



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Mickens Mathieu, profesor, Faculté des Sciences Humaines (FASCH), Université d'Etat d'Haiti (UEH), mathieumickens05@yahoo.fr

Título

El estatus ocupacional en el acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos (2017)

Noviembre 2020

Introducción

El presente trabajo documenta y analiza el estado y los determinantes del acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos desde una perspectiva comparativa con las nativas blancas no hispanas y las afro-estadounidenses. En el fondo, los análisis buscan averiguar cómo varían los efectos cruzados del estatus ocupacional (empleado, desempleado, inactivo) con una selección de variables sociodemográficas, familiares y residenciales en el acceso a los seguros médicos privados en Estados Unidos. De esta forma, permite acercarse de la heterogeneidad de las necesidades de salud que se encuentran fuertemente vinculadas con la diversidad de las características personales, familiares, económicas y residenciales (sobre todo la heterogeneidad de las políticas en materia de salud a nivel estatal) de los contingentes de mujeres inmigrantes en su proceso de integración en la sociedad estadounidense. De la misma forma, los resultados proporcionan evidencias empíricas de alta validez sobre los rasgos de los subgrupos de mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas que tienen los índices más elevados de desprotección de salud en la unión americana.

El presente trabajo es sumamente importante, considerando la especificidad de las necesidades de salud que caracterizan las poblaciones de mujeres inmigrantes y nativas sobre todo en los momentos de embarazo y lactancia. De la misma forma cobra su relevancia por el hecho de que los grupos de mujeres estudiadas se caracterizan por la probabilidad comparativamente elevada de vivir en condición de vulnerabilidad de ingreso, de sobrerrepresentarse en los puestos de trabajo de mayor riesgo de accidente y penosidad, además de residir como jefas en hogares monoparentales y en situación matrimonial inestable. Esta realidad denota la necesidad de protegerse contra las eventualidades de enfermedades y accidentes vinculadas con sus condiciones en el mercado de trabajo y en el hogar.

Estrategia metodológica y fuentes de datos

La estrategia metodológica priorizada para conducir el presente estudio está dominada por la perspectiva cuantitativa utilizando los datos estadísticos de 2017 de la *American Community Survey*, adquiridos en el sitio Web *Ipums USA*. La American Community Survey es una encuesta anual diseñada e implementada por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (*The U.S. Census Bureau*) con el fin de recopilar datos representativos a nivel nacional y subnacional (ciudad, condados) sobre una muestra relativamente grande de 65000 o más personas, y que cubren una serie de temas sociodemográficos, familiares, económicos, laborales, sanitarios fundamentales para la sociedad estadounidense. Desde el año 2008, la encuesta ACS incluye en su cuestionario preguntas sobre el acceso a seguros médicos de cada persona que residen en las unidades de vivienda muestreadas, a partir de las cuales los investigadores pueden conducir análisis comparativos y detallados acerca de las personas nativas e inmigrantes que residen en la unión americana (Davern, Quinn, Kenney y Blewett, 2009; Plewes, 2010).

El núcleo de los análisis del presente estudio es construido a partir de las predicciones de los efectos marginales en los valores medios (*Marginal Effects at the Means, MEM*), después de haber ajustado modelos de regresión logística binaria (*logit, Razón de momios*) acerca de los determinantes asociados al acceso a seguro médico privado por cada uno de los

colectivos de mujeres haitianas, dominicanas, blancas no hispanas y afroestadounisenses de 16 y más años de edad.

Los efectos marginales estiman la tasa de variación de la probabilidad de contar con cobertura de seguro de salud privada a medida que cambia el predictor utilizado en el modelo de regresión logística binaria, manteniendo las demás variables constantes. Para estimar los efectos marginales en los valores medios se establece los valores de todas las covariables del modelo en sus promedios en la muestra utilizada para estimar el modelo (Gujarati y Porter, 2010). La variable dependiente de los modelos ajustados son el acceso a las coberturas de seguro de salud privado (*Private health insurance coverage*) que contiene dos categorías: 0) no, sin cobertura de seguro médico privado, 1) si, con seguro de salud privado. La variable independiente principal es el estatus ocupacional que contiene tres categorías: empleada, desempleada e inactiva. Las variables independientes de control son el rango de edad, el nivel de escolaridad, el estatus matrimonial, la posición en la estructura de parentesco del hogar, la presencia de niños menores de cinco años, el estado de residencia, y el préstamo hipotecario (mortgage).

Antecedentes

Los seguros médicos privados son la forma más importante de acceder al seguro de salud en Estados Unidos. Según los datos de *United Census Bureau*, en el año 2015, los seguros privados (*any private plan*) han cubierto y protegido alrededor de 67.2% del total de la población asegurada en los Estados Unidos. En esta categoría se encuentran los seguros provistos por los empleadores (55.7%), los sindicatos, los adquiridos directamente de una compañía de seguros y los seguros médicos proporcionados a los militares (Barnett y Vornovitsky, 2016). De acuerdo con las estadísticas publicadas por el *National Center for Health Statistics (NCHS)* en el año 2015, los seguros privados protegieron 65.6 de las mujeres de 18 a 64 años. Los servicios de seguros médicos privados pueden brindar un paquete de servicios de atención médica de acuerdo con el plan de salud con primas bajas o grandes coberturas de seguro de salud comprado por un individuo según sus posibilidades económicas y el grado de atención médica que requiere su estado de salud. Los planes más comunes que ofrecen los aseguradores pueden comprender los servicios de consultas médicas, prevención, diagnóstico, tratamientos hospitalarios, ambulancia, maternidad, cirugía, examen de vista y examen dental.

Hay que decir que los seguros médicos privados ofrecen posibilidad de acceder a servicios de atención médica de mejor calidad en comparación con los cubiertos por los programas públicos generalmente orientados hacia colectivos de residentes de escasos recursos. Esta observación se basa en la mejor posibilidad de monitorear de forma continua el estado de salud y conseguir los tratamientos oportunos en caso de enfermedades y padecimientos. Proporcionan de igual forma, la mejor estabilidad de las relaciones paciente-medico, el acceso a profesionales de salud de mejor capacitación y la mayor posibilidad de recibir atención personalizada y especializada (CONAPO, 2013).

