominicana de Jacmel a finales de los años 1960, por Ouanaminthe (Juana Méndez). No volvió a su país. “Yo vine en un camión a cortá caña.” Fue a los campos de Sisal en Azua. “Yo en Sisal sabe que picá la caña e’ ma’ fácil... coge pa’ ca.”
Otras estaciones migratorias	Dice: “he pasado mi vida caminando. Estuve en Boyá, en el batey Jovillos; en Antoncí; en Arenoso, yo trabajá como dos años en el Cibao; en el Ingenio Montellano; yo trabajá mucho en Pimentel como ocho años; también viví en Las Pajas, Anita, Tabacón, Ulloa, y Canoquí,” otros bateyes cercanos a La Excavación. “Yo andá mucho, pero ya yo no puedo caminá más.” Cuando yo estaba enfermo trabajaba en Mataliche y después no pude hacer ma’ na’. Ahora mi hermano no queré que yo anda... Yo ya no moverme de aquí...”
Manejo de la indocumentación	“He caminado la República entera, donde no me conviene me voy.”

CASO 5. HOMBRE DE 62 AÑOS, BATEY EXCAVACION. (CONTINUACION)

<p>Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA</p>	<p>Se enteró que estaba enfermo un día que fue a picar caña y no pudo trabajar. “Se me encogieron lo’ pie’ y no pude picá na”. Viajó en un motor al Ingenio Quisqueya “donde una mujer me pasó un suero.” Allí le hicieron una prueba de VIH que resultó positiva. “Yo solamente ponerme el suero, ni patilla me da.” Dice que desde que supo que estaba enfermo no ha podido trabajar y se ha quedado “aquí arrumbao.” “Yo ir a Las Pajas, no me cobran dinero porque no tengo, cuando yo voy allá no me dan pa’tilla, yo a veces pedí una vaina, ella decí no tienen. Ello nunca me dan medicina, y ya no voy al seguro.” La promotora de salud “a vece me da vuelta.” Dice que lo que tiene son “dolores en el cuerpo.” “La cabeza no me sirve para nada, me da mareo, reuma’timo y no puedo caminá. Camino un día sí... y otro no. A vece me da fiebre y diarrea. Esa diarrea acaba mucho conmigo. Toy ciego, veo gordo y no puedo caminá, me da mareo y mareo, ya yo toy en la’ última... ya yo toy en el hueso...” No sabe cómo cogió su enfermedad. Ha “corretiao” (tenido muchas experiencias, principalmente con mujeres). “No ha cogió golpe en el cuerpo, ni en la cabeza, ha cogido agua y sol.”</p>
<p>Atención médica</p>	<p>En el batey sólo hay una promotora de salud. Los pobladores sólo pueden ver a los médicos un día al mes, cuando éstos van al batey Las Pajas, a cinco km. de distancia. El hospital más cercano queda en el Ingenio Consuelo, a 15 km., y los moradores no pueden ir debido a la distancia y al poco dinero que tienen para el transporte.</p>
<p>Apoyos sociales</p>	<p>Hace tres meses mandó a buscar a su hermano. Dice que sólo ha hablado de su enfermedad con una vecina y su hermano que lo visita “a veces”. Su hermano lo ayuda con dinero y con su comida, “yo como de lo que él come también. No tengo comida, yo comé a vece.... Poquita cosa. Yo soy solo... no tené a nadie que me da bocaíto.”</p>
<p>Relaciones con comunidad</p>	<p>El señor dice que la gente lo trata bien, “ellos no ayudarme porque no pueden, y no saben que estoy enfermo... algunos lo saben sí...otros no. Yo no conoco la puerta del cuartel de la policía” (no ha tenido problemas con la justicia) ni ha tenido problemas con nadie.</p>

CASO 6. HOMBRE DE 37 AÑOS, BATEY PALAMARA.

