



ENTRE LA NORMA Y LA REALIDAD

SITUACIÓN

*De los Derechos Humanos
en República Dominicana*

■ **2025**

10 de diciembre 2025

Créditos

■ Centro Montalvo, Inc.

Institución jesuita para la investigación, acompañamiento y acción social.

■ Coordinación general

Padre Osvaldo Concepción, Dirección Ejecutiva del Centro Montalvo

Mary Lisbeth Nuñez, Responsable Derechos Humanos

Amín Matías Programático Nacional del Centro Montalvo

■ Redacción

Mónica Pérez Eró, investigadora y consultora especialista en derechos humanos.

■ Diseño y diagramación

Ruleyvis Brito

■ Financiación

Este informe fue elaborado con el apoyo financiero de Manos Unidas, Misereor, Servicio Jesuita con Migrantes de la República Dominicana

¿Cómo citar este informe?

Centro Montalvo (2025). Informe sobre la situación de los derechos humanos en República Dominicana 2025. Santo Domingo: Centro Montalvo.

Descargo de responsabilidad

Las opiniones, análisis e interpretaciones contenidas en este informe son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente la posición oficial de las instituciones que brindaron apoyo financiero o técnico.



Índice

General

■	Siglas y acrónimos	1
■	Presentación institución-	3
■	Resumen ejecutivo	6
	1. Derecho a la salud: exclusión estructural y políticas regresivas	6
	2. Derecho al medio ambiente y protección de defensores ambientales	8
	3. Derecho al trato digno y sistema penitenciario	9
	4. Brechas transversales y patrones estructurales	10
	5. Conclusiones y recomendaciones generales	11
■	Introducción	12
■	Objetivos del informe	16
	Objetivo general	16
	Objetivos específicos	16
■	Metodología	17
	Enfoques utilizados	18
	1. Enfoque de derechos humanos	19
	2. Enfoque interseccional y de ciclo de vida	19
	3. Enfoque sociojurídico	22
	4. Enfoque comparativo	23
■	Teorías que fundamentan la investigación	24
	1. Teoría de los determinantes sociales de la salud (OMS)	23
	2. Teoría de la biopolítica y gubernamentalidad (Foucault)	25
	3. Teoría de la interseccionalidad (Crenshaw)	26
■	Alcances y límites de la investigación	27

■	Breve marco conceptual y normativo del derecho a la salud	30
	El derecho a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos	30
	Marco jurídico nacional	31
	El entramado institucional y el contexto socioeconómico de la salud en República Dominicana	32
	El efecto dominó de las brechas en el sistema de salud dominicano	38
	Políticas públicas de salud y su vínculo con derechos humanos, género y ciclo de vida	41
■	Las 15 medidas migratorias: legalidad, proporcionalidad y riesgos en derechos	42
	Constitucionalidad interna y obligaciones nacionales	43
	Consistencia con obligaciones y estándares internacionales	44
	Evaluación de proporcionalidad y escrutinio de derechos	46
	Riesgos para derechos humanos: evidencia, efectos y dinámicas estructurales	47
	Efectos y brechas en el ejercicio del derecho a la salud	49
■	Seguridad alimentaria y su relación con el derecho a la salud en 2025	57
	Impacto diferenciado en grupos vulnerables y migrantes	58
	Riesgos para la salud pública y retos estructurales	59
	Efectos acumulativos en los grupos más vulnerables	60

■	SENASA bajo estrés financiero y pesquisas por corrupción: efectos y brechas en el derecho a la salud	61
■	Breve marco conceptual, normativo e institucional del derecho al medio ambiente	68
	El entramado institucional del derecho al medio ambiente en República Dominicana	71
■	La urgencia de priorizar el derecho ambiental	75
■	Situación 2025: evidencias de vulneraciones y conflictos ambientales	77
	Explotación ilegal de arena y agregados: “La ruta de la arena”	77
	Conflictos mineros y reactivaciones extractivas	78
	Vulneraciones a defensores ambientales	80
	Indicadores ambientales nacionales: señales de deterioro	80
	Efectos de las vulneraciones: derechos afectados y brechas intensificadas	81
	Análisis comparativo y lecciones internacionales	83
	Reflexiones y líneas estratégicas para 2026	85
■	Breve Marco normativo e institucional penitenciario	87
■	Situación actual de cárceles: hacinamiento, condiciones inhumanas, acceso a salud y educación	88
	Trato digno y derechos humanos de las personas privadas de libertad en República Dominicana	92
	Hacinamiento, corrupción y violencia estructural	93
	Acceso desigual a salud, educación y justicia	93

Brechas estructurales: poder, mercantilización y deshumanización	94
Deudas pendientes en derechos humanos dentro del sistema penitenciario	96
Efecto en poblaciones vulnerables	97
Mujeres privadas de libertad	97
Jóvenes	97
Personas con discapacidad	97
■ Brechas estructurales y hallazgos clave	98
■ Brechas transversales y patrones comunes	99
■ Fragmentación institucional	100
■ Déficit de financiamiento y corrupción	101
■ Exclusión de poblaciones vulnerables	102
■ Débil rendición de cuentas	103
■ Síntesis: cómo salud, ambiente y cárceles reflejan problemas estructurales del Estado en materia de DDHH	104
■ Recomendaciones al Estado dominicano	107
■ Recomendaciones a sociedad civil y movimientos sociales	109
■ Recomendaciones a organismos internacionales y cooperación	110
Referencias	112



Siglas y acrónimos

AAAQ – Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (atributos del derecho a la salud según la Observación General N° 14 del Comité DESC).

ADARS – Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud.

ARS – Administradora de Riesgos de Salud.

CEDAW – Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

CNSS – Consejo Nacional de Seguridad Social.

CNCCMDL – Consejo Nacional para el Cambio Climático y Mecanismo de Desarrollo Limpio.

CRPD – Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

DESC – Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

DGM – Dirección General de Migración.

EFE – Agencia de Noticias EFE.

ENI – Encuesta Nacional de Inmigrantes.

ESCASÚ – Acuerdo Regional sobre Acceso a la Información, la Participación Pública y el Acceso a la Justicia en Asuntos Ambientales en América Latina y el Caribe.

IDIAF – Instituto Dominicano de Investigaciones Agropecuarias y Forestales.

IDOPPRIL – Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales.

IFRC – Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

INAPA – Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados.

INDRHI – Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos.

INTRANT – Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre.

MIMARENA – Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

MIP – Ministerio de Interior y Policía. Recursos Naturales.

PEPCA – Procuraduría Especializada de Persecución de la Corrupción Administrativa.



MISPAS / MSP – Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

NNA – Niños, Niñas y Adolescentes.

OACNUDH / OHCHR – Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Office of the High Commissioner for Human Rights).

OBMICA – Observatorio Migrantes del Caribe.

OEA – Organización de los Estados Americanos.

OMS / OPS – Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud.

ONE – Oficina Nacional de Estadística.

ONU – Organización de las Naciones Unidas.

PEMARN – Procuraduría Especializada para la Defensa del Medio Ambiente y los Recursos Naturales.

PEPCA – Procuraduría Especializada de Persecución de la Corrupción Administrativa.

PIDESC – Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

SENASA – Seguro Nacional de Salud.

SIUBEN – Sistema Único de Beneficiarios.

SINAP – Sistema Nacional de Áreas Protegidas.

SISALRIL – Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

SNS – Servicio Nacional de Salud.

SDSS – Sistema Dominicano de Seguridad Social.

UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas.

UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

USAID – Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.



Presentación institucional

Desde su fundación, el Centro Montalvo ha mantenido un compromiso permanente con la promoción de los derechos humanos, la justicia social y la construcción de una cultura democrática en la República Dominicana y el Caribe. Inspirado en la tradición humanista y jesuita, nuestro trabajo se orienta por la convicción de que toda persona —sin distinción de nacionalidad, género, origen o condición— posee una dignidad inalienable que el Estado y la sociedad están llamados a reconocer, proteger y garantizar.

En ese espíritu, presentamos el *Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en la República Dominicana 2025*, un esfuerzo colectivo de investigación, análisis y reflexión crítica que busca contribuir a la comprensión profunda de los desafíos actuales en materia de derechos humanos. Este informe da continuidad a una línea de trabajo sostenida del Centro Montalvo en el seguimiento y monitoreo de las condiciones de vida, la participación ciudadana y el acceso a la justicia social en el país, integrando las voces de comunidades, actores institucionales y redes de la sociedad civil comprometidas con el bien común.

El documento analiza tres ejes estratégicos de especial relevancia en el contexto nacional: el derecho a la salud, el derecho al medio ambiente y la protección de defensores ambientales, y el derecho al trato digno de las personas privadas de libertad. Estos temas fueron seleccionados por su capacidad de reflejar, en distintos planos, las tensiones estructurales que atraviesan la sociedad dominicana: la desigualdad social, la exclusión institucional y la fragilidad de las garantías efectivas de derechos. En todos los casos, se pone de relieve cómo las políticas públicas, las decisiones estatales y las dinámicas sociales inciden de manera diferenciada sobre las personas en situación de vulnerabilidad: mujeres, niñas, niños y adolescentes, migrantes, personas con discapacidad, comunidades rurales y población en pobreza extrema.



A través de una metodología cualitativa y documental, sustentada en evidencia verificable y en los estándares internacionales de derechos humanos, este informe ofrece un diagnóstico integral de la situación actual. En él se examina la coherencia entre los marcos normativos nacionales e internacionales y su aplicación práctica, evidenciando las brechas que persisten entre la letra de la ley y la experiencia cotidiana de las personas. Asimismo, se identifican patrones estructurales comunes: la fragmentación institucional, el déficit de financiamiento público, la corrupción, la debilidad en la rendición de cuentas y la exclusión histórica de los grupos más vulnerables.

Más allá del registro de violaciones y de los déficits del Estado, este informe busca ser una herramienta para la acción transformadora. El Centro Montalvo concibe la investigación como un acto de compromiso social: generar conocimiento útil para la incidencia, la formación y el diálogo constructivo entre el Estado, la sociedad civil y los organismos internacionales. Por ello, las conclusiones y recomendaciones aquí presentadas no se orientan únicamente a la denuncia, sino a la construcción de políticas públicas más justas, inclusivas y transparentes, capaces de garantizar la dignidad humana y el bien común.

El 2025 marca un punto de inflexión para la República Dominicana. Los desafíos en materia de salud pública, gobernanza ambiental y sistema penitenciario reflejan la necesidad de una renovada voluntad política y de un fortalecimiento institucional orientado a los derechos humanos. Este informe propone miradas y caminos posibles, desde una ética del cuidado y de la justicia, convencidos de que la transformación social solo es posible mediante la participación activa, la solidaridad y la vigilancia ciudadana informada.



Agradecemos profundamente a todas las personas, organizaciones y comunidades que contribuyeron directa o indirectamente a la elaboración de este informe. Sus testimonios, experiencias y aportes sostienen el sentido más profundo de nuestra labor: hacer visibles las realidades ocultas, amplificar las voces silenciadas y acompañar los procesos de cambio hacia una sociedad más equitativa, democrática y humana.

El Centro Montalvo reafirma su compromiso con la defensa integral de los derechos humanos, la cultura de paz y la justicia social. Esperamos que este informe sirva como una herramienta para la reflexión, la toma de decisiones informadas y la acción colectiva en favor de quienes más lo necesitan, recordando siempre que no hay desarrollo sin derechos, ni paz sin justicia.



Resumen ejecutivo

El Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en la República Dominicana 2025, elaborado por el Centro Montalvo, presenta un análisis integral, crítico y documentado sobre tres ejes estratégicos de la coyuntura nacional: el derecho a la salud, el derecho al medio ambiente y la protección de los defensores ambientales, y el derecho al trato digno de las personas privadas de libertad. El informe parte de un enfoque interseccional y de derechos humanos, que considera los impactos diferenciados por género, edad, discapacidad, condición migratoria y clase social, y articula los hallazgos a los compromisos internacionales asumidos por el Estado dominicano.

El estudio, basado en una investigación cualitativa documental, revisa fuentes secundarias nacionales e internacionales —informes institucionales, estadísticas oficiales, literatura científica, notas periodísticas y pronunciamientos de organismos multilaterales—. Este enfoque permite identificar no solo los avances normativos e institucionales, sino también las brechas estructurales y patrones comunes de vulneración de derechos, reflejados en la fragmentación institucional, el déficit de financiamiento público, la debilidad de la rendición de cuentas y la persistente exclusión de grupos históricamente marginados.

1. Derecho a la salud: exclusión estructural y políticas regresivas

El bloque sobre salud examina los efectos de las 15 medidas migratorias adoptadas por el Gobierno dominicano en 2025, que introdujeron controles documentales en hospitales públicos y protocolos de verificación de estatus migratorio en 33 centros del Servicio Nacional de Salud (SNS). Estas medidas, aunque justificadas oficialmente como mecanismos para “proteger los recursos nacionales” y “descongestionar hospitales”, constituyen una restricción indirecta del acceso universal a la salud, en contradicción con la Constitución (art. 61), la Ley General de Salud 42-01, y los tratados internacionales ratificados por el país, entre ellos el PIDESC y el Protocolo de San Salvador.



Los hallazgos muestran un efecto disuasorio documentado: personas migrantes —en su mayoría haitianas— evitan acudir a hospitales por miedo a deportación, lo que ha derivado en disminución de atenciones médicas, embarazos no asistidos y mortalidad materna prevenible. La medida también afecta a mujeres embarazadas, niñas, niños y adolescentes (NNA), y personas con discapacidad, configurando una triple vulneración por género, edad y condición migratoria. Según datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2017) y del Defensor del Pueblo (ENDH 2024), los migrantes representan el grupo con menor acceso a servicios básicos y con mayor percepción de vulneración del derecho a la salud.

Asimismo, el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), asegurador público clave del sistema, enfrentó en 2025 una crisis financiera y administrativa derivada de déficits de liquidez y presuntas redes de corrupción, actualmente bajo investigación penal. Este colapso institucional compromete la continuidad de la cobertura para más de siete millones de afiliados, mayormente del régimen subsidiado, y agrava la exclusión de poblaciones pobres, rurales y migrantes.

La seguridad alimentaria, estrechamente vinculada con el derecho a la salud, muestra un deterioro paralelo. Según el Informe de Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria (IPC, 2024), cerca de 925,000 personas (9 % de la población analizada) enfrentan inseguridad alimentaria aguda. Las mujeres, familias migrantes y hogares rurales son los más afectados, lo que evidencia una interrelación entre pobreza, exclusión sanitaria y hambre. La vulnerabilidad alimentaria se ha visto exacerbada por la inflación, la dependencia de importaciones y la reducción de redes de protección social para personas sin documentos.



En conjunto, el bloque sanitario refleja una paradoja de desarrollo: mientras el país avanza en indicadores macroeconómicos, la garantía del derecho a la salud se debilita en su dimensión más humana y cotidiana. Las medidas migratorias, la crisis de gobernanza del sistema de salud y la inseguridad alimentaria convergen en un escenario de regresividad de derechos.

2. Derecho al medio ambiente y protección de defensores ambientales

El segundo bloque del informe aborda la relación entre medio ambiente, derechos humanos y conflictividad territorial. En 2025, la República Dominicana enfrenta una presión creciente sobre sus recursos naturales —deforestación, contaminación de cuencas, expansión minera y manejo inadecuado de residuos sólidos— que compromete el derecho constitucional a un ambiente sano (art. 66).

El informe destaca la Ley 64-00 como el pilar jurídico de la política ambiental, complementada por resoluciones recientes del Ministerio de Medio Ambiente, como la 0004-2025, que dispone el cierre técnico del vertedero de Boca de Yuma. Sin embargo, se evidencia una débil capacidad institucional de monitoreo, cumplimiento y sanción, lo que convierte los avances normativos en logros más formales que sustantivos.

En el plano de derechos humanos, se documentan casos de hostigamiento y amenazas contra defensores ambientales vinculados a denuncias de extracción ilegal de agregados, tala no autorizada y conflictos mineros. El informe cita que República Dominicana aún no ha ratificado el Acuerdo de Escazú, tratado regional que garantiza el acceso a la información, la participación pública y la protección de quienes defienden el ambiente. Su no adhesión constituye un vacío político relevante en materia de derechos ambientales y transparencia.





El análisis concluye que el deterioro ambiental no solo tiene consecuencias ecológicas, sino también sociales y sanitarias: afecta la calidad del agua, la seguridad alimentaria y la salud de las comunidades rurales, reproduciendo desigualdades territoriales. Los defensores ambientales emergen como actores de resistencia y esperanza, pero también como blancos de violencia, en un contexto regional donde América Latina sigue siendo la región más peligrosa del mundo para el activismo ambiental (Global Witness, 2024).

3. Derecho al trato digno y sistema penitenciario

El tercer eje examina las condiciones de las personas privadas de libertad. Pese a la promulgación de la Ley 113-21, que moderniza el sistema penitenciario y promueve la rehabilitación y reinserción, las evidencias confirman que la realidad carcelaria dominicana continúa marcada por la deshumanización, la violencia y la corrupción estructural.

El diagnóstico muestra hacinamiento en más del 60 % de los centros penitenciarios, prácticas de tortura como “la plancha”, violencia sexual y mercantilización de derechos básicos como acceso a medicamentos, alimentos o visitas familiares. El informe denuncia la persistencia de una jerarquía interna de poder y corrupción, donde las condiciones de vida dependen de la capacidad económica del recluso.

Las brechas de género y orientación sexual son particularmente severas: las mujeres privadas de libertad carecen de atención ginecológica y acceso a higiene menstrual. A esto se suma la discriminación hacia personas extranjeras y de bajos recursos, muchas de las cuales permanecen en prisión preventiva por falta de defensa o traductor, en abierta violación del principio de igualdad ante la ley.

El informe concluye que el sistema penitenciario “penaliza la pobreza y reproduce la desigualdad estructural”, contraviniendo los estándares de la Convención Americana de DDHH, las Reglas Mandela (ONU, 2015) y las Reglas de Bangkok (ONU Mujeres, 2010).

4. Brechas transversales y patrones estructurales

Del análisis de los tres bloques temáticos emergen patrones comunes de vulneración:

- Fragmentación institucional y débil coordinación intersectorial, que diluye responsabilidades y genera vacíos de gestión.
- Déficit de financiamiento público, con un gasto social inferior al 3 % del PIB en salud y recursos ambientales mínimos.
- Corrupción y falta de rendición de cuentas, expresadas en la crisis del SeNaSa y en la administración penitenciaria.
- Exclusión de poblaciones vulnerables, especialmente migrantes, mujeres, NNA y personas con discapacidad.

Estos factores interactúan en un efecto dominó que convierte los avances normativos en “letra muerta” y perpetúa la desigualdad estructural. La falta de transparencia y control ciudadano, sumada a la débil cultura institucional de derechos humanos, impide transformar la arquitectura legal en políticas efectivas.

5. Conclusiones y recomendaciones generales

El informe concluye que la República Dominicana atraviesa en 2025 un momento de inflexión en materia de derechos humanos. El país cuenta con un marco legal robusto y con compromisos internacionales relevantes, pero su implementación se ve obstaculizada por brechas de gobernanza, exclusión social y captura institucional.

El Centro Montalvo recomienda:

- Reorientar las políticas de salud pública hacia la universalidad y no discriminación, garantizando atención sin verificación migratoria.
- Blindar presupuestariamente al SeNaSa y fortalecer la supervisión de SISALRIL y CNSS, incorporando mecanismos de transparencia ciudadana.
- Ratificar e implementar el Acuerdo de Escazú, asegurando protección efectiva a defensores ambientales.
- Reformar el sistema penitenciario con enfoque de derechos, reduciendo la prisión preventiva y erradicando la tortura y corrupción.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional y la participación ciudadana en la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de derechos humanos.

En definitiva, el informe evidencia que los desafíos en materia de salud, medio ambiente y privación de libertad son manifestaciones distintas de una misma estructura de desigualdad y exclusión. Transformar esa realidad requiere un Estado social fuerte, transparente y garante, así como una sociedad civil vigilante y empoderada.

El *Informe de Derechos Humanos 2025 del Centro Montalvo* se propone, así, no solo documentar vulneraciones, sino inspirar acciones colectivas y políticas públicas basadas en justicia, dignidad y derechos humanos universales.

Introducción

El informe sobre la situación de los derechos humanos en República Dominicana 2025 se propone ofrecer un análisis crítico, integral y con enfoque de derechos de algunos de los temas más urgentes de la coyuntura nacional: el derecho a la salud, el derecho al medio ambiente y la protección de defensores ambientales, así como el trato digno de las personas privadas de libertad y los retos pendientes del sistema penitenciario en el marco del nuevo Código Penal. La selección de estas temáticas no es arbitraria, sino el resultado de un ejercicio de priorización desde la misión del Centro Montalvo, orientada a la defensa de poblaciones vulnerables y a la construcción de una cultura democrática y de paz en el país.

El derecho a la salud ha cobrado una centralidad indiscutible en 2025, marcado por la adopción de 15 medidas migratorias que introdujeron verificaciones de estatus en hospitales públicos y por la crisis financiera y de gobernanza en el Seguro Nacional de Salud (SENASA), investigado por corrupción. Estos procesos ponen en entredicho la universalidad del derecho a la salud garantizado por la Constitución dominicana (art. 61) y por instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Para el Centro Montalvo, resulta estratégico visibilizar cómo estas dinámicas afectan de manera diferenciada a migrantes, mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas con discapacidad, porque evidencian que el acceso desigual a la salud reproduce exclusiones históricas y erosiona la cohesión social.

El derecho al medio ambiente y la protección de defensores ambientales constituyen otro eje crucial del informe. La degradación ambiental en República Dominicana —expresada en la extracción ilegal de arena, los conflictos mineros y la presión sobre cuencas y áreas protegidas— tiene consecuencias directas sobre la salud, la seguridad alimentaria y la sostenibilidad de las comunidades. Además, los defensores ambientales han enfrentado en los últimos años hostigamientos, amenazas y en algunos casos violencia, en un contexto regional donde América Latina sigue siendo la región más peligrosa para ejercer esta labor, con al menos 120 personas asesinadas en 2024 (Global Witness, 2025). Al priorizar este tema, el informe busca no solo documentar vulneraciones, sino contribuir a generar conciencia sobre la necesidad de ratificar e implementar estándares como el Acuerdo de Escazú, que protege a quienes defienden el ambiente y garantiza acceso a la información y justicia ambiental.

El tercer eje estratégico se centra en el trato digno de las personas privadas de libertad y el sistema penitenciario, en un momento en que República Dominicana enfrenta hacinamiento, deficiencias en salud carcelaria, falta de acceso a agua potable, violencia interna y limitaciones en programas de reinserción. La aprobación del nuevo Código Penal plantea además retos y oportunidades: por un lado, actualiza marcos legales; por otro, deja pendientes deudas históricas en materia de derechos, como la tipificación del feminicidio, y la modernización del sistema de justicia penal. Este eje refleja que el respeto a la dignidad humana no puede entenderse de manera parcial: si las cárceles se mantienen como espacios de exclusión y violencia, el Estado incumple obligaciones internacionales bajo la Convención Americana sobre Derechos Humanos y las Reglas Mandela de Naciones Unidas.

