

LOS EFECTOS DE LA MIGRACIÓN

Rosa Pérez Perdomo

I. Introducción

La movilidad de poblaciones es un hecho reconocido a través de la historia, sin embargo, en la época moderna diversos factores han contribuido a su aumento. Entre ellos: los avances en la tecnología de la comunicación que hace el viajar más fácil; la comercialización entre países, incluyendo el efecto del intercambio producto de la globalización; la inestabilidad política, pobreza y desempleo en países desaventajados económicamente son, entre otros, factores que contribuyen a este fenómeno. Las causas de la migración pueden ser políticas, económicas o naturales. En el año 2003, la Organización Internacional para la Migración (OIM), estimó que a través del mundo una de cada 35 personas es un emigrante. Otras referencias indican que aproximadamente 175 millones o un 2.9% de la población del mundo vive temporal o permanentemente fuera de sus países de nacimiento (Buchbinder, 1999).

La movilización de poblaciones suele tener una amplia variedad de repercusiones en las personas que emigran, así como en las poblaciones donde éstas se asientan. Estos efectos pueden ser tanto en el ámbito social-cultural como en la salud pública. La emigración puede ser voluntaria y planeada, o forzada, pero en ambos casos es un evento estresante en la vida de los que la experimentan.

La migración intencional en América Latina y el Caribe es un proceso social de profundas raíces históricas, que ha constituido una modalidad de interrelación entre los países de la Región y entre éstos y el resto del mundo. A partir de los años sesenta, se ha observado una creciente migración intra-regional y hacia otras regiones, principalmente a Estados Unidos y algunos países de Europa (Gómez y Madrigal, 2004).

Los países latinoamericanos y caribeños han sido escenario de transformaciones sociales y económicas, de grandes problemas sociopolíticos, de alteraciones de los ecosistemas y de enormes desastres naturales. Todos estos factores han contribuido a incrementar los desplazamientos de personas, creando un aumento en el flujo migratorio. Este flujo tiene dos vertientes.

- La migración intra-regional, que aunque antigua, se ha acentuado en las últimas décadas y se ha reportado que alcanza una población de 2.2 millones de personas.
- La migración fuera de la región que ocurre principalmente hacia los Estados Unidos, la cual se ha incrementado notablemente en la última década (Gómez, 2004).

II. Efectos de la migración

A. Efectos sociales en el emigrante

Las personas que emigran llevan consigo su propia cultura, hábitos, costumbres, religión, creencias y condiciones de salud, de las cuales algunas son genéticamente preestablecidas. Desde el punto de vista social, el emigrante tiene que adoptar un nuevo ambiente social y cultural que lo puede llevar a redefinir su sistema de valores.

La pérdida de las redes de apoyo social y el aislamiento o marginación, junto con la dificultad de adaptación a culturas y los valores diferentes a los de su lugar de origen, pueden hacer difícil el proceso de aculturación. Otras variables sociales que pueden agravar este proceso son: las barreras de lenguaje, los prejuicios sociales y étnicos, la desprotección jurídica e institucional, y la falta de acceso a la seguridad social (Grondin, 2004).

B. Efectos en la salud

La emigración puede ocasionar ciertos cambios en los hábitos de los emigrantes como: la dieta, consumo de alcohol y cigarrillos, y actividades de ejercicio que pueden tener consecuencias directas en su salud física. Esto puede ocasionar cambios en los patrones de morbilidad. Por otro lado, los emigrantes pueden estar expuestos a la adquisición de nuevas condiciones endémicas en la población a la que inmigran y para la cual no tienen inmunidad adquirida.

1. En el área de salud mental

Estudios de migración reportan un amplio margen de condiciones que van desde la depresión y estrés traumático, hasta el suicidio y otras formas de sicopatología (Friis, Yngve y Persson, 1998). Los efectos en la salud en la población que emigra es un hecho que continúa generando controversias. Por ejemplo, en Estados Unidos algunos estudios han demostrado que algunos inmigrantes gozan de una salud superior comparados con los

nacidos en Estados Unidos, esto a pesar de tener mayores tasas de pobreza y pobre acceso a unidades de salud. Sin embargo, otros estudios señalan que éstos experimentan mayores tasas de enfermedad y peor salud que la esperada (Kandula, Kersey y Llurie, 2004).

En general, la salud de poblaciones y grupos se mide a través de indicadores. La utilización de indicadores de salud importantes, tales como: el sobrepeso y obesidad, actividad física, uso de tabaco, abuso de sustancias controladas, conducta sexual responsable, salud mental, entre otros, suele servir de base para establecer comparaciones entre poblaciones. En esta sección describiremos hallazgos de diferentes estudios relacionados con la salud de los migrantes, particularmente hispanos en Estados Unidos.