Forma de detección del caso	Un funcionario de la oficina del CEA en el batey Duquesa nos informó que en el batey Palamara había un hombre haitiano con VIH, diagnosticado en el hospital antituberculoso. El funcionario visitó la persona enferma, quien estaba en fase terminal, y no podía hablar. La familia fue invitada a participar en el estudio, y se obtuvo el consentimiento informado de ellos.
Interpretación, ayuda con entrevista	Con consentimiento del enfermo, una promotora de salud de una ONG sirvió de intérprete en la entrevista. Los familiares y una vecina que dijo conocerlo hace más de 30 años, presentes en el hogar, sirvieron como informantes claves del caso.
Descripción de la comunidad	El batey Palamara está ubicado en el km. 22 de la autopista Duarte, en el Distrito Nacional. Tiene una sola calle sin asfaltar.
Población	Los pobladores viven en barracones construidos en el año 1963. Viven unas 80 familias. Viven de la caña y haciendo jornales diarios en el área de la construcción.
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	Las casas son de blocs, con techo de cemento. No tienen facilidades sanitarias y usan el monte para sus desechos. El agua llega por tubería desde el km. 22. Tienen energía eléctrica. Hay una escuela primaria pública. Los estudiantes deben desplazarse siete km. Para asistir a una escuela secundaria en un sector llamado García. Existen tres iglesias, una católica y dos evangélicas. Funcionan cinco colmados. Motoconchos y guaguas privadas viajan hacia la capital y el Cibao. No hay puestos de venta de comida preparada.
Perfil de la persona VIH positiva	Hombre de 37 años, que vive solo. Sus familiares sacaron un papel de uno de sus bolsillos, que indicaba que era VIH positivo. Ellos entendían que él tenía problemas en los pulmones, una vaina, una tos, aunque una vecina rió en tono de duda sobre esto. El se encuentra en estado terminal, acostado en una cama, desnudo, quejándose, sin poder hablar. Dicen que él era electricista y trabajaba construcción. Trabajaba mucho, aunque no saben cómo aprendió el oficio de electricista. Vive en un barracón de cemento. “El iba al bar...a conseguí mujere... se vestía de blanco, bonito, era un ‘chulo’... le gustaba beber mucha cerveza, pero andaba todos esos pueblos trabajando en la construcción o en electricidad.
Cónyuges	La mujer que tuvo hasta hace un año se separó de él, “porque él no quería trabajar.” Ella no sabe leer o escribir y no habla “nada” de español. También está enferma, pero no sabe lo que tiene. No se ha hecho análisis para saber las causas de su enfermedad, “nunca ha ido al médico.” [La promotora de salud dijo que PROCARIBE la ayudaría porque ella no habla nada de español dominicano]. Ahora vive en la casa del frente con otro hombre en el mismo batey. Ella y un niño del primer marido “están que sólo son cabeza... antes ella era bonita, ahora no tiene fuerza, ta to’ derrengá (renca).” “El marido que ella tiene ahora se siente bien y trabaja la caña.
Hijos	El hombre tuvo con su mujer un hijo que ahora tiene dos años, y los tres están en un estado avanzado de la enfermedad. Nunca se hizo análisis de VIH al niño.
Ingreso al país	Llegó al país hace veinte años. No saben cómo llegó de Haití a República Dominicana. Nunca volvió a Haití, donde había dejado una familia. Los informantes sabían relativamente poco sobre su paradero desde entonces. Dijeron que “antes” él trabajaba en el Cibao, en una construcción en Sosúa.
Otras estaciones migratorias	Dijeron que él “vivía andando pa’ Puerto Plata, Haina, Sosúa, Higüey, en los bateyes.” Trabajó en “muchos sitios” en electricidad y en la construcción. “Ahora vive en este batey porque no puede caminar más.”
Manejo de la indocumentación	La vecina dice que “no lo ha visto nunca” tener problemas con la autoridad, “ni ha venido nadie de salud pública... e’to e’ un campo, no se ve eso.”

CASO 6. HOMBRE DE 37 AÑOS, BATEY PALAMARA. (CONTINUACION)

Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA	Desde hace tres años está enfermo. Él decía que “tenía fiebre, una vaina... luego él no quiere declarar lo que tiene... tiene un problema en los pulmones. La mujer y la vecina dicen no saber “donde él cogió esa enfermedad.”
Atención médica	La promotora de salud dice que él iba al médico, pero nunca enseñó el diagnóstico. En realidad, toda la comunidad comenta que tiene SIDA, pero parece haber la creencia de que todo haitiano con esa enfermedad será repatriado. La familia ha tratado de internarlo, pero él no quiere. Hablaron con otra promotora del CEA para que trate de resolverles ese problema, le entregaron el papel del diagnóstico, y “ella dijo que iba a resolver, pero no ha hecho nada.” A un kilómetro del batey funciona un dispensario médico del Ayuntamiento que no cobra dinero por atenderlos. No hay medicinas en el dispensario, no tiene pastillas... “la mujer que trabaja allá no puede da pastilla... porque no tiene, si el ‘doctor’ da una receta, tu tiene que tené cuarto pa’ comprá...” dicen. La promotora aclaró que el “doctor” era en realidad un enfermero. “Esto es un campo,” expresó.
Apoyos sociales	La familia de él no tiene mucho viviendo en ese batey y no sabe lo que tiene. Un hermano vive en otro barracón, pero no lo visita. La familia dice que “él se hizo el enfermo.” La antigua esposa “lo visita y le trae ‘malta morena’ y galleticas.” La promotora de PROCARIBE nos cuenta que después del huracán Georges a él lo han ayudado dándole <i>tickets</i> de comida. En el batey la gente lo ayuda con algo, y sabe que no puede trabajar... si no le dieran comida ya se hubiera muerto, porque él tiene como dos años que no trabaja.
Relaciones con comunidad	La vecina dijo: “uno se cuida de él...que los niños no pisen su saliva. Él vivía caminando en el batey y la gente acecha donde se sienta, para que los niños no se sienten.”