Las primas de seguro de salud privada son en general muy costosas y por esta razón los empleadores no las ofrecen a los empleados de muy baja remuneración. Se los niega este derecho porque consideran que su nivel de salario no les permite contribuir al pago de la prima de seguridad básica disponibles en las instituciones que ofrecen el servicio. A veces, se los ofrecen esquemas de cobertura con opciones muy reducidas en servicios y en posibilidad de asegurar su pareja o su progenitura. Además de la onerosidad del servicio,

la exclusión de manera persistente de un porcentaje comparativamente elevado de las personas de los seguros médicos privados y por ende del sistema de salud se explica igualmente por la no obligatoriedad y la no universalización del aseguramiento a la salud en Estados Unidos. Esta realidad se encuentra también en línea directa con la desestatización del estado de bienestar en la sociedad estadounidense marcada con la reducción de la participación estatal en la provisión de servicio de salud. A estos elementos, hay que añadir el peso desmedido del sector privado, del acceso al mercado de trabajo, del nivel de ingreso, del poder de negociación privada entre las empresas y la fuerza laboral en la posibilidad de acceso a los servicios de salud. En el caso de la población inmigrante, hay que añadir el estatus de residencia (regular, irregular, ciudadano, no ciudadano) que favorece de una forma u otra las desigualdades en las posibilidades de acceso a seguros médicos privados en el contexto estadounidense. De esta forma, el acceso a la salud como derecho humano básico no se adquiere sin una contribución financiera generalmente consecuente de parte de las personas que buscan asegurarse. Así, las trabajadoras que enfrentan déficit en recursos económicos, que carecen de acceso al mercado de trabajo (las desempleadas y las inactivas), las que son posicionadas en los eslabones más bajos de la estructura ocupacional, las de muy baja calificación, las con baja capacidad de negociación, los colectivos inmigrantes irregulares, son las que registran mayores índices de exclusión en el acceso al sistema de seguridad médica privada y son las que acceden a servicios de salud de más baja calidad en Estados Unidos (Stabile y Glied, 2000; Ku y Waidmann, 2003; Giorguli y Gaspar, 2008; Montez, Ángel y Ángel, 2009; Caicedo, 2010; Rice, 2014).

En línea directa con estas observaciones, el informe publicado por el *National Center for Health Statistics* (NCHS) revelan que para el año 2015, los seguros privados aseguraron una proporción más importante de mujeres blancas menores de 65 años (68.2%) que de mujeres negra o afroestadounisenses (50.6%). De acuerdo con esta misma fuente, solo 30.6 de las mujeres ubicadas abajo de la línea de pobreza están aseguradas por las empresas en la que laboran contra 73.4% y 91.5 de las mujeres posicionadas respectivamente en los niveles 200-399% y 400% y más encima de la línea de pobreza establecidas por las autoridades estadounidenses. Es importante mencionar que, para las poblaciones inmigrantes y nativas, el estatus matrimonial representa otro predictor central del acceso a las coberturas de salud ofrecidas por los empleadores. Así, la misma fuente anteriormente señalada revela que en el año 2015, las mujeres casadas menores de 65 años (78.0%) son más propensas a acceder a los seguros patrocinados por los empleadores que las mujeres nunca unidas (60.4%) y las mujeres divorciadas, separadas o viudas (58.1%).

Ante la carencia en el acceso a la protección médica privada, las mujeres no aseguradas afrontan alta dificultad para manejar los riesgos y las incertidumbres vinculados con sus situaciones de salud. En esta condición, los costos acumulados a causa de la prevención, el diagnóstico, los medicamentos, el tratamiento, la rehabilitación de un cualquier problema de salud (incluso la rehabilitación de un accidente) se les revelan generalmente muy elevados. De esta forma, el bajo acceso a la protección médica ponen las mujeres inmigrantes con bajo acceso al seguro médico en un círculo vicioso (o callejón sin salida) de vulnerabilidad que compromete su estado de salud física, emocional y el devenir socio-profesional en la sociedad estadounidense a causa de la retroalimentación de una serie de eventos o procesos adversos como la baja inserción sobre el mercado de trabajo, la baja productividad, la baja de la percepción salarial (y otras prestaciones laborales) y la baja de la calidad de vida.

Esta situación describe la paradoja de que las personas necesitadas, las más expuestas a los accidentes laborales a veces dramáticos son las que registran los índices de desprotección más elevadas en Estados Unidos. Esta paradoja corrobora una vez más las desventajas socioeconómicas que enfrentan ciertos grupos de trabajadores en su proceso de integración a la sociedad estadounidense. Supone también que volúmenes importantes de personas excluidas del sistema de salud padecen de accidentes, enfermedades crónicas, de larga data, o de graves complicaciones, sin darse cuenta o sin tener la posibilidad de detectarlas tempranamente y ser debidamente atendidos por profesionales médicos competentes. Hay que también decir que, a causa de las barreras anteriormente citadas, estos grupos vulnerables presentan bajo aliento para usar las atenciones preventivas, oportuno seguimiento necesarios al diagnóstico y al tratamiento. En general, prefieren postergar las visitas médicas hasta el punto límite que les permite resistir ante la enfermedad y el padecimiento. Otros prefieren automedicarse, utilizar medicinas tradicionales o viajar hacia sus países de origen en donde los servicios de salud son más asequibles (Baker, Shapiro y Schur 2000; McWilliams 2009; CONAPO, 2013).

Estas condiciones hacen que las personas desprotegidas se encuentren con mayor frecuencia en las salas de urgencias de los hospitales de los Estados Unidos. De igual forma, el hecho de no poder acudir con frecuencia a los servicios de salud tiene fuertes consecuencias no solamente sobre el empeoramiento del estado de salud y las posibilidades de curación, sino también, la situación económica de la familia, el endeudamiento por razón médica, la posibilidad de costear otros servicios y bienes fundamentales al funcionamiento del hogar, tales como la alimentación, el agua, el transporte y la educación (CONAPO et al., 2013).

Hay que notar que las deudas contratadas a causa de problemas de salud figuran entre los factores más importantes en la base de las bancarrotas económicas de las personas en Estados Unidos. Esta observación se entiende por el hecho de que las personas que contraen estas deudas son en general las desprovistas de algún tipo de seguro médico y que se ven obligadas de acudir a las urgencias hospitalarias privadas o públicas para resolver un problema de salud. En general, por el hecho de no poder pagar a tiempo estas fracturas, se declaran a estas personas como insolventes, sus puntos de créditos son fuertemente reducidos y por esta razón deberían enfrentar graves obstáculos para alquilar una vivencia, encontrar un empleo, conseguir una tarjeta de crédito y tener acceso a otro tipo de crédito (Iriart, 2016).

Otros aspectos de la paradoja del sistema de salud de los Estados Unidos se relacionan con el hecho de los grupos de personas con mayores tasas de desprotección médica figuran entre los más expuestos a los accidentes, las lesiones y las enfermedades contraídas en el espacio laboral a causa de su exposición durante larga jornada de trabajo a las personas enfermas, a los agentes químicos tóxicos, biológicos (bacteriológicos, virológicos), estresantes y a la suciedad. Del mismo modo, son sobrerepresentadas en las ocupaciones agotadoras (*burnout*) exigentes en esfuerzos físicos y demandan el uso de maquinaria peligrosa. Se puede pensar en las ocupaciones vinculadas con la atención a las personas enfermas, la cocina y la preparación de alimentos, la limpieza de edificios, la costura, el embalaje manual, el procesamiento de carne y los servicios domésticos (Flynn, Eggerth y Jacobson; 2015).

En línea directa con los precedentes análisis, los estudios empíricos conducidos por los especialistas muestran que los grupos vulnerables desde el punto sanitario presentan perfiles diferentes con respecto a los no vulnerables en lo que conciernen el patrón de los perfiles epidemiológicos. En efecto, estos grupos son más afectados por el sobrepeso, las

diabetes y otros padecimientos que requieren tratamientos de forma prolongada. Esta observación se entiende a partir del hecho de que los factores asociados a dichas enfermedades y morbilidades se encuentran en mayor proporción en dichas poblaciones (Secretario de Salud del Gobierno de México et al., 2007).