2. Mortalidad infantil

En Estados Unidos se ha reportado que los niños de migrantes puertorriqueños que han vivido mayor tiempo en los Estados Unidos, y aquellos de origen puertorriqueño pero nacidos en Estados Unidos, tienen tasas de mortalidad infantil mayores comparados con migrantes recientes o residentes en Puerto Rico. Este hallazgo es un ejemplo de que la migración y la aculturación no siempre tienen resultados positivos. Debemos preguntarnos si estos hallazgos indican que la experiencia con la cultura de Estados Unidos afecta la salud infantil, o si esto es el resultado de una migración selectiva reciente de madres más saludables hacia los Estados Unidos (Landule, Oropesa y Gorman, 2000).

3. Sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad han aumentado dramáticamente en años recientes. Esto se reporta en todas las edades y grupos étnicos. Sin embargo, algunos estudios han encontrado aumento en la obesidad en inmigrantes según aumenta el tiempo de residir en Estados Unidos. Entre éstos, adolescentes asiáticos e hispanos nacidos en Estados Unidos tuvieron una probabilidad dos veces mayor que la primera generación de adolescentes nacidos fuera del país (Popkin y Udry, 1998).

4. Fumar

Sin embargo, tradicionalmente el uso de tabaco en los inmigrantes a Estados Unidos, en promedio, es menor que en los

nacidos en el país de la misma etnicidad y en la población en general de los nacidos en Estados Unidos. Un dato preocupante es que la tasa de adolescentes fumadores ha aumentado entre la población de latinos estudiantes de escuela superior. Este dato establece la necesidad de dirigir las campañas de intervención para no fumar a estos adolescentes, hijos de familias inmigrantes (Kandula, 2004; Kershaw, et al. 2001; Unger, Cruz, Rohrbach, Robisl y Baezconde-Garbanati, 2000; Wiecha, 1996).

5. Abuso de sustancias

En general, los inmigrantes en Estados Unidos tienen tasas significativamente menores en el abuso de sustancias que los nacidos en Estados Unidos. Esto incluye el uso de alcohol, drogas ilícitas, drogas prescritas e inhalantes. De otra parte, el tiempo residiendo en Estados Unidos ha sido asociado con una mayor tasa de uso de alcohol y drogas ilícitas. Los inmigrantes que llevan residiendo en Estados Unidos por más de 15 años tienen una tasa similar de drogas ilícitas que la población nativa, evidenciando así el impacto negativo del proceso de aculturación (Jonson, Geest y Cho, 2002).

6. Conducta sexual responsable

En el caso de conducta sexual responsable, los resultados no son similares al uso de tabaco y alcohol. En este indicador, los problemas de inmigrantes comparados con los nativos no presentan grandes diferencias. Un hecho que debe levantar preocupación es que en el caso de los inmigrantes se reporta que los padres parecen tener menos apoyo para que sus hijos eliminen las actividades sexuales, por lo que esto los pone en mayor riesgo de embarazos y otras consecuencias. En relación a los latinos, por ejemplo, se reporta una de las tasas más altas de fertilidad que en cualquier otra población en Estados Unidos (Blake, Ledsky, Goodenow y O'Donnell, 2001; Kandula, 2004; Lee, Orsay, Lumpkin, Ramakrishman y Callahan, 1996).

7. En relación a trauma y violencia

En relación a trauma y violencia los datos de inmigrantes son escasos. Algunos estudios han demostrado que el uso de asiento protector y cinturón de seguridad en los vehículos es menor en las comunidades latinas (Harper, Marine, Garrett, Lesote y Lowenstein, 2000; Lee et al., 1996; Sorenson y Shen, 1996 y 1999). Estudios

de Sorenson y Shen (1996 y 1999) han reportado que entre los latinos inmigrantes hay un mayor riesgo de muertes por homicidios.

La revisión de algunos indicadores de salud en poblaciones inmigrantes demuestra que la aculturación puede tener tanto impactos negativos como positivos. Las razones para estas diferencias son complejas, pudiendo ser el resultado tanto de la preservación de hábitos y costumbres del país de origen, como de la adquisición de nuevos hábitos del país al que emigran. De igual forma, la contribución de la genética en relación a ciertas enfermedades es un factor de importancia fundamental.

