

CIDE

Vol. 4 Núm. 1 CENTRO DE INVESTIGACIONES DEMOGRAFICAS Septiembre, 2000

**LA INMIGRACIÓN FEMENINA EN
PUERTO RICO EN 1990:
SU SITUACIÓN DE SALUD, SU
FECUNDIDAD Y LAS POLÍTICAS DE
SALUD QUE LA AFECTAN**

Programa Graduado de Demografía
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico



CIDE




JUNTA EDITORA


Zoraida Morales Del Valle, Ph.D.

Personal Secretarial

Amalia Rondón Vázquez



CIDE es publicado dos veces al año por el Programa Graduado de Demografía de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. La suscripción anual es de \$10.00, números individuales \$5.00. Para suscribirse favor de dirigirse a la siguiente dirección: CIDE, Programa Graduado de Demografía de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, G.P.O. Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067. Teléfono: 758-2525 Exts. 1414, 1415 ó 1466.



Copyright © 2000, Centro de Investigaciones Demográficas.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer al Departamento de Salud y a su Oficina de Estadísticas por proveernos los archivos de datos de los nacimientos y defunciones que se utilizaran en algunas de las investigaciones incluidas en esta publicación.

Prefacio

Los movimientos inmigratorios en Puerto Rico han aumentado considerablemente tanto en términos de su cantidad como de su diversidad durante las últimas décadas. Estos inmigrantes, pueden afectar el tamaño de la población del país, al igual que las características y la distribución geográfica de éste, impactando de forma diferenciada, los servicios sociales y de salud que se ofrecen. Resulta necesario, entonces, conocer el perfil de esta población inmigrante para así poder conocer su impacto y desarrollar estrategias para atender sus necesidades.

Distintos estudios realizados sobre la población inmigrante en Puerto Rico han contribuido a explicar y a entender sus motivaciones para migrar y a conocer cuáles son sus características. El Programa Graduado de Demografía ha aportado en ese análisis con los trabajos de Vázquez Calzada que datan desde la década del 1960, con diversos trabajos de tesis realizados por los estudiantes y con las investigaciones incluidas en la Revista CIDE. En el volumen 2, del 1996 de esa revista, se incluyeron varios estudios que analizaron diversas dimensiones de las características de esa población inmigrante para el 1990 (Morales Del Valle, Rodríguez Morán y Alonso Palacio). Los artículos que se incluyen a continuación complementan este análisis del 1990 con estudios dirigidos al análisis de la distribución geográfica de esos inmigrantes y a sus características en algunas áreas geográficas de Puerto Rico.

El artículo de Morales Del Valle presenta un análisis de la distribución geográfica de los inmigrantes en Puerto Rico por municipio para el 1990. Se incluye, además, un análisis de posibles explicaciones de las diferencias registradas en la inmigración a los distintos municipios de Puerto Rico.

Los trabajos de Cruz y Sánchez presentan un análisis por barrios de las características sociodemográficas y de la población inmigrante que reside en los municipios de San Juan y de Carolina, mientras que el trabajo de Zuleta incluye un análisis por sectores censales para el municipio de Carolina. Estos tres trabajos fueron desarrollados por sus autores a distintas fechas como parte de los requisitos del curso de migración y distribución geográfica que se ofrece en el Programa de Demografía.

Los resultados de estos estudios son relevantes ya que en el municipio de San Juan residía $\frac{1}{4}$ parte del total de inmigrantes que existían en Puerto Rico en el 1990. Esto representa el porcentaje más alto del total de inmigrantes en cualquier municipio. El municipio de Carolina, por otro lado, tenía en 1990 el tercer porcentaje más alto del total de inmigrantes que residía en Puerto Rico en ese año. Los análisis de estos dos municipios proveen información importante para desarrollar política pública que puedan atender las necesidades de sus poblaciones.

CONTENIDO

Septiembre 2000

Volumen 4, Número 1

Prefacio

Página

Situación de Salud de la Población
Inmigrante Femenina Residentes
en Puerto Rico, 1990-94. **1**
ZORAIDA MORALES DEL VALLE

CENTRO DE INVESTIGACIONES DEMOGRAFICAS

La Fecundidad de la Mujer Inmigrante **16**
y sus Factores Asociados en Puerto
Rico, 1990.
**SILMA VEGA ROSADO y AUREA Y.
RIVERA ALVARADO**

Políticas de Salud en Puerto Rico y **33**
y sus Implicaciones para la Mujer
Inmigrante y el Estado de Salud de
la Isla.
ROBERTO RAMIREZ GARCIA

SITUACION DE SALUD DE LA POBLACION INMIGRANTE FEMENINA RESIDENTES EN PUERTO RICO: 1990-1994

Zoraida Morales Del Valle, Ph.D.
Universidad de Puerto Rico

Introducción

El logro de una salud óptima es un objetivo prioritario, tanto a nivel personal como a nivel de cualquier comunidad. Sin embargo, no todos los grupos presentes en una comunidad tienen los conocimientos, recursos y acceso a los servicios necesarios para poder lograr este objetivo.

La población inmigrante a un país, es uno de los grupos que suele estar en desventaja en cuanto a su situación de salud y a la utilización de los servicios de salud existentes. En muchas ocasiones, esta desventaja es resultado de los niveles altos de pobreza que caracterizan a estos grupos y de las situaciones de discrimen existentes en el medio-ambiente donde éstos se desenvuelven. En la población femenina inmigrante esta situación de desventaja se agudiza como resultado del discrimen por género.

La cantidad y diversidad de los inmigrantes a Puerto Rico, durante las últimas décadas, ha aumentado considerablemente. Según la información censal, para 1960, residían en Puerto Rico un total de 62,340 inmigrantes¹ de los cuales el 45.5 por ciento eran mujeres. La gran mayoría de estos inmigrantes eran de nacionalidad estadounidense, constituyendo éstos el 78.7 por ciento de ese total (U.S. Bureau of the Census, 1960). Este volumen de inmigrantes aumentó a 320,721 para 1990 con un 51.9 por ciento de éstos correspondiendo al género femenino. La proporción del total de inmigrantes residiendo en Puerto Rico para ese año que nació en los Estados Unidos fue de 71.7 por ciento, mientras que los inmigrantes dominicanos y cubanos constituían el 12.0 y el 6.2

¹Se define inmigrante en este análisis como todas aquellas personas nacidas en cualquier país fuera de Puerto Rico.

por ciento, respectivamente (Morales Del Valle, 1996).

No existen, sin embargo, estudios que hayan analizado cuáles son las condiciones de salud de estos inmigrantes ni cuáles son sus demandas de servicios de salud. Esta escasez de estudios sobre la salud de los inmigrantes residiendo en Puerto Rico es en parte, el resultado de la ausencia de fuentes de datos sobre este tema.

En el análisis que se presenta a continuación se discutirán algunos componentes de la salud de la población inmigrante de mujeres residiendo en Puerto Rico durante el período de 1990 a 1994.

Se analizarán sus niveles de mortalidad y sus patrones de causas de muerte para ese período, al igual que algunas variables relacionadas a la salud reproductiva. Se presentará un análisis de la población no nativa desglosada por distintos grupos étnicos y se comparará con la población nativa total.

Fuente de Información y Metodología de Análisis

Se utilizó como fuente de información principal para el análisis, los archivos computarizados de los certificados de defunciones y de nacimientos que produce el Departamento de Salud de Puerto Rico. En los certificados de defunciones y de nacimientos se incluye una pregunta sobre lugar de nacimiento que permite identificar a la población no nativa residente en Puerto Rico. El certificado de defunción contiene información sobre causas de muerte, mientras que el certificado de nacimiento contiene información sobre algunas variables relacionadas a la salud reproductiva. Ambos certificados incluyen también información sobre algunas variables sociodemográficas.

El análisis se realizó utilizando tabulaciones cruzadas donde se presentan los indicadores desglosados por población nativa - no nativa total y esta última por país de nacimiento. Los indicadores presentados en estas tablas son las tasas de mortalidad y la distribución porcentual por

las categorías de las variables bajo estudio para cada uno de los grupos étnicos incluidos.

RESULTADOS

Niveles de Mortalidad

En la Tabla 1 se presenta la tasa promedio de mortalidad para el período de 1990-94 desglosada por lugar de nacimiento y género. Los datos incluidos en esa Tabla indican que la población no nativa de Puerto Rico tiene unos niveles de mortalidad más bajos que la población nacida en Puerto Rico (tasas de 4.3 versus 8.0). Al desglosar esas tasas por género, se encuentra que tanto para la población nativa como para la población no nativa, los niveles de mortalidad de las mujeres son menores que los de los hombres. Se observa, además, que la mortalidad es menor entre la población no nacida que entre la población nacida en Puerto Rico, tanto entre los varones como entre las mujeres.

TABLA 1

TASAS PROMEDIO DE MORTALIDAD^a POR LUGAR DE NACIMIENTO Y GENERO, PUERTO RICO: 1990-94.

LUGAR DE NACIMIENTO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Puerto Rico	9.6	6.3	8.0
Fuera de Puerto Rico ^b	6.1	2.8	4.3
Total ^c	9.3	6.0	7.6

^aPor mil habitantes.

^bSe estimó aplicándole la proporción de población nativa-no nativa obtenida en el Censo de 1990 al estimado de la población total publicado en el Informe de Estadísticas Vitales de 1992.

^cSe obtuvo del Informe de Estadísticas Vitales de 1992.

Fuente: Tabulación producida por la autora usando las cintas de defunciones del Departamento de Salud.

El análisis de la tasa promedio de mortalidad por país de nacimiento para la población nacida fuera de Puerto Rico (Tabla 2) indica que los niveles de mortalidad de la población femenina cubana

y de la población femenina nacida en otros países (excepto Estados Unidos y República Dominicana), son mucho más altos que los niveles de mortalidad de la población femenina nacida en los Estados Unidos, en la República Dominicana y en Puerto Rico.

TABLA 2

TASA PROMEDIO DE MORTALIDAD POR PAIS DE NACIMIENTO PARA LA POBLACION FEMENINA RESIDENTE EN PUERTO RICO: 1990-94.

PAIS DE NACIMIENTO	TASA
Puerto Rico	8.0
Fuera de Puerto Rico	4.3
Estados Unidos	2.6
Cuba	12.0
República Dominicana	5.1
Otros Países	12.1

Fuente: Tabulación producida por la autora usando las cintas de defunciones del Departamento de Salud.

Esta menor mortalidad femenina de la población no nativa que de la población nativa y las diferencias observadas entre los distintos grupos no nativos pueden ser resultado de diferencias en la estructura de edad de los distintos grupos bajo estudio. Análisis realizados sobre la estructura de edad indican que la mediana de edad de la población no nativa en 1990 fue de 24.4 años en comparación con la población nacida en Puerto Rico que fue de 32.1 años (Morales Del Valle, 1996).