CASO 7. HOMBRE DE 63 AÑOS, BATEY LAS PAJAS.

Forma de detección del caso	La doctora del Programa de Salud Reproductiva del CEA informó al equipo de investigación de otro paciente haitiano VIH positivo en el batey Las Pajas. Ela lo visitó en su hogar, lo invitó a participar en el estudio, y obtuvo de él el consentimiento informado. Con la ayuda de un dirigente de la junta de vecinos del lugar llegamos al barracón en que vive.
Interpretación, ayuda con entrevista	Con el consentimiento del paciente, un dirigente de la junta de vecinos, quien sirvió como intérprete, y la doctora del CEA nos acompañaron en la entrevista.
Descripción de la comunidad	El batey Las Pajas es el más grande de los 22 bateyes del municipio de Consuelo. Está situado a 12 km. del Ingenio Consuelo, en San Pedro de Macorís. Tiene dos sectores, llamados la Pesquera y Villa. Una parte de la basura se está incinerando en los patios, para eso necesitamos el <i>gredar</i> para hacer un vertedero, también solicitamos unos tanques para echar la basura y trasladarla al vertedero.
Población	Tienen cerca de 1,000 viviendas, construidas de madera y zinc. Las condiciones de algunas casas son buenas, otras están en mal estado, semidestruidas por el huracán Georges. Otras se están reparando. Se quejan del poco respaldo recibido por las autoridades. La junta de vecinos está solicitando un puesto de venta al Instituto de Estabilización de Precios para distribuir comida en los bateyes.
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	En el batey hay diez calles sin nombre, ni asfalto. El agua se acumula en las calles porque no hay sistema de drenaje. El huracán destruyó 180 letrinas y muchos moradores han tomado los materiales para reparar las casas. Otros hacen sus necesidades fisiológicas en las casas. Medicus Mundi informó que aprobó un fondo de emergencia para arreglar y construir los sanitarios. Han tenido ofertas del Ingenio de darles facilidades para eliminar los desechos líquidos, pero se han quedado en promesas. Hay agua del acueducto por bombeo, “no a toda capacidad,” aunque no llega a todos los hogares. Tienen 16 años sin energía eléctrica. Hay una escuela primaria de cuatro aulas, cuatro iglesias (católica, adventista, de la profecía, y de Compasión Internacional). Hay un “colmadito” muy pequeño. Funciona el transporte de camioneta, “que no es muy eficiente” y el motoconcho.
Perfil de la persona VIH positiva	Hombre de 63 años, con nueve años de escolaridad. Trabajó cultivando y picando caña. Ahora es pensionado, aunque trabaja cuando puede “echando días” como jornalero. Habló con naturalidad, luce físicamente delgado. Dentro de su habitación del barracón hay pocos platos de cocina, un caldero, un jarro de tomar agua. Las condiciones higiénicas son precarias. Duerme en un colchón arropándose con unos trapos. “Yo vivo en un barracón y he vivido en otro barracón de este batey. Me mudaron pa’ cá en el día de hoy.”
Cónyuges	Vivió en unión libre con una mujer “dentro de casa.”
Hijos	No refiere haberlos tenido.
Ingreso al país	Llegó solo en 1958, y nunca volvió a Haití. “Me trajeron por Jimaní a Haina. Llegué bien en una máquina como bracero de caña. Sólo he vivido en e’te batey.”
Otras estaciones migratorias	No se ha movido de Las Pajas en 41 años.
Manejo de la indocumentación	No pareció ser un problema prioritario para él.

