



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

Informe de Resultados Grupos Focales

Estudio de Necesidades de Salud de la
Población Dominicana Residente en Puerto Rico

2003



Secretaría Auxiliar de
Planificación y Desarrollo
División de Evaluación y Monitoreo

**Departamento de Salud de Puerto Rico
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo
División de Evaluación y Monitoreo**

**Informe de Resultados Grupos Focales
Primera Fase
Estudio de Necesidades de Salud de la Población
Dominicana Residente en Puerto Rico
Año 2003**

**Awilda Acosta MS, Directora, División de Evaluación y Monitoreo
Aleyda Siaca Ceballos MPh, Consultora en Evaluación
Marta Bustillo Hernández Ph.D., Asesora en Grupos Focales**

**Norma I. Martínez Burgos, Secretaria
Portada por Kenneth Torres Concepción**

Diciembre 2004

Autorizado por la Comisión Estatal de Elecciones, CEE-SA-05-2362

TABLA DE CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
TRASFONDO HISTÓRICO	1
Características Sociodemográficas y Económicas	6
Características Relacionadas a Condiciones de Salud y Acceso a Servicios de Salud	9
PROPÓSITO DEL ESTUDIO	12
META Y OBJETIVOS	16
Meta	16
Objetivos Específicos	16
MODELO CONCEPTUAL	17
METODOLOGÍA	18
RESULTADOS-PRIMERA FASE	20
Análisis Cuantitativo	20
Datos Sociodemográficos	20
A. Sexo	20
Gráfica 1: Distribución Porcentual por Sexo	20
Tabla 1: Distribución Por Sexo y Grupo Focal	21
B. Edad	21
Tabla 2: Edad Promedio de los Participantes por Grupo Focal	21
C. Área de Residencia	22
D. Grado Escolar Completado	22
Gráfica 2: Distribución Porcentual del Grado Escolar Completado	22
E. Estado Civil	22
Gráfica 3: Distribución Porcentual de los Participantes del Grupo Focal por Estado Civil	23

	PÁGINA
F. Actividad Usual	23
Gráfica 4: Distribución Porcentual de los Participantes por Actividad Usual	23 24
G. Seguro de Salud	24
Tabla 3: Personas con y sin Seguro de Salud por Grupo Focal	24
H. Visitas a Médicos	
Gráfica 5: Distribución Porcentual y Utilización de Servicios Médicos de los Participantes	25 26
Gráfica 6: Razones de las Visitas a Médico	26
I. Última Vez que Visitó al Médico	26
J. Hospitalización	
	27
Análisis Cualitativo	
	28
Estado de Salud	
	28
Servicios de Salud	
	28
Accesibilidad	
	31
Servicios de Apoyo	
	32
Conclusiones	
	33
BIBLIOGRAFÍA	

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas del siglo 20, Puerto Rico se ha convertido en un país cosmopolita en donde muchas personas emigran de diferentes países y comienzan a residir en la Isla. Los dominicanos constituyen el grupo más numeroso de inmigrantes que residen en Puerto Rico (Censo 2000), resultando la población de interés para hacer este estudio de necesidad.

TRASFONDO HISTÓRICO

En las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI la sociedad puertorriqueña se ha convertido en una sociedad que puede ser clasificada como una de diversidad cultural. Según cita el Centro de Investigaciones Demográficas (CIDE, 1996),

“la inmigración en la Isla de personas procedentes de otros países, especialmente de la Región Caribeña, de América del Sur y Central ha cobrado gran importancia en los últimos tiempos, sobre todo por el efecto que tiene sobre la sociedad puertorriqueña”.

En el año 1996, Morales citó:

“Los inmigrantes son una fuerza significativa ya que por un lado ayudan a satisfacer unas necesidades laborales que existen en el país en determinadas ocupaciones, y por otro lado aumentan la demanda por servicios de vivienda, educación y salud”. (Freytes, Dharma, 2001).

Es en el área de salud la que más nos ocupa en este estudio. Es de conocimiento general que las instituciones de salud en Puerto Rico han experimentando una serie de cambios en la prestación de los servicios a partir de la

Reforma de Salud de 1993 que ha impactado los servicios de salud en la sociedad puertorriqueña de la cual los inmigrantes forman parte.

El sistema público de salud, ofrece servicios preventivos y curativos a toda la población de Puerto Rico y provee el cuidado médico a las personas con recursos económicos limitados. Para julio del año 2002 había aproximadamente 1,268,944 personas médico indigentes que eran elegibles para los servicios de salud bajo el Plan de Salud de P.R. (mejor conocido como la Reforma). De las personas elegibles para recibir los servicios de salud 30,420 son extranjeros activos (Datos suministrados por el Programa Asistencia Médica, julio 2002).

Uno de los grupos inmigrantes de mayor número que reside en Puerto Rico proviene del vecino país, la República Dominicana, también conocida como la isla de la Española. Esta isla caribeña cuenta con una población estimada en ocho millones de habitantes, su lengua oficial es el español y la capital se designa Santo Domingo. Entre las Antillas Mayores es la segunda en tamaño precedida por Cuba y seguida por Puerto Rico. Es compartida por el occidente con Haití, donde el territorio de Santo Domingo ocupa dos terceras partes de la extensión total.

La República Dominicana cuenta actualmente con un gobierno civil, republicano, democrático y representativo, definido así por la Constitución promulgada en 1966. Su economía está basada principalmente en la agricultura, minería, turismo, zonas francas industriales y las remesas de los dominicanos (as) ausentes ([www. Dominicana.com](http://www.Dominicana.com)). En un área geográfica de 48,400 km², la población estimada para el año 1995 fue de 7.8 millones. No obstante el gobierno dictatorial que tuvo por aproximadamente 31 años (1930-1961), y luego la inestabilidad política,

que en el pasado estuvo caracterizada por golpes de estado y diferentes cambios de gobierno, afectó principalmente la economía del país, creando una situación crítica para el pueblo.

Además, la reducción del estipendio público para educación y salud afectó el presupuesto de las familias en la República Dominicana, provocando un aumento en las tasas de desempleo, la pobreza relativa y el número de personas quienes están en necesidad. A la misma vez, la economía estaba extremadamente vulnerable y dependiente de factores externos fuera de control. La deuda del país se estimó en sobre 400 millones de dólares a mitad del año 1997 y esto provocó que la inversión doméstica se inhibiera.

En cuanto a características de la población en la República Dominicana entre los años 1990 y 1995, la expectativa de vida estaba entre 40 a 65 años de edad. La tasa de fertilidad descendió de 7.4 a 3.1 niños por mujer en edad reproductiva, y la tasa de natalidad también descendió de sobre 50 a 27 por cada 1,000 personas. Durante los años 1990-1994, las enfermedades cardiovasculares eran reportadas como la principal causa de muerte. La segunda causa de muerte son las enfermedades transmisibles, según datos de 1990, representando una tasa de 46.6 por cada 100,000 personas, aunque para 1994 se encontraba en cuarto lugar representando una tasa de 27.1 por 100,000 personas. Esta información es un ejemplo del comportamiento y tendencias de la población dominicana en su país de origen.