De igual forma existen diferencias significativas en la estructura de edad que tienen los distintos grupos no nativos que residen en Puerto Rico. Los datos de 1990 indican que la mediana de edad fluctúa desde 21.4 años para los inmigrantes norteamericanos hasta 49.6 para los nacidos en Cuba. Para controlar por el efecto de estas diferencias en estructura de edad en los niveles de mortalidad, se calcularon tasas de mortalidad específicas por edad para la población femenina no

nativa por país de nacimiento. Estas tasas se compararon con la población nacida en Puerto Rico. El análisis de las mismas (Tabla 3), indica que la mortalidad de la población no nativa es mayor que la mortalidad de la población nativa entre las edades de 5 a 54 años. En los extremos de la escala de edad, o sea, las edades bien jóvenes (0-4 años) y las más viejas (55 y más), la población nativa tiene una mortalidad mayor que la población no-nativa.

Al desglosar las tasas de mortalidad específicas por edad por país de nacimiento, se observan unos niveles de mortalidad mayores en las edades de 5 a 54 años para la población nacida en los Estados Unidos y en la República Dominicana, en comparación con los nativos de Puerto Rico. La mortalidad en los grupos bien jóvenes y los bien viejos, por otro lado, es mayor en la población nativa de Puerto Rico. Los riesgos de mortalidad de la población femenina cubana, son menores que los riesgos de las puertorriqueñas y de las norteamericanas en todas las edades. Estos riesgos también son menores que los de la población femenina dominicana en todas las edades excepto el grupo de 65 años y más. En el grupo más viejo (65 años y más) los riesgos de mortalidad en la categoría de "nacidos en otros países" son similares a los de las puertorriqueñas. En ambos, estos niveles son mucho más altos que las de las cubanas, norteamericanas y dominicanas. No se registraron defunciones infantiles entre la población femenina dominicana ni entre las mujeres cubanas. De hecho, en este último grupo no ocurrió defunción alguna antes de los 20 años de edad.

Estas tasas de mortalidad, por edad, evidencian que la mortalidad no es uniformemente mayor en la población no nativa en comparación con la población nativa con la excepción de las inmigrantes cubanas. Los grupos no nativos de mayor productividad y reproductividad tienen riesgos más altos de morir que la población nativa.

TABLA 3

TASAS PROMEDIO DE MORTALIDAD PARA LA POBLACION FEMENINA POR NACIONALIDAD Y EDAD, PUERTO RICO: 1990-1994

EDAD	NATIVA	FUERA DE PUERTO RICO			
		TOTAL	ESTADOS UNIDOS	REPUBLICA DOMINICANA	CUBA
0-4	2.8	1.2	1.1	1.3	0
5-9	0.2	0.2	0.2	0	0
10-14	0.2	0.2	0.2	0.2	0
15-19	0.4	0.4	0.4	0.2	0
20-24	0.6	0.6	0.6	1.3	0.1
25-29	1.0	0.9	1.1	1.5	0
30-34	1.4	1.4	1.4	1.6	0.1
35-39	1.5	2.2	2.9	1.3	0
40-44	1.9	3.0	4.2	2.1	0.2
45-49	2.6	3.3	5.1	2.7	0.2
50-54	3.9	4.6	6.3	5.2	3.8
55-59	6.0	5.6	8.0	5.9	3.5
60-64	9.7	8.3	13.4	5.9	5.2
65 y más	43.2	9.5	12.7	6.8	9.0

Fuente : Tabulación producida por la autora usando las cintas de defunciones del Departamento de Salud.

Mortalidad por Causas de Muerte

El análisis de la mortalidad por causa de muerte y país de nacimiento indica que para la población femenina de Puerto Rico, Cuba, y la República Dominicana las enfermedades del corazón y los tumores malignos constituyen las dos primeras causas de muerte. En contraste con lo anterior, las dos primeras causas de muerte entre las mujeres nacidas en los Estados Unidos son el SIDA y el cáncer, mientras que las enfermedades del corazón representan la tercera causa de muerte. Las defunciones por neumonía-influenza y aquellas debido al sistema digestivo constituyen la tercera y la cuarta causa de muerte para las cubanas. Los accidentes representan la tercera causa de muerte entre las dominicanas y la cuarta entre las norteamericanas. La diabetes mellitus y las defunciones cerebrovasculares constituyen la cuarta y quinta causa de muerte entre las dominicanas, pero

constituyen la tercera y la cuarta causa entre las puertorriqueñas. Estas diferencias en las causas de muerte son el resultado de la estructura de edad más joven que caracteriza a la población femenina nativa de Estados Unidos y de la República Dominicana. En estos grupos jóvenes predominan u ocupan un lugar importante la mortalidad por SIDA y por accidentes, especialmente los relacionados al tránsito.

TABLA 4

DISTRIBUCION DE PORCIENTO DE LAS DEFUNCIONES PARA LA POBLACION FEMENINA POR PAIS DE NACIMIENTO Y CAUSA DE MUERTE, PUERTO RICO: 1990-94.

CAUSA DE MUERTE	PUERTO RICO	FUERA DE PUERTO RICO				
		TOTAL	ESTADOS UNIDOS	CUBA	REP. DOM.	OTROS PAISES
Corazón	24.0	20.0	12.8	27.8	23.6	21.6
Tumores Malignos	15.6	17.5	14.0	20.7	17.7	19.7
SIDA	2.1	7.6	16.3	0.8	2.9	3.5
Accidentes	2.3	6.3	9.4	1.5	7.6	15.7
Neumonía-Influenza	4.8	4.7	3.4	6.4	3.2	6.1
Pulmonar Obstructiva	4.2	3.6	4.3	4.6	2.0	2.8
Hipertensiva	4.0	3.2	2.9	3.7	4.2	2.6
Homicidios	0.7	2.2	3.4	0.4	2.7	1.5
Cerebrovascular	5.9	4.0	2.9	4.2	5.2	4.8
Sistema Digestivo	3.0	3.0	2.5	4.8	2.5	2.2
Diabetes Mellitus	9.0	3.3	2.9	2.7	6.6	2.2

Fuente: Tabulación producida por la autora usando las cintas de defunciones del Departamento de Salud.

Algunas Dimensiones de la Salud Reproductiva

Una segunda dimensión de esta investigación tiene que ver con factores relacionados a las condiciones de salud de la madre durante el embarazo, aspectos que se incluyen en el estudio de la salud reproductiva. El cuidado prenatal que tienen las mujeres durante su embarazo es determinante, tanto para la salud de la mujer como para la de sus hijos. Factores relacionados al nivel de pobreza, al igual que su acceso a los servicios de salud, pueden condicionar, en gran medida, ese cuidado

prenatal.

Los datos de los certificados de nacimientos en Puerto Rico proveen información sobre dos variables de cuidado prenatal. Estas son el trimestre en que se comenzó el cuidado prenatal y el número de visitas prenatales realizadas. El análisis de estas dos variables por nacionalidad no indica muchas diferencias entre la población nativa y la no nativa de acuerdo al trimestre que empezó el cuidado prenatal. En relación al número de visitas prenatales, tampoco se observan grandes diferencias en el número de visitas prenatales entre la población nativa y la no nativa. Se registra, sin embargo, un por ciento un poco mayor de mujeres no nativas que empiezan su cuidado prenatal en el segundo y el tercer trimestre lo cual indica un inicio de este cuidado más tardío en comparación con las mujeres nativas.

TABLA 5

DISTRIBUCION DE PORCIENTOS DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDAS A LAS MUJERES POR TRIMESTRE EN QUE EMPEZO EL CUIDADO PRENATAL, VISITAS PRENATALES Y PAIS DE NACIMIENTO, PUERTO RICO: 1990-1994.

	PUERTO RICO	FUERA DE PUERTO RICO				
		TOTAL	ESTADOS UNIDOS	CUBA	REPUBLICA DOMINICANA	OTROS PAISES
Trimestre						
1ro.	74.5	73.6	75.2	86.8	63.8	72.7
2do.	21.3	21.6	20.8	10.5	27.5	21.0
3ro.	3.0	3.6	3.1	2.4	6.2	5.3
Ninguno	1.2	1.1	0.9	0.2	2.5	1.0
Visitas Prenatales						
0	1.2	1.1	0.9	0.2	2.5	1.0
1-3	3.0	3.1	2.7	1.2	6.1	3.1
4-6	13.4	14.2	12.8	3.3	23.5	12.3
7-9	23.5	22.5	22.8	11.0	23.3	19.9
10-12	39.2	38.7	39.4	39.0	33.7	40.9
13+	19.7	20.1	21.4	45.3	10.9	23.7

Fuente: Tabulación producida por la autora usando las cintas de nacimientos del Departamento de Salud.

El análisis de las dos variables relacionadas al cuidado prenatal por país de nacimiento de la población no nativa indica que un por ciento menor de la población dominicana en comparación con la población de las otras naciones comienza su cuidado prenatal desde el primer trimestre de su embarazo (64 por ciento para las dominicanas y 87 para las cubanas). De igual forma, la mayoría de las cubanas (84.3) realiza 10 o más visitas prenatales, mientras que menos de la mitad (44.6%) de las mujeres dominicanas realiza esta cantidad de visitas durante su embarazo.

A pesar de que las mujeres dominicanas comenzaron su cuidado prenatal más tarde durante su embarazo y realizaron menos visitas prenatales éstas tuvieron un porcentaje menor de factores de riesgo en estos embarazos y experimentaron menos complicaciones durante el parto que las madres nacidas en otros países, incluyendo Puerto Rico. Por otro lado, el porcentaje de nacimientos por cesáreas en las madres dominicanas fue menor que en los otros grupos bajo estudio, incluyendo a la población nacida en Puerto Rico.

Discusión

Los resultados de este análisis indican que existen diferencias importantes en las condiciones de salud de los distintos grupos de inmigrantes femeninas que residen en Puerto Rico, según medidas por los indicadores de mortalidad y de cuidado prenatal que se utilizaron.

Las tasas crudas de mortalidad sugieren unos riesgos menores para las mujeres nacidas en los Estados Unidos y en la República Dominicana, pero esto es resultado de la estructura de edad más joven que caracteriza a la población femenina proveniente de estos países. El análisis de las tasas de mortalidad específicas por edad valida lo anterior ya que la población en la mayoría de los grupos de edad de estos dos países tienen unos riesgos de mortalidad iguales o mayores que los de la población puertorriqueña.