No se puede terminar esta sección sin recordar que las mujeres inmigrantes gozan en promedio buenos estilos de vida, buenas condiciones de salud en los primeros momentos de ingreso en la sociedad estadounidense. La selectividad por razón de salud, los comportamientos menos riesgosos, el nivel de escolaridad de las personas involucradas en los proyectos migratorios, son los factores generalmente llamados para explicar dichas observaciones. Sin embargo, las personas inmigrantes tienden a perder estas ventajas con el paso del tiempo a causa de las barreras socioeconómicas que enfrentan en su proceso de integración, juntas con las dificultades para acceder a los servicios de salud, con los hábitos de alimentación no saludables, con la mayor intensidad laboral en el país receptor (Stephen et al. 1994; CONAPO et al., 2013; Flynn, Carreón, Eggerth, Y Johnson, 2014, Hamilton, 2015).

Además de estos elementos de antecedentes, la presentación de los perfiles de las poblaciones de mujeres inmigrantes y nativas del presente estudio brinda otras fuentes de información muy valiosas que permiten acercarse del problema abordado en la presente investigación.

Análisis de los perfiles de las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos en 2017

El monto y la distribución geográfica

En el año 2017, la *American Community Survey* (ACS) estima un volumen total de 719,944 inmigrantes haitianos en Estados Unidos, donde 379,706 o sea 52.7% son mujeres. El contingente dominicano por su parte se encuentra más numeroso que el haitiano. Cuenta un stock de 1,221,235 personas cuyas 667,560, es decir 54.7%, son mujeres. De acuerdo con la misma fuente, en 2017, la gran mayoría de las mujeres haitianas (51.2%) se concentran en el estado de Florida. Otros colectivos importantes de mujeres haitianas se encuentran también por orden de importancia en los estados de Nueva York (18.9%), Massachusetts (8.6%) et New Jersey (7.5%). Las mujeres inmigrantes dominicanas par su parte residen en mayor proporción en el estado de Nueva York (47.0%) y se localizan también de forma notoria en los estados de New Jersey (15.2), Florida (11.6%) y Massachusetts (7.6%).

La edad

La información más prominente que revela el análisis de las edades reside en el hecho de que la proporción de las mujeres en edad potencialmente activa de 16 a 64 años se encuentran más elevada en la población dominicana (78.8%) y la haitiana (76.0%) que en la blanca no hispana (62.3%) y la afro-estadounidense (64.8%). Estos datos son en coherencia directa con la selectividad laboral que caracteriza el proceso migratorio de las haitianas y dominicanas hacia los Estados Unidos. En general se trata de personas que se desplazan hacia el país receptor con saberes, haceres y experiencias acumulados en su país de origen, y que buscan a valorizarlos con el fin concretizar objetivos personales y familiares sobre el mercado de trabajo. De esta forma, el perfil etario de estas mujeres es un indicador favorable a su

inserción sobre el mercado de trabajo y a su posibilidad de acceder a seguros médicos ofrecidos por las empresas en las cuales trabajan. Es importante notar que, desde un punto de vista global, la edad mediana de las mujeres haitianas (48.0 años), dominicanas (45.0 años) se acercan mucho de la de las mujeres blancas no hispanas (48.0 años). Esta observación se explica por dos factores. El primer se vincula al hecho de que las mujeres inmigrantes siguen el patrón de fecundidad de las mujeres estadounidenses. El segundo es la menor posibilidad que encuentran las mujeres inmigrantes de desplazarse con sus progenituras hacia los Estados Unidos.

Cuadro 1: perfiles de las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos en 2017

Características	Haitiana	Dominicana	Blanca no hispana	Afro estadounidense	Total
Población de 0 a 100 años					
Estados de residencia (%)					
Massachusetts	8.6	7.6			
New Jersey	7.5	15.2			
New York	18.9	47.0			
Florida	51.2	11.6			
Otros	13.8	18.7			
Total	100	100			
Rango de edad (%)					
Menos de 16 años	6.2	7.1	16.5	22.4	17.4
16 a 64 años	76	78.8	62.3	64.8	62.9
Más de 64 años	17.7	14	21.2	12.8	19.7
Total	100	100	100	100	100
Población de 16 a 100 años					
Nivel de escolaridad (%)					
Menos de High School	19.3	29	7.9	13.3	8.9
Diploma High School	37.9	35.2	34.5	37.1	34.9
Más de High School	42.8	35.8	57.6	49.6	56.1
Total	100	100	100	100	100
Manejo del inglés (%)					
Maneja poco o nada de inglés	23.8	46.8			
Habla solo inglés o muy bien	50.1	32.4			
Habla bien el inglés	26.1	20.8			
Total	100	100			
Estatus de residencia (%)					
No ciudadano	37.0	41.7			
Ciudadano	63.0	58.3			
Total	100	100			

Duración de estancia en Estados Unidos (%)					
0-10 años	28.0	31.1			
11-20 años	25.5	22.5			
21 y más años	46.5	46.3			
Total	100	100			
Estatus matrimonial					
Nunca unida	32.7	28.1	24.2	49.7	28.2
Previamente unida	25.4	30.4	24.8	26	25
Unida	41.9	41.5	51	24.4	46.7
Total	100	100	100	100	100
Posición en el Hogar					
Jefa de hogar	40.3	47.5	47.2	53.2	48.1
Esposa	19.0	19.2	28.4	11.5	25.6
hija	11.2	11.7	11.1	18.3	12.2
Otras	29.5	21.7	13.4	17.1	14.1
Total	100	100	100	100	100
Presencia de niños menores de cinco años					
Ausencia	88.1	86.7	91.4	90.0	91.2
Presencia	11.9	13.3	8.6	10.0	8.8
Total	100	100	100	100	100
Status ocupacional					
Tasa de actividad	65.5	62.1	57.3	61.6	58.1
Tasa de desempleo	7.0	7.4	3.9	9.0	4.8
Tipo de ocupación					
Ejecutivas profesionales	20.5	14.3	39.6	27	37.4
Técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas	24.1	23.7	35.8	36.2	35.8
Ocupaciones en servicios	46.0	47.9	17.6	26.8	19.3
Obreras de la industria de construcción, mantenimiento etc.	0.9	0.7	1.0	0.3	0.9
Agricultura, pesca y forestación	8.5	13.5	6	9.8	6.6
Total	100	100	100	100	100
Mortgage					
No	8.4	5.3	26.5	14.6	24.5
Si	37.1	22.2	47	30.7	44.2
N/A	54.5	72.5	26.5	54.7	31.3
Total	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración del autor, a partir de la encuesta *American Community Survey (5%)* de 2017

La escolaridad

De acuerdo con los datos encontrados en el cuadro 1, la distribución de los niveles de escolaridad en las poblaciones objeto de estudio muestra que la sociedad estadounidense ha atraído proporciones de mujeres haitianas con nivel de escolaridad más elevado que mujeres

dominicanas. En efecto, el stock de las mujeres haitianas de 16 y más años de edad con *diploma High School* (37.9) y *más de High School* (42.8) se encuentran más importante que las dominicanas que cumplen con los mismos grados 35.2% y 35.8% respectivamente en 2017. Sin embargo, los niveles de escolaridad acumulados por estas mujeres inmigrantes se encuentran más bajas que los cumplidos por las mujeres blancas no hispanas y las afro-estadounidenses. Estos resultados son predictores de alta validez que permiten entender las ventajas más elevadas que experimentan las mujeres nativas de encontrar un empleo asalariado, ubicarse en las franjas laborales de más alta responsabilidad y de acceder a seguros médicos privados. Estos hallazgos arrojan también luces sobre el peso de la escolaridad como factor facilitador u obstaculizante de las mujeres inmigrantes del estudio en su proceso de integración en la sociedad estadounidense (Harrington Meyer y Pavalko, 1996; Montez, Angel y Angel, 2009; Caicedo, 2010).