Durante los años 1990-1994, la Secretaría de Salud Pública y Bienestar Social de República Dominicana, trabajó en unión con la Universidad Autónoma de Santo Domingo, para llevar a cabo un estudio de la actividad económica y la acumulación de

bienes y servicios. Este estudio arrojó que en las provincias más pobres predomina la subsistencia agrícola; un decrecimiento de la población; niveles bajos en la cobertura de vacunación, disponibilidad de agua potable y utilización de hospitales; y muchas muertes sin atención médica o diagnóstico de la causa de muerte.

Según el censo de los Estados Unidos realizado durante la década de los ochenta ocurre una corriente inmigratoria considerable de dominicanos (as) a Puerto Rico. En dicho censo, 26,600 personas informaron haber nacido en la República Dominicana. Para el año 1990 se reportó un total de 37,505 dominicanos, lo que implica que para la década de 1980-1990, en Puerto Rico hubo un incremento de un 87.5 por ciento de personas nacidas en la República Dominicana, cifra que representa el 1.1 por ciento en la población de la Isla Borinqueña. De acuerdo con el Negociado del Censo de los Estados Unidos para el año 2000 se contabilizaron 56,146 habitantes, de éstos, el 54 por ciento vive en el municipio de San Juan. Esto los convierte en el grupo de inmigrantes extranjeros más numeroso y de mayor incremento durante la última década. Más aún, la información sobre la población no nativa que el censo provee posiblemente esté sub-enumerada, especialmente en relación con aquellos grupos de inmigrantes que tienen un número considerable de indocumentados como se ha probado que es la inmigración dominicana (CIDE, 1996). Estos datos confirman la fuerte presencia de la población dominicana en todos los renglones de la sociedad puertorriqueña. Como consecuencia de ese flujo de corrientes inmigratorias a Puerto Rico, se han incrementado las diferencias culturales y la demanda por servicios de salud, hospitales, camas hospitalarias, médicos y enfermeras.

La demanda por servicios de salud por parte de los inmigrantes extranjeros y sus hijos puede ser diferente para cada grupo extranjero, dependiendo de cuáles son sus características sociodemográficas y de salud. Sin embargo, es importante tomar en consideración de acuerdo a la Carta de los Derechos de la familia de la Santa Sede de la Iglesia Católica, 24.11.83. Art. 12 que la familia de los inmigrantes tiene derecho al respeto de la propia cultura y a recibir apoyo y asistencia para su integración en la comunidad a la que aportan su propia contribución. De acuerdo con Malley, Kerner y Jonson, 1992 en un estudio realizado en la ciudad de New York con diferentes inmigrantes, incluyendo dominicanos entre las edades de 18 a 80 años se encontró que sobre 80 por ciento de las muertes que ocurrían en exceso eran de minorías y en poblaciones económicamente en desventaja con enfermedades prevenibles o factores que podían ser controlados.

El estudio de necesidad es el conjunto sistemático de procedimientos que se llevan a cabo con el propósito de establecer prioridades y tomar decisiones para el mejoramiento del programa u organización y localización de recursos. Las prioridades se basan en necesidades identificadas (Witkin, 1994 & Altschuld, 1995). Al evaluar las necesidades de grupos poblacionales específicos permite la toma de decisiones basadas en datos confiables.

Antes de implantarse la Reforma de Servicios de Salud (1993), una de las áreas prioritarias del Departamento de Salud era la planificación, organización y prestación de servicios de calidad a la comunidad. La nueva misión del Departamento está encaminada hacia la fiscalización de los servicios, promoción de la salud y la prevención de enfermedades de toda la población. A tenor con los cambios en la

política pública de salud, es de gran importancia llevar a cabo estudios de necesidad de la población dominicana residente en Puerto Rico.

Características sociodemográficas y económicas

La migración de dominicanos a los Estados Unidos se ha documentado tan temprano como desde el año 1920, pero existe un consenso que la migración masiva comenzó hacia los años sesenta, se aceleró para los 1970's y 1980's, llegó a un máximo a mediados de los 1990's y luego empezó a disminuir. Esta disminución se podría atribuir a leyes de inmigración más exigentes promulgadas por el Congreso en el año 1996 y también a la expulsión de indocumentados de la República Dominicana (Castro y Boswell, 2002).

En un análisis de la encuesta poblacional mensual que realiza la Oficina del Censo (CPS, "Current Population Survey"), realizado en el mes de marzo 2000, informa que en Estados Unidos, cada año se establecen más de 1.2 millones de inmigrantes legales e ilegales (Camarota, 2001). El número de inmigrantes viviendo en los Estados Unidos se ha triplicado desde el año 1970, de 9.6 a 28.4 millones.

Desde el año 1970, han llegado a los Estados Unidos 692,000 inmigrantes provenientes de la República Dominicana (Camarota, 2001). Actualmente (Censo 2000) se han enumerado 764,495 dominicanos en los Estados Unidos. Según los datos del Censo del 2000, con relación a la población de hispanos que han inmigrado a los Estados Unidos, los mejicanos (58.5%) ocupan el primer lugar de inmigrantes, luego los puertorriqueños (9.6%), cubanos (3.5%) y en cuarto lugar los dominicanos con un 2.2 por ciento.

Al analizar la cantidad de inmigrantes dominicanos en los Estados Unidos en distintos períodos de tiempo, se ha observado un incremento de esta población a partir del año 1970. Antes de 1970, sólo se registraron 93,000 inmigrantes dominicanos. Para los años 1970-79, el número aumentó a 108,000, de 1980-89, se registraron 198,000, y durante el período de 1990-1999, se registraron 293,000 inmigrantes dominicanos (Camarota, 2001).

Existe una enorme diferencia en los niveles de pobreza entre los distintos grupos de inmigrantes. De éstos, la tasa más alta de pobreza corresponde a los dominicanos con un 32.5, la cual es seis veces más alta que la de inmigrantes del Reino Unido y cinco veces más alta que los inmigrantes de Filipinas. Un 63.0 por ciento de los inmigrantes dominicanos están en o próximos al nivel de pobreza. Por otro lado, un 50.3 por ciento de los inmigrantes dominicanos mayores de 20 años no han completado la escuela superior. Del total de inmigrantes en Estados Unidos que reciben asistencia pública, un 15.7 por ciento son inmigrantes de la República Dominicana. Además, un 38 por ciento de los inmigrantes de la República Dominicana, no tienen un seguro de salud (Camarota, 2001).

En un análisis de los CPS ("Current Population Surveys") durante el período de 1997-2000 (Castro y Boswell, 2002), indicaron que un 53.8 por ciento de la población de dominicanos en Estados Unidos pertenecen al género femenino y el restante 46.2 por ciento son del género masculino. La población de dominicanos es una población relativamente joven ya que sólo un 6.6 por ciento de los dominicanos son mayores de 60 años de edad. El resto de la población de dominicanos residentes en Estados Unidos se distribuyen: entre 0 a 10 (22.9%), 10 a 19 (21.2%), 20 a 29 (14.9%), 30 a 39 (15.7%),

40 a 49 (11.9%) y de 50 a 59 años de edad en 6.8 por ciento. Un 9.6 por ciento de los dominicanos son graduados de universidad, mientras que el 42.3 por ciento son graduados de escuela superior y un 48.1 por ciento no han terminado la escuela superior.