Los patrones de causa de muerte, por país de nacimiento, indican diferencias que también reflejan la diversidad en la estructura de edad de los grupos étnicos estudiados. El predominio de algunas condiciones de salud, entre las norteamericanas y las dominicanas, tales como, el SIDA y los accidentes, es indicativo de la estructura de edad joven que tienen estos dos grupos. Su predominio, en estos grupos, debe alertar sobre el establecimiento de programas y políticas educativas dirigidas a concientizar a estos grupos sobre medidas de prevención.

Existen diferencias marcadas por país de nacimiento en algunas características sociodemográficas de las mujeres fallecidas durante el período de 1990-94 que también pueden contribuir a las diferencias observadas en la mortalidad. Se registró un por ciento más alto de personas que eran hijos naturales entre las mujeres de la República Dominicana que se murieron durante el período bajo estudio que entre mujeres nacidas en otros países. Más de 1/3 parte de los nacimientos ocurridos a las dominicanas se identificaron como naturales. Esta proporción fue similar a la de las mujeres puertorriqueña y un poco superior a la de las norteamericanas. Esto es resultado de que un alto por ciento de las mujeres dominicanas no está casada legalmente. Alrededor de un 32 por ciento de las madres de estos nacimientos estaban casadas consensualmente, mientras que un 15 por ciento no vivía con el padre de su hijo. De igual forma, las diferencias étnicas en las características sociodemográficas de las mujeres que tuvieron hijos (las madres) durante el período de estudio podría explicar el diferencial étnico en el cuidado prenatal. Un por ciento mucho menor de dominicanas que de los otros grupos no nativos en Puerto Rico había completado un bachillerato u otro nivel educativo más alto. Los valores fueron, por ejemplo, 7.4 por ciento para las dominicanas y 22.6 por ciento para las cubanas. Los niveles educativos de las mujeres dominicanas en promedio, sin embargo, eran superiores a los de la población nativa puertorriqueña.

El hecho de que las mujeres dominicanas presentan el peor cuidado prenatal podría deberse a su falta de conocimiento o a su limitada accesibilidad a los servicios existentes en el país. El status de indocumentado que tienen muchas de esas mujeres en Puerto Rico posiblemente les cohibe y les impide el solicitar servicios médicos y les limita su accesibilidad a los mismos. Además, es una práctica bastante común entre las dominicanas el regresar a su país temporeraamente para recibir servicios de salud para muchas de sus condiciones de salud.

Sin embargo, resulta paradójico que a pesar de poseer un menor cuidado prenatal, las mujeres dominicanas no tuvieron ninguna muerte infantil durante el período bajo estudio. Estudios realizados en los Estados Unidos han encontrado niveles bajos de mortalidad neonatal asociadas a un peso al nacer y a un período de gestación adecuado en algunos grupos hispanos residentes en ese país (Rogers et al, 1996). Algunas de las teorías planteadas para explicar estas paradoja sugieren la existencia de un sistema familiar que sirve de apoyo para un mejor cuidado de salud y de una migración selectiva que favorece a las personas más saludables (Markides y Coreil, 1986).

Indiscutiblemente, tanto la población dominicana como la cubana han establecido redes familiares y no familiares sólidas en Puerto Rico. Por otro lado, las dominicanas, aunque tienen niveles socioeconómicas muy inferiores a las cubanas, aparentan ser un grupo selectivo con relación a su país de origen (Duany, 1992). Estos exhiben también algunas características socioeconómicas que superan a las de la población puertorriqueña (Vázquez Calzada y Morales Del Valle, 1979, y Morales Del Valle, 1996). La mayoría de éstos provienen de las áreas urbanas de la República Dominicana, tienen una gran seguridad y un alto concepto de sí mismas (Duany, 1990).

Los nacidos en Estados Unidos, residentes en Puerto Rico, conforman un grupo compuesto mayormente por población de ascendencia puertorriqueña y otro de menor cuantía que es de

ascendencia norteamericana. El primero de estos dos grupos es uno mucho más joven que el segundo. Sus diferencias en la estructura de edad, posiblemente determinen muchas de sus diferencias en los niveles de mortalidad y morbilidad. Estudios realizados sobre la población de ascendencia puertorriqueña nacida en los Estados Unidos han encontrado diferencias en los niveles de mortalidad entre los nacidos en Estados Unidos de ascendencia puertorriqueña residentes en Nueva York con los residentes en los Estados Unidos (Rosenwaiké, 1992). Por otro lado, también se han encontrado mayores niveles de mortalidad por algunas causas de muerte como el corazón y el cáncer entre los nativos de Estados Unidos que entre los puertorriqueños residentes en Puerto Rico (Rosenwaiké, 1992). Sin embargo, la población nativa de Estados Unidos que reside en Puerto Rico, tiene unos niveles socioeconómicos mayores que la población puertorriqueña y que la dominicana. La explicación para sus mayores niveles de mortalidad amerita un análisis más profundo.

La Ley de Reforma de Bienestar, establecida por el gobierno de Estados Unidos en 1996, ha alterado considerablemente la disponibilidad y accesibilidad de los servicios sociales y de salud para la población migrante residente en los Estados Unidos. Algunos de estos servicios están disponibles siguiendo un sistema de prioridades y otros están disponibles a discreción de cada estado. Los servicios de "Medicaid completos", por ejemplo, están disponibles para los inmigrantes legales que eran residentes al aprobarse la ley, si el estado de residencia así los dispone. Los inmigrantes legales que llegan después de la ley son elegibles para los servicios de emergencia "Medicaid" sólo en los primeros 5 años de su estadía en el país. La posible aplicación de estas leyes en Puerto Rico puede haber limitado la accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud.

El posible desconocimiento e inaccesibilidad a los servicios de salud existentes son variables que deben analizarse, para poder tener un cuadro más completo de la salud de estos grupos

inmigrantes residentes en Puerto Rico y así poder desarrollar medidas adecuadas para atender su situación de salud. Tanto sus patrones de mortalidad como de morbilidad deben ser considerados en el contexto socioeconómico y ambiental donde cada uno de estos grupos se mueve. Hay que tomar en consideración que cada uno de estos grupos ha llegado al país en diferentes momentos y pueden haber alcanzado niveles educacionales y ocupacionales diversos. Estas variables y otros presentes en el ambiente deben ser incluídas para poder ampliar el análisis sobre la situación de salud de estos grupos.

Bibliografía

Alonso Palacio, LM. (1986). Condiciones de Salud de las Madres y de los Nacimiento por Grupo Etnico en Puerto Rico, 1996, Centro de Investigaciones Demográficas (CIDE)2(1) 74-89.

Anderson, JM. (1986). Ethnicity and Illness Experience, Ideological Structures and the Health Care Delivery System, Soc. Sci. Med. 1986; 22:1277-1283.

Baerga, Maria del Carmen y Thompson, Lanng, (1988). Migración en la Semi-periferia: el caso de la inmigración a Puerto Rico, Punto y Coma, 1(1):43-57.

Cheung, YW. (1993). "Ethnic Identification and Alcohol Use Among Canadian Born and Foreign Born High School Students in Forests", The International Journal of the Addictions, 28(11), 1095-1109.

Duany. J. (1992). Caribbean Migration of Puerto Rico: A Comparison of Cubans and Dominicans, International Migration Review, XVV1(1).

Espenshade, TJ., Baraka, JL. y Herber, GA. (1997). Implications of the 1996 Welfare and Immigration Reform Acts for U.S. Immigration, Population and Development Review, 23(4):769-801.

Fuentes-Afflich E. Y Hessol, NA. (1997). Impact of Asian Ethnicity and National Origin on Infant Birth Weight, American Journal of Epidemiology, 145:148-155.

Guendelman, S., Chavez, G. Y Christiansan, R. (1994). Fetal Deaths in Mexican-American, Black and White Non-Hispanic Women Seeking Government-Funding Prenatal Care, Journal of Community Health 19(5):319-30.

Hadden, J. (1985). Prevalence of mental disorders in an urban population in central Sweden in relation to social class, marital status and immigration, Acta psychiatr.scand 71:117-127.

Johnson, MRD. (1984) Ethnic Minorities and Health, Journal of the Royal College of Physicians of London, 18:228-230.

Kasl, SV. Y Berkman, Lisa. (1983). Health Consequences of the Experience of Migration, Ann-Rev. Public Health, 4:69-90.

Lanny, Thomas. (1988). Reseña de la Investigación: "El impacto de la inmigración dominicana en Santurce, Punto y Coma 1(1):101-103.

Le Clare, FB., Roger, RG., y Peters, KD. (1997). Social Forces 76:169-198.

Markides, KS. y Coreil, Jeanine. (1986). "The Health of Hispanics in the Southwestern United States: an Epidemiologic Paradox", Public Health Reports 101:253-265.

Mendoza, FS. (1991). Selected Measures of Health Status for Mexican-American, Mainland Puerto Rican, and Cuban-American Children. JAMA 265:227-232.

Morales Del Valle, Z. (1996). Los Inmigrantes Residiendo en Puerto Rico: Su Perfil Socioeconómico en el 1990, Centro de Investigaciones Demográficas (CIDE) 2(1):1-33.

Pérez-Slatle, EJ., Marín, G. Y Vanoss Marin, B. (1994). Behavioral Risk Factors: A Comparison of Latinos and Non Latino Whites in San Francisco, American Journal of Public Health 84:971-975.

Rogers, RB. et al. (1996). Demographic, Socioeconomic and Behavioral Factors Affecting Ethnic Mortality by Cause, Social Forces 74(4):14-19-1438.

Rosenwaike, I. (ed.) (1991). Mortality of Hispanics Populations, Greenwood Press, New York.

Williams, DR, Larizzo-Moursey, R., Warren Rueben, C. (1994). Public Health Reports 109:26-41.

Vallar, HV. y Menk, Hermark. (1994). The National Cancer Data Base Reporting Cancer in Hispanics 74(8):2386-95.

Vázquez Calzada, J.L. y Morales Del Valle, Z. (1979). Características Sociodemográficas de los Norteamericanos, Cubanos y Dominicanos Residentes en Puerto Rico. Revista de Ciencias Sociales, XX2: (1-2) 1-54.

LA FECUNDIDAD DE LA MUJER INMIGRANTE Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PUERTO RICO, 1990

Silma Vega Rosado y Aúrea Y. Rivera Alvarado
Universidad de Puerto Rico

Introducción

La migración es uno de los factores que afectan el crecimiento poblacional. Esta tiene un efecto reductor en el país de origen y aumenta la población en el lugar de destino.