Las estancias en Estados Unidos, el manejo del inglés y el acceso a la ciudadanía

Los datos del cuadro 1 muestran que las mujeres haitianas y dominicanas cumplen con rasgos muy parecidos en lo que se trata de sus duraciones de estancia en los Estados Unidos. Estos datos son congruentes con los antecedentes históricos de los movimientos migratorios de estas dos poblaciones hacia los Estados Unidos, en lo que concierne la similitud del inicio (inicio de los años sesenta) y los factores explicativos de los desplazamientos. Sin embargo, un observador avezado puede esperar encontrar una mayor proporción de las mujeres dominicanas en los grupos más antiguos, como los de 21 y más años, a causa de los flujos tradicionales de retorno y de circularidad que les caracterizan, al contrario de lo que se observa en la población inmigrante haitiana.

En el que concierne el manejo del idioma inglés, las informaciones del cuadro 1 revelan ventajas muy importantes de la población haitiana en comparación a la dominicana, en la medida que las mujeres haitianas que solo hablan el inglés o que hablan muy bien el idioma inglés (50.1%) se encuentran más elevada que las dominicanas pertenecidas a este perfil sociodemográfico (32.4%). En lo que respecta al acceso a la ciudadanía estadounidense, las mujeres haitianas cumplen con un nivel más importante (63.0%) en comparación con las dominicanas (58.3%). Tanto el dominio del inglés, como el acceso a la ciudadanía son predictores muy importantes que ofrecen mejores posibilidades a las haitianas con respecto a las dominicanas para acceder al espacio productivo y al seguro médico privado en el contexto estadounidense en el año 2017. Hay que notar que el bajo dominio de inglés puede poner las personas en situación de desventaja para manejar las informaciones necesarias para completar las solicitudes, buscar y acceder al sistema de salud, para entender los diagnósticos, los servicios disponibles y sus costos, para seguir a la letra los tratamientos prescritos por los especialistas y otras conductas indispensables al mantenimiento de la salud (Ku y Waidmann, 2003).

El estatus matrimonial, la posición en la estructura de parentesco del hogar y la presencia de niños menores de cinco años

Además de los análisis precedentes sobre las características sociodemográficas de la población objeto del presente estudio, se ha pensado también relevante echar un vistazo sobre sus perfiles familiares basándose en el peso de su incidencia sobre la posibilidad de inserción de las mujeres de ofrecer sus habilidades productivas sobre el mercado de trabajo

y acceder a puestos que ofrecen mejores condiciones laborales. Los datos más relevantes del cuadro 1 indican que un porcentaje muy importante en la población inmigrante haitiana (58.1%) y dominicana (58.5%) no se encuentran en uniones conyugales en comparación a las blancas no hispanas (49.0%) en los Estados Unidos durante el año 2017. Hay que notar que las mujeres afro-estadounidenses se distancian destacadamente de las demás mujeres del estudio por el hecho de que 75.6% de sus integrantes no se encuentran en uniones matrimoniales.

En lo que respecta la posición en la estructura de parentesco del hogar, los datos muestran que un porcentaje más importante de inmigrantes dominicanas (47.5%) que haitiana (40.3%) se declaran jefas de hogares en los Estados Unidos. En línea directa con los datos sobre el estatus matrimonial, el porcentaje de mujeres afro-estadounidenses descritas como jefas de hogares (53.2%) se encuentra más elevado que todos los demás colectivos de mujeres del estudio. Es importante notar que todos estos grupos de mujeres se caracterizan por muy bajos porcentajes de niños menores de cinco años en sus hogares. Este dato es un mediador de alta validez que permite acercarse del bajo índice de fecundidad vigente en las mujeres inmigrantes y nativas del presente estudio. Y de este modo, la alta presencia de los niños menores de edad, junto con las demás variables analizadas en esta sección muestran que el espacio familiar no representa un determinante prohibidor de la vida productiva de las mujeres del estudio. Esta conjetura no minimiza el hecho de que muchas de estas informaciones, como la alta probabilidad de vivir fuera de las uniones matrimoniales pueden esconder realidades no tan atractivas marcadas por la vulnerabilidad socioeconómica, por el hecho de no poder contar con el apoyo económica de una pareja, de enfrentar con pocos recursos el costo de la vida y los tremendos contratiempos de la sociedad estadounidense. Este argumento es pertinente en la medida que la unión matrimonial ha sido una fuente importante de aseguramiento de salud de las mujeres. El peso de la garantía matrimonial está cada vez más menor por lo que las mujeres, sobre todo las de bajo nivel educativa y de baja condición socioeconómica, deben asumir solas las responsabilidades económicas ante las incertidumbres vinculadas con la salud. Para las mujeres de alto nivel de capital humano, el hecho de vivir fuera de las uniones matrimoniales puede ofrecerles la posibilidad de asumir menos responsabilidades domésticas, trabajar a tiempo completo de forma acelerada sobre el mercado de trabajo y priorizar puestos de ocupación que ofrecen seguros de salud (Orloff, 1993; Harrington Meyer y Pavalko, 1996; Montez, Angel y Angel, 2009).

El estatus ocupacional y el tipo de ocupación

De acuerdo con los datos encontrados en el cuadro 1, en el año 2017, las mujeres inmigrantes haitianas de 16 años y más registran una tasa de actividad evaluada a 65.5%, la cual se encuentra más elevada que el índice de las mujeres dominicanas (62.1%), de las blancas no hispanas (57.3%), y de las afro-estadounidenses (61.6%). Es importante notar que, si las mujeres blancas no hispanas son las que ejercen las presiones menos importantes sobre el mercado de trabajo, sin embargo, registran la tasa de desempleo la más baja con respecto a las demás mujeres del estudio. El comportamiento paradójico de este dato describe la posición ventajosa que caracterizan las mujeres blancas no hispanas en la sociedad estadounidense, de tal manera que no necesitan buscar destacadamente antes de poder ubicarse en un empleo que corresponde a sus deseos y a sus habilidades productivas.

Con respecto a los tipos de ocupaciones, los datos del cuadro 1 enseñan que las mujeres haitianas (46.0%) y las mujeres dominicanas (47.9%) se encuentran en mayor

proporción en “*las ocupaciones en servicios*” donde se dedican principalmente al cuidado de las personas (niños, ancianos, enfermos), la preparación de alimentos, la limpieza y el mantenimiento de espacios hogareños e institucionales (oficinas, edificios, jardines). Después de los servicios, las mujeres haitianas (24.1%) y las dominicanas (23.7%) se dedican en las ocupaciones descritas como” *Técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas*”. En estas ocupaciones, se les encuentran como operadoras de máquinas, soporte administrativo, ayudantes de oficinas o de ventas. Las mujeres blancas no hispanas se encuentran en mayor proporción como *ejecutivas profesionales* (39.6%) y como *Técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas* (35.8%). En cuanto a las afro-estadounidenses participan en mayor proporción en las ocupaciones *Técnicas, vendedoras y trabajadoras de oficinas* (36.2%) y *ejecutivas profesionales* (27.0%).