La decisión de articular estas temáticas responde también a un momento político y social donde la sociedad dominicana demanda mayor transparencia, equidad y respeto a los derechos fundamentales. En salud, los déficits financieros y las medidas excluyentes muestran que las conquistas legales aún no garantizan acceso universal. En ambiente, la resistencia de comunidades y defensores pone de manifiesto que los intereses extractivos continúan prevaleciendo sobre la protección de los ecosistemas. Y en el sistema penitenciario, los altos niveles de reincidencia y las condiciones inhumanas ponen en jaque el objetivo de rehabilitación.

Para las poblaciones vulnerables, conocer y comprender estas realidades es vital: la información es una herramienta de empoderamiento y de exigibilidad de derechos. Documentar y analizar con rigor los obstáculos y vulneraciones permite a mujeres, migrantes, personas en pobreza, comunidades rurales, personas con discapacidad y privadas de libertad contar con argumentos y evidencias para exigir cambios al Estado. Para las organizaciones de sociedad civil, la academia, la cooperación internacional y los organismos multilaterales, este informe se convierte en un insumo clave para el diseño de políticas públicas, el monitoreo internacional de compromisos de derechos humanos y el acompañamiento a los procesos de incidencia local.

Al elegir estos tres ejes no se desconoce la relevancia de otros ámbitos como la violencia de género, la libertad de expresión, los derechos laborales o el acceso a justicia. Estos temas siguen siendo de altísima prioridad en el país y son objeto de seguimiento por parte de otras organizaciones, instituciones estatales y redes de sociedad civil. El Centro Montalvo, desde su identidad jesuita y comunitaria, opta por enfocarse en áreas donde su experiencia, investigación y articulación territorial pueden aportar valor agregado y generar incidencia efectiva en las agendas públicas y políticas.

El ejercicio de priorización se sustenta en la convicción de que un informe de situación debe ser profundo, más que abarcador, y ofrecer análisis críticos con evidencia sólida. Al limitar el espectro temático, se busca profundizar en los casos seleccionados y dar herramientas concretas a comunidades, defensores y actores institucionales que puedan transformar esas realidades.

Más allá de mostrar la situación, el informe busca ser un instrumento de transformación social. Su propósito es doble: por un lado, visibilizar de manera clara y documentada las vulneraciones y brechas que persisten en la República Dominicana en 2025; por otro, ofrecer rutas de acción y recomendaciones concretas para que el Estado, la sociedad civil y la comunidad internacional asuman responsabilidades compartidas en la garantía de los derechos humanos. Con ello, se contribuye a una sociedad más justa, inclusiva y democrática, donde la salud, el ambiente y la dignidad de todas las personas sean plenamente garantizados.

El Centro Montalvo, como institución comprometida con la defensa de los más vulnerables, entiende que es su responsabilidad visibilizar estas realidades, no solo para denunciar, sino también para proponer cambios y alternativas que fortalezcan la democracia, el Estado de derecho y la cultura de paz en el país.

Objetivo general

Ofrecer un análisis crítico, integral y documentado de la situación de los derechos humanos en la República Dominicana durante 2025, con el fin de visibilizar vulneraciones, brechas estructurales y riesgos, y generar insuOfrecer mos estratégicos para la incidencia, la exigibilidad y la formulación de políticas públicas orientadas a garantizar la dignidad y los derechos de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad

Objetivos específicos

- Examinar el marco normativo e institucional de la República Dominicana en materia de salud, medio ambiente y sistema penitenciario, contrastándolo con los compromisos internacionales asumidos por el Estado en derechos humanos.
- Analizar las políticas y medidas adoptadas en 2024–2025, especialmente las 15 medidas migratorias y las reformas penales, evaluando su coherencia con los principios de legalidad, proporcionalidad, no discriminación y progresividad.
- Identificar brechas estructurales y efectos diferenciados en el ejercicio de los derechos de poblaciones vulnerables —migrantes, mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas en situación de pobreza, personas privadas de libertad y personas con discapacidad—, incorporando un enfoque interseccional y de ciclo de vida.
- Documentar la situación de los defensores ambientales y de derechos humanos, visibilizando riesgos, amenazas y vulneraciones en el contexto de conflictos socioambientales y de gobernanza débil.
- Comparar la experiencia dominicana con estándares y prácticas regionales e internacionales, extrayendo aprendizajes y lecciones útiles para fortalecer la garantía de los derechos humanos en el país.
- Generar recomendaciones estratégicas, diferenciadas y exigibles dirigidas al Estado, a la sociedad civil y a la cooperación internacional, que orienten acciones concretas para reducir brechas, garantizar derechos y consolidar una cultura democrática y de paz.

Metodología

El presente informe sobre la situación de los derechos humanos en República Dominicana 2025 se construyó a partir de una investigación cualitativa de carácter documental, centrada en la revisión y análisis de fuentes secundarias nacionales e internacionales. Esta aproximación permite examinar, con un lente crítico y holístico, el cumplimiento de los derechos fundamentales en el país, en particular en áreas estratégicas: el derecho a la salud, el derecho al medio ambiente sano y sostenible, la protección de defensores ambientales, el derecho a un trato digno de las personas privadas de libertad y la situación del sistema penitenciario frente a la entrada en vigencia del nuevo Código Penal.

La elección de un diseño documental responde a dos razones centrales. En primer lugar, a la necesidad de sistematizar y triangular información existente de múltiples fuentes (informes institucionales, estadísticas oficiales, comunicados de organismos internacionales, estudios académicos y pronunciamientos de sociedad civil) para elaborar un diagnóstico robusto, pero también comparativo en el tiempo. En segundo lugar, a la importancia de utilizar los estándares de derechos humanos como filtro de análisis: toda medida estatal, reforma normativa o política pública examinada fue contrastada con las obligaciones constitucionales, las leyes nacionales y los tratados internacionales ratificados por la República Dominicana.

Este enfoque metodológico no busca medir impactos causales —lo que requeriría datos primarios y diseños experimentales o de evaluación de impacto—, sino identificar efectos, brechas y riesgos documentados. Se adoptó así un análisis crítico de la coherencia normativa, de la compatibilidad de las medidas con el marco internacional de derechos humanos, y de los efectos diferenciados que estas producen en poblaciones vulnerables.

La metodología reconoció las limitaciones de información descritas adelante, a pesar de ello, se garantizó un enfoque riguroso que permite presentar un panorama amplio y comparativo, con evidencia verificable y lecturas intersectoriales que trascienden lo meramente descriptivo.

Enfoques utilizados

1. Enfoque de derechos humanos

El enfoque de derechos humanos parte de la premisa de que todos los derechos son universales, indivisibles e interdependientes. En el marco de este informe, este enfoque permitió evaluar políticas de salud, medio ambiente, migración y sistema penitenciario no únicamente como medidas administrativas, sino como obligaciones jurídicas vinculantes para el Estado dominicano. Al aplicar este lente, se analiza el grado de cumplimiento del artículo 61 de la Constitución dominicana y su correspondencia con tratados internacionales ratificados, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Protocolo de San Salvador.

Además, este enfoque permite identificar vulneraciones no solo cuando existe una negación explícita de derechos, sino también cuando hay omisiones estatales. Por ejemplo, si SENASA, como asegurador público, no garantiza cobertura por déficit financiero o corrupción, el Estado incumple su obligación de garantizar el derecho a la salud por falta de debida diligencia. Lo mismo ocurre con el deber de garantizar condiciones dignas en cárceles: la ausencia de inversión o de políticas adecuadas puede constituir una violación indirecta.

Finalmente, este enfoque facilita la formulación de recomendaciones diferenciadas, porque se basa en estándares normativos precisos: la Observación General N° 14 sobre el derecho a la salud, la Recomendación General 24 del Comité CEDAW sobre salud de las mujeres, la Observación General 15 del Comité de los Derechos del Niño y las directrices de la CIDH en materia penitenciaria y ambiental. Con esto se asegura que el informe no sea un ejercicio descriptivo, sino un instrumento de exigibilidad jurídica.

2. Enfoque interseccional y de ciclo de vida

Este enfoque reconoce que la exclusión no se experimenta de forma aislada, sino en la intersección de múltiples identidades: ser mujer, migrante y pobre implica una acumulación de vulnerabilidades distintas a las de un hombre nacional en situación de pobreza. Tomando los aportes de Kimberlé Crenshaw, se visibiliza cómo las desigualdades se solapan y crean zonas de invisibilidad en la formulación de políticas públicas.

El análisis con perspectiva interseccional permitió documentar que las medidas migratorias de 2025 afectan de manera diferenciada a mujeres embarazadas haitianas, niños y adolescentes migrantes, y personas con discapacidad. De igual manera, el ciclo de vida es un componente clave: los NNA requieren servicios de salud preventiva y educación ambiental, mientras que las personas privadas de libertad necesitan condiciones adecuadas durante toda su condena, con especial atención en adultos mayores y personas con enfermedades crónicas.

Los datos de la Encuesta de Derechos Humanos 2024 realizada por el Defensor del Pueblo muestran tendencias importantes en esta línea, con la frecuencia en la cuales se considera que se violan los derechos humanos a distintos grupos vulnerables según género, grupo de edad y nivel educativo.

En primer lugar, las mujeres son percibidas como uno de los grupos más vulnerables, con un 45.3% de las personas entrevistadas afirmando que sus derechos son violados con “muchísima” frecuencia. Las mujeres mismas son quienes más reconocen esta situación, con un 47.6% frente al 42.9% de los hombres que perciben esta vulnerabilidad. Además, la percepción aumenta entre las personas de mayor edad, especialmente en el grupo de 41 a 59 años, donde un 49% considera que las mujeres sufren frecuentes violaciones de sus derechos. Este reconocimiento también es más elevado entre las personas con educación superior (47,3%).

En cuanto a las personas con discapacidad, un 38% de las personas entrevistadas considera que sus derechos son violados con “muchísima” frecuencia. Esta percepción es similar entre ambos sexos y también se mantiene constante a través de los diferentes niveles educativos. Sin embargo, las personas mayores de 60 años son quienes más reconocen esta vulnerabilidad (40,8%), probablemente debido a la conciencia que adquirieron con el tiempo sobre los desafíos que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a servicios y derechos fundamentales.

Las personas con VIH también son vistas como un grupo vulnerable, con un 38.8% de las personas entrevistadas que creen que sus derechos son violados con “muchísima” frecuencia, siendo las mujeres (40.7%) y las personas de 41 a 59 años (42.3%) quienes más destacan esta percepción. A medida que el nivel educativo aumenta, también lo hace el reconocimiento de esta vulnerabilidad, lo cual es notable en aquellos con estudios superiores (40,4%).

Otro grupo altamente vulnerable son los inmigrantes de nacionalidad haitiana, donde un 47% de las personas entrevistadas señala que este grupo sufre violaciones de derechos con “muchísima” frecuencia. Las personas de 27 a 40 años son las que más destacan esta vulnerabilidad (54%), lo que probablemente esté relacionado con las tensiones sociales y económicas en torno a la migración. Las personas con nivel educativo superior también son quienes perciben más esta vulnerabilidad (44.5%), lo que podría reflejar una mayor sensibilidad o acceso a información sobre los desafíos que enfrenta este grupo.

Se toma como parámetro las respuestas de las personas entrevistadas (1200 personas a nivel nacional representativa para las regiones), quienes han determinado a este grupo vulnerable como las personas a las que más se le violan los derechos humanos y fundamentales.

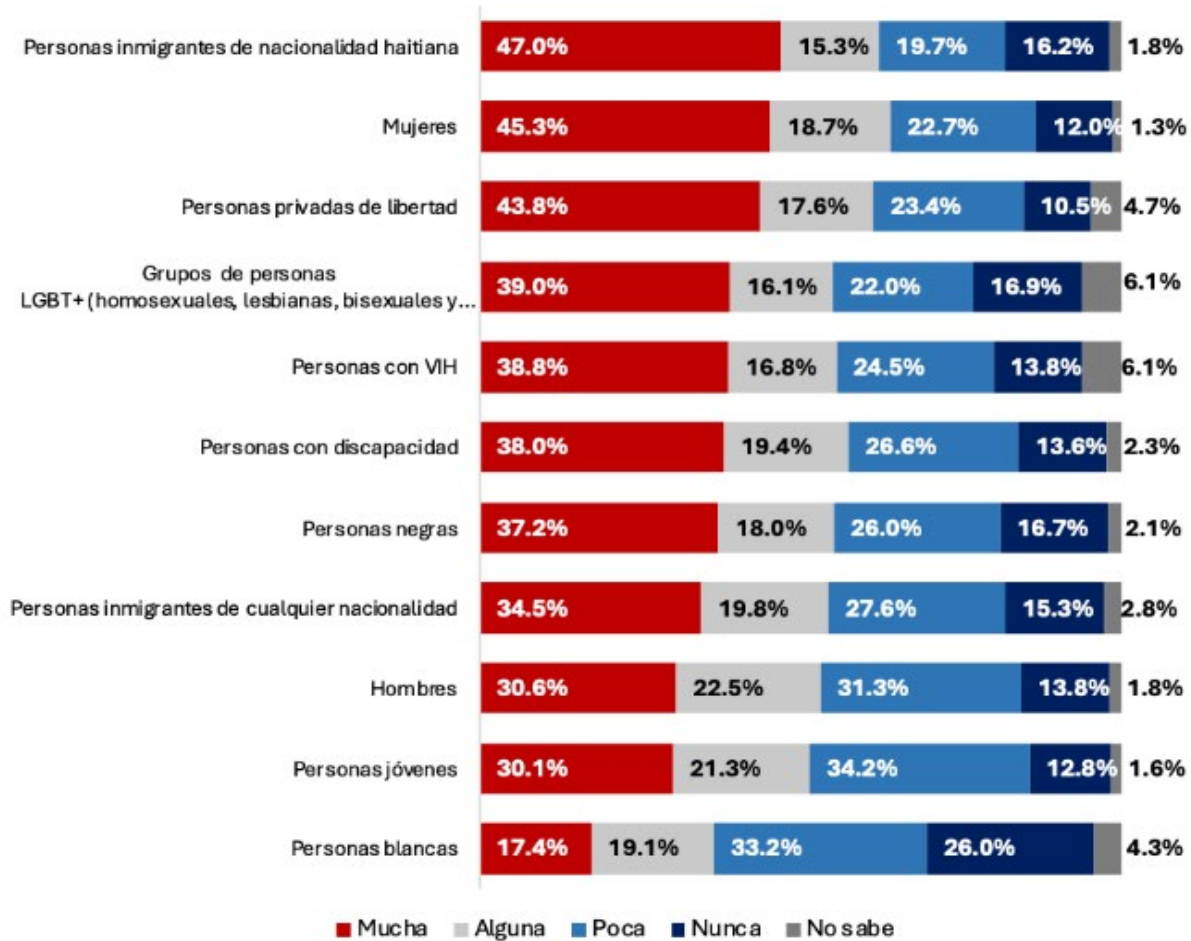


Gráfico 1. Frecuencia con la cual considera que se les violan los derechos humanos a los grupos vulnerables

Por tanto, incorporar este enfoque también otorga un valor agregado a las recomendaciones: obliga a diseñar respuestas sensibles al género, edad, discapacidad y origen. En el caso del derecho al medio ambiente, por ejemplo, no es lo mismo la afectación que recibe una comunidad campesina que depende del agua de un río contaminado que la de una mujer defensora ambiental amenazada por su activismo. En resumen, este enfoque aporta profundidad analítica y evita generalizaciones que invisibilizan a los más afectados

3. Enfoque sociojurídico

El enfoque sociojurídico combina herramientas del derecho y de la sociología para analizar no solo las normas vigentes, sino también cómo estas se aplican y transforman en la práctica. Desde la teoría jurídica, permite contrastar las medidas con la Constitución, leyes nacionales y tratados internacionales; desde la perspectiva sociológica, explica cómo esas normas se experimentan en contextos de desigualdad estructural, exclusión o violencia.

En este informe, el enfoque sociojurídico se emplea para analizar la brecha entre norma y realidad. Por ejemplo, aunque la Constitución reconoce el derecho a la salud y la dignidad de las personas privadas de libertad, en la práctica, los protocolos hospitalarios que exigen documentos a migrantes o las condiciones de hacinamiento en cárceles contradicen esa promesa normativa. De igual forma, aunque existen leyes ambientales y tratados internacionales, los defensores ambientales enfrentan amenazas que muestran un desfase entre el marco legal y las dinámicas de poder en el territorio.

Este enfoque permite también comprender el rol de las instituciones en contextos de crisis: cómo el Servicio Nacional de Salud, SENASA o la Dirección General de Migración no solo aplican normas, sino que ejercen biopolítica (Foucault), gestionando quién accede a servicios y quién queda excluido. Así, el informe no solo describe políticas, sino que analiza la gubernamentalidad del Estado y cómo ésta produce ciudadanía diferenciada.

4. Enfoque comparativo

El enfoque comparativo se utilizó para evaluar la coherencia de las políticas dominicanas frente a obligaciones internacionales y experiencias de la región. Comparar la República Dominicana con otros países del Caribe y América Latina permite identificar tendencias, buenas prácticas y riesgos compartidos.

En Chile, políticas migratorias restrictivas implementadas entre 2018 y 2020 redujeron las consultas prenatales y atenciones preventivas entre mujeres migrantes (OPS/OIM/UDD, 2020). En México, la presencia de agentes migratorios en hospitales disuadió a migrantes de acudir a servicios de salud, aumentando la mortalidad evitable (Human Rights Watch, 2022; CNDH, 2021). De forma convergente, la OPS (2023) y la OIM (2022) advierten que la vinculación de controles migratorios con servicios esenciales genera exclusión sanitaria, retrocesos en cobertura y riesgos de violación al principio de no discriminación. Este análisis comparativo demuestra que las políticas adoptadas en República Dominicana replican patrones regionales ya cuestionados por organismos internacionales.

Este enfoque permite además evaluar la coherencia normativa internacional: las medidas adoptadas en 2025 pueden ser confrontadas con las observaciones de la CIDH a otros Estados en casos análogos. Así, el informe no se limita a narrar la situación dominicana, sino que coloca al país en el mapa regional de derechos humanos, con lecciones aprendidas y advertencias comparativas.

Teorías que fundamentan la investigación

1. Teoría de los determinantes sociales de la salud (OMS)

La teoría de los determinantes sociales de la salud sostiene que el estado de salud de las personas no depende solo del sistema sanitario, sino de factores estructurales como ingreso, educación, vivienda, acceso al agua y estatus migratorio. Esta perspectiva fue clave para el informe porque permitió entender cómo las políticas migratorias de 2025, al condicionar el acceso hospitalario, no solo afectan a individuos migrantes, sino que alteran determinantes sociales de la salud que repercuten en toda la sociedad.

Desde esta teoría, negar atención a mujeres migrantes embarazadas o a niños sin documentos no es solo una vulneración individual: es un factor que aumenta la mortalidad materna e infantil, debilita la inmunización colectiva y genera desigualdad estructural en salud pública. Además, conecta la corrupción en SENASA con la salud, al mostrar cómo la mala gestión administrativa se convierte en un determinante social negativo.

Aplicar este marco teórico permite mostrar que el derecho a la salud no puede analizarse de manera aislada. Está entrelazado con pobreza, educación, condiciones de reclusión carcelaria y con el acceso a un medio ambiente sano. En este sentido, los determinantes sociales explican por qué los efectos de las medidas de 2025 trascienden a la población migrante y afectan la salud pública de toda la sociedad.

2. Teoría de la biopolítica y gubernamentalidad (Foucault)

Michel Foucault planteó que los Estados ejercen “biopolítica”, es decir, gestionan la vida de las poblaciones mediante políticas de salud, seguridad, migración y prisión. Este informe se nutre de esa perspectiva para explicar cómo las 15 medidas migratorias no son meros actos administrativos, sino estrategias de gubernamentalidad: mecanismos de control sobre quién merece vivir, sanar o ser excluido.

La instalación de estaciones migratorias en hospitales es un ejemplo de biopolítica aplicada: el hospital deja de ser únicamente un espacio de sanación y se convierte también en un espacio de control migratorio. Esto revela cómo el Estado utiliza instituciones de salud para clasificar y filtrar cuerpos en función de su estatus legal.

En el ámbito penitenciario, la biopolítica se observa en el hacinamiento y las condiciones indignas, donde el Estado regula la vida de los privados de libertad en términos que a menudo reproducen violencia y vulneración de derechos. Desde esta teoría, se argumenta que la salud, el ambiente y las cárceles son espacios donde se ejerce poder sobre la vida, y que la vulneración de derechos humanos es también un mecanismo de control social.

3. Teoría de la interseccionalidad (Crenshaw)

La teoría de la interseccionalidad, desarrollada por Kimberlé Crenshaw, explica que las formas de opresión no actúan de manera separada, sino que se entrelazan y generan experiencias de desigualdad específicas. Este marco conceptual es central para entender por qué mujeres migrantes embarazadas o personas migrantes con discapacidad experimentan exclusiones mayores que otros grupos.

Aplicada al informe, esta teoría permitió demostrar cómo las medidas migratorias de 2025 no afectan por igual a todos los migrantes: los efectos se profundizan cuando se combinan género, edad, pobreza o discapacidad. Así, una adolescente migrante embarazada no solo enfrenta barreras migratorias, sino también barreras de género, edad y clase social, que multiplican el riesgo de exclusión.

La interseccionalidad también se aplica en el análisis del sistema penitenciario. No es lo mismo la experiencia de un hombre adulto en prisión que la de una mujer joven con hijos, o la de un recluso con discapacidad. Incorporar esta mirada permitió construir un diagnóstico más realista y humano, que visibiliza a quienes históricamente han sido invisibilizados en los análisis de política pública.

Alcances y límites de la investigación

El presente informe se inscribe en el marco de los informes de situación de derechos humanos que el Centro Montalvo elabora de manera periódica, con el objetivo de visibilizar dinámicas críticas que afectan la vida de las poblaciones más vulnerables en la República Dominicana. Su alcance está definido por una combinación de criterios temáticos, temporales y metodológicos.

En primer lugar, el *alcance temático* se circunscribe a tres grandes bloques estratégicos: i) el derecho a la salud, con énfasis en las políticas sanitarias de 2024–2025, las medidas migratorias y la crisis del Seguro Nacional de Salud (SENASA); ii) el derecho al medio ambiente y la situación de los defensores ambientales en el contexto de conflictos extractivos, degradación ecológica y debilidad institucional; iii) el trato digno de las personas privadas de libertad y la situación del sistema penitenciario frente al nuevo Código Penal. Otros temas de derechos humanos igualmente relevantes —como violencia de género, acceso a justicia, derechos laborales o libertad de expresión— no forman parte del análisis central de este informe, aunque se reconocen como problemáticas urgentes que requieren seguimiento en otros espacios de monitoreo.

En segundo lugar, el *alcance temporal* se concentra en el año 2025, incorporando como referencia procesos previos ocurridos en 2024 para dar continuidad a la comprensión de las políticas y medidas adoptadas. Se trata de una mirada coyuntural con lectura estructural: el análisis documenta los hechos más recientes, pero los interpreta en el marco de procesos históricos de exclusión, desigualdad y déficit institucional que configuran las vulneraciones de derechos en el país.