El proceso migratorio es uno selectivo por edad y sexo. Por lo general, quienes migran son personas en edades reproductivas y han sido los varones quienes tienen una mayor tendencia a migrar aunque en los últimos años la cantidad de mujeres migrantes ha aumentado considerablemente. Los movimientos migratorios están estrechamente relacionados al ciclo de vida de las personas. Las personas tienden a migrar en ciertos momentos específicos en sus vidas, en especial cuando se casan, se divorcian o se retiran de la fuerza trabajadora. La movilidad es mayor entre los 18 y los 30 años cuando las personas dejan el hogar de sus padres para asistir a la universidad, encontrar trabajo, casarse y formar familias. Los migrantes tienden a tener los niveles educativos más altos que la población en su país de origen, pero más bajos que la población en el país de destino.

La decisión de migrar no es un proceso que se da en un vacío. La migración es un proceso social que envuelve unas redes que conectan al país de origen con el país de destino. El movimiento de personas tiene lugar a través de una cadena migratoria en la cual los migrantes potenciales conocen sobre las oportunidades de empleo, los medios de transportación que tendrían disponibles y las opciones de vivienda en el lugar al que

desean moverse. Esta información la proveen los amigos y familiares en su país de origen que migraron antes que ellos y ya están establecidos en este lugar.

Otro de los elementos que afecta el crecimiento poblacional son los niveles de fecundidad de los diferentes países. La fecundidad se ve afectada por elementos culturales, sociales, ideológicos, económicos, biológicos y políticos y está en función de la capacidad biológica de procrear, o fertilidad, de la existencia de una pareja del sexo opuesto, del uso de contraceptivos y de los diferentes avances en la ciencia y en la tecnología.

Los datos del censo de 1980 indican que la población no nativa en Puerto Rico había aumentado a 262,875 personas o un 8.2 por ciento de la población total del país. Se encontró que 199,524 de estos inmigrantes o un 63.4 por ciento nacieron en los Estados Unidos. Para 1980, gran parte de este grupo (155,734), fueron hijos de emigrantes puertorriqueños a los Estados Unidos, que nacieron en ese país. El resto de los inmigrantes a Puerto Rico que nacieron en los Estados Unidos está constituido por el grupo de americanos sin ascendencia puertorriqueña; o sea, que ambos padres también nacieron en los Estados Unidos o en otro país.

Según el censo del 1990 residían en Puerto Rico 320,721 personas nacidas en el exterior. Esto representa un 9.1 por ciento de la población total residente en el país. Entre 1980 y el 1990, se registró un aumento de 22.0 por ciento en la población no nativa. La población no nacida en Puerto Rico provenía, en su mayoría, de los Estados Unidos. Si la comparamos con el 1980 esta población aumentó en un 16.3 por ciento. De los grupos inmigrantes que nacieron en los Estados Unidos, 175,212 eran hijos de padres y

madres puertorriqueños y para 30,240 de estos inmigrantes uno de los padres era puertorriqueño.

La migración extranjera del sexo femenino puede tener un impacto significativo, tanto en la región o área de destino como en la de origen. Este impacto, además de darse en forma directa ya que altera el volumen poblacional de estas áreas, ocurre a través de su efecto en la características de la población de esas áreas. Una de estas características podría ser la fecundidad. Distintos estudios realizados han encontrado que las mujeres migrantes suelen tener una fecundidad mayor que las mujeres del país de destino pero menor que su país de origen.

Para tener una idea de ese impacto el presente estudio analizará la fecundidad de la mujer inmigrante residente en Puerto Rico por diversas características sociodemográficas. Se comparará la fecundidad de distintos grupos de inmigrantes con la de la población nativa de Puerto Rico.

Fuente de Datos y Metodología

En este estudio se utilizaron los datos provenientes del Censo de Población y Vivienda de Puerto Rico para 1990. Estos se obtuvieron de una muestra de 5 por ciento de la población de Puerto Rico que se incluyen en la Cinta de Microdata (PUMS).

Se utilizó la pregunta de lugar de nacimiento de la población residente en Puerto Rico en 1990 para identificar los siguientes grupos de inmigrantes: nacidos en los Estados Unidos, nacidos en Cuba, nacidos en la República Dominicana y nacidos en otros países. En esta última categoría se incluyeron los inmigrantes residentes en Puerto Rico nacidos en el resto de los países. Se incluyó, además, el grupo de nacidos en Puerto Rico como grupo de comparación.

En el estudio no se consideró la ascendencia para definir los grupos bajo estudio. Es decir, aunque algunas personas hayan nacido fuera de Puerto Rico, uno o ambos padres puede que sean puertorriqueños.

Se utilizó el programa “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)” para el procesamiento de los datos. Mediante su uso se obtuvo el promedio de hijos tenidos por las mujeres por los países de nacimiento identificados anteriormente y distintas variables sociodemográficas. Se presenta una comparación de este promedio entre la población no nativa total y la población puertorriqueña por distintas variables socioeconómicas. Se analizan, además, distintos grupos de población no nativa.

Resultados

En la Tabla 1, se presenta la distribución porcentual de las mujeres por país de nacimiento y número de hijos tenidos. El análisis de ésta indica que un 20 por ciento o más de las mujeres en cualquiera de los países incluidos no tenía hijos. Este por ciento fue mayor entre las mujeres provenientes de Estados Unidos donde casi la mitad de éstas corresponde a esta categoría. Es entre las mujeres cubanas que se observa el por ciento más alto de mujeres con uno o más hijos, ya que un 79.6 por ciento ha tenido por lo menos un hijo en comparación con los puertorriqueños donde un 72.6 por ciento ha tenido por lo menos 1 hijo. El análisis anterior no implica necesariamente que los cubanos tienen mayor fecundidad que los otros grupos étnicos como se indica más adelante.

En la Tabla 2 se incluye el promedio de hijos tenidos por edad de la madre y país de nacimiento. Como es de esperarse, la fecundidad aumenta según aumenta la edad de la madre. Estos datos también indican que las puertorriqueñas tenían, en 1990, los

mayores niveles de fecundidad al finalizar el período reproductivo de las mujeres con un promedio de 4 hijos para las mujeres de 50 años o más. Estas tienen, además, una mayor fecundidad en casi todas las edades. Las mujeres cubanas, por otro lado, tienen los niveles de fecundidad más bajo con un promedio de 2.1 hijos. Estas tienen, además, los niveles de fecundidad más bajo en todos los grupos de edad.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE POR CIENTOS DE LAS MUJERES INMIGRANTES POR LUGAR DE NACIMIENTO E HIJOS TENIDOS, PUERTO RICO: 1990.

NÚMERO DE HIJOS	PUERTO RICO	ESTADOS UNIDOS	CUBA	OTROS PAISES	OTROS
Sin hijos*	27.4	45.7	20.4	24.8	32.2
1 hijo	11.5	17.3	23.2	17.9	15.4
2 hijos	19.2	19.1	31.1	20.7	23.3
3 hijos	17.9	11.3	14.9	16.6	16.4
4 hijos	9.0	4.4	6.9	8.7	7.2
5 hijos	4.7	1.1	2.3	4.7	2.9
6 hijos	3.0	0.5	0.8	2.3	1.4
7 hijos o más	7.3	0.6	0.4	4.3	1.2
Total	1,215,060	83,424	9,420	19,437	13,185

*Esta categoría incluye mujeres quienes no están a riesgo de procrear.

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

TABLA 2

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR MUJER POR GRUPOS DE EDAD Y PAIS DE NACIMIENTO, PUERTO RICO: 1990.

GRUPOS DE EDAD	PUERTO RICO	ESTADOS UNIDOS	CUBA	REP. DOMINICANA	OTROS PAISES	TOTAL
15-19	0.14	0.18	0.00	0.13	0.07	0.15
20-24	0.71	0.72	0.26	0.72	0.27	0.71
25-29	1.51	1.31	1.06	1.70	0.97	1.48
30-34	2.13	1.98	1.17	2.08	1.71	2.10
35-39	2.44	2.13	1.63	2.46	2.23	2.36
40-44	2.72	2.27	1.86	2.58	2.47	2.70
45-49	3.05	2.52	1.82	2.90	2.39	3.03
50+	3.98	2.76	2.11	3.09	2.41	3.92

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

En la Tabla 3 se observa que las mujeres puertorriqueñas tienen el número promedio de hijos mayor para prácticamente todos los estados maritales cuando se compara con la población inmigrante total. El promedio de hijos tenidos por las mujeres de 15 a 49 años por estado marital y lugar de nacimiento específico que se incluye también en esa Tabla, indica que en Estados Unidos, Puerto Rico y la República Dominicana se observa el promedio más alto de hijos tenidos en la categoría de viuda. Esto podría ser el resultado de que posiblemente este grupo ya ha terminado su ciclo de reproducción. Por otro lado, entre las mujeres cubanas el promedio de hijos más altos la tienen aquellas que están separadas. En cualquier estado marital la fecundidad de la mujer puertorriqueña es mayor que la de los otros grupos étnicos seguido por la fecundidad de las mujeres dominicanas. Los niveles de fecundidad más bajos en casi todas las categorías de estado marital los tienen las mujeres cubanas.

TABLA 3

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES, POR PAIS DE NACIMIENTO Y ESTADO MARITAL, PUERTO RICO: 1990.

ESTADO MARITAL	PUERTO RICO	OTROS PAISES				TOTAL
		ESTADOS UNIDOS	CUBA	REPUBLICA DOMINICANA	OTROS	
Casado	2.95	1.81	2.13	2.52	2.29	2.87
Consensual	2.86	2.06	1.00	3.64	2.11	2.79
Viudas	4.47	2.66	1.74	4.33	1.99	4.40
Divorciadas	2.64	1.94	1.74	3.30	2.30	2.55
Separadas	3.17	2.16	2.59	3.68	1.55	3.09
Nunca Casada	0.32	.15	0.13	0.93	0.11	0.30

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

Las mujeres migrantes de la República Dominicana tienen un promedio de hijos más alto que el resto de los grupos inmigrantes en todas las categorías de tipo familia incluidas en la Tabla 4. La fecundidad más alta para los inmigrantes de ese país correspondió a las familias que tenían como jefa a una mujer que no vivía sola. Estas

tenían en promedio 2.79 hijos. La fecundidad de los distintos tipos de familia correspondiente a las mujeres nacidas en Puerto Rico, es más alta que la de casi todos los tipos de familia nacidas fuera de Puerto Rico, incluyendo la de los dominicanos. Sólo en el tipo de familia donde la mujer era jefa de familia y no vivía sola es que se observa una mayor fecundidad en la República Dominicana que en Puerto Rico.

TABLA 4

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES POR PAIS DE NACIMIENTO Y TIPO DE FAMILIA, PUERTO RICO: 1990.