Los datos acerca de la distribución de las mujeres del presente estudio en los tipos de ocupación demuestran el carácter segmentado del espacio productivo del contexto estadounidense que afecta en mayor medida a la fuerza laboral haitiana y dominicana, aunque la primera parece gozar de una cierta ventaja en relación con la segunda a causa de su mayor presencia en las ocupaciones de mayor calificación. Para terminar esta sección, es importante mencionar que los datos revelan que 37.1% de las mujeres haitianas, 22.2% de las dominicanas, 47.0% de las blancas no hispanas y 30.7% de las afroestadounidenses cuentan préstamo hipotecario (mortgage) en el año 2017 en Estados Unidos. Este dato sugiere que las personas mejor ubicadas en el espacio ocupacional experimentan probabilidad más elevada de contraer este tipo de préstamo.

Resultados y análisis de los modelos de regresión

Los elementos de antecedentes y de perfiles desarrollados en las secciones anteriores proporcionan elementos de información muy sobresalientes que permiten construir análisis muy profundos sobre los factores explicativos del acceso a las coberturas de seguro médico privado por las mujeres inmigrantes y nativas del presente estudio.

El rango de edad

Los datos derivados de los modelos de regresión logística y de las predicciones de los efectos marginales proporcionan información muy pertinente acerca de la influencia cruzada entre los rangos de edad y el estatus ocupacional de las mujeres del estudio en la probabilidad de acceder a seguros médicos privados en el contexto estadounidense en el año 2017. En efecto, aislando la influencia de las demás variables, los datos encontrados en los cuadros 2 y 3 muestran que las mujeres empleadas blancas no hispanas cuentan con la probabilidad más elevada de acceder a seguros médicos privados en todos los grupos de edad analizados en esta investigación y las dominicanas la probabilidad más baja. Menos en el colectivo de las mujeres inmigrantes dominicanas, las mujeres inactivas presentan mejores resultados en lo que concierne el acceso a seguros médicos privados que las desempleadas. Se trata de una observación paradójica que no concuerde con las suposiciones que un analista puede plantear sabiendo el peso del acceso al mercado de trabajo en la posibilidad de contar con los servicios seguros médicos privados en Estados Unidos.

Otro resultado llamativo y no esperado en relación con los grupos de edad se refiere al hecho de que las mujeres de 16 à 24 años de todos los colectivos de mujeres del estudio tienen la probabilidad de acceder a seguros médicos privados más elevada en comparación

con las mujeres de los demás rangos de edad. Esta observación es válida no solamente en las mujeres empleadas, sino también en las desempleadas y las inactivas en Estados Unidos en 2017. Este resultado puede interpretarse a la luz de sus posibilidades acceso a los seguros médicos privados a partir de sus padres o sus tutores. A decir la verdad, las posibilidades que tienen estas adolescentes dependen del nivel socioeconómico de sus genitores, de tal modo que las ubicadas en los estratos más bajos de la pirámide social son las menos ventajosas en cuanto al acceso a la prima de seguro de salud patrocinado por el empleador.

Llama también la atención el hecho de que las mujeres del grupo de edad 65 años y más son las más afectadas por la probabilidad de ser desprotegidas por los seguros médicos privados. En este mismo rango de edad, las mujeres empleadas siguen ubicándose en posición menos desventajosas que las desempleadas y las inactivas. Estos resultados describen la triste realidad de que las trabajadoras se encuentran obligadas permanecerse mucho más tiempo sobre el espacio productivo para poder acceder a servicios de aseguramiento de salud privada en el contexto estadounidense. Esta desventajosa realidad entra en contradicción con los problemas de salud que deben enfrentarse a esta etapa avanzada de la vida adulta.

Cabe notar el brutal cambio en la posibilidad de acceso a seguro de salud privada entre los grupos de edad 55 à 64 años y los de 65 y más años. Este resultado es otra evidencia que muestran que el cese de la vida activa significa la entrada en un espacio marcado por la desprotección ante los problemas de salud, aislando el efecto la duración de la vida activa, el número de año y el nivel de cotización en los sistemas de seguridad social en los Estados Unidos.

En general, menos en los grupos extremos de las edades económicamente activas, el acceso a los seguros medicados privados tiende a aumentarse en los rangos de edades más adultos en los colectivos de mujeres analizados en la presente investigación. Este resultado parece coherente, a la luz de la mejor posibilidad de acceder al mercado de trabajo remunerado con el paso del tiempo.

Cuadro 2: Predicción de los efectos marginales (*Marginal effects at the means*), de los modelos *logit* acerca del acceso al seguro médico privado en las poblaciones haitiana y dominicana en Estados Unidos, 2017

Características	Haitiana			Dominicana		
	Empleada	Desempleada	Inactiva	Empleada	Desempleada	Inactiva
Rango de edad						
16-24	80.0	29.7	43.4	61.3	32.9	32.1
25-34	70.6	20.3	31.6	53.9	26.6	25.8
35-44	74.3	23.5	35.7	56.9	29.0	28.2
45-54	76.0	25.2	37.9	55.9	28.2	27.4
55-64	77.6	26.8	39.9	59.5	31.2	30.4
65 años y mas	59.9	13.7	22.3	41.5	18.0	17.4
Nivel de escolaridad						
Menos de High School	65.5	18.3	23.8	41.2	18.8	18.1
Diploma High School	70.3	21.9	28.1	51.6	26.0	25.2
Más de High School	79.5	31.4	39.0	65.3	38.3	37.3
Estatus matrimonial						
Nunca unida	73.9	23.5	28.3	50.4	23.8	20.3
Previamente unida	76.8	26.6	31.6	54.6	27.0	23.2
Unida	74.4	24.0	28.8	60.7	32.1	27.9
Posición en el Hogar						
Jefa de hogar	75.3	25.6	32.2	54.0	26.0	22.4
Esposa	79.5	30.4	37.7	65.0	35.7	31.4
Hija	67.8	19.2	24.7	53.1	25.3	21.8
Otras	68.7	19.9	25.5	53.8	25.8	22.3
Presencia de niños menores de cinco años						
Ausencia	75.3	25.4	29.9	56.9	29.3	24.8
Presencia	71.0	21.5	25.6	51.8	25.2	21.1

Estados de residencia						
Massachusetts	71.6	23.0	26.3	48.6	22.0	18.9
New Jersey	71.4	22.8	26.0	52.3	24.7	21.3
New York	80.8	33.3	37.2	56.9	28.3	24.6
Florida	70.3	22.0	25.1	57.5	28.8	25.0
Otros	81.6	34.5	38.5	61.4	32.3	28.2
Mortgage						
No	83.0	39.5	41.5	67.1	40.6	34.2
Si	81.6	37.3	39.2	71.8	46.0	39.3
N/A	65.3	20.1	21.5	48.3	23.8	19.2