En tercer lugar, el *alcance metodológico* responde al diseño de investigación documental y cualitativa, basado en fuentes secundarias nacionales e internacionales: informes oficiales del Estado dominicano, estadísticas de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Servicio Nacional de Salud (SNS), del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y de otras instancias del Sistema Dominicano de Seguridad Social; reportes del Defensor del Pueblo; estudios del Instituto Nacional de Migración y de la Escuela Nacional de Migración; pronunciamientos de la CIDH, la ONU y organismos especializados; así como literatura académica y reportajes periodísticos de medios nacionales e internacionales. Este enfoque garantiza una triangulación de fuentes que otorga solidez y rigor al análisis.

No obstante, la investigación también enfrenta límites claros. El primero se relaciona con la dependencia de fuentes secundarias: al no incluir levantamiento de información primaria, la investigación se apoya en lo ya publicado, lo que puede dejar fuera experiencias no documentadas formalmente. El segundo límite corresponde a la escasez de estadísticas desagregadas en derechos humanos, particularmente en relación con género, edad, discapacidad, estatus migratorio o condición socioeconómica. Este déficit dificulta evaluar con mayor precisión el impacto diferenciado de las políticas. Finalmente, el carácter coyuntural del informe implica que algunas medidas aún en curso —como la implementación de las 15 medidas migratorias o las reformas penales— no pueden evaluarse en toda su magnitud, por lo que el análisis se centra en sus riesgos, coherencia normativa y primeros efectos visibles.

En suma, el informe ofrece un panorama analítico amplio, crítico y comparativo sobre tres ejes prioritarios de derechos humanos en 2025. Si bien reconoce los límites metodológicos y estadísticos, su fortaleza radica en el uso de enfoques interseccionales, sociojurídicos y comparativos que permiten trascender la descripción y situar la discusión en términos de exigibilidad y transformación social.

Bloque 1

**El derecho a la salud en la
República Dominicana**

2025

Breve marco conceptual y normativo del derecho a la salud

El derecho a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos

El derecho a la salud es un derecho humano universal, interdependiente e indivisible que abarca no solo la atención médica, sino también los determinantes sociales de la salud como agua, vivienda, alimentación, trabajo y medio ambiente. Su contenido normativo se sintetiza en los cuatro atributos AAAQ (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), según la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), que desarrolla el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Este instrumento obliga a los Estados a garantizar el acceso sin discriminación, con atención especial a grupos en situación de vulnerabilidad: personas migrantes, mujeres, niñas, niños, adolescentes (NNA) y personas con discapacidad (OHCHR, 2000).

En el Sistema Interamericano, el Protocolo de San Salvador define el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (art. 10), e impone la obligación de adoptar medidas progresivas para su efectividad. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha reforzado estos estándares a través de los Principios Interamericanos sobre los Derechos de Todas las Personas Migrantes, que establecen que el estatus migratorio no puede ser un obstáculo para el acceso a servicios de salud y que toda restricción debe ser compatible con el principio de no devolución y la prohibición de discriminación (OEA, 2019).

De forma complementaria, la CEDAW (Recomendación General 24) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, Observación General 15) destacan la obligación estatal de eliminar barreras discriminatorias y garantizar atención oportuna y de calidad a mujeres y menores. Asimismo, la Guía de Indicadores de Derechos Humanos de la OACNUDH ofrece un marco técnico para monitorear los derechos económicos, sociales y culturales mediante indicadores estructurales, de proceso y de resultado, lo que permite evaluar progresividad y no regresión.

Estos estándares internacionales, por tanto, establecen un criterio clave para este informe: toda política o medida sanitaria debe analizarse bajo el lente de igualdad y no discriminación, considerando sus efectos diferenciales en poblaciones vulnerables.

Marco jurídico nacional

La Constitución dominicana consagra expresamente el derecho a la salud (art. 61) y el derecho a la seguridad social (art. 60), bajo el principio de universalidad, equidad, solidaridad y progresividad. Este mandato obliga al Estado a garantizar servicios permanentes, accesibles y de calidad para todas las personas en el territorio nacional, sin distinción de nacionalidad o estatus migratorio.

El andamiaje legal sectorial se organiza en tres pilares:

- Ley 42-01, General de Salud: establece la rectoría estatal, la organización del Sistema Nacional de Salud y el mandato de eliminar inequidades de acceso, con énfasis en universalidad y calidad.
- Ley 87-01, que crea el SDSS: regula protección frente a enfermedad y maternidad, entre otros riesgos, y define el aseguramiento en salud (con el SENASA como actor clave del régimen contributivo-subsidiado y subsidiado).
- Ley 123-15 y Decreto 379-14: crean el Servicio Nacional de Salud (SNS) y separan funciones de rectoría (MISPAS/MSP) y provisión (SNS), estructurando la Red Única de Servicios Públicos.

En materia migratoria, la Ley 285-04 y su Reglamento 631-11 concentran el control de entradas, permanencia y salidas; su aplicación práctica recae en el Ministerio de Interior y Policía (MIP) y la Dirección General de Migración (DGM). Estas normas no son de salud, pero condicionan el acceso al sistema cuando enlazan verificación de estatus con la atención sanitaria, un punto de tensión jurídica creciente.

El entramado institucional y el contexto socioeconómico de la salud en República Dominicana

El sistema de salud dominicano se organiza sobre una arquitectura mixta y fragmentada, en la cual confluyen instancias de rectoría, provisión de servicios, aseguramiento y regulación. Este entramado responde al mandato constitucional (art. 61), que reconoce la salud como un derecho fundamental y obliga al Estado a garantizar servicios permanentes, accesibles y de calidad. Sin embargo, en la práctica, la articulación entre instituciones, las tensiones financieras y la desigualdad social condicionan el acceso efectivo al derecho a la salud, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad.

- ***Ministerio de Salud Pública (MSP/MISPAS): la rectoría del sistema***

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) es el órgano rector del sistema, conforme a la Ley 42-01 General de Salud. Su rol es diseñar, coordinar y supervisar políticas de salud, regular servicios y garantizar que los prestadores públicos y privados cumplan estándares de calidad. El MSP también administra programas verticales de salud pública (vacunación, VIH, tuberculosis, malaria, vigilancia epidemiológica) y lidera la respuesta ante emergencias sanitarias. No obstante, su capacidad de regulación se ve debilitada por limitaciones presupuestarias y la coexistencia de múltiples actores con intereses y mandatos distintos.

- ***Servicio Nacional de Salud (SNS): la provisión pública de servicios***

Creado por la Ley 123-15, el Servicio Nacional de Salud (SNS) asumió la función de gestionar la Red Única de Servicios Públicos de Salud, separando la rectoría del MSP de la provisión. El SNS administra hospitales, centros de atención primaria y unidades de diagnóstico, y articula el recurso humano, la infraestructura y el equipamiento. Aunque representa el pilar del acceso público, enfrenta problemas de hacinamiento, falta de insumos, deterioro de infraestructura y deudas con proveedores, lo que repercute directamente en la calidad y disponibilidad de servicios para la población más pobre, que depende mayoritariamente de la red pública.

- ***Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), SISALRIL y CNSS: el aseguramiento y la regulación financiera***

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) fue creado por la Ley 87-01, con el propósito de garantizar protección frente a riesgos de enfermedad, vejez, discapacidad y desempleo. Dentro de este esquema, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) funge como máxima autoridad, encargado de establecer políticas generales, aprobar resoluciones sobre cobertura y coordinar actores públicos y privados.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) es el órgano supervisor del aseguramiento en salud: regula las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), fiscaliza el cumplimiento de la cartera de prestaciones y monitorea la sostenibilidad financiera del sistema. El Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL) administra de manera específica los riesgos ocupacionales, ofreciendo cobertura a trabajadores en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

En este contexto, el Seguro Nacional de Salud (SENASA) es la principal ARS pública, con más de 7 millones de afiliados entre el régimen contributivo-subsidiado y el subsidiado. Su rol es crucial porque cubre a la población más pobre y a trabajadores del Estado.

En teoría, la conexión entre estas instituciones debería garantizar un sistema robusto: el MSP diseña políticas, el SNS provee servicios, el CNSS regula el financiamiento, la SISALRIL supervisa, el IDOPPRIL protege a los trabajadores y el SENASA asegura cobertura universal para quienes no pueden costear servicios privados. En la práctica, esta articulación se debilita por fragmentación, solapamientos de funciones y desigualdad en el financiamiento.

El gasto público en salud ronda el 1.9 % del PIB y necesita aumentarse para garantizar cobertura universal. Esta brecha se traduce en sistemas hospitalarios saturados, desabastecimiento de medicamentos y precarización del personal sanitario.

Según la Encuesta de DDHH del Defensor del Pueblo realizada en 2024, las mujeres otorgan mayor importancia al derecho a la salud (21.7%) en comparación con los hombres (17.4%), mientras que el derecho a la vida también es más valorado por las mujeres (20.9%) que por los hombres (17.8%). Los hombres, por su parte, priorizan derechos como la justicia (7.8%) y la libertad (8.7%) en mayor proporción que las mujeres, quienes valoran menos estos derechos, con un 4.7% y 7.5%, respectivamente. Esta diferencia puede estar vinculada a la percepción de riesgos y desigualdades que enfrentan los sexos en distintos ámbitos, como el acceso a servicios de salud y la justicia social.

En cuanto a los grupos de edad, se distinguen varias tendencias notables. Las personas más jóvenes (18-26 años) consideran más importante el derecho a la vida (22.6%) y muestran una menor preocupación por el derecho a la salud (14.6%) en comparación con otros grupos. El derecho a la salud es particularmente prioritario para las personas de entre 27 y 40 años (21.1%) y para aquellas de 60 años o más (23.5%), lo que sugiere que las necesidades y preocupaciones en torno a la atención médica aumentan con la edad.

Tabla 1. Derechos humanos considerados más importantes según género, grupos de edad y último nivel de educación alcanzado de las personas entrevistadas.

Derechos	Total	Sexo		Grupos de edad				Nivel educativo		
		Masculi no	Femenin o	18 - 26	27 - 40	41 - 59	60 y más	Primari a	Secundar ia	Superi or
Salud	19.6%	17.4%	21.7%	14.6%	21.1%	20.2%	23.5%	21.9%	17.5%	20.6%
Vida	19.4%	17.8%	20.9%	22.6%	22.1%	17.1%	11.2%	14.1%	20.0%	25.3%
Educación	13.6%	11.8%	15.2%	13.5%	12.9%	15.2%	11.7%	15.1%	13.4%	11.8%
Libertad	8.1%	8.7%	7.5%	8.4%	9.5%	6.2%	8.2%	9.7%	8.0%	6.9%
Alimentación	6.2%	6.8%	5.6%	5.1%	5.1%	7.5%	8.2%	6.1%	5.5%	6.9%
Justicia	6.2%	7.8%	4.7%	7.3%	4.9%	7.3%	5.1%	6.8%	6.8%	4.9%
Trabajo y salario digno	5.0%	5.4%	4.7%	4.9%	6.1%	4.4%	4.1%	5.4%	5.0%	5.2%
Igualdad	3.9%	4.1%	3.8%	3.2%	4.6%	3.5%	4.6%	3.6%	4.8%	2.7%
Trato digno sin discriminación	3.6%	3.0%	4.1%	3.5%	3.8%	4.0%	2.0%	2.2%	4.0%	4.4%
Vivienda	2.6%	3.3%	2.0%	1.3%	2.1%	3.1%	5.6%	1.9%	2.3%	3.0%
Medio ambiente sano	2.3%	2.2%	2.4%	4.0%	1.9%	1.8%	1.5%	1.7%	2.8%	2.2%
Deporte	2.3%	3.4%	1.1%	3.2%	0.8%	2.0%	5.1%	3.6%	2.2%	0.5%
Seguridad social	2.1%	1.8%	2.4%	3.0%	1.7%	1.8%	2.6%	1.7%	2.6%	1.6%

Integridad personal	1.1%	1.2%	1.0%	0.8%	1.3%	1.3%	0.5%	1.0%	1.0%	1.6%
No sabe / No responde	1.0%	1.4%	0.6%	0.8%	0.2%	1.3%	3.1%	1.0%	1.2%	0.3%
Expresión e información	0.8%	1.1%	0.6%	1.3%	0.2%	1.3%	0.5%	0.5%	1.1%	0.3%
Propiedad	0.7%	0.8%	0.6%	1.6%	0.2%	0.2%	1.5%	1.0%	0.8%	0.3%
Cultura	0.6%	0.7%	0.5%	0.3%	0.8%	0.4%	1.0%	1.5%	0.1%	0.5%
Libre empresa	0.5%	0.8%	0.1%	0.3%	0.6%	0.7%	0.0%	0.5%	0.6%	0.3%
Libre asociación	0.4%	0.5%	0.3%	0.3%	0.2%	0.9%	0.0%	0.7%	0.1%	0.5%
Total	100.0 %	100.0%	100.0%	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0%	100.0%	100.0%

La Encuesta Nacional de Derechos Humanos (ENDH 2024) confirma que la salud es percibida como uno de los derechos más importantes por la ciudadanía dominicana. En la serie comparativa 2022–2024, el porcentaje de personas que mencionan el derecho a la salud como uno de los más relevantes pasó de 7.9 % a 24.3 % y se estabilizó en 19.6 % en la última medición, ubicándose entre los tres primeros derechos más valorados. Esta tendencia refleja una mayor conciencia pública sobre la centralidad del bienestar físico y mental, en un contexto de crisis del sistema sanitario, denuncias por corrupción en el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y controversias por las medidas migratorias implementadas en hospitales públicos.

No obstante, la encuesta también revela que la salud figura entre los derechos más frecuentemente percibidos como vulnerados, especialmente entre mujeres, personas migrantes y hogares en pobreza. Las percepciones de incumplimiento se asocian a deficiencias en la calidad de los servicios públicos, tiempos de espera prolongados, escasa cobertura y trato desigual, lo que sugiere un deterioro en la confianza institucional hacia el sistema de salud pública. Desde la perspectiva de derechos humanos, estos hallazgos confirman la existencia de una brecha entre el reconocimiento normativo y la garantía efectiva del derecho a la salud, particularmente para grupos en situación de vulnerabilidad que dependen de la red pública de servicios.

Este entramado institucional y sus falencias tienen efectos desiguales según la posición social. La instalación de puestos de verificación migratoria en hospitales públicos, bajo coordinación del SNS y la Dirección General de Migración, contradice el principio de acceso universal del MSP y las obligaciones del SDSS de garantizar salud como derecho. Para migrantes sin seguro, SENASA y el SNS no son una opción real, creando exclusión sistemática.

La debilidad en programas de salud sexual y reproductiva y la falta de cobertura adecuada en zonas rurales afectan especialmente a adolescentes embarazadas y mujeres pobres, pese a la obligación de CEDAW y la CDN. De igual manera, las personas en situación de pobreza dependen casi exclusivamente del SNS y SENASA. Cuando hay déficit financiero o corrupción, estas poblaciones pierden acceso, lo que profundiza la desigualdad en salud. Las personas con discapacidad enfrentan barreras de accesibilidad en hospitales del SNS y cobertura insuficiente en SENASA para terapias y dispositivos, en violación a la CRPD.

El efecto dominó de las brechas en el sistema de salud dominicano

El primer bloque del dominó es la brecha de gobernanza y coordinación institucional. La fragmentación entre el Ministerio de Salud Pública como ente rector, el SNS como proveedor, el CNSS como órgano de decisión, la SISALRIL como regulador y SENASA como asegurador público genera un entramado complejo, donde las responsabilidades se diluyen. Cuando las instituciones no actúan de forma armónica, las políticas de salud no se implementan de manera coherente ni llegan con la misma fuerza a todos los territorios. Esta falta de articulación es el punto de partida que arrastra las demás piezas.

A continuación, la brecha de financiamiento refuerza la inercia negativa. Con un gasto público en salud lejos del 6% recomendado por la OPS/OMS, el sistema carece de recursos suficientes para sostener su funcionamiento. Este déficit se agrava con el endeudamiento y la corrupción en SENASA, que debilitan el aseguramiento y generan retrasos en pagos a hospitales y proveedores. Como consecuencia, los centros de salud públicos operan con presupuestos limitados, infraestructura deteriorada y escasez de insumos básicos.

La falta de financiamiento alimenta la brecha de acceso y cobertura efectiva. Las poblaciones rurales y fronterizas se ven obligadas a recorrer largas distancias para acceder a servicios, mientras que en zonas urbanas los hospitales están saturados. Migrantes en situación irregular son directamente rechazados o se autocensuran para no acudir por temor a deportación, especialmente después de la instalación de estaciones de verificación migratoria en hospitales. De este modo, la cobertura “universal” que prometen las leyes se reduce en la práctica a una cobertura parcial y desigual.

De la limitación en el acceso se deriva la brecha de calidad. Los hospitales públicos, bajo la gestión del SNS, enfrentan hacinamiento en emergencias, listas de espera prolongadas y desabastecimiento de medicamentos. Los servicios preventivos se reducen a mínimos, y el personal de salud, desbordado, no logra ofrecer una atención oportuna y digna. Mientras tanto, las clínicas privadas ofrecen servicios de alta calidad, pero inaccesibles para quienes no cuentan con seguro contributivo ni recursos económicos. El sistema, así, se convierte en un espacio de inequidad estructural.

Esta orientación hacia lo curativo y hospitalario perpetúa la brecha en salud preventiva y promoción. Con recursos escasos, los programas de prevención, como vacunación, control prenatal, atención a enfermedades crónicas, son insuficientes y desiguales en cobertura. El resultado es que enfermedades prevenibles como hipertensión, diabetes o infecciones respiratorias terminan tratándose en etapas tardías y con complicaciones graves. En el caso de la salud sexual y reproductiva, los porcentajes de embarazo adolescente (18,88%) y mortalidad materna (143 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos en 2024) se mantienen elevadas (Oficina Nacional de Estadística, 2025' MEPYD, 2024), reflejando la falta de inversión en políticas preventivas dirigidas a mujeres y adolescentes.

El dominó avanza hasta la brecha de protección de poblaciones vulnerables. Migrantes sin documentos, mujeres embarazadas, adolescentes, personas en pobreza rural y personas con discapacidad quedan atrapados en el peor escenario: poca cobertura territorial, restricciones documentales, servicios de baja calidad y ausencia de programas preventivos sostenidos. Estas poblaciones soportan la carga de la exclusión de manera acumulativa.

Finalmente, la brecha de transparencia y rendición de cuentas refuerza el círculo vicioso. La falta de auditorías claras y la existencia de redes de corrupción en SE-NASA socavan la confianza en el sistema, retrasan pagos a prestadores y agravan el desabastecimiento. Esta opacidad permite que los problemas persistan sin soluciones estructurales, dejando a las poblaciones vulnerables en la periferia del sistema de salud y consolidando un escenario de exclusión crónica.

La exclusión no ocurre de manera abrupta, sino como resultado de una cadena de fallas estructurales:

- *Fragmentación institucional - políticas incoherentes.*
- *Déficit financiero - hospitales desprovistos de recursos.*
- *Falta de acceso - barreras geográficas, económicas y legales.*
- *Baja calidad - servicios precarios para quienes sí logran llegar.*
- *Escasa prevención - más enfermedades crónicas y complicaciones.*
- *Discriminación a vulnerables - poblaciones con mayores necesidades sin cobertura real.*
- *Opacidad y corrupción - perpetuación de un sistema desigual.*

Este efecto dominó muestra que cada brecha empuja a la siguiente, hasta desembocar en la exclusión sanitaria de los grupos más vulnerables, en contradicción con la Constitución y los tratados internacionales ratificados por República Dominicana.

Políticas públicas de salud y su vínculo con derechos humanos, género y ciclo de vida

El modelo dominicano de salud combina rectoría sanitaria (MISPAS), provisión pública (SNS) y aseguramiento (SDSS/SENASA), estructurado bajo los principios de universalidad, equidad y calidad. Este marco normativo debe traducirse en políticas con enfoque de derechos humanos e interseccionalidad, atendiendo las necesidades diferenciadas de mujeres, NNA, personas mayores, personas con discapacidad y migrantes.

Sin embargo, en la práctica persisten brechas que comprometen la progresividad del derecho. El gasto público en salud ronda el 1.9% % del PIB, lo que limita la cobertura territorial, la disponibilidad de insumos y la calidad de la atención. A ello se suman déficits financieros del SENASA y tensiones entre las entidades de rectoría y provisión. El resultado es una fragmentación institucional que debilita la gobernanza sanitaria y genera inequidades regionales.

En 2025, el contexto sanitario se complejizó por dos procesos simultáneos:

- La adopción de 15 medidas migratorias que introducen requerimientos de documentación migratoria regular, la introducción de vigilancia por agentes migratorios y fuerzas castrenses en hospitales públicos con fines de deportación.
- La crisis financiera y de corrupción en SENASA, que ha comprometido su sostenibilidad y la confianza ciudadana.

Ambos procesos se entrelazan, generando un escenario de doble vulnerabilidad: exclusión institucional por estatus migratorio y debilitamiento del aseguramiento público por corrupción y déficit.

En este contexto, la CIDH y organizaciones internacionales han expresado preocupaciones específicas por el efecto disuasorio y la compatibilidad de estas medidas con obligaciones de derechos humanos (salud, integridad, no discriminación), mientras la autoridad sanitaria y la Presidencia reportan descenso de atenciones como indicador de “alivio” operativo del sistema. Estos elementos serán objeto de contraste jurídico y de salud pública en la sección siguiente.

Las 15 medidas migratorias: legalidad, proporcionalidad y riesgos en derechos

A partir del anuncio oficial del 6 de abril de 2025, el Gobierno dominicano presentó un conjunto de quince medidas migratorias orientadas a reforzar el control fronterizo, optimizar los procesos de expulsión, condicionar el acceso al sistema público de salud y restringir el uso de servicios públicos por personas en estatus migratorio irregular (Presidencia de la República Dominicana, 2025). Dentro de esas medidas, una particularmente sensible es el protocolo que obliga al personal de hospitales del Servicio Nacional de Salud a exigir identificación, carta de trabajo y comprobante domiciliario a pacientes migrantes, así como aplicar tarifas diferenciadas para algunos servicios (medida número 11). Este protocolo, en vigor desde el 21 de abril de 2025, simboliza el cruce de una frontera normativa hacia un régimen de control migratorio incorporado dentro de ámbitos del bienestar social (Presidencia, 2025).

Estos lineamientos no son aislados: se inscriben dentro de un diseño estatal que combina militarización fronteriza, ampliación de barreras físicas (verjas perimetrales), sanciones en el arrendamiento de inmuebles a migrantes sin documentos y agilización de repatriaciones. Tal conjunto configura un enfoque securitario con impactos directos sobre los derechos fundamentales de personas en movilidad. La narrativa oficial apela a la presión sobre el sistema de salud pública, la saturación

hospitalaria y la necesidad de preservar recursos estatales. No obstante, la puesta en práctica de estas disposiciones ha generado una refracción crítica desde organismos de derechos humanos, instituciones médicas y redes de sociedad civil, que advierten el posible tránsito desde una política migratoria hacia una legislación de exclusión (Amnistía Internacional, 2025).