TIPO DE FAMILIA	PUERTO RICO	OTROS PAISES			OTROS	TOTAL
		ESTADOS UNIDOS	CUBA	REPUBLICA DOMINICANA		
Familia de Pareja Casada	2.41	1.26	1.93	2.34	1.87	2.32
Hombre Solo	2.19	1.14	1.58	2.13	1.35	2.09
Mujer Sola	2.65	1.15	1.52	2.12	1.68	2.55
Hombre Jefe de Hogar No Vive Solo	2.03	0.37	1.26	1.83	-	1.95
Mujer Jefa de Hogar Sola	2.95	0.96	1.19	1.52	1.14	2.86
Jefa Mujer que No Vive Sola	0.84	0.44	0.88	2.79	0.51	0.87

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

La educación de las mujeres inmigrantes se analizó utilizando las variables literacia, y años de escuela completados. Los datos con relación a la literacia indican una mayor fecundidad entre las inmigrantes no literatas que entre las literatas en prácticamente todos los grupos étnicos bajo estudio. El análisis del promedio de hijos por años de escuela completadas y país de nacimiento indica que no existe un patrón único entre la fecundidad y estas variables (Tabla 5).

En la Tabla 5 se observa que las puertorriqueñas tienen niveles de fecundidad superiores a la población femenina en todos los grupos de inmigrantes cuando se analizan los años de escuela completados. El análisis de la fecundidad por nivel de educación y

país de nacimiento específico también indica que el nivel escolar con mayor promedio de hijos para la población nacida en Puerto Rico se observa entre aquellos con cero años de escuela completado. A partir de esta categoría la fecundidad desciende según el nivel educativo hasta llegar a la categoría de “Algo de Universidad” y, el promedio de hijos entre las puertorriqueñas se mantiene fluctuante con un leve ascenso. Entre los nacidos en los Estados Unidos el mayor promedio de hijos se observa en la categoría educativa de escuela elemental con 1.74 hijos. Este valor desciende en forma fluctuante hasta alcanzar un valor promedio de 1.46 hijos en el nivel de doctorado. La fecundidad de las mujeres nacidas en Cuba, por otro lado, no muestra un patrón de ascenso con la variable de años de escuela completados. Entre estas mujeres el promedio más alto de hijos se registró entre aquellos que alcanzaron un nivel de escuela elemental con 2.33 hijos en promedio. No se observa un patrón definido de hijos por nivel educativo según aumenta la educación de las mujeres cubanas. Por otro lado, la fecundidad de las mujeres dominicanas muestra un patrón bastante similar al de las puertorriqueñas. Es decir, su fecundidad varía inversamente con la edad hasta el nivel de asociado. A partir de esa categoría, el promedio de hijos aumenta alcanzando un promedio de 2.43 hijos en la categoría de doctorado.

Al comparar la fecundidad por nivel educativo, entre los distintos países, se observa, que en términos generales, las mujeres puertorriqueñas tienen la mayor fecundidad en las categorías educativas hasta el nivel de escuela superior. En las categorías universitarias de asociado, la fecundidad de las cubanas es mayor, mientras que a nivel doctoral las mujeres dominicanas son las que tienen la fecundidad mayor.

TABLA 5

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES, POR PAIS DE NACIMIENTO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD, PUERTO RICO: 1990.

NIVEL EDUCATIVO	PUERTO RICO	OTROS PAISES			
		ESTADOS UNIDOS	CUBA	REP. DOMINICANA	OTROS
Cero Años	4.88	0.88	0.84	3.11	1.11
Elemental	4.27	1.74	2.33	2.95	2.38
Superior sin diploma	2.18	1.08	1.77	2.15	1.78
Graduado escuela superior	2.08	1.45	1.75	2.00	1.81
Algo Universidad	1.30	1.03	1.87	1.58	1.14
Asociado	1.68	1.33	2.05	1.42	1.83
Bachillerato	1.55	1.25	1.60	1.69	1.66
Maestría	1.60	1.12	1.73	0.79	1.77
Esc. Prof.	1.45	0.64	2.23	2.48	2.51
Doctorado	1.48	1.46	1.10	2.43	1.32

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

El promedio de hijos en todos los grupos étnicos es mayor entre las personas que están fuera de la fuerza que para los que están trabajando. Entre aquellos clasificados en la fuerza laboral, el promedio de hijos fue mayor entre los empleados que entre los desempleados en todos los grupos étnicos excepto los cubanos. En términos generales, el promedio de hijos fue mayor entre los dominicanos y entre los puertorriqueños que en los demás grupos bajo estudio.

TABLA 6

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES, POR PAIS DE NACIMIENTO Y FUERZA LABORAL, PUERTO RICO: 1990.

FUERZA LABORAL	P. R.	OTROS PAISES				TOTAL
		E. U.	CUBA	REP. DOMINICANA	OTROS	
Fuerza Civil, Empleada	1.85	1.26	1.55	2.04	1.61	1.80
Fuerza Civil, Desempleada	1.78	2.00	2.00	1.88	1.27	1.72
Fuera de la Fuerza Civil	2.93	1.30	1.95	2.45	1.90	2.83

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

Los datos incluidos en la Tabla 7 indican una mayor fecundidad entre los agricultores y los empleados en el servicio doméstico que entre los empleados en las otras ocupaciones para los nacidos en los Estados Unidos y en Puerto Rico. Entre los cubanos la fecundidad mayor se observa entre los que trabajan en ocupaciones de servicio, especialmente servicio personal, mientras que entre los dominicanos la fecundidad predomina entre los de cuello azul, especialmente entre los operarios y obreros. En términos generales, se observa que los trabajadores en ocupaciones de cuello blanco tienen una fecundidad menor que en las otras ocupaciones.

TABLA 7

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES DE 15 AÑOS Y MAS POR PAIS DE NACIMIENTO Y OCUPACION, PUERTO RICO: 1990.

OCUPACIONES	P. R.	MIGRANTES				TOTAL
		E. U.	CUBA	REPÚBLICA DOMINICANA	OTROS	
Cuello Blanco	1.58	1.22	1.52	1.66	1.56	1.54
Ejecutivos y Administradores	1.72	1.38	1.39	1.87	1.80	1.68
Profesionales Especificos	1.70	1.21	1.48	1.75	1.50	1.66
Técnicos y Ocupaciones de Apoyo.	1.53	1.23	1.44	1.86	1.40	1.50
Vendedores	1.44	1.14	1.81	1.40	1.70	1.41
Servicios	2.75	1.56	2.58	1.87	3.07	2.66
Servicios Domésticos	3.01	0.67	0.82	2.55	1.64	2.82
Servicios Protectivos	1.86	1.20	1.78	9.50	2.36	2.73
Servicio Personal	2.87	2.06	2.05	2.13	1.45	2.29
Otros Servicios, excepto doméstico, protectivo y personal.	2.87	1.47	1.78	2.57	1.71	2.77
Agrícolas	2.31	1.93	-	2.29	1.00	2.81
Operadores, pescadores y obreros agrícolas.	2.92	1.92	-	2.29	1.00	2.82
Cuello Azul	2.31	1.49	1.45	2.56	1.82	2.26
Trabajadores de precisión, artesanos y reparadores.	2.92	1.92	-	2.29	1.10	2.12
Operarios y obreros	2.16	1.50	1.59	2.56	1.10	2.12
Militares	2.34	1.49	1.35	2.56	1.95	2.29

No se incluyeron los casos cuyas ocupaciones no se identificaron en los promedios.

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

Cuando la variable fecundidad se controla por el ingreso anual se observa que las puertorriqueñas tienen el promedio mayor para casi todas las categorías de ingreso (Tabla 8). El análisis del ingreso por grupo específico de inmigrante indica que las estadounidenses son quienes tienen el número promedio de hijos menor, mientras que las puertorriqueñas continúan teniendo los niveles más altos (Tabla 9).

Se observa, además, que el promedio de hijos de las puertorriqueñas desciende según aumenta el ingreso hasta la categoría de \$25,000 a 49,000 donde alcanza un valor mínimo de 1.56 hijos. A partir de esa categoría el promedio de hijos aumenta en forma directa con el ingreso hasta la categoría de \$40,000 a \$49,000 y luego muestra un patrón fluctuante. No se observa ningún patrón definido de la fecundidad con el ingreso en los otros grupos étnicos bajo estudio.

TABLA 8

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES DE 15 AÑOS O MAS POR PAIS DE NACIMIENTO E INGRESO ANUAL, PUERTO RICO: 1990.

INGRESOS ANUALES	P. R.	OTROS PAISES				TOTAL
		E. U.	CUBA	REPUBLICA DOMINICANA	OTROS	
\$1 a \$999	2.52	0.89	2.26	2.37	1.60	2.41
\$1,000 a \$1,999	3.33	1.55	2.25	2.17	1.21	3.21
\$2,000 a \$2,999	3.56	1.61	1.75	2.32	1.76	3.45
\$3,000 a \$3,999	3.56	1.79	2.06	2.54	1.89	3.46
\$4,000 a \$4,999	3.29	1.88	1.97	3.07	1.75	3.21
\$5,000 a \$7,4999	2.54	1.43	1.71	2.21	1.62	2.46
\$7,500 a \$9,999	2.07	1.29	1.80	2.30	2.05	1.64
\$10,000 a \$12,499	1.90	1.36	1.43	2.07	1.64	1.85
\$12,500 a \$14,999	1.95	1.24	1.48	1.73	1.71	1.89
\$15,000 a \$19,999	1.90	1.53	1.33	1.82	1.29	1.48
\$20,000 a \$24,999	1.68	1.29	1.57	1.67	0.81	1.62
\$25,000 a \$29,999	1.56	2.03	1.64	2.92	2.47	1.64
\$30,000 a \$39,999	1.67	1.38	1.32	1.97	2.08	1.65
\$40,000 a \$49,999	1.75	1.81	2.00	2.00	2.00	2.00
\$50,000, a 59,999	1.15	1.69	1.00	-	-	2.00
60,000 a 74,999	1.94	1.70	0.91	-	-	1.81
75,000 y más	1.69	2.00	-	-	-	1.77

-Indica que no se registraron casos.

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
 Tabulación producida por las autoras.

La Tabla 9 incluye el promedio de hijos por país de nacimiento y cantidad de ayudas que reciben las mujeres del gobierno. En términos generales, el promedio de hijos menor se observa en la categoría que no tiene ayuda. Estos promedios fluctúan entre 1.05 hijos para los nacidos en Estados Unidos y 2.18 hijos para los nacidos en la República Dominicana. Se observa, en términos generales, que la fecundidad de las mujeres varía de forma directa con la cantidad de ayudas del gobierno que éstas reciben. Es decir, según aumentan las ayudas del gobierno también lo hace la fecundidad. En prácticamente todas las categorías de ayudas gubernamentales, se observa, además, una mayor fecundidad entre las mujeres puertorriqueñas que entre aquéllas nacidas en otros países.