Fuente: elaboración del autor, a partir de la encuesta *American Community Survey (5%)* de 2017

Cuadro 3: Predicción de los efectos marginales (*Marginal effects at the means*), de los modelos *logit* acerca del acceso al seguro médico privado en las poblaciones blancas no hispanas y afroestadounidenses en Estados Unidos, 2017

Características	Blancas no hispanas			Afroestadounidenses		
	Empleada	Desempleada	Inactiva	Empleada	Desempleada	Inactiva
Rango de edad						
16-24	96.5	75.8	88.3	89.2	43.4	58.8
25-34	87.9	45.1	66.3	75.8	22.4	34.9
35-44	86.8	42.8	64.2	76.4	23.0	35.7
45-54	87.4	44.1	65.5	78.1	24.8	38.0
55-64	88.4	46.4	67.5	78.2	24.9	38.0
65 años y mas	84.8	38.7	60.2	77.4	24.1	37.1
Nivel de escolaridad						
Menos de High School	76.9	36.0	49.4	62.3	17.7	27.9
Diploma High School	84.2	47.3	60.9	71.9	25.0	37.4
Más de High School	91.1	63.4	75.0	83.8	40.2	54.6
Estatus matrimonial						
Nunca unida	85.0	48.2	58.2	74.6	26.1	34.5
Previamente unida	85.6	49.4	59.4	78.7	30.7	39.8
Unida	91.4	63.5	72.3	85.7	41.8	51.8
Posición en el Hogar						
Jefa de hogar	90.1	60.5	69.1	79.9	31.7	42.4
Esposa	90.5	61.4	69.9	84.2	38.4	49.8
Hija	83.5	45.9	55.3	76.1	27.1	37.1
Otras	82.7	44.4	53.9	73.4	24.4	33.9
Presencia de niños menores de cinco años						
Ausencia	89.6	55.2	66.8	80.4	31.2	41.1
Presencia	83.6	42.2	54.4	67.6	18.8	26.2

Estados de residencia						
Massachusetts	91.8	61.5	72.9	82.3	33.3	45.4
New Jersey	91.8	61.5	72.9	82.1	32.9	45.0
New York	90.3	57.2	69.2	80.0	30.1	41.7
Florida	86.8	48.5	61.3	77.1	26.5	37.5
Otros	88.9	53.5	65.9	79.2	29.0	40.5
Mortgage						
No	89.0	56.7	67.6	82.0	36.2	46.0
Si	91.5	63.5	73.4	87.3	46.1	56.3
N/A	80.9	40.6	52.1	70.3	22.9	30.8

Fuente: elaboración del autor, a partir de la encuesta *American Community Survey (5%)* de 2017

La escolaridad

En lo que concierne la escolaridad, las mujeres empleadas blancas no hispanas siguen experimentando la probabilidad más elevada de conseguir un seguro médico privado y las dominicanas, la probabilidad más baja en todos los niveles de escolaridad considerados en el presente estudio. De la misma forma, el nivel de escolaridad *Más de High School* se asocia a una probabilidad más elevada de contar con una póliza de seguro médicos privado y el grado *Menos de High School*, con la probabilidad más baja, en todos los subgrupos de mujeres y todos estatus ocupacionales analizados en la presente investigación. Estos datos, además del efecto positivo de los logros educativos en el acceso a los seguros médicos privados, dan también respaldo a la idea de acuerdo con la cual las mujeres de los diferentes orígenes nacionales no valorizan de la misma manera sus niveles de escolaridad en el mercado de trabajo estadounidense. En efecto, como se puede observar en los cuadros 2 y 3 el nivel de desaprovechamiento de las potencialidades productivas en relación con las posibilidades de inserción, de valorización de las destrezas productivas en los puestos y las jerarquías ocupacionales, afecta en mayor medida las mujeres inmigrantes del estudio realizando la comparación con las mujeres nativas blancas no hispanas.

Estos resultados son coherentes con la mayor posibilidad de acceso no solamente al mercado de trabajo sino también al seguro médico privado que ofrecen los niveles más elevados de escolaridad. Esta realidad ampliamente descrita por la teoría del capital humano muestra que el nivel de escolaridad es uno de los predictores más importantes del éxito de los oferentes de mano de obra en la esfera productiva estadounidense. En efecto, las mujeres más capacitadas tienen mayor probabilidad de insertarse sobre el mercado de trabajo, seguir una trayectoria menos interrumpida, ubicarse en puestos de ocupación que ofrecen seguros médicos privados. El peso del factor capital humano describe del mismo modo el carácter segmentado de las condiciones laborales por motivo de nivel de acumulación en capital humano. Sin embargo, las aportaciones de las reflexiones analíticas construidas alrededor del capital humano descuidan la incidencia de una serie de factores segregadores de índole estructural vinculados con la condición genérica, el origen nacional y las prácticas de discriminación por parte de las instituciones demandantes de mano de obra productiva (Becker, 1957; Seccombe, 1993; Anker, 1998; Keene and Prokos, 2007; Montez, Angel y Angel, 2009).

Vale subrayar que los efectos distorsionadores de la discriminación pueden conjugarse con los problemas de obsolescencia económica o de baja transferibilidad de las competencias y de los títulos académicos adquiridos en los países de origen que afectan a la población inmigrante una vez migradas en un país huésped con distancia cultural, estructura laboral, nivel de tecnología y de organización mucho más avanzado del espacio productivo (Cheswick et al., 1997; De Grip y Loo, 2002). Hay que decir que los empleadores pueden presentar una fuerte tendencia a valorar mejor los títulos obtenidos por la población inmigrante en el extranjero que en su país de origen (Duncan, Hotz y Trejo, 2006).

El estatus matrimonial, la posición en la estructura de parentesco del hogar y la presencia de niños menores de cinco años

En cuanto al estatus matrimonial, los datos encontrados en los cuadros 2 y 3 revelan, por una parte, que las mujeres empleadas blancas no hispanas experimentan las probabilidades de acceso más importante a seguros médicos privados en todos los estatus matrimoniales considerados en el estudio. Por la otra, se observa una cierta tendencia a que las mujeres unidas cuentan con el nivel de acceso más importante a seguros médicos y las nunca unidas, el nivel más bajo en todos los colectivos de mujeres del estudio. En línea directa con estas observaciones, los datos de los cuadros 2 y 3 ensenjan que las mujeres que se identifican como esposas en la estructura de parentesco de los hogares presentan la probabilidad más elevada de contar con seguros médicos privados que las jefas de hogares, y mucho más que las hijas.