Para analizar esas medidas desde la óptica de derechos humanos, es necesario hacer un ejercicio paralelo: por un lado, contrastar con las leyes nacionales y compromisos internacionales que República Dominicana ha ratificado; por otro, aplicar estándares de proporcionalidad y escrutinio para evaluar su justificación y riesgos.

Constitucionalidad interna y obligaciones nacionales

La Constitución dominicana consagra el derecho a la salud (art. 61) bajo la lógica del deber estatal de garantizar servicios permanentes, sin discriminación, con calidad y progresividad. Cualquier política que condicione el acceso al reconocimiento de estatus migratorio, documento de identidad o comprobantes domiciliarios debe reconducirse frente a ese principio, pues podría generar una colisión normativa. En paralelo, la Ley General de Salud 42-01 remite al deber del sistema sanitario de eliminar barreras de acceso, promover equidad y ofrecer atención universal, mientras que la Ley 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social fortalece el principio de solidaridad en la cobertura de riesgos como enfermedad y maternidad. Esa articulación normativa interna delimita un piso constitucional y legal que no puede obviarse mediante medidas administrativas que introduzcan condicionamientos de acceso por motivo de migración.



Las 15 medidas migratorias, al incorporar un protocolo hospitalario que exige verificación documental para la atención, introducen una restricción tácita del acceso universal garantizado por la Constitución y por la normativa de salud. En cuanto al control migratorio, la Ley 285-04 y su Reglamento 631-11 establecen las competencias del Ministerio de Interior y Policía junto a la Dirección General de Migración para regular entradas, permanencia y salidas. Sin embargo, esas normas migratorias no pueden operar como restricciones válidas de un derecho fundamental como la salud sin incorporar mecanismos de excepción, salvaguarda jurídico-procesales y criterios de proporcionalidad.

Una medida nacional que imponga la verificación documental en hospitales en condiciones rígidas, sin distinciones humanitarias (embarazadas, emergencias, menores, enfermedades críticas), se expone a ser declarada inconstitucional ante el Tribunal Constitucional, pues estaría usurpando la supremacía constitucional del derecho a la salud como bien esencial.

Consistencia con obligaciones y estándares internacionales

La República Dominicana ha asumido compromisos internacionales de alto nivel en materia de derechos humanos. Al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el Estado está obligado a respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud sin discriminación (art. 12). La Observación General N° 14 del Comité DESC refuerza que no puede condicionarse el acceso a servicios sanitarios por la nacionalidad, el estatus migratorio o la documentación, precisamente porque eso vulnera el principio de igualdad y la no regresividad en derechos fundamentales. En ese sentido, la política migratoria estatal no puede legitimarse si socava la esencia del derecho a la salud.

Desde el ámbito interamericano, el Protocolo de San Salvador, ratificado por la República Dominicana, reconoce el derecho a la salud como un componente clave del bienestar social (art. 10) y obliga a implementar políticas progresivas de acceso sin discriminación. Además, los Principios Interamericanos sobre los Derechos de Todas las Personas Migrantes subrayan el derecho universal de migrantes a los derechos humanos, incluido el acceso a servicios de salud, sin discriminación alguna. La CIDH ha reiterado en múltiples resoluciones que los controles migratorios no pueden derivar en la negación de derechos esenciales y que los Estados deben respetar el principio de no devolución incluso dentro de contextos de movilidad interna.

Por su parte, instrumentos sectoriales como la CEDAW (arts. 12 y 14) y su Recomendación General N° 24 vinculan directamente el acceso a servicios de salud reproductiva a la eliminación de barreras de género, estatus y discriminación; mientras que la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) exige que los menores reciban atención sanitaria sin discriminación por origen o documentación. Bajo estos estándares, las medidas migratorias que penalizan o disuaden el uso de servicios sanitarios por condición de migración chocan frontalmente con obligaciones claras del Estado dominicano en materia de derechos humanos.

Evaluación de proporcionalidad y escrutinio de derechos

Toda restricción a un derecho fundamental debe superar un escrutinio de proporcionalidad: debe perseguir un fin legítimo concreto, ser adecuada para ese fin, no tener medios menos gravosos y mantener un equilibrio razonable entre derechos e intereses estatales. En el caso dominicano, la argumentación estatal sostiene que las medidas buscan descongestionar hospitales, proteger recursos públicos y preservar el orden interno. Sin embargo, al exigir identificación, carta laboral y comprobante residencial en hospitales, se aplica una medida excesiva frente a los fines declarados. Existen medios menos gravosos —como la regularización acelerada de migrantes, filtros fronterizos controlados fuera de los servicios sanitarios o mecanismos de codificación para separar verificación migratoria de atención médica urgente— que podrían cumplir los objetivos sin comprometer derechos básicos.

El daño potencial de negar o entorpecer la atención a personas migrantes en condiciones críticas (embarazadas, niños, pacientes crónicos o con discapacidad) es claramente superior al beneficio racional de control migratorio que podría lograrse mediante medidas más focalizadas. Ese desequilibrio sitúa a las medidas dentro del rango de un acto regresivo, indebido y no proporcional.

Riesgos para derechos humanos: evidencia, efectos y dinámicas estructurales

El riesgo más grave radica en el efecto disuasorio: se documenta que migrantes pueden rehusarse a acudir a hospitales por temor a deportación o a retención documental (Amnistía Internacional, 2025). Este fenómeno no es teórico: en Ecuador, Chile y México, medidas similares han producido caídas en consultas prenatales y tratamientos crónicos entre poblaciones extranjeras. En República Dominicana, organizaciones médicas y colegios profesionales ya han declarado su rechazo, observando que los hospitales públicos podrían transformarse en espacios de discriminación institucional (OBMICA, 2025).

El protocolo hospitalario anunciado obliga a exigir identificación, carta laboral y comprobante residencial como requisitos mínimos para atención; además, establece una tarifa para servicios. Esto no solo genera una barrera directa al acceso, sino que reproduce desigualdades estructurales con fuerte componente étnico-racial, particularmente hacia poblaciones haitianas y descendientes (Amnistía Internacional, 2025). Las denuncias periodísticas en Punta Cana señalan que migrantes han optado por esconderse en sus hogares, evitar hospitales y suspender escolaridad de sus hijos para no exponerse a operativos migratorios, y reportan casos de violencia institucional, incluso violaciones sexuales, como mecanismo de intimidación para evitar deportación (El País, 2025).

La situación no puede entenderse sin reconocer que República Dominicana tiene una población inmigrante significativa. A partir de abril de 2025, inició verificaciones sistemáticas del estatus migratorio en hospitales públicos con presencia de agentes migratorios, algo que ya ha sido advertido como riesgo por organismos del Sistema de Naciones Unidas en salud y migración. Esa estrategia puede producir exclusión de personas con enfermedades transmisibles o en situaciones urgentes, con efectos negativos en la salud pública general.

Otro riesgo es la posible deportación sin evaluación individualizada, que configuraría una violación del principio de no devolución para las personas en necesidad de protección internacional y del debido proceso. El uso de operativos masivos sin distinción entre casos vulnerables ha sido denunciado por Amnistía Internacional como violación sistemática a derechos humanos, que compromete la integridad y dignidad de personas migrantes (Amnistía Internacional, 2025).

Además, estas medidas legitiman una lógica de discriminación institucional: al normativizar que ciertas personas pueden ser excluidas de servicios esenciales por carecer de documentación, se está integrando una forma de racismo de Estado, particularmente en contra de población de ascendencia haitiana que históricamente ha sido objeto de estigmatización en la República Dominicana (Amnistía Internacional, 2025). Las medidas migratorias se entrelazan así con un patrón estructural de desigualdad racial, que trasciende la salud para afectar otros derechos como vivienda, educación y trabajo.

Finalmente, la contradicción entre la norma y la realidad se cristaliza: mientras la Constitución y las leyes de salud prometen acceso universal, las medidas migratorias recientes crean umbrales de acceso condicionados por documentos. Esa brecha normativa que se convierte en barrera real tiene el efecto de transformar lo normativo en letra muerta para ciertos grupos. Solo mediante vigilancia institucional, control judicial y monitoreo público riguroso puede evitarse que las medidas migratorias sean utilizadas como instrumento de exclusión sistemática de derechos humanos básicos.

Efectos y brechas en el ejercicio del derecho a la salud

Las 15 medidas migratorias de 2025, al incorporar protocolos de verificación migratoria directamente en hospitales y condicionar ciertos servicios al estatus documental, generan o profundizan múltiples brechas y efectos diferenciados en el disfrute del derecho a la salud para poblaciones ya vulnerables. A continuación se exponen los principales impactos observados o plausibles, estructurados por grupos poblacionales (migrantes, mujeres, NNA, personas con discapacidad) y contrastados con estándares internacionales de derechos humanos.

Migrantes

El efecto más significativo sobre migrantes es la disuasión tácita del uso del sistema de salud. Ante la instalación de estaciones de verificación migratoria dentro de hospitales, muchas personas migrantes —especialmente quienes carecen de documentos— pueden optar por no acudir a consultas, atención prenatal o emergencias, por temor a detenciones o deportaciones. Organismos de derechos humanos han documentado deportaciones de más de mujeres embarazadas y niños directamente desde hospitales, una práctica que fue calificada como “inhumana” y violatoria de obligaciones estatales. Solo el 22 de abril, el personal de la OIM en el cruce fronterizo de Belladère, Haití, recibió a 416 personas deportadas, entre ellas once mujeres embarazadas y 16 mujeres en período de lactancia. (UN News, 2025).

Este patrón no es nuevo: estudios regionales sobre salud migrante confirman que, en contextos donde el acceso sanitario se condiciona al estatus migratorio, las personas migrantes sufren una declinación significativa en utilización de atención preventiva, retraso en diagnósticos y mortalidad evitable (IFRC, 2024). En República Dominicana, el informe “El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social” señala que las barreras documentales y administrativas ya eran un obstáculo sistemático antes de 2025, especialmente para quienes migran irregularmente (UNFPA). Con las nuevas medidas, esta barrera se institucionaliza.

Otra brecha crítica es la exclusión real de servicios esenciales. En su informe anual sobre derechos humanos del país, el Departamento de Estado de EE. UU. indicó que muchos migrantes haitianos “no tenían acceso pleno a beneficios, incluida la atención médica” incluso antes de 2025 (State.gov, 2025). Ahora, con protocolos migratorios en hospitales, ese acceso restringido se convierte formalmente en una barrera legal-administrativa. El resultado: personas enfermas no atendidas, cronificación de condiciones tratables y posibles fallecimientos no registrados.

Finalmente, la brecha en la atención preventiva y la cronicidad puede generar un efecto de salud pública adverso general: si migrantes con enfermedades transmisibles no se diagnostican ni tratan, pueden convertirse en vectores de contagio para la población general, debilitando la propia sanidad del país.

Mujeres y NNA: agravamiento de vulnerabilidades reproductivas y derechos del menor

Dentro del grupo migrante, mujeres embarazadas y madres con sus hijos son particularmente vulnerables. En 2025 se han reportado casos de deportaciones de mujeres embarazadas y puérperas directamente de hospitales públicos, en algunos casos incluso durante labor de parto (The Guardian, 2025). Ese tipo de actuación viola el derecho a la salud reproductiva conforme a la CEDAW y su Recomendación General 24, que exige que los Estados aseguren servicios de salud adecuados durante embarazo y parto sin discriminación por nacionalidad o estatus.

El riesgo se agrava para NNA migrantes: la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24) garantiza atención sanitaria a todos los menores sin discriminación alguna. Si los protocolos obligan verificación de estatus para atención pediátrica, inmunización, control nutricional o intervenciones de urgencia, se vulnera esa garantía. En zonas fronterizas o rurales, donde los centros de salud públicos tienen recursos limitados y personal sobrecargado, estas barreras evitan que muchos niños y niñas migrantes reciban atención básica de crecimiento, vacunación o tratamiento de enfermedades comunes, ampliando la brecha de mortalidad infantil entre población migrante y local.

Las mujeres migrantes, además, enfrentan una doble discriminación: por género y por estatus migratorio. Las medidas migratorias refuerzan esa desigualdad institucionalizada, pues la obligación documental en la atención médica coloca un obstáculo adicional a mujeres que ya pueden tener menor acceso a recursos, menor movilidad y mayor carga doméstica, lo que limita aún más su acceso real a servicios.

Personas con discapacidad: doble exclusión y barreras multiplicadas

Las personas con discapacidad migrantes constituyen uno de los grupos más expuestos a ser invisibilizados. La literatura latinoamericana sobre discapacidad expone que, aunque las personas con discapacidad requieren más servicios sanitarios que la población sin discapacidad, enfrentan barreras de accesibilidad, calidad, costos y discriminación (Gatta et al., 2024). En contextos como el dominicano, esos obstáculos estructurales se agravan cuando se les impone verificación documental como requisito de atención.

Además, la República Dominicana ha ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD). En el informe estatal más reciente (CRPD/C/DOM/2-3), el Estado reconoce deficiencias en acceso de migrantes con discapacidad a servicios de salud (acceso reducido, infraestructura no inclusiva), pero no menciona protocolos exigentes de verificación migratoria dentro de hospitales como barrera institucional directa (CRPD, 2024). Con la instalación de estaciones migratorias dentro de hospitales, puede intensificarse una doble exclusión: primero como migrante, segundo como persona con discapacidad, quedando fuera del sistema sanitario formal.

En la práctica, esto implica que una persona con discapacidad migrante podría ser rechazada o demorada en atención de rehabilitación, dispositivos asistivos o terapias, bajo el argumento de falta de documentos, lo que viola la convención de discapacidad y los estándares de igualdad sustantiva.

Percepciones y experiencias comunitarias sobre el acceso a la salud

Los testimonios levantados por la Red Jesuita con Migrantes (RJM) y los formularios socioeconómicos aplicados entre septiembre y octubre de 2025 muestran, con evidencia cualitativa, que el derecho a la salud en la población migrante y sus descendientes se encuentra gravemente limitado por el miedo, la irregularidad y la pobreza. En los relatos recopilados, las personas describen un acceso intermitente, condicionado por documentos o dinero, y una creciente sensación de exclusión desde que se instauraron los protocolos de verificación migratoria en hospitales públicos. En palabras de un promotor comunitario, “ya la gente prefiere aguantarse el dolor que ir al hospital y que la agarre Migración”. Esta percepción se repite en comunidades de Santo Domingo Oeste, Los Alcarrizos y Boca Chica, y se vincula directamente con las nuevas dinámicas de control estatal dentro de los servicios de salud.

La situación económica y laboral de las familias entrevistadas refuerza la fragilidad sanitaria. De los siete casos analizados, seis dependen de empleos informales (“chiriperos”, trabajadoras domésticas, vendedoras) con ingresos mensuales entre RD\$2,500 y RD\$10,000, insuficientes para cubrir medicinas o partos. Roy (nombre ficticio por motivos de confidencialidad), trabajador haitiano de 34 años accidentado en 2025, debió pagar RD\$88,000 para implantes quirúrgicos y dos pintas de sangre, sin cobertura pública ni apoyo institucional. Este caso ilustra cómo la ausencia de mecanismos de protección y el costo directo de los servicios convierten una emergencia médica en una crisis económica que afecta a todo el hogar. Las fichas evidencian además que los servicios sociales hospitalarios están sobrecargados o no responden ante pacientes en condición migratoria irregular, reproduciendo desigualdades de trato y cuestionando la implementación de acuerdos internacionales que exigen a los Estados la garantía en el derecho de la salud de todas y todos.

Las mujeres migrantes embarazadas o con enfermedades crónicas enfrentan el doble peso de la discriminación y la exclusión. Cristina (nombre ficticio por motivos de confidencialidad), dominicana hija de migrantes haitianos, con acta de nacimiento “para extranjero” y pasaporte haitiano, relató que no pudo acceder a control prenatal ni a hospital público por temor a ser deportada, pese a estar en la semana 38 de gestación. Su relato coincide con el de Siri (nombre ficticio), que afirmó que en el Hospital Dr. Rodolfo de la Cruz Lora le advirtieron que, por no tener documentos, podría ser detenida si daba a luz allí. Estos testimonios confirman lo advertido por la OPS (2023) y la CIDH (2024): la presencia de verificación migratoria en hospitales genera un efecto disuasorio directo sobre mujeres embarazadas y NNA migrantes, contraviniendo el principio de no discriminación y la obligación de atención oportuna (PIDESC art. 12; CEDAW RG 24).

El caso de Diana (nombre ficticio), joven dominicana de 20 años con artritis avanzada, expone cómo el miedo a migración también afecta a descendientes de haitianos nacidos en el país. Aun con acta dominicana, dejó de acudir al Hospital Calventi “porque Migración pasa todos los días”. Tras un año sin atención médica, su salud se ha deteriorado al punto de inmovilidad parcial. Este testimonio conecta con lo planteado por la Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2024 del Defensor del Pueblo, que mostró que el 64 % de las personas considera que los hospitales públicos “no tratan igual a dominicanos y extranjeros”, revelando una percepción social consistente con estas experiencias cualitativas.

Por último, las voces de Ivy, Santana y Dilcia (nombres ficticios) muestran otra cara de la exclusión: la cronificación silenciosa de enfermedades. Personas mayores con hipertensión o dolor crónico no logran comprar medicinas ni acceder a diagnósticos, mientras jóvenes con tumores benignos o discapacidades deben posponer cirugías por falta de recursos o temor institucional. En todos los casos, el denominador común es la ruptura entre el derecho reconocido en la Constitución (art. 61) y la realidad cotidiana. Las voces de estas personas, sistematizadas por la RJM, reafirman que las políticas de 2025 han transformado el sistema público de salud en un espacio de exclusión selectiva donde la nacionalidad, el color de piel o el tipo de documento definen quién puede vivir con dignidad.

Brechas estructurales y territoriales: zonas fronterizas y rurales

Un factor adicional es el grado de profundización espacial de la desigualdad. Las zonas fronterizas y rurales dominicanas (como los municipios de Dajabón, Elías Piña, Jimaní) históricamente tienen menor densidad de servicios, menor calidad y más bajos indicadores de salud. La construcción de una verja perimetral fronteriza y la militarización intensificada condicionan aún más la movilidad sanitaria. La verja perimetral, ya en fases de implementación desde 2022, combina cerco físico con sensores y vigilancia militar. Esa infraestructura limita el tránsito entre comunidades fronterizas, obstaculiza el uso de rutas de salud tradicionales transfronterizas y aumenta el costo de desplazamiento para migrantes que requerían atención en centros cercanos.

En esos territorios periféricos, la encuesta ENI-2017 indicaba que los hogares de inmigrantes tenían jefatura masculina predominante, un promedio de hogar menor y niveles mayores de analfabetismo, lo que sugiere menor información y menor capacidad de gestión de servicios (UNFPA, análisis población extranjera). Con las nuevas barreras oficiales, esas poblaciones rurales migrantes y sus familias pueden quedar atrapadas en verdaderos “desiertos sanitarios” legales: sin hospitales accesibles, sin servicios móviles y sin mecanismos alternativos de atención sin verificación.

Indicadores y datos cuantitativos disponibles

Aunque el nuevo protocolo 2025 aún no ha sido objeto de un monitoreo estadístico público completo, se puede contextualizar con los datos previos:

- Según la ENI de 2017, la población de origen extranjero representaba el 5,6 % del total nacional (570,933 personas), con 497,825 nacidos en Haití y 277,046 descendientes de inmigrantes, lo que evidencia que una proporción significativa podría verse afectada por estas medidas (UNFPA, 2017).
- Estudios sobre discapacidad en América Latina indican que las personas con discapacidad presentan menos cobertura en servicios preventivos y barreras mayores de acceso, especialmente mujeres con discapacidad (Gatta et al., 2024).
- El Departamento de Estado de EE. UU. reporta que migrantes haitianos en República Dominicana no tienen “pleno acceso a beneficios, incluida la atención médica” (State.gov, 2025).
- Medios internacionales reportan que hospitales dominicanos enfrentan un aumento de mujeres haitianas que cruzan la frontera para dar a luz, en contextos de crisis sanitaria en Haití; esas mujeres enfrentan nerviosismo sobre las nuevas políticas, retrasos en atención prenatal o acudir a hospitales solo al último momento (UN News, 2025; Swiss info, 2025).
- En 2025, organizaciones denuncian de 900 mujeres embarazadas y sus hijos han sido deportados desde hospitales públicos tras gestiones de verificación migratoria, lo que revela un patrón sistemático de acciones dentro de centros de salud (UN News, 2025; Swiss info, 2025). Otros medios reportan que alrededor de 180,000 personas de origen haitiano han sido deportadas (Dirección General de Migración, abril 2025).

Estos datos permiten inferir que las barreras institucionales, cuando se transforman en requisitos obligatorios, pueden generar una caída en la utilización de servicios, un aumento en la morbilidad no atendida y potencialmente un alza en la mortalidad de grupos vulnerables migrantes.

Brecha entre norma y realidad: diagnóstico sintético

Cuando se filtra esta evidencia con los estándares de derechos humanos, emergen al menos tres grandes brechas estructurales:

- Brecha de accesibilidad efectiva: aunque, en norma, la Constitución y las leyes nacionales garantizan acceso universal sin discriminación, en la práctica la exigencia documental excluye a migrantes sin documentos.
- Brecha de equidad de género y ciclo de vida: las mujeres migrantes, embarazadas y con hijos enfrentan obstáculos adicionales; la atención pediátrica para NNA migrantes queda condicionada; los servicios reproductivos se vuelven inaccesibles para muchas.
- Brecha de discapacidad inclusiva: la doble condición de migrante y discapacidad puede llevar a la exclusión sistemática de servicios requeridos para rehabilitación, terapias o dispositivos asistivos.

Estas brechas no son lineales ni homogéneas: se intersecan y se amplifican, generando zonas de invisibilidad donde un migrante con discapacidad y con niños, niñas y adolescentes en una zona fronteriza rural puede quedar atrapado entre barreras legales, institucionales y territoriales.

Seguridad alimentaria y su relación con el derecho a la salud en 2025

La seguridad alimentaria constituye un componente esencial del derecho a la salud, dado que el acceso regular a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos es una condición indispensable para alcanzar un nivel de vida adecuado y garantizar el bienestar físico y mental de las personas. La Observación General N.º 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC, 1999) establece que los Estados deben asegurar la disponibilidad, accesibilidad y sostenibilidad de los alimentos, vinculando este derecho de manera directa con la realización progresiva del derecho a la salud y a la vida digna.

En el caso de República Dominicana, los datos más recientes confirman un escenario preocupante. Según el Informe de Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases (IPC), entre octubre de 2024 y enero de 2025 alrededor de 925,000 personas —equivalentes al 9 % de la población analizada— se encuentran en inseguridad alimentaria aguda (Fase 3 o superior), es decir, en situación de crisis o emergencia que requiere medidas urgentes de respuesta (IPC, 2024). Para el período de febrero a mayo de 2025, el número proyectado se mantiene prácticamente inalterado, con 922,000 personas en la misma condición (IPC, 2024). En términos comparativos, el Programa Mundial de Alimentos (WFP) estima que la población dominicana experimenta algún grado de inseguridad alimentaria, con mayor prevalencia en zonas rurales y entre hogares encabezados por mujeres.