Por otro lado, también evidenciamos la falta de datos en relación a la salud de los inmigrantes. El examinar información de la salud de los migrantes a través de indicadores nos ha evidenciado que no siempre el migrante tiene peor salud o peores hábitos que la población nativa. Estos resultados relativamente positivos en la salud de los inmigrantes, se conocen como una paradoja epidemiológica. Es decir, a pesar de los perfiles socioeconómicos, exposición a discriminación y pobre acceso a cuidados de salud, algunos indicadores de salud son positivos en la población inmigrante.

Sin embargo, existen áreas en que el migrante es quien vive en peores condiciones de salud, destacándose entre éstas los traumas y la violencia, factores ambos preocupantes. La violencia, por ejemplo, porque esto afecta enormemente la proyección de la población migrante en la comunidad, propiciando generalizaciones y rechazo. Es evidente que los efectos en la salud tanto positivos como negativos en las poblaciones migrantes sugieren mayor investigación y estudio. Estos estudios son necesarios para los migrantes y para la población que los recibe, ya que de una u otra forma ambos pueden ser impactados por los hallazgos. Conocer las condiciones de salud de los migrantes provee un perfil de morbilidad que ayudaría a dirigir las acciones a áreas prioritarias. Por otro lado, la población en la que viven puede usar esta información para planificar la prestación de servicios de forma adecuada, conocer realidades, y romper con mitos y creencias.

C. Efectos de la migración en el país al que se emigra

Las migraciones masivas suelen tener efectos en el país al que se inmigra, y éstos pueden ser de diversa naturaleza: algunos de estos efectos son la tensión social que surge ante la falta de acogida entre los grupos y el consecuente discrimen; la introducción de nuevas condiciones de salud; repercusiones en el sistema de

cuidado de servicios de salud, educación y trabajo; la introducción de nuevas costumbres y hábitos principalmente en el ámbito de la alimentación; y cambios sociales tanto positivos como negativos. Los países que reciben estas grandes migraciones reconocen el efecto que éstas producen. Sin embargo, su reacción y manejo a estas poblaciones dependerán de si esta inmigración es aceptada. Aquellos países que así lo reconocen toman medidas para minimizar las barreras lingüísticas y culturales, incluyendo el desarrollo de políticas y el ofrecimiento de servicios específicos dirigidos a grupos étnicos particulares.

Por otro lado, los inmigrantes suelen llenar vacíos ocupacionales al realizar trabajos de menor remuneración y destreza. Esto, a su vez, se convierte en una fuente de conflictos entre los que los rechazan y los que entienden que la presencia de inmigrantes es beneficiosa porque llena un vacío en el ambiente laboral a menor costo.

D. Efectos en los sistemas de salud pública

Muchos de los efectos discutidos suelen tener un impacto directo en el sistema de salud pública. Primero, habrá un aumento en la demanda de servicios, particularmente de atención a problemas curativos, el cual requerirá que se cuente con profesionales de salud preparados para atender personas con diversidad de idiomas y trasfondos culturales. Esto implica que el país que recibe debe fortalecer sus instituciones de salud a través de la capacitación de sus profesionales de salud para poder trabajar con poblaciones culturalmente diferentes, así como para proveer conocimientos de condiciones de salud que pudieran ser prevalentes en la población inmigrante, ya sea porque genéticamente la portan o porque las adquirieron a través de los hábitos y costumbres propios del país de origen.

El manejo de personas inmigrantes indocumentadas conlleva riesgos particulares, principalmente porque, dada su condición de ilegalidad, éstas tienden a evadir o no tienen acceso a los servicios médicos, y posiblemente menos aún a los preventivos. Además, la gran mayoría de estas personas no tiene seguro médico, por lo que tienden a utilizar las facilidades de salud del gobierno, particularmente las clínicas externas y salas de emergencia. Esto puede traducirse en el empeoramiento de condiciones crónicas, lo que a su vez aumenta el riesgo del paciente y puede ocasionar un alza en el costo de los servicios médicos, ya que las condiciones avanzadas podrían requerir tratamientos costosos.

Actualmente los latinos representan más del 40% de la población migrante en Estados Unidos. Sin embargo, se ha reportado que esta población tiene acceso limitado a los cuidados de salud y encara barreras económicas, culturales y de lenguaje que afectan su estado de salud, diagnóstico temprano y cuidado adecuado, siendo los inmigrantes ilegales los más afectados. Según un estudio llevado a cabo mediante encuesta entre la población de inmigrantes mexicanos en Texas, menos de un tercio de los participantes tenían seguro médico, y de éstos un 72% eran indocumentados (Urrutia, Marshall, Trevino, Lurie y Minguiá-Bayona, 2006). En general, la proporción de hispanos que permanece sin seguro médico en Estados Unidos es de 32.4%. Ha sido demostrado que el miedo a ser reportado a las autoridades de migración disminuye la posibilidad de recibir cuidado médico y dental, medicamentos prescritos y espejuelos. De igual forma, se ha demostrado que los inmigrantes indocumentados enfermos reciben un tratamiento desigual, comparado con otros recipientes de *Medicaid*, incluyendo menos procedimientos y estadías más cortas por el mismo tipo de procedimiento (Berk y Schur, 2001).