La mayoría de los dominicanos trabajan en ocupaciones de servicio o como operadores (33.2%), fabricantes o manejadores ("handlers") (30.4%). Un 25.4 por ciento trabajan en áreas técnicas, ventas o administrativas y un 10.9 por ciento trabaja como gerentes o profesionales (Castro y Boswell, 2002).

El 56.6 por ciento de los dominicanos han nacido fuera de los Estados Unidos. De éstos, un 67.0 por ciento no tienen la ciudadanía americana, mientras que un 33 por ciento son naturalizados. Sumando los nacidos en Estados Unidos con los naturalizados, totalizan un 61.3 por ciento de los dominicanos con ciudadanía estadounidense (Castro y Boswell, 2002).

En una comparación de los dominicanos nacidos en Estados Unidos con los dominicanos inmigrantes, se han observado diferencias significativas. Llegaron más mujeres inmigrantes antes del 1990 (59.1%), y luego de 1990 (54.6%), en comparación con los hombres. Sin embargo, los hombres son la mayoría (51.5%) entre la población dominicana nacida en los Estados Unidos. Los nacidos en Estados Unidos tienen una edad promedio de 12.5 años, mientras que los inmigrantes de la cohorte que llegaron antes de 1990 tenían una edad promedio de 42.2 años y los de la cohorte que llegaron luego de 1990 tenían una edad promedio de 26.8 años. Por otro lado, sólo un 8.8 por ciento de los dominicanos nacidos en Estados Unidos de 25 años o más de edad no completaron la escuela superior, comparado con un 53.0 por ciento de los inmigrantes

pre-1990 y 52.0 por ciento de los inmigrantes post-1990. El por ciento de dominicanos nacidos en Estados Unidos que han completado la universidad (21.7%) es casi tres veces mayor que los inmigrantes pre-1990 (7.2%) y dos veces más que los inmigrantes post-1990 (10.7%) (Castro y Boswell, 2002).

Los dominicanos nacidos en Estados Unidos que trabajan a tiempo completo (35 horas o más a la semana), el ingreso mediano es de aproximadamente \$26,125 dólares. Antes del 1990, la mediana de ingreso de los inmigrantes era de \$20,000, y para aquellos que llegaron después de 1990, la mediana de ingreso era de \$16,000. Los dominicanos nacidos en Estados Unidos tienen el doble de oportunidad de estar empleados como profesionales o gerenciales que los inmigrantes antes 1990 (9.9%) o los inmigrantes post-1990 (8.0%).

Alrededor de un 67.0 por ciento de los dominicanos en Estados Unidos residen en el área norte de Nueva York y New Jersey. En segundo lugar, un 7.7 por ciento residen en el área de Miami-Fort-Lauderdale, seguido por el área de Boston-Worcester-Lawrence con un 4.1 por ciento (Castro y Boswell, 2002).

Características relacionadas a condiciones de salud y acceso a servicios de salud

De acuerdo a la Oficina de Salud de Refugiados e Inmigrantes en Massachussets (Office of Refugee and Inmigrant Health, 1999), los dominicanos que participan en un estudio de necesidades de salud en Boston han enfatizado la ausencia de acceso a servicios de salud como el problema de salud que comúnmente enfrentan en su comunidad. Otros problemas de salud, como tasas altas de diabetes tipo II, hipertensión, artritis y asma han sido informados por los participantes. Otros, son la

obesidad, cáncer de la cervix, páncreas, próstata y estómago, SIDA, abuso de sustancias, fumar, lesiones intencionales y ocupacionales y bajo peso al nacer. Las tasas altas de nacimientos indican niveles mayores de necesidad de cuidado prenatal y postnatal. En cuanto a las necesidades de salud mental, se han identificado como problemas importantes para los latinos en general, depresión, ansiedad y alcoholismo.

En cuanto a las barreras de acceso a servicios, las más comunes son: falta de un intérprete, desconocimiento del sistema de salud en los Estados Unidos, el concepto de prevención y cuidado primario y no tener un seguro de salud. En general, se ha observado que los Latinos son menos probables que tengan un seguro de salud y, éstos confían en recibir los servicios en las facilidades de salud pública, clínicas externas en hospitales y salas de emergencia.

Se han realizado estudios relacionados a hispanos, y sólo algunos de ellos presentan información por grupo étnico. Díaz y colaboradores, en el 1993, realizaron un estudio con datos de 107,140 casos de SIDA que son informados al CDC, durante el período del 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1991, en blancos no-hispanos e hispanos residentes en Estados Unidos y Puerto Rico. Estos investigadores indicaron que para los hombres, excepto aquellos nacidos en Puerto Rico, la exposición predominante fue el sexo de hombre a hombre. La proporción de casos debido al uso de droga intravenosa fue de 35 por ciento en hombres hispanos nacidos en Estados Unidos, 27 por ciento en la República Dominicana, y 61 por ciento en Puerto Rico. El uso de droga intravenosa fue la categoría de exposición más predominante entre las mujeres hispanas nacidas en Estados Unidos (56%) y Puerto Rico (46%).

Bermúdez y Tucker, en el 2001, realizaron un estudio en hispanos de origen caribeño y blancos no-hispanos entre las edades de 60 a 92 años. Examinaron la prevalencia de sobrepeso y obesidad, donde se utilizaron modelos de regresión logística para determinar las asociaciones entre el índice de masa corporal (BMI, por sus siglas en inglés), la circunferencia de la cintura (WC, "waist circumference") y diabetes. Se encontró que la obesidad ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) fue de un 17 por ciento para los hombres dominicanos y 29 por ciento para los hombres puertorriqueños. Mientras que para los blancos no-hispanos y mujeres dominicanas, fue de 29 y 40 por ciento, respectivamente. La diabetes fue prevalente entre todas las categorías de BMI y WC, pero fue más prevalente (41% a 43%) entre los Hispanos con un BMI de 25 a 29 kg/m^2 , mientras que para los blancos, la diabetes (36% a 45%) fue más prevalente entre los obesos.

Tucker y colaboradores realizaron un estudio transversal de personas entre 60 a 96 años de edad, de hispanos en Massachussets y un grupo de comparación de blancos no-hispanos (NHW), desde 1991 al 1997. Se estimó la prevalencia de diabetes tipo 2 en puertorriqueños, dominicanos, y blancos no-hispanos y la asociación con variables sociodemográficas, de comportamiento, índice de masa corporal (BMI) y la medida de la cintura. La diabetes tipo 2 fue más prevalente entre los puertorriqueños (38%) y dominicanos (35%) en comparación con los blancos no hispanos (23%). Los dominicanos tuvieron 3 veces más la probabilidad de tener concentraciones de hemoglobina glucosilada de 7 por ciento o más en comparación con los blancos no hispanos. El BMI y la medida de la cintura estuvieron individualmente asociados a la diabetes. Al evaluar las dos medidas, solo la medida de la cintura estuvo asociada con la diabetes.

El estudio concluyó que el status de la diabetes y el control estaban más asociados a la etnicidad que otras variables socioeconómicas o de estilos de vida, lo que sugiere que pueden estar relacionados a la genética o la cultura.