Impacto diferenciado en grupos vulnerables y migrantes

Los efectos de la inseguridad alimentaria no se distribuyen de forma homogénea. Las mujeres, niñas, niños, personas con discapacidad y población migrante enfrentan una vulnerabilidad mayor debido a su menor acceso a ingresos estables, empleo formal, crédito o programas de asistencia social. La implementación de las 15 medidas migratorias de 2025, especialmente aquellas que introducen verificaciones documentales en hospitales públicos, agrava esta situación al disuadir a personas migrantes de acudir a centros de salud o programas de ayuda alimentaria por miedo a la detención o deportación. Esta autocensura institucionalizada puede reducir la cobertura de los programas de nutrición materno-infantil y obstaculizar el acceso de mujeres embarazadas y familias migrantes a servicios básicos de alimentación, multiplicando los riesgos de malnutrición y mortalidad materna e infantil.

El impacto de estas políticas debe analizarse a la luz de las desigualdades estructurales. Según el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN), los hogares migrantes presentan niveles de pobreza multidimensional superiores a la población general (SIUBEN, 2023). Esta brecha económica limita la capacidad de adquirir alimentos en un contexto de inflación sostenida de los productos básicos, fenómeno que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) ha señalado como uno de los principales factores de erosión del poder adquisitivo de los hogares pobres. Asimismo, las mujeres migrantes —particularmente en situación irregular— experimentan doble exclusión: laboral y social, lo que agrava su inseguridad alimentaria y la de sus hijos.

En el ámbito productivo, la precariedad laboral de las comunidades migrantes rurales y su débil acceso a la tierra, al crédito y a los mercados afectan la oferta local de alimentos y los ingresos familiares. Como advierte el Centro Internacional de Mejoramiento de Maíz y Trigo (CIMMYT), los vínculos entre migración, cambio climático y sistemas agroalimentarios son cada vez más evidentes: los flujos migratorios alteran los patrones de producción y disponibilidad de alimentos en las comunidades agrícolas (2024).

Esta relación refuerza la necesidad de entender la seguridad alimentaria como un fenómeno sistémico, en el que la movilidad humana, la pobreza y las políticas públicas convergen.

Riesgos para la salud pública y retos estructurales

La intersección entre inseguridad alimentaria y exclusión sanitaria produce una doble vulneración de derechos humanos. La falta de alimentos suficientes o adecuados deteriora la salud física y mental, incrementa la exposición a enfermedades infecciosas y limita la capacidad de recuperación. En un sistema de salud ya tensionado por déficit de financiamiento y fragmentación institucional, la desnutrición y las carencias nutricionales generan un costo sanitario adicional, especialmente en zonas rurales y fronterizas donde los servicios son más escasos.

Los hogares con inseguridad alimentaria tienden a sustituir alimentos nutritivos por opciones más baratas y calóricamente densas, lo que conlleva malnutrición dual: coexistencia de deficiencia de micronutrientes y aumento de obesidad y enfermedades crónicas (FAO, 2024). Este patrón alimentario afecta con mayor intensidad a mujeres, niños y adolescentes en situación de pobreza. En República Dominicana, los hogares encabezados por mujeres y los hogares rurales presentan las tasas más altas de consumo insuficiente y dietas monótonas, lo que repercute directamente en la salud pública nacional.

La situación se agrava si se considera que los avances logrados en la última década en materia de reducción del hambre corren el riesgo de retroceder. El Gobierno reportó en 2023 una disminución de la prevalencia de subalimentación del 8.3 % al 4.6 % en tres años (Presidencia de la República Dominicana, 2023), pero los análisis de medios especializados y organizaciones de la sociedad civil advierten que esta reducción podría ser temporal y desigual, con repuntes de hambre en zonas rurales y urbanas empobrecidas.

Efectos acumulativos en los grupos más vulnerables

La inseguridad alimentaria, la pobreza y las restricciones migratorias crean un efecto acumulativo que amplifica la exclusión estructural. Para las personas migrantes, la reducción del acceso a programas sociales y de salud implica no solo hambre, sino pérdida de redes de protección. Las mujeres embarazadas migrantes son particularmente afectadas, dado que la malnutrición durante el embarazo incrementa el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones obstétricas, afectando de forma intergeneracional el bienestar de madres e hijos (OMS, 2023).

En los niños y niñas migrantes, la inseguridad alimentaria impacta en el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y el sistema inmunológico. Si se considera que los descendientes de inmigrantes son menores, las implicaciones de las medidas migratorias de 2025 sobre la salud y la nutrición infantil son especialmente graves. En el caso de las personas con discapacidad, la inseguridad alimentaria se traduce en una doble discriminación: mayores necesidades nutricionales y menores oportunidades de acceso a servicios o programas asistenciales, lo que contraviene las obligaciones asumidas por el Estado bajo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, 2006).

En síntesis, la seguridad alimentaria en República Dominicana durante 2025 se encuentra en una encrucijada crítica: mientras el país ha avanzado en indicadores macro de reducción del hambre, las políticas restrictivas hacia migrantes, la desigualdad estructural y la fragilidad institucional del sistema sanitario amenazan con revertir esos progresos.

SENASA bajo estrés financiero y pesquisas por corrupción: efectos y brechas en el derecho a la salud

El Seguro Nacional de Salud (SENASA), asegurador público con más de siete millones de afiliados, entró en 2025 con señales de desequilibrio financiero y, desde septiembre, en el centro de investigaciones por presunta corrupción. El carácter público y la escala de SENASA convierten esa coyuntura en un asunto de derechos humanos: cuando el asegurador estatal entra en déficit, acumula cuentas por pagar o opera bajo redes de irregularidades, se comprometen directamente los atributos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho a la salud para quienes dependen del régimen contributivo-subsidiado y subsidiado, particularmente personas migrantes, mujeres, NNA y personas con discapacidad.

En el plano financiero, análisis independientes estiman que SENASA registró un déficit de RD\$1,725 millones solo en el primer trimestre de 2025; de continuar esa tendencia, el déficit anual rondaría RD\$6,900 millones, requiriendo transferencias del Gobierno para evitar atrasos “gigantescos” con prestadores (clínicas, hospitales, farmacias) y preservar la continuidad de servicios a los afiliados. El propio balance trimestral habría sido cubierto parcialmente con transferencias públicas y agotando beneficios acumulados, una señal de fragilidad operativa que puede traducirse en tensiones de pago y restricciones de acceso en la red.

Las series financieras oficiales de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) confirman presiones sobre las ARS en 2025 y documentan la situación financiera actualizada del sistema; en ese marco, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) autorizó transferir RD\$12,500 millones de excedentes del Seguro de Riesgos Laborales para fortalecer el SDSS, decisión adoptada en medio de crecientes quejas de afiliados y de las acusaciones de corrupción que impactan la imagen y operación de SENASA. Estas medidas de rescate financiero son indicativas de una contención de daños para evitar interrupciones mayores en coberturas, medicamentos y servicios (SISALRIL; Diario de Salud, 16 de septiembre de 2025).

En paralelo, la arista penal escaló con rapidez. El Presidente condenó públicamente los presuntos actos de corrupción en SENASA y remitió hallazgos a la Procuraduría para investigación; el Ministerio Público (PEPCA) informó más de 30 personas interrogadas y aseguró que todo responsable será llevado a juicio, mientras organizaciones de la sociedad civil exigieron una indagatoria completa y transparente (Dominican Today, 9 de septiembre de 2025; El Nacional, 26 de septiembre de 2025; El Nuevo Diario, 25 de septiembre de 2025).

Diversos reportajes de investigación y análisis de negocios describen esquemas que habrían contribuido al “hoyo” financiero: autorizaciones ficticias, sobrefacturación, arreglos con prestadores y decisiones gerenciales que deterioraron el balance, forzando rescates fiscales y ajustes contractuales. Más allá de responsabilidades individuales, el cuadro que emergen estas publicaciones es el de un entramado administrativo irregular con efectos sistémicos en la sostenibilidad del asegurador público (CDN, 14 de septiembre de 2025; DR1 News, 22 de septiembre de 2025).

Desde la perspectiva de derechos humanos, el estándar aplicable no se limita a sancionar la corrupción ex post. La Observación General N° 14 del Comité DESC (PIDESC, art. 12) obliga al Estado a respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud, lo que incluye una debida diligencia reforzada para prevenir desvíos de fondos, sobrefacturación o prácticas que desorganicen la financiación del sistema y terminen negando o retrasando prestaciones esenciales a grupos en situación de vulnerabilidad. En términos interamericanos, el Protocolo de San Salvador exige progresividad y no regresividad: si por mala gestión o corrupción se interrumpe la disponibilidad o se impone racionamiento de facto, hay una afectación indirecta pero real del contenido mínimo del derecho. Estas obligaciones se tornan más estrictas cuando las medidas estatales (como las verificaciones migratorias en hospitales) ya disuaden a migrantes de usar servicios; combinadas con un asegurador público endeudado o ineficiente, el resultado es una doble barrera (PIDESC/OG14; Protocolo de San Salvador).

¿Cómo se traducen en brechas concretas?

En escenarios de déficit y atrasos con prestadores, los afiliados enfrentan autorizaciones más lentas, limitaciones de red, desabastecimiento o co-pagos no previstos, todos ellos desincentivos que erosionan la accesibilidad económica y geográfica. Para mujeres y NNA migrantes —ya inhibidos por temor a la verificación migratoria en hospitales— cualquier señal de restricción de cobertura en SENASA puede consolidar no utilización de servicios (SISALRIL; CNSS/Diario de Salud).

Cuando el asegurador público no paga a tiempo o limita coberturas, los hogares —especialmente pobres, migrantes o con discapacidad— quedan expuestos a gastos de bolsillo que no pueden afrontar, con riesgo de interrumpir tratamientos (diabetes, hipertensión, TARGA para VIH) o posponer controles prenatales. Ese desplazamiento del costo hacia el hogar contradice los fines del SDSS y profundiza desigualdades (SISALRIL).

La presión financiera puede traducirse en redes saturadas, tiempos de espera prolongados y negativas de servicio por parte de prestadores que acumulan cuentas por cobrar. Para personas con discapacidad, que requieren terapias y dispositivos de apoyo con regularidad, estos cuellos de botella comprometen en la continuidad y calidad de la atención (análisis de prestadores en prensa y balances oficiales).

La eventual sobrefacturación o autorizaciones ficticias drenan recursos que deberían cubrir necesidades reales de salud. Cuando los recursos faltan, los criterios de priorización pueden volverse discrecionales y afectar primero a quienes tienen menor poder de demanda: migrantes (por su estatus), mujeres (por sesgos de género), NNA (por dependencia) y personas con discapacidad (por costos más altos y continuidad requerida). Esa es una discriminación indirecta prohibida por el PIDESC, la CEDAW, la CDN y la CRPD (compromisos vigentes del Estado).

La eventual sobrefacturación o autorizaciones ficticias drenan recursos que deberían cubrir necesidades reales de salud. Cuando los recursos faltan, los criterios de priorización pueden volverse discrecionales y afectar primero a quienes tienen menor poder de demanda: migrantes (por su estatus), mujeres (por sesgos de género), NNA (por dependencia) y personas con discapacidad (por costos más altos y continuidad requerida). Esa es una discriminación indirecta prohibida por el PIDESC, la CEDAW, la CDN y la CRPD (compromisos vigentes del Estado).

La reacción temprana del Ejecutivo (declaraciones públicas y remisión de informes al Ministerio Público) y las pesquisas de PEPCA son pasos necesarios, pero insuficientes sin medidas estructurales: auditorías independientes, controles ex ante en autorizaciones y pagos, tableros públicos de cuentas por pagar, indicadores de tiempos de respuesta, y mecanismos de queja accesibles para afiliados vulnerables (Dominican Today; El Nacional; El Nuevo Diario).

¿Dónde encaja el argumento de “sobrecarga por nuevas afiliaciones”?

Voceros y analistas han señalado el rápido crecimiento de afiliación y la magnitud de la cartera de SENASA (más de siete millones de personas) como un factor de presión sobre costos y utilización, especialmente si no se ajustan cápitas, tarifas y compensaciones a tiempo. Sin una adecuada planificación actuarial y oportunas transferencias compensatorias, un salto acelerado de afiliados puede estresar la liquidez y precipitar déficits que luego se traducen en racionamiento de facto.

Dicho esto, el crecimiento de afiliados no explica por sí solo la calidad del déficit descrito en 2025. La naturaleza de los hallazgos periodísticos y de las pesquisas sugiere fallas de gobernanza (controles internos, integridad en autorizaciones y pagos, supervisión a prestadores) que habrían amplificado el desequilibrio. En clave de derechos, el Estado tiene la obligación de organizar y fiscalizar el sistema de modo que la corrupción no capture recursos destinados a la garantía del derecho a la salud (PIDESC/OG14).

Convergencia crítica con las medidas migratorias de 2025

La coincidencia temporal entre el “hoyo” de SENASA y la puesta en marcha del protocolo de verificación migratoria en hospitales públicos crea una zona de alto riesgo: por un lado, se disuade a migrantes de usar el sistema (temor a detención o deportación); por otro, el asegurador público reduce su capacidad de garantizar servicios continuos y pagos oportunos. La doble exposición (barrera de acceso + fragilidad financiera) multiplica las brechas para migrantes, mujeres (en salud sexual y reproductiva), NNA (controles, vacunación) y personas con discapacidad (rehabilitación), y contradice la prohibición de regresión en DESC. La verificación en hospitales fue oficialmente anunciada para iniciar el 21 de abril de 2025, lo que refuerza el vínculo entre política migratoria y acceso sanitario en el periodo analizado.

Señales mínimas de garantía que deberían exigirse

En coherencia con los tratados ratificados y la Constitución (art. 61), el Estado debería: (i) blindar presupuestariamente a SENASA mientras se completa la investigación, con reglas de transparencia ex ante para los rescates; (ii) publicar mensualmente cuentas por pagar, tiempos de autorización y rupturas de stock en medicamentos de alto costo; (iii) aplicar un mecanismo de garantía de continuidad para embarazadas, NNA, personas con discapacidad y pacientes crónicos, aun ante controversias administrativas; (iv) desvincular la verificación migratoria de toda atención urgente o esencial, con protocolos humanitarios expresos, para evitar la doble barrera descrita (SISALRIL; CNSS; PIDESC/OG14).

Norma y política nacional	Estándares internacionales y compromisos asumidos	Brechas y vulneraciones identificadas
Constitución (art. 61): reconoce el derecho a la salud integral, con obligación del Estado de garantizar servicios permanentes y de calidad.	PIDESC, art. 12 y OG14: el derecho a la salud debe ser universal, accesible y sin discriminación; exige progresividad y no regresividad.	Protocolos hospitalarios 2025 que exigen documentos migratorios contradicen la universalidad. Migrantes y descendientes haitianos enfrentan exclusión en violación al principio de no discriminación.
Ley 42-01, General de Salud: establece rectoría del MSP y principios de universalidad, equidad y acceso.	Protocolo de San Salvador, art. 10: obliga a garantizar servicios de salud progresivos y equitativos.	Brechas territoriales y socioeconómicas: población rural y fronteriza con menor acceso. Persisten tasas elevadas de mortalidad materna e infantil, por encima del promedio regional.
Ley 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social: asegura protección frente a riesgos de enfermedad y maternidad; creación del SDSS.	CEDAW, art. 12 y RG 24: acceso a servicios de salud reproductiva sin discriminación; CDN, art. 24: derecho de NNA a la salud sin distinción.	Limitado acceso de mujeres y adolescentes a salud sexual y reproductiva; altas tasas de embarazo adolescente (ENHOGAR-MICS 2024: 29,1 % de mujeres 20–24 unidas antes de 18 años). Niños migrantes excluidos de vacunación preventiva por miedo a deportaciones.
Ley 123-15 y Decreto 379-14: creación del SNS como proveedor público de servicios.	Convención Internacional sobre Trabajadores Migratorios (art. 28): obligación de garantizar atención de urgencia sin discriminación.	Instalación de estaciones migratorias en 33 hospitales (abril 2025) vulnera este compromiso. Denuncias de deportaciones de embarazadas y niños desde hospitales (The Guardian, 2025).
Planes y programas del MSP (Política Nacional de Salud 2021–2030; Plan Estratégico de Salud): orientados a mejorar cobertura y calidad.	ODS 3 (Salud y bienestar): reducir mortalidad materna, asegurar cobertura universal de salud, acceso a medicamentos esenciales.	SENASA en déficit financiero y bajo investigación por corrupción (2025), con riesgo de interrupción de servicios. El déficit compromete la continuidad de tratamientos para personas con enfermedades crónicas y de alto costo.
Políticas coyunturales 2024–2025 (15 medidas migratorias, protocolos hospitalarios): buscan reducir presión sobre sistema de salud.	Principios Interamericanos sobre derechos de personas migrantes (CIDH, 2019): medidas migratorias no deben obstaculizar derechos fundamentales.	Efecto disuasorio documentado: migrantes evitan hospitales por miedo a deportación; riesgo de salud pública por no tratar enfermedades transmisibles.
Programas de atención diferenciada (salud materno-infantil, discapacidad): existen pero con cobertura limitada.	CRPD, arts. 25 y 26: garantizar acceso a salud a personas con discapacidad, sin discriminación.	Personas con discapacidad migrantes enfrentan doble exclusión: por estatus y falta de accesibilidad en servicios. Déficit de terapias de rehabilitación y dispositivos de apoyo.

Bloque 2

Derecho al medio ambiente y vulneración de defensores ambientales

Breve marco conceptual, normativo e institucional del derecho al medio ambiente

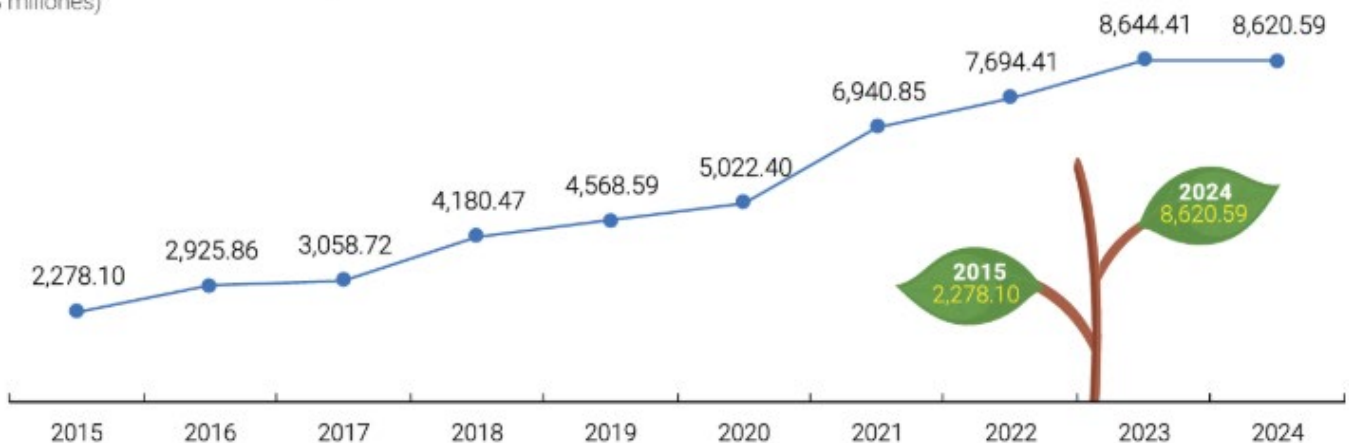
El derecho a un medio ambiente sano ha evolucionado en la región como un derecho autónomo, interdependiente con otros derechos fundamentales como la salud, el agua, la alimentación y la vida misma. En el plano internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido en su Opinión Consultiva OC-23/17 que el ambiente debe ser protegido como bien jurídico en sí mismo, y que los Estados tienen la obligación de prevenir daños significativos, regular actividades privadas y garantizar el acceso a información y justicia ambiental. En 2022, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció formalmente este derecho como universal (A/RES/76/300), consolidando un consenso global sobre su centralidad en la agenda de derechos humanos y desarrollo sostenible.

En República Dominicana, este derecho tiene un reconocimiento constitucional robusto. El artículo 65 de la Constitución establece que el Estado debe “prevenir la contaminación, proteger y mantener los ecosistemas, preservar el derecho de las personas a un ambiente sano, salvaguardar la diversidad biológica y garantizar el uso sostenible de los recursos naturales renovables y no renovables”. Esta disposición convierte la protección ambiental en un mandato jurídico y político de primer orden, que debería traducirse en políticas públicas eficaces y en la garantía de condiciones adecuadas para las generaciones presentes y futuras.

El desarrollo legislativo central lo constituye la Ley 64-00 de Medio Ambiente y Recursos Naturales, que crea el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales y establece principios de uso racional de los recursos, conservación de ecosistemas, ordenamiento territorial y sostenibilidad intergeneracional. Esta norma dota al Ministerio de facultades regulatorias, de fiscalización y sanción, así como de la capacidad de emitir licencias ambientales para proyectos con impacto significativo. En la práctica, sin embargo, las capacidades institucionales han sido históricamente limitadas: faltan recursos técnicos y humanos, hay debilidad en la supervisión territorial y persisten tensiones con otros sectores gubernamentales como el Ministerio de Energía y Minas y los gobiernos locales, que en ocasiones otorgan permisos o favorecen actividades extractivas en contradicción con la normativa ambiental.

En 2025, el Ministerio de Medio Ambiente ha continuado divulgando estadísticas ambientales oficiales, incluyendo datos sobre uso del suelo, autorizaciones ambientales, deforestación y cobertura forestal, a través de su portal de Estadísticas Ambientales. Paralelamente, la Oficina Nacional de Estadística (ONE) publicó el Boletín de Estadísticas Ambientales No. 10, con información sobre gasto público en protección ambiental y gestión de la conservación.

REPÚBLICA DOMINICANA: Gasto en protección del medio ambiente, 2015-2024
(RDS millones)



Aunque estas herramientas constituyen avances en materia de transparencia, presentan limitaciones importantes: la falta de desagregaciones territoriales y socioeconómicas, así como la ausencia de indicadores directos sobre afectaciones a comunidades vulnerables, reduce su utilidad para evaluar impactos en derechos humanos.

El marco institucional también produce resoluciones específicas, como la Resolución N° 0004-2025, que ordenó la clausura y cierre técnico del vertedero de Boca de Yuma en La Altagracia, en cumplimiento con la regulación de sitios de disposición final de residuos sólidos. Este tipo de medidas reflejan la existencia de facultades normativas reales, pero también evidencian un desafío: su eficacia depende de la capacidad de monitoreo, el personal disponible y la voluntad política de aplicarlas frente a resistencias locales o intereses económicos.

El Estado ha impulsado además iniciativas de colaboración simbólica, como el convenio firmado en enero de 2024 entre la Presidencia, el Ministerio de Medio Ambiente y la Coalición para la Defensa de las Áreas Protegidas, que reconocía la importancia del trabajo de los ambientalistas en la preservación del patrimonio natural. No obstante, la implementación de estos acuerdos enfrenta las mismas limitaciones estructurales: déficit presupuestario, debilidad de supervisión, ausencia de mecanismos de protección específicos y una débil rendición de cuentas.