TABLA 9

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS POR LAS MUJERES DE 15 AÑOS Y MAS POR PAIS DE NACIMIENTO Y LAS AYUDAS RECIBIDAS POR EL GOBIERNO, PUERTO RICO: 1990.

CANTIDAD DE AYUDA	PUERTO RICO	ESTADOS UNIDOS	CUBA	REPUBLICA DOMINICANA	OTROS	TOTAL
No Tiene Ayuda	2.18	1.05	1.75	2.08	1.70	2.09 (1,044,417)
\$1 a \$999	2.29	1.60	1.75	1.53	1.87	2.22 (31,452)
\$1,000 a \$1,999	2.26	2.45	2.00	-	-	2.26 (708)
\$2,000 a 2,999	2.46	-	5.00	-	-	2.75 (330)
\$75,000 +	3.61	2.20	2.03	2.85	1.93	3.54 (265,134)

-No existen datos en estas categorías.

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

Se observan diferencias marcadas por nivel de pobreza entre los distintos países analizados. Entre las mujeres puertorriqueñas y las dominicanas, la fecundidad es más alta entre las más pobres y más baja entre las que no son pobres. En contraste, los niveles más altos de fecundidad en Cuba, en los Estados Unidos y en "otros países" los tienen las mujeres que no son pobres y las que están en pobreza extrema tienen los niveles más

bajos de fecundidad. Las mujeres puertorriqueñas tienen niveles más alto de fecundidad en todas las categorías de pobreza que las mujeres en los otros grupos étnicos.

TABLA 10

PROMEDIO DE HIJOS TENIDOS PARA LAS MUJERES DE 15 AÑOS O MAS POR PAIS DE NACIMIENTO Y NIVEL DE POBREZA, PUERTO RICO, 1990.

NIVEL DE POBREZA	PUERTO RICO	ESTADOS UNIDOS	CUBA	REPUBLICA DOMINICANA	OTROS	TOTAL
Pobreza Extrema	2.82	1.32	1.33	2.24	1.53	2.71
Pobreza Mediana	2.75	1.18	1.61	2.30	2.13	2.56
Sobre Nivel de Pobreza	2.08	1.16	1.85	2.11	1.70	2.01

Fuente: U.S. Bureau of the Census, Public Use Microdata Sample for Puerto Rico (5 Percent Sample).
Tabulación producida por las autoras.

Discusión

La revisión de la literatura sobre migración indica que la mujer migra por un beneficio ya sea económico, cultural, emocional, educativo o personal, entre otros. Muchas de éstas terminan asimilándose a la cultura o país de destino. El migrar puede ser por un tiempo indefinido, pero si el país de destino no llena su expectativa ésta retorna a su país de origen. Como parte de ese proceso de asimilación las mujeres van cambiando sus patrones de fecundidad.

Los países a los cuales las mujeres migran son en su mayoría países desarrollados o urbanizados y altos en tecnología. El análisis de la literatura indica que en estos países la fecundidad es baja. Por lo general, las mujeres que migran tienen una fecundidad más baja que, las mujeres nativas de su país de origen.

En este estudio se encontraron varias similitudes con hallazgos encontrados en la literatura revisada y las mujeres migrantes de Puerto Rico y su fecundidad. Se pudo observar que entre todos los migrantes las nativas de la República Dominicana tienen la fecundidad más alta en la mayoría de los casos. Las mujeres cubanas, en contraste, tienen un promedio de hijos nacidos menor que las mujeres nacidas en los otros países bajo estudio. Esto puede explicarse por el hecho de que Cuba posee la más alta educación, uno de los más altos ingresos y mayor cantidad de personas en ocupaciones de alto nivel. Estas características generalmente contribuyen a que éstas tengan un número promedio de hijos menor.

Las mujeres con los ingresos y los niveles educativos más bajos, así como aquéllas que no están trabajando, tienen los niveles de fecundidad más altos. Lo anterior apunta hacia la necesidad de desarrollar unas políticas tanto en el área socioeconómica

como en la de planificación familiar para atender las necesidades y las diferencias existentes entre estas mujeres.

Como recomendación motivaría buscar datos de la fecundidad de las mujeres en Cuba, República Dominicana, Estados Unidos y otros países y compararlos con la fecundidad de estas mismas migrantes en Puerto Rico. Esto permitiría observar si hay algún efecto en la aculturación de las migrantes o si permanecen con las mismas costumbres de su país.

Un elemento que hay que tomar en consideración al momento de analizar los datos que se desprenden de este estudio, es la proporción tan alta de inmigrantes que llega a Puerto Rico de forma ilegal los cuales pueden alterar el comportamiento de estas variables. Se espera que esta población tenga indicadores socioeconómicos inferiores al resto de la población inmigrante.

El hecho de que en Puerto Rico no exista un registro de los movimientos migratorios dificulta el poder medir el impacto de esta población en la estructura de edad y sexo de la población puertorriqueña y que se tomen medidas que resulten en beneficio de la salud y el bienestar de quienes residen en Puerto Rico.

Bibliografía

Baerga, M. Del C. Y Thompson, L. (1989). Migration in a Small Semiperiphery: The Movement of Puerto Rico and Dominicans, International Migration Review, XXIV, No. 4.

Brokerhoff M. Migration and the Fertility Transition in African Cities. Migration, Urbanization, and Development: New Directions and Issues. Massachusetts, Kluwer, 1998., pags. 357-390.

Cook LW. Fertility and Migration as Adjustment Mechanisms for Changing Population Age Structure in New Zealand. United Nations Population Foundation. 1992, pp. 291-292.

Davin D. Migration and Rural Women in China: A Look at the Gendered Impact of Large-scale Migration. Journal of International Development. Vol. 8, September-October, 1996. pp. 655-665.

Dinkel RH. y Lebok UH. The Fertility of Migants Before and After Crossing the Border: The Ethnic German Population from the Former Soviet Union as a Case Study. International Migration. Vol. 35, 1997. pp. 253-270.

Funkhouser, E. and Ramos, F. (1993). The choice of migration destination: Dominican and Cuban immigrants to the mainland United States and Puerto Rico, International Migration Review, XXVII, No. 3.

Hoy C. Gender. Preferences for Children and Its Consequences for Migration in China. Center for Applied Population Research. No. 98/3. 1998. pp. 17.

Hoy C. Women. Migration and Current Urban Dynamics in China: Fertility and Family Planning. School of Geography Working Paper No. 96/7. March, 1996. pp. 24.

Landale NS. Y Hauan SM. Migration and Premarital Childbearing Among Puerto Rican Women. Demography. Vol. 3, November, 1996. pp. 429-442.

Lipowsky Almenas, Dagmar A. (1997). Determinantes de la Fecundidad en Puerto Rico: 1980 y 1990. Programa Graduado de Demografía, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.

Morales Del Valle, Z. Los inmigrantes residiendo en Puerto Rico: Su perfil socioeconómico en 1990. Centro de Investigaciones Demográficas (CIDE). Vol. 2, Num. 1, Diciembre, 1996.

Ng E y Nauti F. Fertility Among Recent Immigrant Women to Canada. (1991). An Examination of the Disruption Hypothesis. International Migration. Vol. 35, 1977. pp. 559-580.

Population Reference Bureau. Population: A Lively Introduction. Population Bulletin, Vol. 53, No. 3, September 1998.

Rivera Lara, Ramón L. (1997). La población no puertorriqueña: su volumen del 1950 y 1990 y sus características sociodemográficas del 1970 al 1990. Programa Graduado de Demografía, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.

Rivera de Morales, Nidia. (1974). Tendencias de la natalidad y diferenciales de la fecundidad en Puerto Rico años 1888-1972. Programa Graduado de Demografía, Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.

Singley SG. Y Landale NS. Migration and Fertility Among Puerto Ricans: Incorporating Process and Origin into Existing Frameworks. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America. New Orleans. May, 1996. pp. 6.

U.S. Bureau of the Census. (1990). Census of Population and Housing. Puerto Rico.

U.S. Bureau of the Census (1990). Census of Population and Housing, Public Use Microdata Sample (5 Percent Sample) for Puerto Rico.

Vázquez Calzada, JL. (1988). La población de Puerto Rico y su trayectoria histórica. Raga Offset Printing Service, San Juan.

POLITICAS DE SALUD EN PUERTO RICO Y SUS IMPLICACIONES PARA LA MUJER INMIGRANTE Y EL ESTADO DE SALUD DE LA ISLA

Roberto Ramírez García, MSHA, Ph.D.
Universidad de Puerto Rico

Introducción

El tema de la migración por hambre, por persecución política o por necesidad de servicios de salud siempre crea reacciones fuertes, sino viscerales, sobretodo cuando la discusión se da en un país que enfrenta este fenómeno. El asunto se agudiza con el efecto que esto puede tener en la disponibilidad de recursos para atender necesidades básicas de la población del país. La discusión casi invariablemente se convierte en una de derechos que tienen los ciudadanos de un país recursos, frente a la amenaza del inmigrante. Cuando el que migra lo hace de forma ilegal, el reclamo se agudiza más aún. Se crea luego el enfrentamiento entre los derechos nacionales de los ciudadanos de un país y los derechos básicos que se le deben reconocer a todo individuo. Son pocas las oportunidades que se presentan para discutir la controversia entre los derechos nacionales y los derechos humanos. Asombra que a punto de entrar a un nuevo milenio, anunciamos un compromiso con los derechos humanos e inclusive se lanzan ofensivas militares contra países que practican la limpieza étnica, para luego limitar la política pública de salud para inmigrantes ilegales a una cuarentena en las fronteras y costas de esos mismos países.

Perfil de la Mujer Migrante a Puerto Rico

La mayor inmigración a Puerto Rico posterior a la ola de estadounidenses que inmigró a principios del siglo, ocurrió a partir de la década del sesenta. Esta se caracterizó mayormente por dos tipos de inmigración; una de naturaleza refugiada por

parte de la población cubana y otra de naturaleza laboral por parte de la población proveniente mayormente de la República Dominicana.

Para la década del sesenta, la mujer inmigrante cubana presentaba unas características socioeconómicas de clase media alta y con unos roles sociales de corte tradicionalista en los que se ocupaba de la atención del núcleo familiar. Era una mujer con un fuerte arraigo de la idea de familia tradicional, que le adjudicaba a la mujer el hogar como su esfera de acción principal. La población puertorriqueña de ascendencia cubana presenta una participación laboral de clase media alta a partir de la década de 1980. Esta población no representa hoy día un impacto distinto en el estado de salud de la población que pueda diferenciarse del resto de la población puertorriqueña de clase media alta o que pueda ejercer un impacto diferencial en el sistema de salud.