Se ha estimado que un 80 por ciento de las muertes en poblaciones minoritarias y en desventajas económicas provienen de enfermedades cuyos factores se pueden prevenir o controlar. Sin embargo, la mayor parte de la educación en salud dirigida a lograr cambios en comportamientos y actitudes no llega a gran parte de las poblaciones minoritarias. En una encuesta telefónica realizada en la ciudad de Nueva York y que incluyó hispanos (incluyendo dominicanos) y negros (haitianos, nacidos en EU), se encontró que todos los grupos étnicos identificaron el profesional de la salud (40%) como la fuente principal de información relacionada a la salud, seguido por la televisión (21%), hospitales y oficinas de médicos (18%), libros (17%), revistas (15%), literatura escrita (11%) y la radio (8%) (O'Malley et al., 1999). También se encontró que las personas menos educadas y los inmigrantes más recientes informaron tener menos probabilidad de recibir información relacionada a salud. Estos hallazgos son importantes para identificar los medios más efectivos para brindar educación en salud a las poblaciones de minorías étnicas.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El estado de salud de un pueblo es de gran preocupación para cada miembro de la comunidad, sus dirigentes, estudiosos y para los proveedores de salud. El Departamento de Salud es el organismo responsable de proveer los servicios de salud a la mayoría de los puertorriqueños y residentes del país.

El objetivo principal de un cuidado de salud es el generar un nivel máximo del estado de salud de su población (Klezkowski, 1984). Esto se obtiene utilizando servicios de salud, estrategias e intervenciones que representen, en teoría, lo mejor que un sector, programa o agencia pueda realizar (Parker, 1995), definiéndose lo mejor como la utilización de recursos existentes (de salud u otras fuentes relevantes) en la forma más efectiva y eficiente, para la solución de los problemas relacionados con la salud de la población a la que van dirigidos los servicios, estrategias e intervenciones.

En el campo de la investigación en Puerto Rico no se han realizado muchos estudios que examinen la utilización de los servicios de salud por grupos de extranjeros y tampoco la de sus hijos nacidos vivos en su país de destino. Dadas las tendencias de crecimiento de la población inmigrante dominicana en Puerto Rico, es necesario establecer vías de investigación que propendan hacia la búsqueda de un mejoramiento de las condiciones de salud. Es necesario conocer más acerca de la utilización de los servicios de salud de esta población dominicana.

Debe destacarse que los inmigrantes dominicanos constituyen una población relativamente joven, demandante de servicios de todo tipo (Dharma Freytes, 2001). Estos tienen unas redes de apoyo establecidas en el país las cuales se han ido alimentando tanto de la inmigración legal como la ilegal. Su magnitud está considerablemente subestimada y constituye el grupo étnico que proyecta mayor crecimiento en el futuro (Morales, 1996). Su impacto en la sociedad no debe obviarse y sí destacarse que una de las áreas donde mayor impacto ha tenido la llegada de estos inmigrantes, es en la demanda por servicios de salud. Alonso (1996), señala, que

este impacto se ha dado en forma directa con la llegada de estos inmigrantes, pero también se da en forma indirecta y a largo plazo debido al efecto que tienen los hijos de estos inmigrantes nacidos en Puerto Rico. Estos nacimientos afectan la demanda de servicios específicos de salud tales como: cuidados prenatales, servicios médicos y de enfermería durante el parto, así como también el cuidado al recién nacido, entre otros. En el estudio realizado por Alonso se encontró, que las madres dominicanas tienen menos cuidado prenatal que las madres de otros grupos étnicos en el país. Este estudio señala que esto podría deberse a su falta de conocimiento sobre los servicios existentes, a tener una cultura donde el ejercer cuidado prenatal adecuado no sea una práctica común o a su estatus ilegal en el país el cual limita la demanda y accesibilidad por estos servicios.

Tomando en consideración la situación de los dominicanos que llegan a nuestro país, es importante realizar un estudio de necesidad de salud. Este concepto de necesidad se define como aquella condición específica, profesionalmente definida o percibida, que limita a la persona, al grupo familiar o a una organización a alcanzar su potencial pleno (Allende, C., 1987).

El propósito de esta primera fase del estudio de necesidad, utilizando el método de grupo focal es que de acuerdo a los cambios surgidos en el Departamento de Salud, se identifiquen las necesidades del cuidado de salud de la población dominicana para la toma de decisiones estratégicas. Este tipo de estudio resulta ser un instrumento útil para conocer la percepción de los entrevistados sobre los servicios de salud que reciben, sus necesidades (como condiciones de salud), barreras de acceso y características de los dominicanos. En Puerto Rico no existe prácticamente

información relacionada a las necesidades de los dominicanos en términos a servicios de salud. Por lo tanto, ésta investigación es una de las primeras en evaluar el estado de salud y las necesidades de la población dominicana residente en Puerto Rico.

META Y OBJETIVOS

Meta

Identificar cuáles son las condiciones de salud, acceso y utilización a los servicios médicos que reporta la población dominicana residente en Puerto Rico.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar un perfil sociodemográfico de los dominicanos residentes en Puerto Rico.
2. Identificar cuáles son las condiciones de salud que informan padecer los dominicanos residentes en Puerto Rico.
3. Identificar las necesidades de servicios esenciales de salud de la población dominicana residente en Puerto Rico.
4. Identificar las necesidades del cuidado de salud de la población dominicana residente en Puerto Rico.
5. Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población dominicana residente en Puerto Rico.
6. Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y las relacionadas a la salud.
7. Desarrollar una base de datos que sirva como fuente de información al Departamento de Salud, Agencias y de otras organizaciones para el desarrollo de estudios posteriores de la población dominicana residente en Puerto Rico.