Al contrastar este marco nacional con los compromisos internacionales, emergen brechas importantes. Uno de los instrumentos más relevantes es el Acuerdo de Escazú, que compromete a los Estados parte a garantizar tres pilares fundamentales: acceso a información ambiental, participación pública en la toma de decisiones y acceso a la justicia en asuntos ambientales. Su artículo 9 introduce además la obligación de proteger a los defensores ambientales, reconociendo su papel esencial en la preservación de los ecosistemas y en la vigilancia ciudadana del cumplimiento de la ley. Aunque República Dominicana firmó este tratado, aún no lo ha ratificado, lo que limita la alineación del país con los estándares regionales y deja desprotegidos a los defensores en un contexto de creciente conflictividad socioambiental.

En el plano interamericano, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha expresado en varias oportunidades su preocupación por los ataques a defensores en República Dominicana, recordando al Estado su obligación de asegurar un entorno seguro para la defensa de derechos. El Sistema Interamericano establece que los Estados son responsables no solo de abstenerse de agredir, sino de prevenir, investigar y sancionar ataques provenientes de actores privados contra defensores ambientales, garantizando medidas de protección adecuadas.

El entramado institucional del derecho al medio ambiente en República Dominicana

El entramado institucional del derecho al medio ambiente en la República Dominicana se compone de un conjunto de organismos públicos con mandatos diferenciados pero interdependientes, cuya coordinación resulta esencial para la aplicación efectiva de la Ley General de Medio Ambiente y Recursos Naturales No. 64-00 y de los principios constitucionales contenidos en el artículo 66. Este sistema busca garantizar la gestión sostenible de los recursos naturales, prevenir la contaminación, regular las actividades con impacto ambiental y proteger los ecosistemas y la biodiversidad del territorio nacional.

En la cúspide del sistema se encuentra el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MIMARENA), creado por la Ley 64-00 como órgano rector de la política ambiental. Entre sus funciones principales están: formular políticas, dictar regulaciones, otorgar licencias y permisos ambientales, supervisar el cumplimiento de la normativa, imponer sanciones y coordinar acciones con otros ministerios y gobiernos locales. El Ministerio opera bajo principios de precaución, sostenibilidad, participación ciudadana y responsabilidad ambiental. Sin embargo, enfrenta limitaciones significativas en presupuesto, personal técnico y capacidad de fiscalización, lo que restringe su rol de rectoría. Según los datos más recientes del Boletín de Estadísticas Ambientales No. 10 de la Oficina Nacional de Estadística (ONE, 2025), el gasto público ambiental representa apenas 0.3 % del gasto total del gobierno central, una cifra que refleja la debilidad estructural del financiamiento ambiental.

Junto al MIMARENA, existen entidades especializadas que conforman una red funcional, aunque frecuentemente desarticulada:

- Viceministerio de Áreas Protegidas y Biodiversidad, encargado de gestionar el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SINAP), que abarca cerca del 26 % del territorio nacional, pero con graves déficits en vigilancia y mantenimiento.
- Viceministerio de Suelos y Agua, responsable de la gestión integral de cuencas y recursos hídricos, cuyas competencias se solapan parcialmente con las del Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos (INDRHI), el Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA) y las corporaciones regionales de acueductos.
- Viceministerio de Gestión Ambiental, que otorga licencias y permisos ambientales, realiza inspecciones y coordina el sistema de evaluación de impacto ambiental.
- Viceministerio de Costeros y Marinos, con competencias sobre manglares, arrecifes y zonas costeras, áreas especialmente vulnerables a la expansión inmobiliaria y turística.
- El Consejo Nacional para el Cambio Climático y Mecanismo de Desarrollo Limpio (CNCCMDL), creado mediante Decreto 601-08, funge como órgano intersectorial para la coordinación de políticas climáticas y la implementación de compromisos derivados del Acuerdo de París. Aunque el país ha avanzado en la elaboración de Contribuciones Nacionalmente Determinadas (NDC) actualizadas, la implementación efectiva de acciones climáticas sigue limitada por la falta de mecanismos presupuestarios estables y la débil articulación con los sectores productivos (energía, agricultura, transporte).

Otros actores con incidencia transversal son el Ministerio de Energía y Minas, el Ministerio de Agricultura, el Instituto Nacional de Recursos Forestales, el Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre (INTRANT) y los ayuntamientos municipales, que según la Ley 176-07 del Distrito Nacional y los Municipios, tienen competencias en la gestión de residuos sólidos y control de vertederos. No obstante, la coordinación interinstitucional es precaria: las competencias se traslapan, las políticas carecen de jerarquía normativa común y los conflictos de interés entre desarrollo económico y sostenibilidad ambiental generan bloqueos. El caso del cierre técnico del vertedero de Boca de Yuma, dispuesto por la Resolución 0004-2025 del MIMARENA, ilustra esta tensión: aunque la resolución establece sanciones y clausura definitiva, su ejecución depende del apoyo logístico y financiero de gobiernos locales que carecen de los recursos necesarios (vLex, 2025).

Desde la perspectiva institucional, la rendición de cuentas ambiental recae parcialmente en el Defensor del Pueblo, que ha recibido un número creciente de denuncias relacionadas con contaminación, tala ilegal y violación de derechos de comunidades en zonas mineras, aunque no cuenta con potestades sancionatorias ni una unidad ambiental especializada. A nivel judicial, las salas de lo contencioso-administrativo de los tribunales ordinarios y el Tribunal Constitucional constituyen las vías para impugnar decisiones ambientales, mientras que la Procuraduría General de la República opera una Procuraduría Especializada para la Defensa del Medio Ambiente y los Recursos Naturales (PEMARN), con competencia penal para investigar delitos ambientales. Pese a este marco formal, las tasas de sanción efectiva por infracciones ambientales se mantienen bajas y la impunidad es alta, reflejo de un déficit institucional y de voluntad política.

Este mosaico institucional evidencia una fragmentación funcional que limita la coherencia de la política ambiental. Las políticas sectoriales —energía, minería, agricultura, turismo— continúan diseñándose bajo lógicas propias, con ausencia de un mecanismo supra-ministerial que asegure la integración de la sostenibilidad como principio rector del desarrollo nacional. Desde un enfoque de gobernanza, el sistema ambiental dominicano reproduce una dualidad estructural: mientras el discurso oficial adopta principios de sostenibilidad, la práctica cotidiana privilegia la expansión económica sobre la conservación, lo que debilita la protección del derecho humano al medio ambiente.

Finalmente, la falta de instrumentos de participación ciudadana efectivos acentúa la distancia entre las comunidades y las decisiones ambientales. Aunque la Ley 64-00 y la Constitución reconocen la participación social y el acceso a información, en la práctica persisten opacidad en licencias ambientales, escasa divulgación de evaluaciones de impacto y ausencia de mecanismos de consulta previa con comunidades afectadas. En este sentido, la no ratificación del Acuerdo de Escazú priva al país de un instrumento jurídico regional que fortalecería la transparencia y la protección de defensores ambientales, cerrando el círculo de vulnerabilidad institucional.

En conjunto, este entramado institucional —rico en normas pero débil en capacidades y articulación— define el escenario donde se juega la efectividad del derecho al medio ambiente en la República Dominicana. La distancia entre la densidad normativa y la fragilidad operativa se traduce en un desequilibrio persistente: el país dispone de las leyes necesarias, pero carece de los mecanismos, recursos y coordinación para garantizar su cumplimiento efectivo, especialmente en defensa de las comunidades más vulnerables y de quienes protegen los ecosistemas.

La urgencia de priorizar el derecho ambiental

El derecho al medio ambiente sano —o derecho a un ambiente saludable— ha adquirido en los últimos años un posicionamiento creciente dentro de la agenda internacional de derechos humanos. Los efectos del cambio climático, la degradación de recursos naturales, la contaminación y el acaparamiento territorial han obligado a reconsiderar este derecho como uno estructural, que condiciona otros derechos fundamentales (salud, vivienda, alimentación). En América Latina, los defensores del medio ambiente han sido en múltiples casos actores expuestos a amenazas, hostigamientos e incluso homicidios (al menos 120 defensores ambientales asesinados en 2024 en Latinoamérica, según Global Witness).

En el contexto dominicano, la degradación ambiental convive con conflictos mineros, extracción ilegal de agregados en ríos, sobreexplotación de cuencas hidrográficas y debilidades institucionales. Estas tensiones producen riesgos crecientes para los defensores ambientales, quienes operan entre discursos oficiales de desarrollo y políticas estatales permisivas hacia concesiones extractivistas o proyectos de infraestructura de gran escala. En ese contexto, este bloque busca describir la situación reciente (2025), analizar las vulneraciones documentadas, contrastarlas con estándares internacionales y con experiencias comparadas, y proyectar recomendaciones para fortalecer la protección del derecho ambiental y de quienes lo defienden.

Si bien la Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2024 realizada por el Defensor del Pueblo no incorpora un módulo ambiental específico, los resultados muestran una creciente preocupación social por los derechos vinculados al medio ambiente, la alimentación y los servicios básicos, interpretables como dimensiones del derecho a un entorno sano. La encuesta evidencia que las personas asocian el bienestar ambiental con la disponibilidad de agua potable, vivienda digna y acceso equitativo a recursos naturales, lo que revela una comprensión integral de los derechos económicos, sociales y culturales. En los apartados sobre desigualdad estructural, la población identifica la contaminación, el manejo inadecuado de residuos y la falta de planificación urbana como factores que afectan la calidad de vida y amplían las brechas territoriales.

Asimismo, en las respuestas sobre grupos que el Defensor del Pueblo debería priorizar, se observa un aumento de menciones a comunidades rurales, pescadores, agricultores y personas afectadas por la degradación ambiental o conflictos por recursos naturales. Este hallazgo coincide con el diagnóstico del Centro Montalvo sobre los riesgos y vulneraciones enfrentados por defensores ambientales, en un contexto de expansión de proyectos extractivos y debilidad de las instituciones encargadas de aplicar la Ley 64-00. La encuesta refleja, en términos de percepción, una ciudadanía más consciente del vínculo entre deterioro ambiental y desigualdad social, lo que legitima la inclusión del derecho al medio ambiente como uno de los ejes estratégicos del informe.

La hipótesis central es que la defensa del ambiente en República Dominicana está operando en un escenario de alto riesgo institucional, donde normas no suficientemente garantizadas, vacíos en ejecución ambiental y complicidades locales permiten que defensores sean blanco de agresiones, y que el desequilibrio ecológico empeore la calidad de vida de las poblaciones vulnerables. En esa tensión, la protección del ambiente debe dejar de ser una política sectorial para convertirse en eje transversal de derechos humanos.

Situación 2025: evidencias de vulneraciones y conflictos ambientales

Explotación ilegal de arena y agregados: “La ruta de la arena”

Uno de los casos más emblemáticos en 2025 es la extracción ilegal de arena y grava en ríos dominicanos, particularmente en la cuenca del río Nizao. Un reportaje titulado “La ruta de la arena: asesinatos, impunidad y destrucción ambiental en República Dominicana” denuncia que este negocio mueve más de 1,000 millones de dólares al año, opera con respaldo de actores institucionales y enfrenta denuncias de amenazas, extorsiones y asesinatos de activistas locales (El País).

El reportaje describe cómo ciertos defensores locales que se opusieron a las retroexcavadoras en ríos Guayubín y Yaque del Norte han sido amenazados por “mafias de la arena”, mientras permisos irregulares son otorgados por autoridades municipales. En abril de 2025 se denunció que un director provincial otorgó permiso para perforar capa freática del río Yuna sin evaluación ambiental rigurosa, y la empresa responsable compensó con reforestación parcial y multa simbólica (~RD\$3 millones) (El País).

Este caso manifiesta la superposición de gobernanza débil, intereses económicos locales y riesgo para defensores comunitarios. La imposibilidad de hacer valer clausuras, la demora en sanciones y la tolerancia institucional permiten que las actividades ilegales persistan, socavando la integridad ecológica y creando un clima de impunidad estructural.

Conflictos mineros y reactivaciones extractivas

Otro foco de tensión en 2025 es la reactivación de proyectos mineros antiguos y propuesta de expansión. Por ejemplo, se reavivó el conflicto con Barrick Gold en la provincia de Sánchez Ramírez, donde comunidades han protestado por planes de depósito de relaves, reubicación forzada y compensaciones insuficientes para sus tierras de cultivo (cacao). Los líderes comunitarios han denunciado que estas medidas implican riesgos ambientales severos, contaminación, pérdida de fuentes hídricas y desplazamiento no voluntario.

La experiencia en Cotuí durante 2025, sistematizada por el Centro Montalvo, ilustra con particular claridad cómo la expansión del modelo extractivo puede vulnerar derechos ambientales y comunitarios, especialmente en territorios rurales donde las instituciones operan con debilidad y las asimetrías de poder entre comunidades, Estado y corporaciones son profundas. El conflicto socioambiental en torno a la mina Pueblo Viejo y el proyecto de presa de colas en El Naranjo evidencia que la minería a gran escala no se limita a intervenir el suelo: altera las dinámicas sociales, económicas, hídricas y ecológicas de manera estructural y multigeneracional. Desde 2012, las comunidades han denunciado contaminación del agua, presencia de metales pesados en sangre y orina, pérdida de biodiversidad y degradación acelerada de los ecosistemas de la zona. Con la nueva fase de expansión propuesta por Barrick Gold —que implicaría extender la vida útil de la mina hasta después de 2040— estos riesgos se intensifican y se superponen con nuevas amenazas de desplazamiento forzado.

Los relatos recogidos indican que la empresa y el Estado avanzaron decisiones estratégicas sin un proceso de consulta previa, libre e informada. La construcción de la presa de relaves en la cabecera de cuencas hidrográficas críticas implicaría el desalojo forzoso de cientos de familias en al menos seis comunidades campesinas. Estas comunidades, productoras de cacao, yuca, plátano y víveres, dependen directamente del territorio para garantizar su soberanía alimentaria.

La tala masiva iniciada el 8 de marzo de 2025 en la cabecera del río El Naranjo muestra un patrón de ocupación territorial sin participación social efectiva y con protección militar. La intervención en esta zona de recarga hídrica afecta el único afluente funcional que abastece a numerosas comunidades agrícolas, demostrando que el modelo extractivo compromete directamente el derecho al agua, la salud, la alimentación y la vida digna.

La respuesta estatal durante este periodo refuerza la percepción de alianza entre poder político y capital extractivo. La documentación de la sistematización señala que la represión policial y militar fue desproporcionada en múltiples momentos: en enero, con agresiones y heridos, incluyendo un sacerdote ambientalista, mientras las comunidades intentaban frenar las maquinarias; en mayo, con la detención arbitraria de cuatro comunitarios y la confiscación ilegal de teléfonos para impedir la documentación de la deforestación. Estos hechos se inscriben en la tendencia regional documentada por la CIDH, Global Witness y la Relatoría de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA), que muestra que la defensa del territorio en contextos extractivos se desarrolla crecientemente bajo condiciones de riesgo, con patrones de intimidación, vigilancia y criminalización de líderes comunitarios.

La narrativa pública de Barrick Gold centrada en “diálogo”, “negociación” y “progreso” contrasta radicalmente con la experiencia comunitaria. La sistematización del Centro Montalvo ofrece evidencia de que el proceso de “mesa de diálogo” inició bajo coerción y desconfianza, luego de episodios de violencia estatal. La instrumentalización del acuerdo de reasentamiento del 11 de junio de 2025 presentado por empresa y gobierno como un consenso definitivo para avanzar con la presa generó divisiones internas y fue percibido como una estrategia de legitimación del proyecto, al vincular la compensación por daños con la aceptación implícita de una infraestructura que la mayoría de las comunidades rechaza por sus impactos socioambientales. Esta dinámica reproduce un patrón extractivista documentado en América Latina: “compensar a unos pocos para obtener el consentimiento aparente de muchos”, reduciendo el conflicto a un asunto transaccional y minimizando las preocupaciones de fondo sobre el ecosistema, el agua y la sostenibilidad de la vida rural.

En consecuencia, la experiencia de Cotuí reafirma un hallazgo transversal del informe: los conflictos ambientales en República Dominicana no son solo problemas ecológicos, sino disputas sobre derechos fundamentales. Las comunidades de Sánchez Ramírez reclaman no solo tierras o compensaciones, sino el derecho a decidir sobre su territorio, a un ambiente sano, a la protección de sus fuentes de agua, y a que el Estado actúe como garante y no como actor de fuerza al servicio de intereses extractivos. A la luz de los estándares internacionales incluido el Acuerdo de Escazú, aun no ratificado por el país, el caso de Cotuí pone en evidencia la urgencia de fortalecer mecanismos de participación vinculante, garantizar protección a defensores ambientales y replantear el modelo de gobernanza extractiva bajo principios de justicia ambiental, soberanía hídrica y protección de derechos humanos.

Vulneraciones a defensores ambientales

En el plano de agresiones a personas defensoras, organizaciones de sociedad civil han denunciado un aumento de hostigamientos, discursos estigmatizantes y amenazas contra activistas que protegen derechos de migrantes y medio ambiente. Desde la puesta en marcha del plan de deportaciones masivas en 2024, se documentaron detenciones arbitrarias y amenazas contra defensores del Movimiento Sociocultural de Trabajo Humanitario y Ambiental (MOSCTHA) y otros grupos que denuncian abusos contra migrantes y territorio Amnesty International.

Aunque no hay cifras nacionales concluyentes de asesinatos de defensores en RD en 2025, el clima regional es grave: Latinoamérica reportó al menos 120 defensores ambientales asesinados o desaparecidos en 2024, lo que posiciona a la región como epicentro del riesgo para esta labor Noticias ambientales. En ese entorno, el rol de los defensores dominicanos adquiere un perfil de exposición extremo.

El Estado dominicano ha respondido públicamente ante la CIDH ante amenazas contra defensores, reconociendo su rol y condenando violencia (Comunicado CIDH, 2024). Pero la ausencia de una política pública integral de protección, de protocolos operativos ni mecanismos efectivos para el reporte de agresiones limita la garantía real de que las personas defensoras puedan operar sin riesgo.

Indicadores ambientales nacionales: señales de deterioro

Según el Anuario de Estadísticas Ambientales 2024 de ONE, el país registra tensiones en calidad del aire, deforestación, aumento de residuos sólidos urbanos y presiones sobre ecosistemas frágiles (humedales, zonas costeras). En el portal oficial de estadísticas ambientales del Ministerio de Medio Ambiente se reportan cifras de autorizaciones ambientales, uso del suelo, minería no metálica y cambio en cobertura forestal para enero-agosto 2025 (Medio Ambiente, 2025).

Desde el Boletín No. 10 se evidencia que el gasto público en protección ambiental sigue siendo modesto frente a las necesidades, lo que limita las capacidades de supervisión, fiscalización y respuesta ante agresiones territoriales (ONE, 2025). En otras palabras, el déficit presupuestario ambiental refuerza la fragilidad institucional frente a presiones extractivas ilegales.

Efectos de las vulneraciones: derechos afectados y brechas intensificadas

Las agresiones y vulneraciones al derecho ambiental no son solamente actos aislados: tienen efectos profundos y estructurales sobre múltiples derechos. Primero, se socava el derecho a la salud: la contaminación del agua, la degradación de cuencas, la exposición a partículas finas y humedades incrementa enfermedades respiratorias, gastrointestinales y afecciones crónicas, especialmente en comunidades cercanas a explotaciones extractivas ilegales. Segundo, se debilita el derecho a un ambiente sano como medio para el desarrollo humano; esa degradación territorial reproduce desigualdades estructurales.

Para los defensores ambientales, se añade el riesgo de violencia física, detención arbitraria, difamación y hostigamientos. Estas vulneraciones implican violaciones al derecho a la libertad de expresión, seguridad personal y de asociación. En escenarios donde la impunidad es alta y el Estado no actúa con debida diligencia, el efecto es silenciar voces críticas, generando un clima de autocensura y debilitamiento de la democracia ambiental.

Las comunidades vulnerables que dependen del medio ambiente para subsistencia sufren expropiaciones informales, erosión de su suelo, pérdida de vegetación protectora y acceso deficiente al agua potable. Ese desequilibrio ambiental impacta más fuertemente en mujeres y niñas, que suelen asumir tareas de recolección de agua o alimentos, aumentando su carga laboral, exposición a riesgos y vulnerabilidad.

Desde la óptica de derechos humanos, las vulneraciones documentadas contravienen estándares internacionales: la Declaración de Río (principio 10) sobre acceso a la información y participación pública; el Acuerdo de Escazú (estándar emergente) exige protección para defensores y transparencia ambiental; la CIDH exige sanción efectiva de agresores y garantía de un entorno seguro para la defensa del ambiente; y los tratados de derechos humanos obligan a que la violación ambiental no derive en regresividad ni discriminación.

Las brechas intensificadas incluyen: (i) brecha de participación efectiva, pues decisiones ambientales se adoptan sin consulta o con consulta superficial; (ii) brecha de equidad territorial, con territorios rurales o periféricos más afectados; (iii) brecha de protección a defensores, por falta de mecanismos estatales de protección; y (iv) brecha de fiscalización y rendición de cuentas, con debilidad institucional para aplicar sanciones, investigar delitos ambientales o detener redes ilegales.

Análisis comparativo y lecciones internacionales

En América Latina, el modelo extractivista ha generado numerosos conflictos ambientales y riesgos para defensores. Países como Colombia y México han sido escenarios críticos de homicidios contra activistas territoriales, lo que ha provocado reformas legales para mecanismos nacionales de protección. Comparar esos modelos permite advertir que la República Dominicana debe anticipar esas dinámicas y no repetir omisiones institucionales.

El Acuerdo de Escazú, vigente en varios países de la región, ofrece un marco normativo comparado: sus disposiciones de protección a defensores, acceso a la justicia, participación pública y sanción efectiva pueden servir como guía para diseñar políticas dominicanas incluso antes de su ratificación de modo pleno. En ese sentido, países que han implementado observatorios ambientales autónomos, defensorías ambientales territoriales y mecanismos de alerta temprana muestran que la protección no es solo discursiva, sino operativa.

Al trasladar esas lecciones al contexto dominicano, se observa que el país enfrenta una ventana de oportunidad. Si bien la institucionalidad ambiental tiene debilidades, la creciente visibilidad del tema y la presión internacional ofrecen un impulso político para reforzar mecanismos de protección, mejorar monitoreo y ampliar la ciudadanía ambiental.