CASO 7. HOMBRE DE 63 AÑOS, BATEY LAS PAJAS. (CONTINUACION)

Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA	"Yo 'toy sufriendo una enfe'medad que le llaman 'ameba.' Si yo come arró me hace daño, yo no come arró, no puedo comé, siempre siento algo que me ta 'ajogando.' [Hace mucha referencia a su quebranto de la ameba.] Yo trabajaba aquí, en la zafra, cuando me sentí mal. Cuando 'taba mejor me levantaba a ordeñá. Me dieron una medicina, era tan fuerte que me caí cuatro vece, era buena. Ahora 'toy solo, aco'tao. Mi familia sabe que yo tene ameba. Bueno, ello 'afanan' pa bu'cá medicina y té. Ello pué sé' que se hayan hecho analisis. Pero de ameba no."
Atención médica	La comunidad cuenta con un dispensario médico del Seguro Social y una clínica rural como a un kilómetro, donde no cobran por consulta, aunque las medicinas hay que comprarlas. El paciente dijo: "Lo doctore atende regular, cuando hay medicina, bien, si no hay...aguanta ha'ta que haya! Cuando tenemo enfe'medad grande te mandan a Mate'nidá de Macorí o de Consuelo. Fui donde lo doctore, me recetan medicina. 'Toy tomando medicina. Un do'tó que me conoce me ayuda. Yo no sé cómo conseguí e'ta enfermedad, yo no sé en qué lugá. Ojalá yo sabé cómo coge e'ta enfe'medad...y no tené que i' donde el do'tó y yo bu'ca la medicina yo mi'mo. Yo hablado con mucha gente de mi enfe'medad y recetado mucho té."
Apoyos sociales	"Tengo familia en Consuelo. La gente me trata bien. No 'toy andando, ni bu'cando problema. Bueno, la gente sabe que yo 'taba enfermo, me aco'taba una hora ó 20 minuto, y me visitaban y vienen a verme."
Relaciones con comunidad	"Yo nunca tene problema con nadie. Me mudaron porque yo tene una vecina que 'taba jodiendo siempre y cambiamo, yo veni pa' ca. Yo en el batey habla con la visita, no camina lejo, po'que no puedo andá lejo po'que me siento enfermo. Yo no puedo caminá ya. Lo que hago e' e'perá la mue'te."

CASO 8. HOMBRE DE 50 AÑOS, BATEY EXCAVACION.

Forma de detección del caso	La doctora del Programa de Salud Reproductiva del CEA nos informó de otro paciente haitiano VIH positivo, a quien visitó e invitó para participar en el estudio. Obtuvo de él el consentimiento informado para que ella, otra doctora del CEA interesada, y la promotora de salud del batey nos acompañaran en la entrevista.
Interpretación, ayuda con entrevista	Con consentimiento del paciente, la promotora de salud sirvió de intérprete en la entrevista. La doctora tratante contestó algunas preguntas sobre el caso como informante clave.
Descripción de la comunidad	El batey Excavación está ubicado en una montaña, a 15 km. del Ingenio Consuelo, en San Pedro de Macorís. Sólo hay una calle, sin nombre, ni asfalto y ni drenaje. La única forma de conseguir dinero es la caña, como bracero, o “echando día” como jornalero en un sembradío pequeño (<i>conuco</i>).
Población	Existen ocho casas y un barracón con unas veinte familias. La mayoría son haitianos. Cuando termina la zafra de la caña “hacen <i>conuquito</i> o pasan hambre.”
Condiciones habitacionales y servicios comunitarios	La gente tiene que buscar agua en el río o de la que trae un tractor de un “pipote” del batey Altagracia, por lo que la gente tiene que almacenar el agua sin contar con muchas facilidades para ello. Las aspas del molino de viento fueron destruidas por el huracán Georges. La basura la desechan en un hoyo y la queman. Depositán los excrementos en los rieles de los trenes que pasan cerca del batey. No existen organizaciones comunitarias, ni escuela, ni iglesias. Los evangélicos van a una iglesia que hay en el batey Las Pajas. Tienen un solo colmado. Se transportan en motoconcho y caballos.
Perfil de la persona VIH positiva	Hombre de aproximadamente 50 años de edad, no sabe leer ni escribir. Cree que tiene algún tipo de <i>colerín</i> , como el que les da a los niños. Vive solo en una pequeña casa que también se usa para guardar equipos de fumigación y agricultura. La vivienda es de madera con techo de zinc, el piso de tierra, tiene tres habitaciones, una con una planta eléctrica pequeña y un equipo de fumigar, así como equipos de trabajar la tierra y una mesa con tres jarros, dos cucharas, un vaso, un plato, un caldero, seis botellas plásticas llenas de agua. En la habitación contigua hay almacenado carbón vegetal. En la otra habitación hay un bastidor de una camita <i>sandwich</i> donde él duerme con una colcha-espuma como colchón, y unas planchas de zinc. En la otra habitación tiene colgada su ropa y hay una cama tipo “camarote,” con dos colchas-espumas, que usan sus hijos cuando vienen a visitarlo. Fuera de la casa una tabla le sirve de banco para sentarse, la misma está incrustada en la tierra. Tiene un fogón de tres piedras en la tierra que al parecer se había usado hacia poco tiempo, porque la leña estaba caliente. Hay hojas de tabaco secándose y madera guardada, parece que recogida después del huracán. También hay unos pollos de crianza y dos gallinas echadas, unas hojas que parecen ser de batata, para dar de comer a los animales. Tiene un pequeño <i>conuco</i> y está preparando esa tierra. Siembra batata y yuca, que dura tres meses para cultivarse. Dice que no tiene dinero para cocinar. Le gusta la iglesia católica, aunque ha participado en ceremonias <i>gagá</i> . No ha hecho <i>gagá</i> ahora para la Cuaresma, pero antes iba a bailar a las barras de Las Pajas. Ya él no puede picar caña, “por eso estoy trabajando en este <i>conuquito</i> .” Se mantiene de lo que siembra.
Cónyuges	Tiene una primera familia en Haití. Ahora tiene una mujer, de edad desconocida, que no sabe leer, y vive en el batey La Construcción. “Ella ‘tá trabajando, ya no vive conmigo. Tiene un <i>conuco</i> para ella comé.” A su esposa e hijos no les ha dado el “ <i>colerín</i> ”, aunque ella “tiene un nació en lo seno que le come (arde) mucho, tiene más de un mes con ese nació, no le ha visto más nada... vio que el nació se le explotó.... y le salió mucha agua...”