Modelo Conceptual

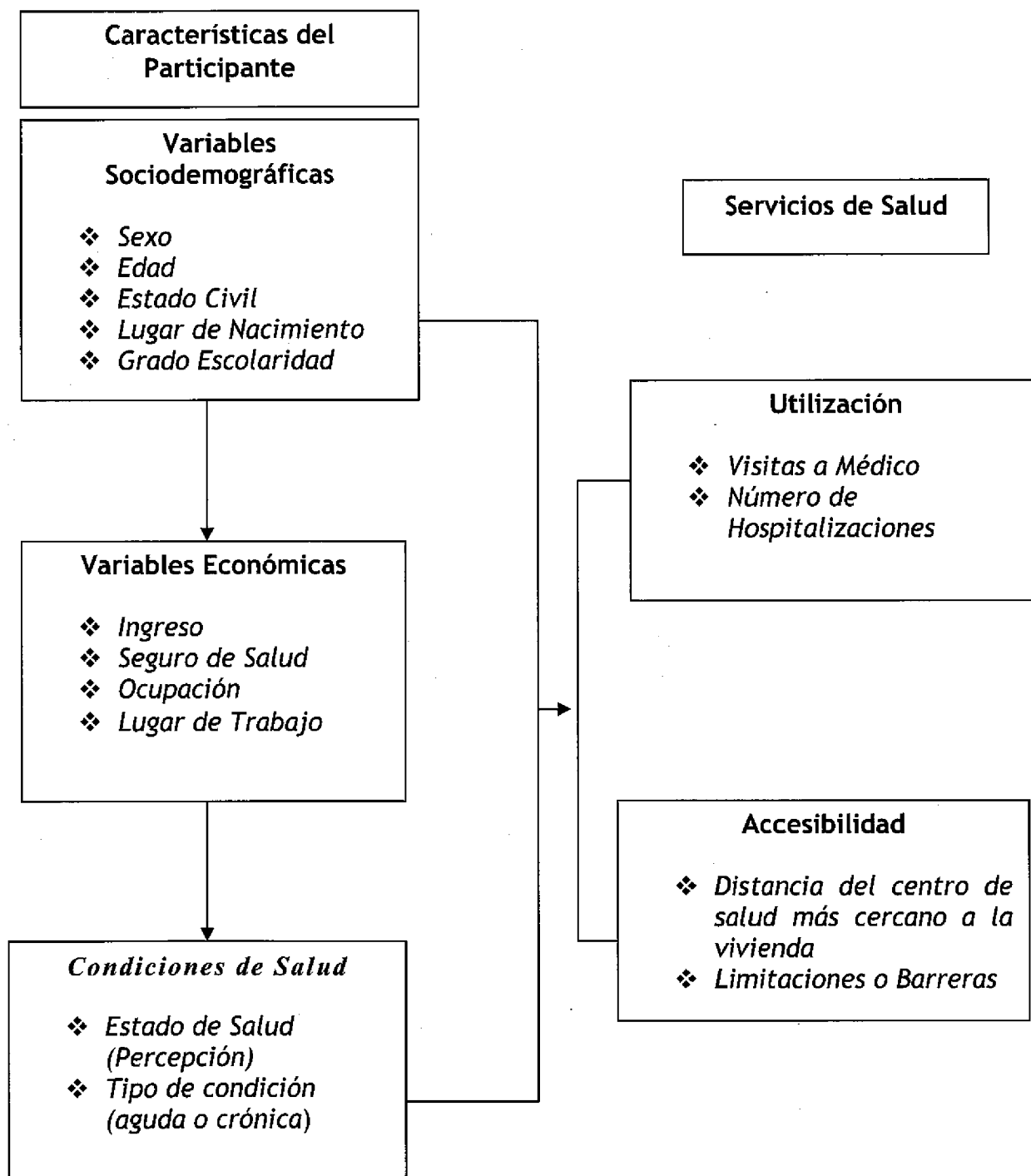


Figura 1

METODOLOGÍA

Este estudio, en su primera fase, tiene como propósito identificar las necesidades de los servicios de salud de los dominicanos residentes en Puerto Rico, considerando las características sociodemográficas de la población, las condiciones de salud, la utilización, el acceso y las variables asociadas a la necesidad de los servicios. Para cumplir con los objetivos de este estudio se utilizó la técnica de grupos focales.

Los grupos focales nos sirve para conceptualizar de las necesidades de salud de la población dominicana residente en Puerto Rico, que sirva como preámbulo de la fase II, que será más amplia en cuanto a la recolección de datos. Esta técnica resulta ser un instrumento útil para conocer la percepción de los participantes sobre los servicios de salud, sus necesidades en cuanto a condiciones de salud, barreras de acceso, si alguna, servicios de apoyo y características generales de la población dominicana. La identificación de las áreas donde residen un número significativo de dominicanos fue uno de los criterios para identificar personas participantes de los grupos focales, luego se identificó a los participantes por disponibilidad. La muestra se escogió por disponibilidad de cuatro (4) grupos focales en el área metropolitana: en el área de San Juan tres (3) Las Lomas, Capetillo y Santurce (Bo. Obrero) y en el área de Carolina uno (1). Los participantes debían ser líderes comunitarios con las siguientes características: mayores de 18 años, residentes de la comunidad representada. Los grupos focales estaban compuestos entre 2 a 7 participantes por grupo.

Se llevaron a cabo varias tareas de coordinación para efectuar los grupos focales en conjunto con líderes comunitarios previamente identificados en las

comunidades mediante comunicación con el Consulado Dominicano en Puerto Rico. Estos líderes ayudaron en el reclutamiento de los participantes, sin ofrecer o dar ninguna paga por su cooperación. A los líderes contactos se les solicitó que consiguieran el local a utilizarse para la realización de los grupos focales y además se les explicó la dinámica de los mismos. Por otro lado, como parte de las tareas de coordinación de los grupos focales se redactaron cartas solicitando a los diferentes programas de la Secretaría de Promoción del Departamento de Salud material educativo y de promoción para obsequiar a los participantes.

Los grupos estaban compuestos por una moderadora, una anotadora y los participantes. El objetivo del grupo focal fue presentado por la moderadora. Antes de comenzar la discusión, los participantes cumplieron un cuestionario (Ver Anejo I). Para identificar el perfil sociodemográfico y la utilización de los servicios de salud de los participantes, se les entregó una hoja de consentimiento informado (Ver Anejo II) aceptando voluntariamente la participación en el grupo y la grabación de la discusión. La moderadora le explicó sobre la confidencialidad de la participación que se le otorga a cada participante del grupo. Las preguntas guías preparadas por la moderadora estaban divididas en cuatro categorías: Estado de Salud, Servicios de Salud, Accesibilidad y Servicios de Apoyo.

El análisis de los datos recopilados a través del cuestionario se realizó utilizando el programa SPSS para Windows. Se prepararon estadísticas descriptivas de los datos recogidos a través del cuestionario administrado a los participantes.

RESULTADOS- PRIMERA FASE

Análisis Cuantitativo

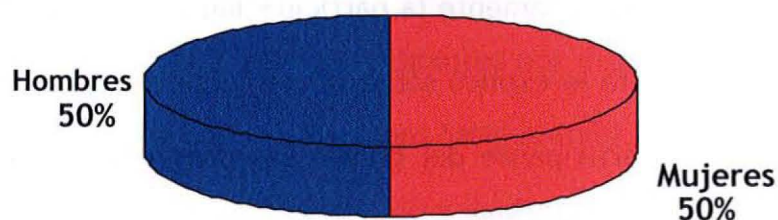
Datos Sociodemográficos

Se establecieron cuatro (4) grupos focales correspondientes a las áreas de Barrio Obrero, Capetillo, Puerto Nuevo y Carolina. Participó un total de 18 personas, desglosado en 9 mujeres (50%) y 9 hombres (50%), (Ver Tabla y Gráfica I).

A. Sexo

El por ciento total de participación fue equitativo siendo un 50 por ciento para las mujeres y los hombres, respectivamente (Gráfica 1). En la Tabla 1 se describe la distribución por sexo y grupo focal.

**GRÁFICA: 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO
PUERTO RICO, AÑO 2003**



FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y GRUPO FOCAL
PUERTO RICO, AÑO 2003**

Sexo	Total	Grupo Focal			
		Barrio Obrero	Capetillo	Puerto Nuevo	Carolina
Ambos Sexos	18	7	4	5	2
Femenino	9	3	2	3	1
Masculino	9	4	2	2	1

FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

B. Edad

La edad promedio total de los participantes es 47.2 años. Este promedio se realizó tomando en cuenta a los 18 participantes excepto uno (1) que no informó su edad, (Ver Tabla 2).