Nuestra discusión concentra más en la población de mujeres inmigrantes de la República Dominicana. En 1960, residían 1,070 dominicanos en Puerto Rico, aumentando a 11,000 en 1970 y 20,600 en 1980. Para ese año habían 2,700 hijos dominicanos nacidos en Puerto Rico (Vázquez, 1988). Hoy día, la población dominicana más propensa a migrar son mujeres jóvenes que migran solas dejando en su país sus familiares e hijos. Se caracterizan por ser de baja escolaridad y provenientes fundamentalmente de clase media baja. Estas características le permiten entrar a un tipo de actividad laboral que no requiere preparación académica, experiencia profesional ni destrezas especiales que no sean aquéllas relacionadas a los roles tradicionales de la mujer (Hernández, 1990).

Reforma de Salud y Política Pública de Salud de Puerto Rico: 1992

En el año 1992, se culminó un proceso de análisis y discusión de la problemática de atención de la salud en Puerto Rico, con una propuesta para reformar el sistema de salud que era ineficiente ante la dualidad de dos sistemas de salud, que enfrentaba problemas serios de calidad de servicio en muchas áreas y carecía de un enfoque claro que le permitiera implantar estrategias de atención primaria para promover un estado de salud y bienestar adecuado y prevenir enfermedades. El Consejo General de Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico presentó una propuesta de reforma integral del sistema de salud que contemplaba la implantación de estrategias en cuatro áreas principales: desarrollo de modelos alternos de prestación de servicios y financiamiento; desarrollo de recursos humanos; desarrollo de un sistema de información de salud integrado a nivel del país; y la adopción de una política pública de educación en salud.

Esta propuesta se trabajó con la participación de un grupo de representantes del campo de la salud, las comunidades, empresas y sectores políticos. El grupo, que consistía de cerca de 300 personas elaboró esta propuesta luego de 16 meses de trabajo intenso. La misma fue referida a los tres partidos políticos del país para que ofrecieran sus reacciones y la tuvieran de insumo crítico para sus programas de salud ante las elecciones generales de ese año. Concluidas las elecciones de 1992, la propuesta desapareció, dejando atrás el producto de miles de horas de trabajo y recomendaciones de valía para la atención de la salud del país.

La propuesta de reforma de salud del Consejo General de Salud no atendió el asunto de salud de los inmigrantes legales ni los ilegales, aún cuando fue uno de los esfuerzos de mayor integración que se ha llevado a cabo en el sistema de salud de Puerto

Rico. El hecho de que los inmigrantes ilegales siempre han recibido servicios de salud en Puerto Rico, aún sin una política clara a los efectos, podría explicar en parte el que la propuesta del Consejo General de Salud no mencionara de manera explícita el asunto. Aunque esto no excusa la ausencia de este asunto en la discusión formal de la política pública de salud del país, es notable que en la adopción de la política de salud de 1993 no aparece tampoco.

Reforma de Salud de Puerto Rico 1993: La Tarjeta de Salud del Gobierno

En 1993, le tocó la oportunidad a la nueva administración de gobierno de adoptar una posición en cuanto a la transformación del sistema de salud. La Reforma de Salud de 1993, se desarrolló sobre dos supuestos básicos: que el sistema de servicios de salud privado es más eficiente que el sistema de servicios de salud gubernamental y que presta servicios de mayor calidad. Aunque ambos supuestos están abiertos a cuestionarse seriamente, sirvieron el propósito del estado para implantar dicha Reforma. La ley 72 del 7 de septiembre de 1993 crea el instrumento de seguro de salud mediante el cual se privatiza la administración del acceso en la Reforma de Salud de Puerto Rico. El gobierno de Puerto Rico contaba con la expectativa de recibir un incremento de seguro de salud mediante el cual se privatiza la administración del acceso en la Reforma de Salud de Puerto Rico. El gobierno de Puerto Rico contaba con la expectativa de recibir un incremento sustancial en la aportación federal al Programa Medicaid. Sin embargo, esto comprometía al modelo de la reforma a ajustarse a la primacía federal, en este caso al plan de salud del Presidente Clinton. Este plan expresaba claramente que los inmigrantes ilegales a Estados Unidos no estarían cubiertos en dicho plan. Asesores oficiales del

gobierno de Puerto Rico plantearon que lo mismo ocurriría aquí y de esa manera se protegía el acceso a esos fondos.

El concepto de primacía federal sobre Puerto Rico plantea, por lo menos, dos problemas que resultan en un conflicto socio-cultural. En un primer plano la primacía federal contrapone la disponibilidad de fondos federales con la decisión de brindar servicios a inmigrantes ilegales a Puerto Rico. En el segundo plano, la formulación de política pública en los Estados Unidos se lleva a cabo mediante consideraciones presupuestarias. En este escenario, las prioridades se ordenan de acuerdo con el valor que tienen ante el electorado y la disponibilidad de fondos.

En Puerto Rico la política pública se ha formulado históricamente a base de la argumentación de necesidades dentro de un modelo de salud pública que visualiza de forma integral la atención de la salud de toda la población. En este escenario, la Secretaría de Salud influía de manera decisiva en la adopción de la política pública, las estrategias a implantar y el monto del presupuesto a solicitar del estado. Dentro de ese modelo de salud pública se reconocía el problema de salud del integrante, que formando parte en su mayoría de un sector pobre, se atendía dentro del concepto de médico-indigencia, mediante el cual el Departamento de Salud certificaba y asumía la responsabilidad por la atención de salud del sector de población clasificado como de pobreza.

A partir de 1993, se observa un cambio en el proceso decisional con respecto a la política pública de salud del país. El alto costo de los servicios de salud, el tamaño de la población que depende del estado para obtener acceso a estos servicios y la presencia de dos sistemas paralelos de salud hicieron patente la necesidad de integrar ambos sistemas.

El alto porcentaje de la población que ejerce su derecho al voto, motivó debates políticos importantes entre los candidatos a puestos electivos. La salud se convirtió en el asunto electoral más importante en 1992. Esto motivó la adopción de un modelo de reforma basado en privatizar el acceso a los servicios de salud a nivel del usuario individual, creando así una base de beneficiarios identificables cuyo poder electoral se consolidó en el nivel ejecutivo.

Este último utilizó un estilo de formulación de política pública similar al estadounidense, al ofrecer una cubierta de servicios de salud a través de un sistema privatizado y financiado mediante pagos fijos administrados por compañías de seguros de salud operando en el país. Los centros de servicios de salud a los que acude esta población a procurar servicios se privatizan o se convierten a usos alternos, como resultado del proceso de reorganización y consolidación del sistema. Se altera de forma significativa la manera tradicional en que los usuarios de estos centros procuran sus servicios.

En adición al hecho de que los escenarios tradicionales en que se prestan servicios de salud a la población médico-indigente se sustituyen por entidades privadas, las cuales no tienen experiencia atendiendo esta población, se suma el problema de lo costoso que resulta atender a dicha población. El problema se agudiza más aún porque el estado decide aumentar la población elegible para el programa de la reforma a 200 por ciento sobre el nivel de pobreza. Esto obliga a incrementar el presupuesto para cubrir a casi el doble de la población médico-indigente. El presupuesto del Departamento de Salud, que en 1992 ascendía a cerca de \$1,280 millones, asciende en 1997 a \$2,600 millones. A este

ritmo será imposible continuar atendiendo tanta población y se podría afectar el sector más pobre, que incluye a los inmigrantes legales e ilegales.

La gran mayoría del presupuesto del Departamento de Salud, manejado ahora por la Administración de Seguros de Salud (ASES), provienen de contribuciones sobre ingreso locales. De hecho, menos del 20% del presupuesto proviene de fuentes federales, incluyendo el Programa Medicaid-Título XIX, el Programa de Planificación Familiar-Título X, el Programa en Bloque de Madres y Niños-Título V y los fondos del Programa Ryan White para personas con VIH-SIDA.

Implicaciones de la Reforma de Salud Para la Población de Mujeres Migrantes

La implantación de la Reforma de Salud de Puerto Rico está próxima a entrar en el municipio de San Juan, donde reside la gran mayoría de los inmigrantes dominicanos en Puerto Rico. El reto principal será lograr que la ciudad de San Juan retenga el control de su red de centros de diagnóstico y tratamiento y pueda hacer que los mismos cumplan con su cometido. Esto es de vital importancia porque el acceso a una fuente integral de servicios es un factor determinante del uso efectivo de servicios de salud. La población de inmigrantes legales tendrá acceso a los beneficios de la Tarjeta de Salud y podrán recibir los servicios a través de esta red de cuidado.

Sin embargo, el problema de esta población es muy similar al de la población de usuarios médico-indigente de Puerto Rico en general. La pobre utilización de servicios preventivos asociados a personas de clase socioeconómica media baja impiden alcanzar y mantener un estado de salud adecuado. Según Andersen y Newman (1973, 1992) los factores estructurales como educación, valores y clase social inciden de forma determinante en la predisposición a utilizar servicios de promoción de salud y prevención

de enfermedad. Por otro lado, se ha encontrado que el uso de servicios preventivos varía directamente con el nivel de ingreso. Sin embargo, Rundall y Wheeler (1988) encontraron que esta relación es indirecta y está determinada realmente por el nivel educativo, que también tiende a variar directamente con el nivel de ingreso. Por tal razón, la atención de la salud debe ofrecerse de manera integral para canalizar las dimensiones del entorno social, incluyendo las condiciones de vivienda, el escenario familiar, los estilos de vida, los hábitos nutricionales y el escenario ocupacional, para lograr cambios sustantivos en la salud de esta población.

Los modelos para implantar estrategias de atención de la salud orientada a generar estos resultados existen y están disponibles. El concepto tradicional del centro de diagnóstico y tratamiento (CDT) ha sido un recurso excelente cuando se les asigna los recursos necesarios y se les provee la libertad gerencial para operar con el mínimo de ataduras políticas. Un ejemplo clásico lo son los centros tipo CDT que operan con el auspicio financiero del Servicio de Salud Pública Federal (USPHS por sus siglas en inglés). Estos centros operan mediante un sistema de asignación presupuestaria basado en el cumplimiento de indicadores de desempeño tales como iniciación y continuidad de cuidado prenatal, manejo continuo de diabetes e hipertensión, entre otros.