CASO 8. HOMBRE DE 50 AÑOS, BATEY EXCAVACION. (CONTINUACION)

Hijos	Tiene cinco hijos de esta mujer, tres varones y dos hembras casadas, los más pequeños tienen once y doce años y están en la escuela. También tiene un nieto. En la entrevista salieron a relucir dos hijos más procreados fuera de la unión actual.
Ingreso al país	El vino de Haití hace siete años “por arriba del mar” en una yola con la mujer y la hija más grande, a picar caña. Los otros hijos vinieron solos, dice. Entraron por Pedernales, en una travesía de un día. En Pedernales, la “compañía” los mandó a buscar en un camión grande. Allí vino “aplastado” (acucillado), con mucha gente, y dice que no le dieron comida porque era tarde. Durmió en Consuelo y de ahí los llevaron al batey Isabel. “No’ pusieron a firmá’ un papel, que en el ciclón se perdió.”
Otras estaciones migratorias	“Ttoy viviendo en e’te batey hace tre’ año’, ante’ vivía en el batey Isabel, me cambié po’ que no me gu’taba allá, po’ que no encontraba trabajo allá, y si no trabaja no come...”
Manejo de la indocumentación	No ha tenido problema con ninguna autoridad que le haya pedido documentos de identidad. “Toy tranquilo aquí.”
Conocimientos y síntomas del VIH/SIDA	El dice que tiene <i>colerín</i> (como ellos le llaman a la diarrea). Cree que lo que él tiene es una enfermedad mandada por Dios, y que Dios se la va a quitar. Padece de diarrea crónica, dolor de cabeza todos los días, pero “no le da mareo.” Dice sentirse mal durante el día y que fue “una piedra que le cayó una vez en la cabeza”, cuando estaba en Haití. Afirma que vive en su casa, donde comenzó a sentirse mal, y que “solamente se queda (pernocta) aquí. Nunca he ido a las barras que tienen una ‘camita’, solamente he pasao por ahí, para ir a Consuelo.” No ha hablado con nadie en el batey de su enfermedad.
Atención médica	En el batey no hay dispensario médico, sólo una promotora de salud. “Yo fui con mi mujé’ a batey Ulloa (a tres kilómetros) y no encontré médico...” La doctora que nos acompaña le pregunta por qué no fue al batey Las Pajas, donde hay médico. El dice: “La’ Paja’ no tene nada...ahora no tene nada, si va al médico bien...pero no hay medicina ...aquí no vení nadie, lo que no hay e’ medicina. Lo’ médico’ atienden bien, ni en Macorí hay patilla.” El dice querer ir al médico, pero no encuentra ni médico, ni medicina. La joven que nos ayuda en la traducción dice: “Los otros días vinieron unos americanos y le dieron una medicina, tiene lo’ pote’ guardao”.
Apoyos sociales	Cuando su familia viene duerme en la otra cama. La esposa viene a visitarlo los lunes. Sus hijos vienen a cuidarlo una vez a la semana y traen algo de comer. “Yo compra en el colmado del dinero que lo’ hijo me traen.”
Relaciones con comunidad	Dice que en el Batey no lo han maltratado “ni le dan golpe.” “La gente viene a verme, me visitan, no me dejan solo.”