**TABLA 2: EDAD PROMEDIO DE LOS PARTICIPANTES POR GRUPO FOCAL
PUERTO RICO, AÑO 2003**

<i>Grupos Focales</i>	<i>Edad Promedio</i>
Barrio Obrero	50
Capetillo	40
Puerto Nuevo	48
Carolina	51
Total	47.2

FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

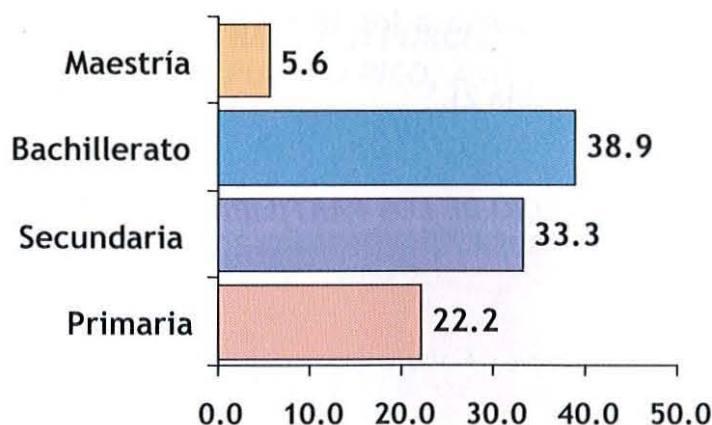
C. Área de Residencia

En cuanto al área de residencia, todos los participantes informaron que residen en área urbana, en donde tres (3) grupos pertenecen al municipio de San Juan y uno (1) a Carolina.

D. Grado Escolar Completado

Una sola persona informó tener grado de maestría representando el 5.6 por ciento de los participantes, mientras que el 38.9 por ciento informaron tener alguna preparación universitaria. Por otro lado, 33.3 por ciento tienen escuela secundaria, versus un 22.2 por ciento que llegaron solo a escuela primaria. (Ver Gráfica 2).

**GRÁFICA 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRADO ESCOLAR COMPLETADO
PUERTO RICO, AÑO 2003**

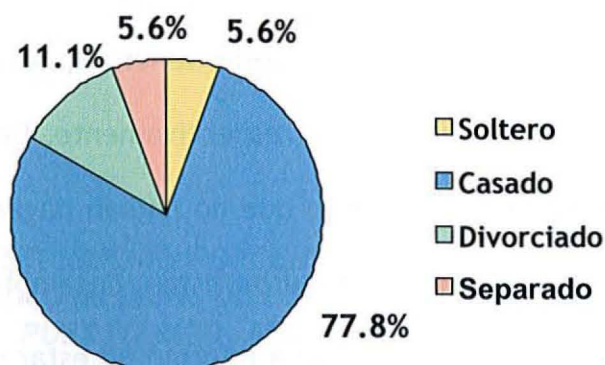


FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

E. Estado Civil

El 77.8 por ciento informó estar casados o conviviendo. Un 11.1 por ciento informó estar divorciado, mientras que los solteros y separados representa un 5.6 por ciento, respectivamente.

**GRÁFICA 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES
DEL GRUPO FOCAL POR ESTADO CIVIL
PUERTO RICO, AÑO 2003**

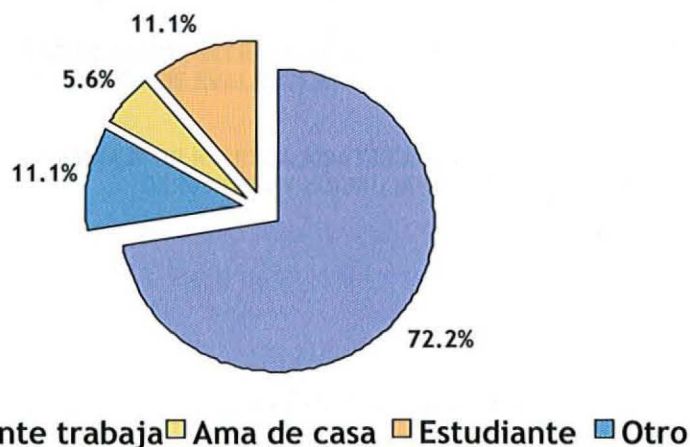


FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

F. Actividad Usual

La mayoría de los participantes indicaron que usualmente trabajan lo que representa un 72.2 por ciento. Un 11.0 por ciento eran estudiantes y hacían otras actividades, respectivamente. Una sola persona indicó que su actividad es ama de casa, esto representa un 5.6 por ciento del total.

**GRÁFICA 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTICIPANTES
POR ACTIVIDAD USUAL
PUERTO RICO, AÑO 2003**



FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

G. Seguro de Salud

De los 18 participantes, sólo 7 informaron tener un seguro de salud, mientras que los restantes 11 indicaron no tener un seguro médico hospitalario. De los que poseen un seguro de salud, tres (3) dijeron tener el plan de la reforma de salud y tres (3) tienen seguro privado (Triple S), respectivamente. De los que dijeron no tener un seguro de salud, dos (2) informaron que no podían pagarlo, expresaron tener buena salud, le están procesando el seguro, están desempleados y tenían otra razón, respectivamente. Solo una (1) persona informó no estar satisfecho con los seguros de salud existentes.

**TABLA 3: PERSONAS CON Y SIN SEGURO DE SALUD POR GRUPO FOCAL
PUERTO RICO, AÑO 2003**

Grupo Focal	Tienen un Seguro de Salud	No Tienen un Seguro de Salud	Por qué no tiene Seguro Médico					
			No Puedo Pagarlo	Tengo Buena Salud	No estoy Satisfecho con los Existentes	Lo están Procesando	Estoy Desempleado	Otra Razón
TOTAL	7	11	2	2	1	2	2	2
Barrio Obrero	3	5		1		1	2	1
Capetillo	1	2	1		1			
Puerto Nuevo	2	4	1	1		1		1
Carolina	1							

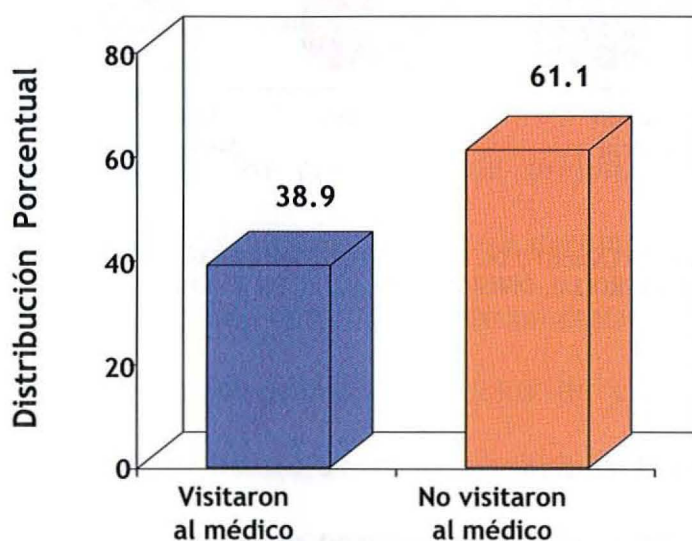
FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