Normativa y políticas nacionales	Obligaciones internacionales y estándares	Brechas y vulneraciones identificadas
Constitución (art. 65): reconoce el derecho a un medio ambiente sano y el deber del Estado de proteger ecosistemas.	Opinión Consultiva OC-23/17 (Corte IDH): el derecho a un medio ambiente sano es autónomo, exige protección incluso sin daño inmediato a otros derechos.	La Constitución no se traduce en protección efectiva: casos de extracción ilegal de arena y conflictos mineros muestran permisividad institucional.
Ley 64-00 de Medio Ambiente: regula conservación, uso sostenible y control de recursos naturales.	PIDESC, art. 12 y OG14: la degradación ambiental compromete el derecho a la salud; Estados deben actuar con debida diligencia.	Contaminación de ríos (Nizao, Yuna) y proyectos extractivos ponen en riesgo salud de comunidades rurales y urbanas.
Resolución 0004-2025: clausura de vertederos ilegales (ej. Boca de Yuma).	Protocolo de San Salvador (art. 11): acceso a un medio ambiente sano y deber de progresividad.	Las resoluciones son aisladas, con débil capacidad de fiscalización y cumplimiento; vertederos clandestinos persisten.
Convenios con coaliciones ecologistas (2024): acuerdos de cooperación simbólicos.	Acuerdo de Escazú (art. 9): obliga a proteger a defensores ambientales y garantizar participación efectiva.	RD aún no ha ratificado Escazú; ausencia de protocolos de protección deja expuestos a defensores ante amenazas y hostigamientos.
Planificación de proyectos mineros y concesiones: autorizaciones por Ministerio de Energía y Minas.	Convenio de Aarhus (principio 10 de Río): derecho a información y participación pública.	Procesos de licenciamiento minero con consultas parciales o superficiales; comunidades denuncian falta de transparencia.
Fiscalización ambiental por Ministerio de Medio Ambiente: emisión de permisos y sanciones administrativas.	CIDH, informes 2021–2024: Estados deben prevenir ataques a defensores y sancionar agresores con debida diligencia.	Impunidad en amenazas y agresiones a defensores (caso "ruta de la arena"); falta de investigación judicial.
Boletín de Estadísticas Ambientales 2025: gasto en protección ambiental.	ODS 15 (Vida de ecosistemas terrestres): exige medidas urgentes contra deforestación y degradación.	El gasto ambiental es bajo y decreciente; insuficiente para detener deforestación y deterioro de cuencas.

Reflexiones y líneas estratégicas para 2026

La situación del derecho al medio ambiente y la vulneración de defensores ambientales en República Dominicana durante 2025 es de alto riesgo institucional y social. Los casos de extracción ilegal de arena, conflictos mineros y hostigamiento a activistas evidencian que las normas ambientales nacionales, aunque formalmente robustas, no se traducen en protección efectiva. La combinación de debilidad institucional, baja capacidad presupuestaria, corrupción y tolerancia local propicia que los defensores operen en condiciones inseguras.

Este tema debe abordarse con mayor énfasis en futuros informes de DDHH, pues no solo implica una vulneración directa de un derecho ambiental, sino que incide transversalmente en salud, vivienda, cultura y dignidad humana. Para ello, algunas líneas estratégicas emergentes:

- Crear protocolos estatales explícitos de protección para defensores ambientales, con mecanismos de alerta temprana, seguimiento judicial y sanciones efectivas.
- Fortalecer la fiscalización ambiental descentralizada, con recursos humanos, tecnologías (monitoreo satelital, drones, sensores) y participación comunitaria.
- Promover la ratificación del Acuerdo de Escazú y adaptar sus estándares a la normativa y práctica dominicanas lo antes posible.
- Transparencia y rendición de cuentas ambiental, con observatorios ciudadanos, portales de datos abiertos ambientales y mecanismos de denuncia accesibles.
- Integrar educación ambiental y fortalecimiento organizativo comunitario para formar defensores locales informados y con capacidad jurídica.

En resumen, defender el ambiente en República Dominicana en 2026 implica navegar una tensión entre intereses extractivos y derechos fundamentales. El Estado tiene el reto urgente de transformarse de espectador permisivo a garante activo, si aspira a honrar su mandato constitucional de proteger un ambiente sano como sustento de una vida digna para todas las generaciones.

Bloque 3

El trato digno de las personas privadas de libertad y el sistema penitenciario

Breve Marco normativo e institucional penitenciario

La regulación moderna del sistema penitenciario dominicano está contenida en la Ley No. 113-21, que regula el Sistema Penitenciario y Correccional. Esta norma deroga la antigua Ley 224 de 1984 y establece principios generales, organización del régimen penitenciario, derechos de los reclusos, mecanismos de supervisión y obligaciones estatales (artículos iniciales) (Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo).

La ley 113-21 dispone que los centros penales deben respetar el derecho a la dignidad humana, la integridad física, el derecho a la salud, la educación, la comunicación, el trabajo y la reinserción, entre otros derechos. Sin embargo, su articulación efectiva depende de una adecuada infraestructura normativa secundaria (reglamentos, protocolos) y del presupuesto asignado a la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Correccionales (DGSPC), que opera bajo la órbita del Ministerio Público.

Complementan este marco el Código Procesal Penal (Ley 76-02) con sus garantías procesales, y el marco constitucional de derechos humanos (Constitución dominicana) que prohíbe tratos crueles, inhumanos o degradantes y reconoce la dignidad como fundamento del orden legal.

En la práctica institucional, la DGSPC administra los recintos penales (modelos tradicionales y centros de corrección y rehabilitación). Un ejemplo emblemático es el complejo Najayo, que alberga hombres y mujeres y modelos de máxima seguridad, pero que sufre de sobrepoblación y carencia de recursos: por ejemplo, en 2025 el recinto masculino, con capacidad para ~1,137 internos, albergaba 2,376 privadas de libertad (más del doble de su capacidad) y el recinto femenino con capacidad de 515 tenía 336 internas.

Este marco institucional es formalmente completo, pero su capacidad reguladora, supervisora y de ejecución está limitada por la fragmentación administrativa, los recortes presupuestarios, la débil rendición de cuentas y la ausencia de mecanismos efectivos de monitoreo independiente.

Situación actual de cárceles: hacinamiento, condiciones inhumanas, acceso a salud y educación

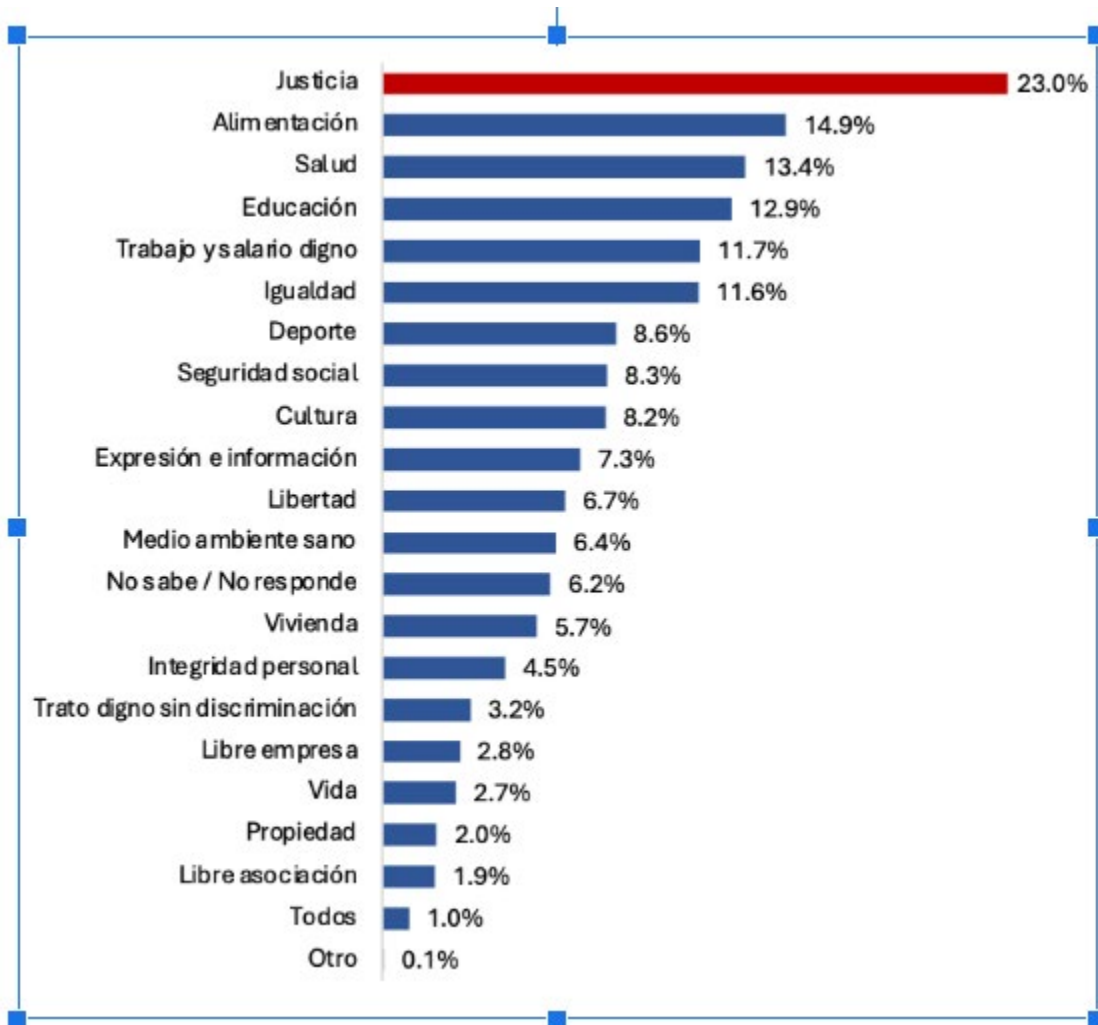
La crisis penitenciaria dominicana está profundamente marcada por el hacinamiento extremo. En centros tradicionales, se reporta que las prisiones albergan hasta cuatro veces su capacidad. Por ejemplo, en 2023 la tasa de hacinamiento se estimó en 67.5 % con una población de 26,207 internos frente a una capacidad para 15,643 internos (Listín Diario). Un informe internacional señala que la tasa de ocupación supera el 64 % en muchos recintos, obligando a reclusos a dormir en pisos o hamacas improvisadas sin condiciones dignas (Prison Insider).

Según la Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2024, realizada por el Defensor del Pueblo, dentro de los derechos humanos considerados menos garantizados se encontraba en primer lugar la justicia. La ENDH 2024 ofrece una lectura indirecta pero reveladora sobre la percepción ciudadana del sistema de justicia y las condiciones de privación de libertad. La encuesta muestra que la Policía Nacional continúa siendo la institución percibida como la que menos respeta los derechos humanos, seguida por el sistema judicial y la Procuraduría General de la República. Este patrón, constante desde 2022, refuerza la imagen de un aparato penal asociado a violencia, corrupción e impunidad, donde el respeto a la dignidad humana aparece erosionado. Las respuestas reflejan una profunda desconfianza social hacia las instituciones encargadas de garantizar justicia y trato digno, lo que constituye un indicador indirecto de vulnerabilidad en los centros penitenciarios.

Asimismo, el bajo nivel de confianza en la Procuraduría, el sistema carcelario y la Policía puede interpretarse como un reflejo de la percepción pública sobre el financiamiento, la falta de atención médica y las condiciones inhumanas de detención. Estos hallazgos se alinean con los reportes del Defensor del Pueblo y de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Correccionales (DGSPC), que señalan deficiencias persistentes en infraestructura, acceso a agua potable y programas de rehabilitación. La ENDH sugiere, desde la mirada ciudadana, que el sistema penitenciario sigue siendo un espacio de exclusión institucional y de negación del principio de trato digno consagrado en la Constitución (art. 40).

Para el informe de 2025, estos datos refuerzan la tesis de que el derecho a la dignidad y a la reinserción de las personas privadas de libertad permanece sistemáticamente vulnerado. La desconfianza generalizada hacia las instituciones de justicia se traduce en una percepción de impunidad estructural y ausencia de mecanismos efectivos de rendición de cuentas. En términos de política pública, los resultados de la ENDH 2024 respaldan la necesidad de fortalecer la supervisión civil del sistema penitenciario, implementar protocolos de derechos humanos en prisiones y adoptar las Reglas Mandela de Naciones Unidas como estándar obligatorio en la gestión penitenciaria nacional.

Gráfico 2. Derechos humanos considerados por las personas entrevistadas como menos garantizados en República Dominicana.



En 2025, la sobrepoblación alcanza niveles críticos: se reporta que algunas cárceles tienen una sobrepoblación del 157 % (Diario Libre). Según datos publicados, al menos 9,000 reclusos están en condiciones de hacinamiento extremo, durmiendo en el suelo o sin espacio para tumbarse (RDE Digital).

Las condiciones de vida dentro de los recintos son gravemente deterioradas: ventilación deficiente, iluminación escasa, falta de acceso adecuado a servicios básicos de agua y saneamiento, celdas compartidas con exceso de internos, ausencia de colchones suficientes y presencia de insectos o humedad. En algunos casos, internos sobreviven en pasillos, áreas comunes o junto a sanitarios en mal estado (Diario Libre).

El acceso a servicios de salud dentro de las cárceles es extremadamente limitado. Algunos recintos carecen de personal médico o de medicamentos adecuados. Enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles y condiciones de salud mental no reciben atención integral. En recintos donde la administración carcelaria debe garantizar salud como parte del deber del Estado custodial, esta ausencia configura vulneraciones al derecho a la salud.

El derecho a la educación, trabajo y formación está formalmente reconocido en la Ley 113-21, pero su implementación es escasa o simbólica en muchos centros. La falta de programas sistemáticos de formación o reinserción limita la posibilidad de rehabilitación y perpetúa el ciclo de reingreso social.

Adicionalmente, un porcentaje considerable de los internos se encuentran bajo detención preventiva, sin cargos ni sentencia firme. Se estima que más del 60 % de la población carcelaria está en esta situación, lo que agrava el hacinamiento y amplifica vulneraciones de derechos procesales.

Trato digno y derechos humanos de las personas privadas de libertad en República Dominicana

El derecho al trato digno constituye una obligación inderogable del Estado dominicano conforme al artículo 40 de la Constitución y a los estándares internacionales de derechos humanos, particularmente las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 5) y las Reglas de Bangkok sobre mujeres privadas de libertad. Sin embargo, la brecha entre la norma y la realidad penitenciaria continúa siendo profunda, tal como documenta el Defensor del Pueblo en su informe “Derechos de las Personas Privadas de Libertad” (2024), que constituye la investigación institucional más reciente y exhaustiva sobre las condiciones del sistema penitenciario en el país.

El estudio, basado en observación directa y 72 entrevistas cualitativas en diez centros penitenciarios del territorio nacional, evidencia una situación estructural de vulneración de derechos en los ejes de salud, seguridad personal, acceso a la justicia, educación, trabajo y reinserción social. A pesar de la aprobación de la Ley 113-21, que sustituyó el antiguo régimen penitenciario de 1954 e introdujo un modelo basado en la rehabilitación, el informe concluye que “la distancia entre la letra de la ley y las prácticas institucionales revela una cultura punitiva, jerárquica y desigual” (Defensor del Pueblo, 2024, p. 18).

Hacinamiento, corrupción y violencia estructural

El hacinamiento constituye una de las principales violaciones documentadas. Aunque las estadísticas oficiales reportan una población penitenciaria cercana a 27,000 personas en 2023, el Defensor del Pueblo estima que más del 60 % de los centros superan su capacidad instalada (Defensor del Pueblo, 2024, p. 23). Esta sobrepoblación genera condiciones inhumanas, agrava enfermedades transmisibles y reduce el acceso a atención médica oportuna. En varios recintos —como Najayo Hombres, La Victoria y Rafey— se observó la existencia de “grupos de poder internos” que controlan el acceso a alimentos, medicinas y espacios de descanso, reproduciendo lógicas de dominación y corrupción.

El informe denuncia prácticas que configuran tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes, entre ellas la utilización de la sanción conocida como “la plancha”, aplicada como castigo disciplinario o forma de coerción. Esta práctica, documentada históricamente desde el régimen trujillista, sigue vigente bajo modalidades informales y con tolerancia institucional. Asimismo, se registran violaciones sexuales y coerción hacia mujeres y personas LGBTIQ+, utilizadas como mecanismos de control, intimidación y castigo (Defensor del Pueblo, 2024, p. 35). Estas conductas constituyen violaciones directas al artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y a los artículos 2 y 16 de la Convención contra la Tortura.

Acceso desigual a salud, educación y justicia

El estudio revela que el derecho a la salud dentro de las cárceles está gravemente comprometido. Las personas privadas de libertad enfrentan un acceso limitado a medicamentos, diagnósticos y servicios médicos básicos. En varios centros, los fármacos se comercializan internamente, lo que convierte la atención médica en un privilegio condicionado por la capacidad de pago (Defensor del Pueblo, 2024, p. 42). Además, el acceso al sistema de seguridad social (SeNaSa) es casi inexistente para las personas privadas de libertad sin documentación, lo que contradice la Ley 42-01 de Salud y los principios de universalidad y no discriminación.

El derecho a la educación y al trabajo —instrumentos fundamentales para la rehabilitación y reinserción— presenta brechas profundas. Aunque existen convenios con INFOTEP, UAPA y otras instituciones educativas, el informe señala que la mayoría de los programas carecen de pertinencia laboral y reproducen estereotipos de género: a las mujeres se les ofrecen cursos de costura o estética, mientras que a los hombres se les destina a talleres técnicos con mayor potencial económico (Defensor del Pueblo, 2024, p. 49). Este patrón no solo perpetúa la desigualdad de género, sino que limita la autonomía y las oportunidades reales de reinserción.

Asimismo, el acceso a la justicia es restringido. El informe evidencia una defensa pública colapsada, con abogados que gestionan hasta 300 expedientes simultáneos, sin capacidad de seguimiento individualizado. Se documentan casos de personas con prisión preventiva superior a cinco años y reenvíos judiciales reiterados, vulnerando el derecho a un juicio justo y a la presunción de inocencia. La población extranjera —principalmente de nacionalidad haitiana, colombiana y venezolana— enfrenta discriminación sistemática, pues la falta de documentos o traductores adecuados conduce a detenciones prolongadas o indefinidas (Defensor del Pueblo, 2024, pp. 53–56).

Brechas estructurales: poder, mercantilización y deshumanización

De acuerdo con el informe, el sistema penitenciario dominicano reproduce tres brechas estructurales: (1) la desigualdad de género y clase, que condiciona el acceso a bienes y derechos; (2) la asimetría de poder, donde los privilegios internos y la corrupción determinan las oportunidades; y (3) la mercantilización de derechos básicos, ya que alimentos, medicamentos o permisos de visita se obtienen a cambio de dinero. Estos factores, entrelazados, configuran un sistema que “penaliza la pobreza, refuerza la desigualdad y despoja de humanidad a las personas privadas de libertad” (Defensor del Pueblo, 2024, p. 68).

Este diagnóstico coincide con los hallazgos de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que en su informe regional de 2023 alertó sobre la persistencia de “cárceles inhumanas, tortura institucionalizada y criminalización de la pobreza” en varios países del Caribe (CIDH, 2023). República Dominicana comparte ese patrón: un marco legal progresista en el papel y una realidad penitenciaria que perpetúa exclusión y violencia.

Reformas introducidas por el nuevo Código Penal: avances y vacíos

El nuevo Código Penal (Ley núm. 74-25), promulgado el 3 de agosto de 2025, pretende modernizar el marco penal dominicano y dotarlo de herramientas más contemporáneas para enfrentar la criminalidad. Presidencia de la República Dominicana. Según su propio resumen ejecutivo, introduce nuevas figuras delictivas, fortalece la protección de las víctimas y actualiza sanciones.

Sin embargo, desde la óptica de los derechos humanos, persisten vacíos críticos. Por ejemplo, omite la tipificación clara de múltiples formas de violencia sexual o de género en el ámbito penal, y no incorpora de manera avanzada mecanismos de protección o reparación adaptados a grupos vulnerables.

En cuanto a lo penitenciario, el nuevo código podría introducir revisiones de plazos, penas alternativas, medidas de reinserción o criterios de proporcionalidad de condenas, aunque estos mecanismos deben desarrollarse en reglamentos y políticas de aplicación concreta. La promesa de modernización existe, pero el texto legal por sí solo no garantiza que las condiciones materiales en las cárceles mejoren sin una voluntad estatal explícita, recursos y supervisión efectiva.

Deudas pendientes en derechos humanos dentro del sistema penitenciario

Persisten múltiples deudas estructurales en el sistema penitenciario dominicano.

- Primero, la falta de mecanismos de control externo e inspección independiente limita la transparencia y la rendición de cuentas sobre abusos, torturas y tratos indignos.
- Segundo, el acceso efectivo a servicios de salud especializados, medicamentos, atención psicológica o psiquiátrica, terapias para enfermedad crónica, rehabilitación o programas de inclusión es inconsistente y frecuentemente interrumpido.
- Tercero, aunque la ley reconoce el derecho a educación, trabajo y formación, estos componentes funcionan de forma muy limitada y no responden a los perfiles de internos jóvenes, con poca educación previa, mujeres privadas de libertad o personas que cumplen condenas largas.
- Cuarto, la detención preventiva prolongada —algunos internos llevan años sin cargos— vulnera garantías constitucionales de debido proceso y presunción de inocencia, y genera una sobrecarga de población para la institución penitenciaria.
- Quinto, hay una deuda de adaptaciones para personas con discapacidad, que requieren acceso a espacios accesibles, provisión de dispositivos, terapias u otras medidas razonables, elementos casi ausentes en los recintos dominicanos.

Efecto en poblaciones vulnerables

Mujeres privadas de libertad

Las mujeres en prisión enfrentan una doble marginación: condiciones hacinadas pensadas para población masculina, ausencia de programas específicos de género, separación de hijos menores e insuficiente atención maternal o ginecológica. Las cárceles femeninas tienen menor capacidad y suelen recibir menos recursos.

Jóvenes

Los jóvenes privados de libertad demandan atención educativa, capacitación profesional y alternativas a la reclusión, pero el sistema no está diseñado para esa población. En los centros tradicionales saturados, las oportunidades de reinserción son escasas, lo que favorece el ciclo de reincidencia.

Personas con discapacidad

Quienes tienen discapacidad enfrentan barreras estructurales adicionales: instalaciones inaccesibles, falta de dispositivos, ausencia de atención médica especializada o rehabilitación, y falta de ajustes razonables. En un contexto de hacinamiento, estas barreras se vuelven insalvables.

Brechas estructurales y hallazgos clave

Este análisis revela que las cárceles dominicanas funcionan con un modelo de exclusión estructural, donde la legalidad formal convive con la inhumanidad práctica. Las brechas más visibles son:

- Capacidad institucional insuficiente frente al número de internos: los recintos tradicionales están cuatro veces sobrecargados.
- Desproporción entre reconocimiento normativo y dotación material: la Ley 113-21 reconoce derechos amplios, pero falta presupuesto, personal, capacitación, infraestructura y supervisión.
- Precariedad en servicios esenciales de salud y educación: los hospitales carcelarios no garantizan atención integral, y los programas formativos están deslegitimados.
- Demoras o paralización de reformas del nuevo Código Penal que no se traducen automáticamente en mejoras en las condiciones materiales de privación de libertad.
- Discriminación múltiple a poblaciones vulnerables: mujeres, jóvenes, LGBTIQ+ y personas con discapacidad quedan rezagadas dentro del sistema penitenciario.
- Impunidad y falta de supervisión externa efectiva: sin mecanismos independientes de monitoreo, las violaciones suelen permanecer invisibilizadas y sin sanción.