Estos datos demuestran que a pesar de las transformaciones ocurridas en la esfera familiar y en los roles tradicionales de género, a la luz del incremento de las tasas de divorcio, de mujeres nunca únicas, del retraso en edades relativamente avanzadas de la entrada en uniones, el matrimonio sigue representando una fuente importante de seguridad para las mujeres en Estados Unidos. Esta observación se entiende a través del costo elevado de la cobertura médica privada de tal modo que la compra de las primas grupales parece ser más asequible. Puede analizarse también basándose en las mejores condiciones laborales que caracterizan globalmente la población de los hombres en comparación con las mujeres, en lo que concierne la percepción salarial, los puestos ocupados, los sectores de inserción y la estabilidad de su trayectoria sobre el mercado de trabajo. Hay que también subrayar que los mejores resultados experimentados por las mujeres en unión matrimonial en este sentido se obtienen a pesar del comportamiento muy elástico de la curva de su oferta laboral, de su mayor incentivo a salir temporalmente del mercado de trabajo, a priorizar ocupaciones más flexibles que no necesariamente ofrecen seguros médicos (Levy, 2007; Murasko, 2008; Montez, Angel y Angel, 2009 ; Lavelle y Smock, 2012; Janicki 2013; Peters, Simon, y Taber, 2014; Percheski, 2017).

Estas interpretaciones son coherentes con los hallazgos del presente estudios, en el sentido que sugieren que el estatus ocupacional es de lejos el factor más importante para explicar las disparidades en las probabilidades acceso a los seguros médicos privados que el estatus matrimonial y la posición en la estructura de parentesco del hogar. Esta apreciación se evidencia a la luz de la amplitud de las brechas de acceso a cobertura de salud privada que separa por una parte las mujeres empleadas en relación con las desempleadas y las inactivas, y por la otra, las mujeres de los diferentes estatus matrimoniales y de las diferentes posiciones de la estructura de parentesco en las cuales se ubican.

De esta forma, las inestabilidades matrimoniales que afectan en mayor proporción las mujeres inmigrantes del presente estudio reducen sin duda sus posibilidades de protección ante las incertidumbres vinculadas con las condiciones de la salud. Esta conjectura es pertinente en el sentido que se trata de colectivos de mujeres muy afectadas por las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y menos propensas a acceder al seguro médico patrocinado por las empresas en las cuales ofrecen sus fuerzas de trabajo. En esta misma línea de pensamiento, se entiende que, tanto para las mujeres solteras y divorciadas de baja condición económica como para las más favorecidas, el hecho de perder o de cambiar de empleo puede representar un riesgo relativamente importante de perder el seguro de salud ofrecido por sus empleadores. Para las mujeres divorciadas, las condiciones en las cuales se realizan generalmente las interrupciones matrimoniales, junto con la alta probabilidad de perder sus seguros médicos, las protecciones financieras, las dificultades de ver un médico, seguir los tratamientos necesarios, provocan el empeoramiento de las condiciones de salud física y emocional. La situación puede

ser también complicada para las madres solteras que tienen hijos de baja edad en la medida que pueden presentar el incentivo a reducir la cantidad de horas pasadas sobre el mercado de trabajo, elegir puestos de empleo muy flexibles o salir de forma temporal sobre la población activa para poder asumir las responsabilidades vinculadas con las demandas domésticas (Hahn, 1993; Short, 1998).

Una reflexión similar puede realizarse sobre las conyugues de avanzada edad que debe enfrentar sola los gastos de la salud después de la muerte de su pareja y el agotamiento de los recursos familiares en el cuidado de este último durante el segmento final de su vida. Se entiende que la sobrevivencia más prolongada puede fácilmente convertirse en un factor de vulnerabilidad para franjas importantes de mujeres inmigrantes y nativas (Schone y Weinick, 1998; Vuckovic, Nancy, 2000; Lavelle y Smock, 2012).

Para terminar esta sección, es importante mencionar que los datos de los cuadros 2 y 3 revelan, en todos los subgrupos de mujeres analizados, las que no tienen niños menores de cinco años cuentan con la probabilidad más elevada de acceder a seguro médico privado en relación con las mujeres que tienen niños menores de cinco años en sus hogares. Este hallazgo tiene correlato con la mayor posibilidad que cuentan las mujeres sin niños menores de edad de encontrar un puesto de trabajo en comparación con las mujeres que deben cuidarse. Revelan igualmente el peso del mercado de trabajo en la posibilidad de contar con cobertura médica patrocinada por los empleadores en el contexto estadounidense durante el año 2017.

El estado de residencia y préstamo hipotecario

Los hallazgos del presente estudio no revelan marcadas tendencias en lo que concierne la probabilidad de acceso a los seguros médicos privados de las mujeres del presente estudio de acuerdo con los estados de residencia. En efecto, las mujeres haitianas logran sus mejores resultados en estado de Nueva York, mientras que las dominicanas en el estado de Florida. Estos resultados pueden parecer sorprendente para un conocedor de la historia migratoria de estos dos pueblos en Estados Unidos, si se basa en el hecho de que los volúmenes más importantes y más antiguos de las mujeres haitianas se encuentran en Florida en comparación a las dominicanas que se localizan en Nueva York. Los hallazgos del presente estudio no han permitido confirmar la suposición de que el Estado de Nueva York es el espacio en donde las mujeres inmigrantes del presente estudio cuentan con la probabilidad de acceso a seguro médico privado más elevado. Dicha **conjetura** se fundamenta en los datos de acuerdo con los cuales, los gastos privados en relación con el cuidado de la salud han crecido mucho más rápido en el Estado de Nueva York que los gastos públicos (Rodin y Meyer (2014). De la misma forma, el Estado de Nueva York cuenta con el porcentaje más bajo (menos de 7.9%) de personas no aseguradas en Estados Unidos, en comparación con el estado de Florida que cuenta entre 12.0 y 13.9% de sus residentes fuera del sistema nacional de seguro de salud (Barnett y Vornovitsky, 2016). De igual forma, el estado de Nueva York es conocido por sus actividades legislativas menos restrictivas a la población inmigrante en comparación con otros estados como Arizona, Florida, Georgia y Virginia (CONAPO, 2013).

Con respecto al hecho de contratar préstamo hipotecario, las tendencias más pertinentes que toman formas en estos datos es que, excepto en la población inmigrante haitiana, las mujeres con *mortgage* presentan las probabilidades más elevadas de acceder a seguro médico privado que las sin *mortgage*. Es posible que las mujeres que han residido en las viviendas con préstamo hipotecario son las que han cumplido con una mayor inserción sobre el mercado de trabajo y cuentan con puestos de trabajo que ofrecen seguros médicos patrocinados por los empleadores.

Conclusiones

Las conclusiones principales del presente estudio enseñan que las mujeres blancas no hispanas y las afro-estadounidenses presentan las probabilidades más elevadas de acceder a los seguros médicos privados que las inmigrantes haitianas y las dominicanas en el contexto estadounidense durante el año 2017. Sin embargo, en la mayoría de los aspectos analizados, las haitianas experimentan mejores resultados que las dominicanas.

Los resultados del estudio han permitido también entender que las mujeres empleadas experimentan las probabilidades más elevadas de acceder a los seguros médicos privados en Estados Unidos. Esta observación es válida para todos los contingentes de mujeres y todas las características analizadas en lo que se refiere al origen National, los rangos de edad, los niveles de escolaridad, el estatus matrimonial, el estado de residencia, entre otras. Las desempleadas por su parte muestran la probabilidad de acceso más baja teniendo en cuenta todas los predictores sociodemográficos anteriormente señalados. Puede parecer inesperado el hecho de que los logros de las mujeres inactivas (menos en el caso de las mujeres dominicanas) se encuentran más elevados que los mismos de las desempleadas en todos los colectivos de mujeres analizados en el presente estudio.