H. Visita a Médicos

En las visitas al médico, se tomó como periodo de referencia las últimas cuatro (4) semanas. De los 18 participantes, un 38.9 por ciento contestaron que habían visitado al médico en las últimas cuatro (4) semanas, mientras que el 61.1 por ciento

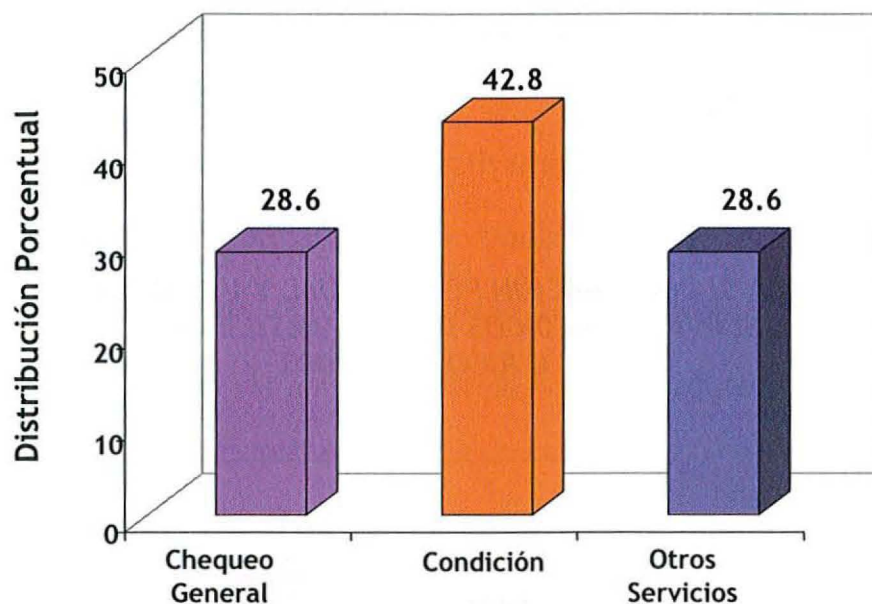
no lo habían visitado. De los que visitaron al médico, una de las causas principales fue por una condición que le afectó la salud representando un 16.7 por ciento, mientras que por la razón de chequeo general y otros servicios representan un 11.1 por ciento, respectivamente. (Ver Gráfica 5).

GRÁFICA 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE LOS PARTICIPANTES PUERTO RICO, AÑO 2003



FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

**GRÁFICA 6: RAZONES DE LAS VISITAS A MÉDICO
PUERTO RICO, AÑO 2003**



FUENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD, SECRETARÍA AUXILIAR DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO, DIVISIÓN DE EVALUACIÓN Y MONITOREO

I. Última Vez que Visitó al Médico

De los participantes (11) que informaron no visitar al médico en las últimas cuatro (4) semanas, se le preguntó cuándo fue la última vez que visitaron al médico. Un 27.8 por ciento no habían visitado al médico en un intervalo de cinco años o más.

J. Hospitalización

En cuanto a las hospitalizaciones, los 18 participantes informaron no haber estado hospitalizado en las últimas cuatro (4) semanas.

Análisis Cualitativo

Los resultados cualitativos obtenidos en los grupos focales se discuten a continuación. La descripción presentada en el análisis sigue el formato utilizado en la discusión del grupo. Los hallazgos se presentan en forma fiel y exacta según expresadas por los participantes.

La comunidad dominicana en Puerto Rico es diversa y tiene una larga historia en la vida y desarrollo de lo que es nuestro país en la actualidad. El movimiento migratorio mayormente, que se está dando en estos días, proviene de los sectores más pobres de la sociedad dominicana. Muchos de los inmigrantes que llegan son considerados sobrevivientes. Entre las situaciones identificadas por los líderes de las comunidades se encuentran los problemas de prejuicio, diferencias culturales, pobreza, falta de seguro médico, tiempo de espera muy largos para servicios médicos, demora en diagnósticos precisos que redundan en un tratamiento necesario a tiempo como las barreras de acceso común a servicios de cuidado de salud para los dominicanos en Puerto Rico. Dentro de los inmigrantes se encuentran unos subgrupos como lo son los jefes de familia solteros(as), nuevos miembros de la familia y niños, lo que puede representar un gran riesgo al confrontar barreras de acceso a servicios.

Los inmigrantes dominicanos son conocidos por lo general por ocupar trabajos y posiciones ocupacionales que están bajo otros o no están protegidos por leyes y reglamentos de salud ocupacional. El status de residencia ilegal lo hace vulnerable al aceptar condiciones de trabajo en riesgo e inseguros. Condiciones de vida, así como largas y extenuantes horas de espera en los centros de salud, no tener compensación

por accidentes en el trabajo, no tener vacaciones pagas, falta de un seguro de salud por otras razones afectan a esta población de inmigrantes.

Estado de Salud

En este indicador de estado de salud se les preguntó aspectos sobre su percepción en términos de salud, visitas al médico, hospitalizaciones y condiciones de salud. Algunos informaron padecer de hipertensión, diabetes, dolores de espalda e incapacidad en las rodillas, entre otras condiciones.

Servicios de Salud

Las preguntas bajo este tema estaban dirigidas a los lugares que se iban a buscar los servicios de salud. Los participantes informaron visitar las oficinas de médicos privados, centros de diagnóstico y tratamiento, salas de emergencia de los centros de salud y hospitales privados. Los participantes indicaron que en los lugares privados, la atención era más diligente que en los centros de salud, inclusive que se sintieron menos discriminados en los privados versus en los manejados por el gobierno.

Accesibilidad

Se les preguntó sobre experiencias negativas o positivas al buscar servicio, necesidad de servicios adicionales a los que tienen, lugares donde llevan a curar a sus hijos, preocupación por la salud en términos de mujeres y hombres, si poseen un seguro o plan de salud ya fuera privado o reforma. Además, se indagó sobre su experiencia con los servicios de salud en Puerto Rico vs. República Dominicana, en cuanto a diferencias o similitudes. En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, esta se ve afectada por el estado legal de residencia de los dominicanos. Los

participantes informaron que esto puede influir con las demandas y necesidades del diario vivir. Por ejemplo, uno de los participantes comentó: *“siempre yo voy al médico y no es para hacerme un chequeo porque no tengo privilegio, seguro de salud no tengo, porque hay otras obligaciones y voy cuando ya estoy a punto de... Hay que ser honesto con esto, y es que tú tienes tantas obligaciones que siempre, cada día más y se te acumulan”*. Por otro lado, los participantes expresaron desconfianza en algunos proveedores de salud que dan referidos a exámenes y no pueden hacérselos o comprar medicamentos costosos. Ejemplo de esta situación; *“Los médicos tienen culpa porque yo tengo plan y yo voy que tengo gripe porque tengo un dolor en un oído y es el que mandan y le dan unos medicamentos, tú te sientes mejor, pero te dan otra cita para la próxima semana para ver como estas. Entonces ya la próxima semana te dicen que vayas después de un mes y si tu te sientes bien, porque tu estas mejor de salud. Los médicos lo que quieren es que tu vuelvas, vuelvas y vuelvas. Yo, aunque tenga plan si me siento bien no vuelvo”*.