El programa de la Reforma de Salud provee para la contratación de servicios médicos primarios y especialistas, al igual que servicios de apoyo y servicios aliados mediante distintos arreglos. El concepto de centro de cuidado multidisciplinario permite integrar todos estos servicios y coordinarlos de manera más efectiva dentro del modelo de cuidado dirigido que procura la Reforma. En otros escenarios, la coordinación requiere contratar con grupos médicos en sus prácticas privadas y contratar los servicios de apoyo

con entidades distintas. Esta coordinación es más complicada y hace más difícil el proceso de proveer un servicio integral. Esto es un asunto crítico ya que los problemas de salud de la población de clase media baja generalmente están asociados a una multiplicidad de factores biosociales que requieren un manejo de información de distintas fuentes y que este tipo de arreglo no siempre permite lograr.

La preocupación mayor con la población de inmigrantes es en aquello que lo hace ilegalmente y permanece de forma ilegal en la Isla. La Reforma de Salud oficialmente no provee para cubrir los servicios de salud de esta población. El perfil de la mujer inmigrante que hemos presentado predice una incidencia elevada de embarazos, muchos de estos complicados por el estado de salud pobre de la madre, la falta de acceso a cuidado prenatal y alimentación inadecuada, al igual que vivienda. Aún cuando se decidiera desarrollar el programa de reforma de salud de San Juan sobre la base de los CDT de la capital, el problema de acceso al seguro permanece como barrera de acceso a estas mujeres.

El gobierno federal impone la restricción de no ofrecer servicios a inmigrantes ilegales. El seguro de salud de la Reforma de Salud se nutre de fondos del Programa "Federal Medicaid", lo cual limita la cubierta a residentes legales. El gobierno federal provee excepciones solo para aquellos servicios cubiertos por el "Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996". Esta ley autoriza la prestación de servicios de salud a inmigrantes ilegales a los Estados Unidos con el propósito de administrar inmunizaciones, pruebas para detección de condiciones contagiosas y servicios del Programa Título X de Planificación Familiar. Estos servicios claramente

llevan una etiqueta de cuarentena destinados a evitar que nazcan más de estas personas y que las que lleguen no contaminen.

De manera extraoficial, se informa que el Departamento de Salud de Puerto Rico hace arreglos para atender a la población de inmigrantes ilegales. Las compañías de seguros de salud participantes de la Reforma de Salud reciben notificación de autorizar la prestación de servicios de salud de esta población. La agencia luego les reembolsa estos fondos. Sucede entonces que el estado aún mantiene un compromiso de prestar servicios a la población inmigrante ilegal, pero no lo puede oficializar en su política a las restricciones federales.

El fenómeno de la inmigración a Puerto Rico debe visualizarse como uno que atañe a Puerto Rico como parte de la realidad caribeña y no meramente como un asunto de aduana federal. La relación colonial de un siglo con los Estados Unidos provoca a menudo un distanciamiento de Puerto Rico de esta identificación geopolítica. El resultado es que se visualiza el problema de la inmigración en Puerto Rico con el lente social y político de los Estados Unidos, cuya realidad es ciertamente otra. Siendo un país de inmigrantes, Estados Unidos ejerce hoy día mayor discreción en quien decide aceptar como inmigrante. Y la razón, más que económica es una de la amenaza que siente el anglosajón de quedar pronto en minoría ante el avance de la población hispana.

En Puerto Rico, sin embargo, se asoma un conflicto con raíces más profundas. Se trata de un asunto de perspectiva histórica y de sensibilidad cultural. Los patrones migratorios de la segunda mitad del siglo 19 y la primera mitad del siglo 20 en el Caribe tuvieron como uno de sus protagonistas principales a puertorriqueños que viajaron a la República Dominicana en busca de empleo para mantener sus familias en Puerto Rico, ya

que el empleo escaseaba de manera crónica. En la segunda mitad del siglo 20 se invierte ese patrón migratorio, con ciudadanos dominicanos migrando hacia Puerto Rico, primero en busca de empleo y luego permaneciendo en el país. La experiencia de la migración puertorriqueña a la República Dominicana no se reconoce abiertamente y por tal razón se convierte en parte del síndrome de la memoria rota del puertorriqueño. Refleja además, una falta de sensibilidad cultural y de respeto a un pueblo con el cual formamos una realidad cultural, histórica y política común.

Discusión

La inmigración femenina ocurrida en Puerto Rico ha aumentado consistentemente en las últimas décadas. Aunque la misma no constituye una proporción significativa de la población total del país, presenta importantes diferencias étnicas en sus características. Estas diferencias son relevantes en el desarrollo y establecimiento de cualquier política de salud. Aspectos, tales como, los niveles de mortalidad, las causas de muerte, y la fecundidad muestran gran diversidad por grupo étnico, siendo los cubanos los que poseen mejores condiciones socioeconómicas y de salud. Los hallazgos de éstos y de estudios anteriores, indican que las dominicanas y las estadounidenses muestran una estructura de edad más joven que los otros grupos de inmigrantes y un predominio de muertes debido al SIDA y a los accidentes. También se encontró que la población femenina dominicana se caracteriza por tener un promedio de hijos mayor y un cuidado prenatal menor. Estas tienen, además, niveles educativos inferiores.

La población femenina no nativa residente en Puerto Rico ha contribuido a incrementar la población total expuesta a riesgo de morbilidad y mortalidad, al igual que aquella expuesta a riesgo de procrear. Esto puede haber afectado la demanda por diversos servicios en el país, tales como, servicios de salud y de escolaridad. De igual forma, se pueden haber afectado la demanda por viviendas, empleos, la composición familiar y la fecundidad.

La descripción de las características sociodemográficas y de salud de las inmigrantes femeninas permite identificar los elementos demográficos y sociales que deben incorporarse en las políticas de salud que se desarrollen. La existencia de diferencias marcadas en la estructura de edad determina, en gran medida, las condiciones

de salud de cada grupo y el tipo de servicios requeridos. La población femenina nacida en los Estados Unidos, por ejemplo, se caracteriza por una mediana de edad joven, y un alto por ciento de muertes causadas por SIDA. Estas dos variables, mediana de edad joven y muertes por SIDA, suelen tener una asociación positiva. Las mismas pueden acrecentar la demanda de servicios escolares, de empleo, de recreación y de servicios a enfermos de SIDA.

De igual forma, existen diferencias marcadas en el cuidado prenatal recibido por las madres en los distintos grupos étnicos. En este caso las mujeres dominicanas reciben menor cuidado prenatal que los otros grupos étnicos. Esto podría responder a que muchas mujeres dominicanas recurren, en los inicios de su embarazo, a servicios médicos en su país de origen debido, en parte, a su falta de accesibilidad a los servicios de salud en Puerto Rico, como resultado de las leyes que rigen estos servicios a los extranjeros. No deja de ser preocupante, sin embargo, las implicaciones que esto pueda tener en término de continuidad en el cuidado para estas mujeres y de sus resultados en el parto. Como señala Ramírez, Puerto Rico es parte de la realidad caribeña y comparte con la República Dominicana y Cuba una realidad histórica y cultural.

Por otro lado, la gran cantidad de inmigrantes nacidos en los Estados Unidos, mayormente de ascendencia puertorriqueña que residen en Puerto Rico, refleja nuestra realidad actual. Estos inmigran a Puerto Rico para buscar sus raíces, su identidad cultural, y su impacto en la demanda por vivienda, escuela y empleos en Puerto Rico, puede ser significativo ya que la misma tiene una estructura de edad joven y constituye la mayor cantidad de inmigrantes al país.

Es responsabilidad de aquellos encargados de la provisión de los servicios públicos el garantizar y velar porque éstos lleguen a todos los residentes independiente de su nacionalidad. Para que esto se pueda lograr de forma amplia y abarcadora, es necesario conocer la diversidad sociodemográfica que caracteriza tanto a la población nacional como a aquella proveniente del exterior. Los hallazgos de estas investigaciones aportan en ese sentido al proveer información científica que contribuye a identificar esa diversidad.

INFORMACION A LOS AUTORES

El Centro de Investigaciones Demográficas (CIDE) acepta trabajos que sean de interés en el campo de la Demografía y áreas relacionadas. Se aceptarán artículos en los cuales se enfatice la investigación, sin embargo, éstos pueden incluir aspectos metodológicos, aspectos históricos o étnicos en el campo de la población. Los artículos aceptados para publicación serán sometidos a revisión editorial por razones de contenido, estilo, formato y expresión. Estos deberán ser originales y los mismo no deben haberse publicado en otra revista.

Todo manuscrito a ser considerado para publicación deberá ser enviado a: Dra. Zoraida Morales Del Valle, Editor, Centro de Investigaciones Demográficas, Programa Graduado de Demografía, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, P. O. Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067. Para más información favor comunicarse al 758-2525, Exts. 1414, 1415.

Preparación del Manuscrito:

- Se someterá un original y dos copias del manuscrito. El mismo deberá estar escrito a doble espacio por un solo lado en papel blanco 8.5 x 11" con márgenes de una (1) pulgada. El trabajo no deberá exceder de 15 páginas. Se solicita, además, que el artículo sea entregado en un disco de computadora (compatible con Word for Windows).
- El orden del manuscrito deberá ser: 1) página titular; 2) resumen; 3) texto; 4) referencias; y 5) tablas.

Página Titular:

La página titular deberá incluir el nombre del autor(es) y la institución en la cual se originó el trabajo. Deberá incluir, además, la dirección postal del autor principal y teléfono o Fax.

Resumen:

Un resumen de 150 palabras o menos deberá ser incluido con el manuscrito sometido. El mismo deberá considerar el problema bajo estudio, la metodología, los resultados y las conclusiones.

Texto:

Para el estilo de presentación se sugiere utilizar "The Publication Manual of the American Psychological Association (APA), última ed. El manuscrito deberá contener las siguientes secciones principales: introducción, metodología, resultados, discusión y referencias. El texto deberá ser redactado utilizando el tipo de letra Times New Roman 10cpi.

Referencias (en el texto):

Las referencias en el texto se deberán incluir entre paréntesis indicando el apellido del autor y el año de publicación. En caso de incluir más de una referencia en el mismo paréntesis, éstas deberán ser presentadas en orden alfabético separando cada cita por un punto y una coma.

Referencias (al final del texto):

Los autores deberán ser listados en orden alfabético a espacio sencillo. La primera línea de cada referencia debe indentarse cinco espacios.

Tablas:

Las tablas deberán ser enumeradas consecutivamente. Cada tabla deberá ser mecanografiada en una página separada e incluida al final del manuscrito. La tabla no incluirá líneas verticales ni horizontales, excepto dos líneas horizontales separando el título del cuerpo de la tabla, en medio de estas dos líneas se incluirá la identificación de las columnas de datos. Debe de existir, además, dos líneas al finalizar los datos presentados en la tabla.

Los artículos aquí publicados son de entera responsabilidad de sus autores y no necesariamente representan el punto de vista de la Junta Editora ni del Programa Graduado de Demografía.
--