A la luz de estos elementos, se entiende que el mejoramiento de las posibilidades de acceso a las coberturas de seguro médico privado debe pasar por la minimización de los obstáculos que impiden una mejor integración de las mujeres inmigrantes haitianas y dominicanas sobre el mercado de trabajo. En el presente trabajo, se ha podido enseñar el peso de las penalidades vinculadas con el origen étnico-nacional, del bajo nivel de acumulación en capital humano y de la alta propensión de vivir fuera de las uniones matrimoniales.

Bibliografía

- Baker W. David, Martin F. Shapiro y Claudia L. Schur (2000). “Health Insurance and Access to Care for Symptomatic Conditions.” *Archives of Internal Medicine*, vol.160, pp.1269–74.
- Barnett C. Jessica, Vornovitsky S. Marina (2016), *Health Insurance Coverage in the United States: 2015. Current Population Reports*, United States: United States Census Bureau, U.S. Departement of Commerce.
- Caicedo, Maritza (2010), “*Migración, trabajo y desigualdad: los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos*”, México, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- CONAPO et al., (2013), “migración y salud. migrantes mexicanos en Estados Unidos”, México.
- Derose P. Kathryn, Escarce J. José y Lurie Nicole (2007), “Immigrants And Health Care: Sources Of Vulnerability”, *Health Affairs*, vol.26, no.5, pp.1258-1268.
- Davern Michael, Quinn C. Brian, Kenney M. Genevieve y Blewett A. Lynn (2009), “The American Community Survey and Health Insurance Coverage Estimates: Possibilities and Challenges for Health Policy Researchers”, *HSR: Health Services Research*, vol. 44, no.2, pp.593-605.
- Duncan Brian, Joseph Hotz, Trejo Stephen (2006), *Hispanics in the U.S. Labor Market*, In Marta Tienda, Faith Mitchell (editors), *Hispanics and the Future of America*, pp. 228-290, Washington, DC: The National Academies Press,
- Flynn A. Michael, Carreón Tania, Eggerth E. Donald, Johnson I. Antoinette (2014), “Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre migración entre México y los Estados Unidos”, in Carreón Javier (coord.) “*Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre migración en México y los Estados Unidos*”, pp.129-149.

- Flynn A. Michael , Eggerth. E. Donald y Jacobson Jeffrey (2015), "Undocumented Status as a Social Determinant of Occupational Safety and Health: The Workers'Perspective", *American Journal of Industrial Medicine*, vol.58, pp.1127–1137.
- Gujarati Damodar, Porter Dawn (2010), *econometría*, México: McGRAW-HILL /INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V, Quinta edición.
- Hahn, Beth (1993), "Marital Status and Women's Health: The Effect of Economic Marital Acquisitions", *Journal of Marriage and the Family*, vol.55, pp.495–504.
- Hamilton G., Tod (2015), "The Healthy Immigrant (Migrant) Effect: In Search of a Better Native-Born Comparison Group", *Soc Sci Res*, vol. 54, pp.353–365.
- Ku Leighton, Waidmann Timothy (2003). "How Race/Ethnicity, Immigration Status and Language Affect Health Insurance Coverage, Access to Care and Quality of Care Among the Low-Income Population", United States: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.
- Iriart, Celia (2016), "el sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades (parte I)", *Saúde em Redes*, vol. 2, no.1, pp.07-21.
- Janicki, Hubert (2013). *Employment-based health insurance: 2010*, Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Keene Reid, Prokos Anastasia (2007), "Comparing Offers and Take-ups of Employee Health Insurance across Race, Gender, and Decade", *Sociological Inquiry*, vol.77, pp.425–459.
- Levy, Helen (2007), Health Insurance and the Transition to Adulthood, in Sheldon Danziger y Cecilia Rouse (editors), *The Price of Independence: The Economics of Early Adulthood*, pp. 84–106, New York: Russell Sage.
- McWilliams J., Michael (2009). "Health Consequences of Uninsurance among Adults in the United States: Recent Evidence and Implications." *Milbank Quarterly*, vol.87, pp.443–94.
- Meyer M. Harrington, Pavalko K. Eliza (1996), "Family, Work, and Access to Health Insurance Among Mature Women", *Journal of Health and Social Behavior*, vol.37, pp.311–325.
- Montez K. Jennifer, Angel Jacqueline y Angel Ronald (2009), "Employment, Marriage, and Inequality in Health Insurance for Mexican-Origin Women", *J Health Soc Behav.* vol. 50, no.2, pp. 132–148.
- Murasko E., Jason (2008), "Married Women's Labor Supply and Spousal Health Insurance Coverage in the United States: Results from Panel Data", *J Fam Econ Iss*, vol.29, pp.391–406.
- Orloff, Shola (1993), Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States, *American Sociological Review*, vol. 58, pp.303–328.
- Percheski, Christine (2017), "Men as Dependents? Marriage and Changes in Health Insurance Coverage among Working-age Adults in the United States, 1988 to 2008", *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, vol. 3, pp. 1–13
- Peters Elizabeth, Kosali Simon y Jamie Taber (2014), "Marital Disruption and Health Insurance." *Demography*, vol.51, no.4, pp.1397–1421.
- Plewes J., Thomas (2010), *Databases for Estimating Health Insurance Coverage for Children: A Workshop Summary*, Washington D.C: National Research Council, Division of Behavioral and Social Sciences and Education.
- Rodin Diana, Meyer Jack (2014), *cost and spending in New York States*, New York: NYS Health Fondation.

- Seccombe, Karen (1993), "Employer Sponsored Medical Benefits: The Influence of Occupational Characteristics and Gender", *The Sociological Quarterly*, vol.34, pp.557–580.
- Schone S. Barbara, Weinick M. Robin (1998), "Health-Related Behaviors and the Benefits of Marriage for Elderly Persons", *The Gerontologist*, vol. 38, No. 5, pp.627-618.
- Secretario de Salud del Gobierno de México et al., (2007), "migración, salud y trabajo: datos Frente a los Mitos", Estados Unidos: Universidad de California (UC) Oficina del Presidente y UC Berkeley, Escuela de Salud Pública.
- Short P., Farley (1998), "Gaps and Transitions in Health Insurance: What Are the Concerns of Women?", *Journal of Women's Health*, vol.7, pp. 725–737.
- Singh K. Gopal, Rodriguez-Lainz Alfonso y Kogan D. Michael (2013), "Immigrant Health Inequalities in the United States: Use of Eight Major National Data Systems", *The Scientific World Journal*, leído el 16 de mayo de 2020. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/512313>.
- Stephen H. Elizabeth, Foote Karen, Hendershot E., Gerry, y Schoenborn A., Charlotte (1988), "Health of the Foreign-Born Population", *Advance Data from Vital and Health Statistics*, vol. 241, pp.1–10.
- Rice Thomas et al (2014), "Challenges facing the United States of America in implementing universal coverage", *Bull World Health Organ*, vol. 92, pp. 894–902.
- Vuckovic, Nancy (2000), "Self-Care among the Uninsured: You Do What You Can Do", *Health Affairs*, vol.19, pp.197–99.