Se planteó por los participantes el hecho de que tener buena salud es un principio deseable y que adquirir un seguro de salud es más un asunto de emergencia, cuando los problemas ocurren y que los planes no sirven para cubrir servicios preventivos. Más aún, coincidieron en varios de los grupos focales que el seguro médico es costoso, pero es una necesidad, la cual compite con otras necesidades económicas. Por ejemplo; y de acuerdo a lo citado *“Nosotros acostumbramos a decir la salud primero, eso es verdad y tu haces el compromiso de pagar ciento y pico de dólares. Y muchas veces ese seguro si te cubre una cosa, no te cubre la otra...”*

En muchas de las ocasiones, la población dominicana es victimizada y se encuentra vulnerable a los prejuicios y exclusiones, ya que por experiencia con el cuidado médico no toman en consideración el dolor y angustia que vive ésta al solicitar los servicios de salud. En uno de los grupos una mujer narró haber sido discriminada por ser dominicana, igual que otros grupos de dominicanos que estaban en una sala de espera en una clínica del gobierno y dijo: *"...Administración, porque eso era discrimen contra nosotras que estábamos esperando, porque ella fue la última que llegó y fue la única que jaló pa'dentro y esa señora que estaba en silla de rueda, ella debió haberla atendido"*. Esto es refiriéndose a una enfermera que atendió a una persona que llegó después de los que estaban esperando y la pasó, aún viendo que había una persona que estaba en silla de rueda. El asunto importante es que lo narrado por la mujer se percibió como un discrimen real y ella se sintió disgustada.

En otra circunstancia, otra participante relató una anécdota con un proveedor de salud y expresó lo siguiente: *"Cuando él vio que mi cardiólogo era muy caro para yo accesarlo, él hizo un comentario: tú estas segura de que tú te atiendes con ese cardiólogo, porque tú vives en un residencial y tú tienes reforma", y salió afuera y dijo "estos dominicanos vienen y se sienten dueños del mundo" algo así fue lo que dijo el médico"*.

"Lamentablemente yo no puedo cambiar de médico porque el único que tengo para mi mala suerte, es usted, usted me hace mi liptotricia y se olvida de todo lo demás porque a usted le van a pagar como quiera, venga de donde venga, sea

puertorriqueña, sea dominicana, árabe, de donde sea. Me va a hacer la liptotricia si o no, porque si yo tuviera para donde ir a usted no lo escogía...”

Moderadora: ¿y cómo te sentiste?

Participante: ¿Cómo me sentí? Que ahora este médico cuando me duerma para hacerme la litotricia me mete un puñal. Así fui yo a hacerme la liptotricia.

Moderadora: Fuiste por la necesidad.

Participante: Fui porque tenía que sacarme la vesícula. La gente está terrible.

Esto es una situación en donde se puede visualizar que no es tan sólo dar acceso a la población a servicios de salud, sino que también, hay que sensibilizar al profesional de la salud (calidad técnica) que atiende directamente a los usuarios de los servicios.

En cuanto a las diferencias o similitudes de los servicios y accesibilidad a los cuidados de salud, expresaron que en la República Dominicana son más sensibles y humanitarios en comparación con el servicio en Puerto Rico. Además, indicaron que hay que despolitizar el cuidado de salud y ver al individuo con una necesidad (que es un ser humano que hay que atender cuando se enferme y prevenir para que no se enferme) y no como beneficiario de un plan de salud privado o del gobierno que hay que atender.

Servicios de apoyo

La mayoría de los grupos coincidieron que más allá de la Iglesia Católica, no hay grupos, organizaciones o centros que sirvan de apoyo a sus necesidades sociales, económicas y de salud.

Conclusiones

El concepto general que tiene la población dominicana de Puerto Rico es que hay que trabajar duro para tener vida ahora y que ellos se sacrifican mucho para satisfacer las necesidades de su familia. Ellos vienen a Puerto Rico como parte de un paso para mejorar y luego volver a su tierra, aunque a veces sólo puedan ir de visita.

En conclusión, esta primera fase contribuirá para el diseño de un instrumento (cuestionario) y así llevar a cabo una encuesta a la población dominicana residente en Puerto Rico. Además, este estudio de necesidad sirve para establecer estrategias de prevención de problemas de salud enfocadas a esta población, tomando en consideración accesibilidad y las condiciones de salud. Por otro lado, los hallazgos de este estudio pueden impactar en términos de salud pública sobre la necesidad presentada de esta población.

BIBLIOGRAFÍA

Bermúdez, OI, Tucker KL. 2001. Total and central obesity among elderly Hispanics and the association with Type 2 diabetes. Obesity Research. 2001. Aug; 9(8):443-451.

Camarota, Steven A. Jan 2001. Backgrounder - Immigrants in the United States, 2000, A Snapshot of America's Foreign-Born Population. Center for Immigration Studies. Washington, DC.

Castro, MJ, Boswell TD. Jan 2002. The Dominican Diaspora Revisited: Dominicans and Dominican-Americans in a New Century. The North-South Agenda. Paper 53. A publication of the Dante B. Fascell North-South Center, University of Miami.

Cox, Brenda & Cohen, Steven (1985). Methodological Issues for Health Care Surveys. Marcel Dekker, Inc. New York & Based.

Díaz, R., Buehler, J.W., Castro, K.G., et al. 1993. AIDS Trends Among Hispanics in the United States. American Journal of Public Health. 83(4):504-509.

Duany, J. Ph.d., Hernández Angueira, L., Rey, César A. Caracas: Nueva Sociedad, 1995. El Barrio Gandul: Economía Subterránea y Migración Indocumentada en Puerto Rico.

Duany, J., Los Dominicanos en Puerto Rico; Migración en la semi-periferia. Edited Volume. Río Piedras: Ediciones Huracán, 1990.

Freytes Dharma. 2001. Estudio Fenomenológico para explorar la experiencia de inmigrantes dominicanos(as) en Puerto Rico con los Servicios de Salud y el Impacto en su calidad de vida. Universidad de P.R. Proyecto de Investigación en Enfermería.

Negociado del Censo de los E.E.U.U., Censo 2000.

Office of Refugee and Immigrant Health. Refugees and Immigrants in Massachusetts, 1999.

O'Malley AS, Kerner JF, Johnson L. 1999. Are we getting the message out to all? Health information sources and ethnicity. American Journal of Preventive Medicine. Oct;17(3):198-202.

Parker, Barnett R. (1995). Ensuring a Responsive Health Care Planning Function in Developing Regions of the World. Evaluation & Program Planning, Vol. 18 No. 3: 281-293.

Tucker KL, Bermudez OI, Castaneda C. 2000. Type 2 diabetes is prevalent and poorly controlled among Hispanic elders of Caribbean origin. American Journal of Public Health. Aug; 90(8):1288-1293.

Williams, Rhys an Wright, John. 1998. *Epidemiological issues in health needs assessment*. BMJ. 316:1379-1382.

Witkin, Belle Ruth & Altschuld James W. (1995). Planning and Conducting Needs Assessments: A Practical Guide. 95: 9-10.



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar de
Planificación y Desarrollo
División de Evaluación y Monitoreo