En definitiva, aunque existe un andamiaje normativo prometedor, el desfase entre norma y realidad en el sistema penitenciario constituye una de las expresiones más dramáticas de la crisis de derechos humanos en República Dominicana 2025.

Brechas transversales y patrones comunes



Fragmentación institucional

La primera brecha transversal que emerge del análisis comparado de salud, ambiente y sistema penitenciario es la fragmentación institucional. Aunque la arquitectura normativa delimita funciones —rectoría, provisión, aseguramiento, regulación y fiscalización—, en la práctica se observan mandatos superpuestos, vacíos de coordinación y cadenas de decisión dispersas. En salud, la rectoría del Ministerio de Salud Pública coexiste con el Servicio Nacional de Salud (provisión), el CNSS (gobernanza del financiamiento) y la SISALRIL (supervisión), a lo que se suma la operación de SENASA y de múltiples ARS; ese entramado crea zonas grises donde la política pública se diluye o se contradice. En ambiente, la autoridad rectora convive con gobiernos locales, el Ministerio de Energía y Minas y otras agencias con potestades sectoriales, generando tensiones horizontales (por ejemplo, entre licenciamiento económico y salvaguardas ambientales) y brechas verticales de implementación en el territorio. En el sistema penitenciario, la DGSPC administra recintos en coordinación con el Ministerio Público y el Poder Judicial, pero sin un mecanismo estable de gobernanza interinstitucional que alinee gestión de cupos, medidas alternativas, salud intramuros y reinserción social.

Desde la teoría de la gubernamentalidad y de las redes de políticas públicas, esta fragmentación no es solo un problema organizativo; es un modo de gobierno que produce resultados de exclusión al colocar a la ciudadanía frente a múltiples puertas de entrada con reglas distintas. La consecuencia es un desfase entre norma y práctica: la ley promete universalidad, pero el itinerario institucional —largos trámites, requisitos documentales, derivaciones— filtra quién accede y quién queda fuera. La fragmentación también alimenta la “burocracia de calle” (Lipsky): en ausencia de lineamientos claros y recursos suficientes, los operadores deciden caso a caso, ampliando la discrecionalidad y el riesgo de discriminación indirecta. El resultado es una política que parece neutral en el texto, pero es inequitativa en su operación.

Déficit de financiamiento y corrupción

La segunda brecha es el estrecho espacio fiscal y los patrones de integridad insuficiente en la gestión de recursos. El gasto público en salud, ambiente y sistema penitenciario se mantiene por debajo de umbrales necesarios para garantizar la disponibilidad y calidad de prestaciones básicas. En salud, los déficits financieros del asegurador público y los atrasos de pago a prestadores erosionan la continuidad de tratamientos, la dotación de medicamentos y el mantenimiento de infraestructura. En ambiente, los órganos de fiscalización operan con plantillas reducidas, tecnología limitada y cobertura territorial insuficiente, lo que deja ecosistemas críticos sin monitoreo efectivo. En el sistema penitenciario, la subinversión crónica en infraestructura, agua, saneamiento y salud intramuros perpetúa condiciones materiales incompatibles con la dignidad humana.

A este cuadro se superponen riesgos de corrupción: compras poco competitivas, conflictos de interés, sobrefacturación, autorizaciones discrecionales, y arreglos con proveedores o concesionarios que distorsionan prioridades. Desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos, la corrupción no es una mera ineficiencia; constituye un vector de regresividad que desvía recursos de su finalidad pública y afecta con mayor dureza a quienes dependen del Estado para ejercer sus derechos. En términos económicos, la corrupción actúa como un impuesto regresivo sobre los pobres: encarece el acceso, reduce la oferta de servicios y obliga a gastos de bolsillo, afectando el núcleo de la protección social.

El enlace entre bajo financiamiento y riesgos de integridad produce un círculo vicioso: la escasez fomenta soluciones excepcionales (emergencias, adjudicaciones directas), las excepciones elevan la opacidad, que aumenta la probabilidad de desvíos, y los desvíos profundizan la escasez. Romper este ciclo exige ampliar el espacio fiscal con progresividad, fortalecer sistemas de contratación pública, y publicar tableros de control (pagos, autorizaciones, tiempos, listas de espera) que permitan la vigilancia y el control social.



Exclusión de poblaciones vulnerables

La tercera brecha transversal es la exclusión estructural de grupos en desventaja histórica: migrantes y descendientes de migrantes, mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad, población rural y fronteriza, y personas privadas de libertad. El análisis interseccional muestra que la exclusión se acumula y multiplica cuando confluyen estatus migratorio, género, edad y pobreza. En salud, la imposición de requisitos documentales en hospitales públicos y el miedo a la deportación operan como barreras de acceso; aun cuando la norma consagra universalidad, la práctica la restringe. En ambiente, las comunidades rurales —frecuentemente con alta presencia de mujeres y población migrante— soportan la carga de la degradación ecológica (contaminación de ríos, extracción ilegal de agregados, presión minera) y la violencia contra defensores que alzan la voz. En cárceles, las personas privadas de libertad viven una triple negación: pérdida de libertad, privaciones materiales (agua, saneamiento, salud intramuros) y falta de oportunidades de educación y reinserción, con efectos agravados en mujeres, jóvenes, y personas con discapacidad por la ausencia de ajustes razonables y programas específicos.

La teoría de los determinantes sociales ayuda a entender este patrón: la vulneración de derechos no se explica solo por la oferta de un servicio, sino por condiciones estructurales (ingreso, educación, vivienda, territorio, estatus jurídico) y por el diseño de reglas administrativas que parecen neutras pero excluyen. Una exigencia documental en salud, una audiencia judicial que se difiere reiteradamente, una consulta ambiental sin información accesible, o una cárcel sin agua potable no son simples fallas operativas: son mecanismos de reproducción de desigualdad que impactan de modo diferenciado y perpetúan la vulneración.



Débil rendición de cuentas

La cuarta brecha es la insuficiencia de controles y la opacidad en el ciclo de la política pública. La rendición de cuentas formal —informes, auditorías, comités— convive con bajas capacidades de investigación y sanción, limitada independencia de órganos de control, y canales de queja poco accesibles para la ciudadanía. En salud, rara vez se publican indicadores desagregados (por sexo, edad, discapacidad, territorio, estatus migratorio) que permitan monitorear no discriminación. En ambiente, los datos de licencias, monitoreo y sanciones no siempre están en formato abierto, detallado y oportuno; sin transparencia, la participación y la justicia ambiental se vacían de contenido. En el ámbito penitenciario, la ausencia de mecanismos externos robustos de inspección y de registros públicos sobre condiciones intramuros y medidas de prevención dificulta corregir abusos o malas prácticas.

El resultado es una asimetría de información que debilita el control social, reduce la calidad del debate público y desincentiva mejoras internas. A nivel sistémico, esta debilidad erosiona la confianza en las instituciones y facilita la captura por intereses particulares. Desde la óptica de los estándares internacionales, la opacidad es incompatible con la debida diligencia que los Estados deben desplegar para prevenir, investigar y reparar vulneraciones de derechos.



Síntesis: cómo salud, ambiente y cárceles reflejan problemas estructurales del Estado en materia de DDHH

La lectura transversal de los tres bloques temáticos revela un patrón estructural: un Estado con capacidad normativa alta pero capacidad operativa desigual, donde la “promesa de derechos” se desvanece en la implementación. Las piezas encajan como un efecto dominó: la fragmentación dificulta la coordinación; el déficit de financiamiento y la corrupción ralentizan o distorsionan la ejecución; la exclusión se concentra en los grupos con menor poder de voz; la débil rendición de cuentas impide corregir el rumbo y aprender. A mayor nivel de vulnerabilidad de la población, mayor es la fricción con este sistema: la tramitología se vuelve muro, la escasez se vuelve racionamiento, y la opacidad se vuelve silencio.

En salud, esto se traduce en cobertura aparente pero acceso condicionado (por costos de bolsillo, por documentos, por tiempos de espera), con el agravante de crisis de gobernanza financiera que amenaza la continuidad de prestaciones esenciales. En ambiente, la tensión entre interés extractivo y salvaguarda se resuelve, con frecuencia, contra comunidades y defensores; sin información accesible y justicia ambiental eficaz, los conflictos se cronifican y el deterioro ecológico avanza. En cárceles, la distancia entre la dignidad proclamada y la realidad material expone la fragilidad del Estado para garantizar derechos en los contextos más exigentes.

Estos patrones no son inexorables. La propia lógica de derechos humanos ofrece una hoja de ruta para revertirlos: coherencia de políticas (alinear rectoría, financiamiento, regulación y provisión), no regresividad (blindar presupuestos y prestaciones básicas), igualdad sustantiva (diseñar reglas con enfoque interseccional y de ciclo de vida), y rendición de cuentas (datos abiertos desagregados, inspecciones independientes, reparación efectiva). El cambio clave es pasar de una gestión por excepción y emergencia a una gestión por garantías: planificada, trazable y orientada por estándares, donde la regla no sea “hacer lo posible con lo que hay”, sino asegurar lo debido con lo necesario.



En última instancia, salud, ambiente y sistema penitenciario funcionan como termómetros de la relación del Estado con su ciudadanía. Cuando fallan —y fallan de modo sistemático— no solo se afectan servicios o sectores, sino el pacto democrático: la confianza en que la ley protege por igual, la convicción de que la dignidad no es negociable y la expectativa de que el futuro será mejor que el pasado. Corregir las brechas identificadas es, por tanto, más que una agenda sectorial: es una tarea de Estado para colocar a la República Dominicana en una trayectoria de garantía efectiva de derechos para todas las personas.

Recomendaciones





El análisis presentado en este informe muestra un patrón común de brechas estructurales en salud, medio ambiente y sistema penitenciario: fragmentación institucional, déficit de financiamiento, exclusión de poblaciones vulnerables y débil rendición de cuentas. Estas problemáticas no solo comprometen la vigencia de derechos específicos, sino que erosionan el tejido democrático y la cohesión social. Las siguientes recomendaciones buscan ofrecer un mapa de acción diferenciada, con medidas que respondan a la urgencia de la coyuntura, pero que al mismo tiempo apunten a transformaciones estructurales en la República Dominicana.

Recomendaciones al Estado dominicano

- Fortalecer la rectoría institucional y la coordinación intersectorial.
- En salud, consolidar el rol del Ministerio de Salud Pública como ente rector y garantizar la alineación con el SNS, SENASA, SISALRIL y el CNSS.
- En ambiente, establecer mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Medio Ambiente, Energía y Minas y gobiernos locales, para evitar decisiones contradictorias (licencias económicas vs. salvaguardas ambientales).
- En cárceles, institucionalizar un espacio intersectorial entre DGSPC, Ministerio Público, Poder Judicial y Defensor del Pueblo para monitorear condiciones, alternativas a la prisión y programas de reinserción.
- Ampliar el espacio fiscal y blindar el gasto social y ambiental.
- Elevar progresivamente el gasto en salud hacia la meta del 6 % del PIB recomendada por OPS/OMS, asegurando sostenibilidad financiera de SENASA.
- Incrementar el gasto ambiental y de gestión de áreas protegidas, hoy marginal frente a las necesidades de supervisión y restauración.



- Asignar partidas específicas para infraestructura penitenciaria (agua, saneamiento, salud intramuros, rehabilitación).
- Implementar medidas de transparencia y control contra la corrupción.
- Publicar tableros en línea de financiamiento, compras y servicios (listas de espera, licencias ambientales, cupos penitenciarios).
- Fortalecer órganos de control interno y auditoría, y garantizar independencia de la Cámara de Cuentas en la fiscalización de SENASA, compras hospitalarias y concesiones ambientales.
- Garantizar la igualdad sustantiva y la no discriminación en el acceso a oportunidades, servicios y derechos.
- Derogar protocolos hospitalarios que exigen documentos migratorios como condición de acceso.
- Establecer ajustes razonables en recintos penitenciarios para personas con discapacidad y protocolos de protección para personas LGBTIQ+.
- Diseñar programas específicos de salud sexual y reproductiva dirigidos a mujeres y adolescentes, conforme a recomendaciones del Comité CEDAW.
- Ratificar y cumplir compromisos internacionales identificados durante el informe.
- Ratificar el Acuerdo de Escazú, clave para garantizar acceso a información, participación pública y protección de defensores ambientales.
- Implementar las Reglas Mandela de Naciones Unidas en el sistema penitenciario, con monitoreo externo independiente.
- Cumplir las observaciones recientes de la CIDH y los Comités de Naciones Unidas sobre derechos económicos, sociales y culturales.



Recomendaciones a sociedad civil y movimientos sociales

- Monitoreo ciudadano y vigilancia comunitaria. Como herramienta concreta, se sugiere la creación de observatorios ciudadanos en salud, ambiente y sistema penitenciario que documenten violaciones y generen alertas tempranas.
- Fortalecer el uso de herramientas de datos abiertos y denuncias sistematizadas para evidenciar brechas y presionar por cambios.
- Alianzas intersectoriales y redes de incidencia.
- Fomentar coaliciones que articulen organizaciones de salud, ambientales, feministas, de migrantes y de justicia para incidir de forma conjunta ante el Estado y la cooperación internacional.
- Promover el trabajo en red entre comunidades rurales afectadas por proyectos extractivos y movimientos urbanos, para unificar demandas en torno a la justicia ambiental.
- Estrategias de litigio estratégico y exigibilidad. Impulsar acciones de amparo y denuncias internacionales en casos de exclusión sanitaria, violaciones ambientales o condiciones penitenciarias inhumanas.
- Documentar casos emblemáticos y acompañarlos jurídicamente para generar precedentes.
- Procesos de formación y empoderamiento. Fortalecer capacidades comunitarias en derechos humanos, con énfasis en el derecho a la salud, al ambiente y a un trato digno en privación de libertad.
- Impulsar campañas de educación cívica y ambiental que visibilicen cómo la corrupción, la fragmentación y la exclusión impactan en la vida cotidiana de las personas.



Recomendaciones a organismos internacionales y cooperación

- Acompañar procesos de fortalecimiento institucional.
- Apoyar técnica y financieramente la consolidación del sistema de salud pública, en particular SENASA, garantizando transparencia y cobertura equitativa.
- Respaldar el fortalecimiento de capacidades de fiscalización del Ministerio de Medio Ambiente (monitoreo satelital, tecnologías de control, capacitación).
- Financiar proyectos piloto de reforma penitenciaria con enfoque en rehabilitación, educación y programas de reinserción. Condicionar cooperación a estándares de derechos humanos.
- Establecer mecanismos de seguimiento de compromisos internacionales (PID-ESC, CEDAW, CDN, CRPD) en todos los programas de asistencia técnica y financiera.
- Incluir indicadores de no discriminación, acceso universal y protección de defensores en proyectos financiados.
- Promover espacios de diálogo multiactor. Facilitar mesas de trabajo entre Estado, sociedad civil y organismos internacionales para la implementación de recomendaciones.
- Acompañar la construcción de protocolos de protección a defensores ambientales, en línea con el Acuerdo de Escazú.
- Apoyo a la generación de evidencia y datos. Financiar levantamientos estadísticos desagregados (por género, edad, discapacidad, condición migratoria) que permitan monitorear progresividad y no discriminación.
- Respaldar investigaciones académicas e independientes sobre las condiciones carcelarias y el impacto diferenciado de las políticas de salud y ambiente.



Las recomendaciones convergen en un mismo punto: cerrar la brecha entre norma y realidad. Para el Estado, ello significa traducir leyes y tratados en acciones concretas, financiadas y verificables. Para la sociedad civil, implica fortalecer la vigilancia, la articulación y la exigibilidad. Para la cooperación, demanda un acompañamiento estratégico que priorice transparencia, datos, protección a defensores y empoderamiento comunitario. Solo así se podrá avanzar hacia un modelo de gobernanza democrática donde la salud, el medio ambiente y la dignidad de las personas privadas de libertad dejen de ser promesas incumplidas y se conviertan en derechos efectivos para todas las personas.



Referencias

Fuentes internacionales y de organismos multilaterales

Amnistía Internacional. (2025). República Dominicana: medidas migratorias violan derechos fundamentales. Londres: Amnistía Internacional.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2023). Principios interamericanos sobre los derechos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y víctimas de trata de personas. Washington, D.C.: OEA.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). (2000). Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12 del PIDESC). ONU, Doc. E/C.12/2000/4.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (1999). Recomendación General N° 24: Mujeres y salud. Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño (CRC). (2013). Observación General N° 15: El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24). Naciones Unidas.

Convención Americana sobre Derechos Humanos. (1969). Pacto de San José de Costa Rica. Organización de los Estados Americanos.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD). (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas.

Global Witness. (2024). Standing firm: The fight to protect the planet and the people defending it. Londres: Global Witness.

Naciones Unidas – Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACNUDH). (2012). Guía sobre indicadores de derechos humanos: medición y aplicación. Ginebra: ONU.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2023). Personas privadas de libertad y derechos humanos en las Américas. Washington, D.C.: OEA.

Naciones Unidas. (2015). Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Mandela).



Naciones Unidas. (2010). Reglas de Bangkok sobre mujeres privadas de libertad.

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

– “Protocolo de San Salvador”. Washington, D.C.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2024). Informe sobre migración en República Dominicana 2024. Santo Domingo: OIM.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Determinantes sociales de la salud y equidad: marco conceptual y operativo. Ginebra: OMS.

Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). (2025). Health and Human Rights Brief – Dominican Republic Situation Update. Nueva York: ONU.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2023). Informe Regional de Desarrollo Humano: América Latina en transición justa y sostenible. Nueva York: PNUD.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Universidad del Desarrollo. (2020). Salud de personas migrantes internacionales en Chile: situación actual, desafíos y recomendaciones.

Santiago de Chile: OPS/OIM/UDD. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/salud-personas-migrantes-chile>

Human Rights Watch. (2022, 21 de junio). México: Migrantes enfrentan barreras al acceso a servicios de salud. Disponible en <https://www.hrw.org/es/news/2022/06/21/mexico-migrantes-enfrentan-barreras-de-acceso-salud>



Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2021). Recomendación General No. 46/2021 sobre la atención médica a personas migrantes. Ciudad de México: CNDH.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). Salud y migración: desafíos y oportunidades en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2022). Atlas de la migración en los países del Caribe. San José: OIM.

Fuentes nacionales: instituciones públicas, leyes y reglamentos

Constitución de la República Dominicana. (2015). Gaceta Oficial No. 10805. Santo Domingo.

Congreso Nacional. (2001). Ley General de Salud No. 42-01. Santo Domingo: Gaceta Oficial.

Congreso Nacional. (2001). Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo: Gaceta Oficial.

Congreso Nacional. (2000). Ley General de Medio Ambiente y Recursos Naturales No. 64-00. Santo Domingo: Gaceta Oficial.

Congreso Nacional. (2004). Ley No. 285-04 sobre Migración. Santo Domingo: Gaceta Oficial.

Congreso Nacional. (2007). Ley No. 176-07 del Distrito Nacional y los Municipios. Santo Domingo: Gaceta Oficial.

Congreso Nacional. (2015). Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud. Santo Domingo: Gaceta Oficial.

DGM exceeds 180,000 Haitian nationals repatriated due to irregular immigration status. Dirección General de Migración de la República Dominicana. Disponible en: <https://migracion.gob.do/en/dgm-exceeds-180000-haitian-nationals-repatriated-due-to-irregular-immigration-status/>



Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MIMARENA). (2025). Resolución No. 0004-2025: Cierre técnico del vertedero de Boca de Yuma. Santo Domingo: MIMARENA.

Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MIMARENA). (2025). Estadísticas Ambientales 2025. Santo Domingo: MIMARENA.

Ministerio de Salud Pública (MISPAS). (2024). Memoria Institucional 2024. Santo Domingo: MISPAS.

Ministerio de Salud Pública (MISPAS). (2023). Plan Estratégico Nacional de Salud 2023–2028 (PLANDES). Santo Domingo: MISPAS.

Ministerio de Interior y Policía (MIP). (2025). Comunicado oficial sobre las medidas migratorias de abril 2025. Santo Domingo: MIP.

Presidencia de la República Dominicana. (2025, 6 de abril). Anuncio de las 15 medidas migratorias para la protección de la frontera y servicios públicos. Santo Domingo.

Servicio Nacional de Salud (SNS). (2025). Protocolo de verificación migratoria en hospitales públicos. Santo Domingo: SNS.

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL). (2025). Informe trimestral de desempeño del sistema de seguridad social. Santo Domingo: SISALRIL.

Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). (2025). Acta de sesión extraordinaria sobre transferencia de recursos al SDSS. Santo Domingo: CNSS.

Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2025). Boletín de Estadísticas Ambientales No. 10. Santo Domingo: ONE.

Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2023). Encuesta Nacional de Derechos Humanos. Santo Domingo: Defensor del Pueblo y ONE.

Oficina Nacional de Estadística (ONE) & UNFPA. (2017). Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2017). Santo Domingo: ONE.



Informes y estudios académicos

Gatta, M., Rojas, E., & Torres, J. (2024). Discapacidad, salud y exclusión en América Latina: un enfoque de derechos humanos. *Journal of Social Inclusion*, 14(2), 45–67.

Observatorio Migrantes del Caribe (OBMICA). (2025). Posicionamiento sobre medidas migratorias y acceso a la salud en República Dominicana. Santo Domingo: OBMICA.

UNFPA República Dominicana. (2017). El acceso de inmigrantes y descendientes a la salud y la protección social. Santo Domingo: UNFPA.

Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). (2024). Estudio sobre conflictos socioambientales en la región sur de la República Dominicana. Santo Domingo: Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas.

Defensor del Pueblo. (2024). Derechos de las personas privadas de libertad: Diagnóstico sobre la situación penitenciaria en República Dominicana. Santo Domingo: Defensor del Pueblo.

Informes de prensa y medios nacionales e internacionales

CDN. (2025, 14 de septiembre). Investigación sobre irregularidades en el Seguro Nacional de Salud (SENASA).

Diario Libre. (2025, abril). Hospitales públicos aplican protocolo de verificación migratoria en pacientes extranjeros.

Dominican Today. (2025, 9 de septiembre). PEPCA investiga red de corrupción en SENASA.

DR1 News. (2025, 22 de septiembre). Crisis financiera del SENASA: análisis de causas estructurales.



El Nacional. (2025, 26 de septiembre). SENASA bajo investigación del Ministerio Público.

El Nuevo Diario. (2025, 25 de septiembre). Presidente Abinader ordena auditoría interna en SENASA.

El País. (2025, mayo). Mujeres haitianas denuncian temor a acudir a hospitales dominicanos por riesgo de deportación.

Listín Diario. (2025, junio). Autoridades admiten sobrecarga del sistema de salud por aumento de población migrante.

State Department. (2025). 2025 Country Reports on Human Rights Practices: Dominican Republic. Washington, D.C.: U.S. Department of State.

The Guardian. (2025, mayo). Dominican Republic accused of deporting pregnant Haitian women from hospitals.

Teorías y marcos conceptuales

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. París: Gallimard.

Foucault, M. (1978). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Marco conceptual sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Nueva York: Oxford University Press.

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1993). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