El derecho a la salud se ha considerado como un derecho inclusivo, que no solo abarca la atención apropiada de la salud, sino también los principales factores determinantes, tales como: acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos, nutrición apropiada, vivienda digna y acceso a la educación (Grondin, 2004). En este contexto, se podría plantear que para los gobiernos y los diferentes grupos que tienen que enfrentar los efectos de las movilizaciones de personas, preservar los derechos humanos de los inmigrantes es fundamental y representa un gran desafío.

III. La inmigración en Puerto Rico

En Puerto Rico, la inmigración ilegal proviene principalmente de la República Dominicana. La inmigración de los dominicanos a los Estados Unidos comenzó alrededor del año 1920, pero existe un consenso en que la inmigración masiva comenzó hacia los años sesenta, se aceleró para la década del 1970 al 1980; llegó a un máximo a mediados del 1990, y luego comenzó 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, Boswell y Fascell, 2002).

Desde el año 1970, han llegado a los Estados Unidos unos 692,000 inmigrantes provenientes de la República Dominicana (Camarota, 2001). Actualmente se han enumerado 764,495 dominicanos en los Estados Unidos (Gómez et al., 2004). En Puerto Rico viven cerca de 56,146 distribuidos a través de toda la Isla, pero con la mayor concentración en el área de San Juan (54.5%). Según los datos del Censo del 2000, con relación a la población de hispanos que han inmigrado a los Estados Unidos, los mejicanos representan el 58.5% de la población de inmigrantes, luego los puertorriqueños con un 9.6%, en tercer lugar los cubanos (3.5%), y en cuarto lugar los dominicanos con un 2.2 por ciento. En un estudio reciente de la población dominicana en Puerto Rico, utilizando grupos focales, los participantes indicaron que la accesibilidad a los servicios de salud se ve afectada por el estado ilegal de su residencia y que en ocasiones se sienten discriminados al buscar servicios (Siaca y Acosta, 2004).

De igual forma, en un estudio similar llevado a cabo en Boston, Massachussets por la Oficina de Refugiados e Inmigrantes en el 1999, se identificaron como las barreras de acceso a servicios de salud más comunes, las siguientes: la falta de un intérprete, el desconocimiento del sistema de salud de Estados Unidos y no tener un seguro de salud.

IV. Emigración de Puerto Rico a Estados Unidos

Un reporte reciente del Centro de Estudios Puertorriqueños ha evidenciado un patrón de cambio de la migración de los puertorriqueños a Estados Unidos, el cual resumiremos en esta sección (Duany, Matos-Rodríguez, 2006). Después de la Segunda Guerra Mundial, la migración puertorriqueña a Estados Unidos ocurrió principalmente hacia New York y otros estados del noreste. Posteriormente, a partir de 1960, los puertorriqueños se diseminaron a través de todos los Estados Unidos. Sin embargo, durante la década del 1990 el estado de Florida se convirtió en el segundo estado con la mayor concentración de puertorriqueños. Entre las razones que se citan para este cambio, se encuentran la reducción del sector de manufactura, nuevas oportunidades de empleo en otros estados y el bajo costo y la ausencia de impuesto del estado en Florida.

Los puertorriqueños, al igual que cualquier población migrante, se ven influenciados por la cultura del país al que emigran. En particular, las barreras del lenguaje, la necesidad de aumentar la educación bilingüe, el impacto en la denominación

religiosa, la interacción social, y las relaciones interraciales, son mencionadas por los autores de este estudio como consecuencias culturales que estarán ocurriendo entre la heterogeneidad de la migración hispana a la Florida.

En relación al estado de salud de los puertorriqueños en Florida, no se presentaron datos recientes. Sin embargo, datos de la década de 1990 reflejan que, en general, la salud de los puertorriqueños residentes en Estados Unidos se considera peor que la de otros grupos hispanos. La conclusión de este informe en relación a salud, más bien señala la necesidad de conocer sobre las tasas de enfermedades crónicas e infecciosas, las causas de mortalidad, obesidad, actividad física, fumar, abuso de sustancias y la falta de cobertura de cuidado de salud. De otra parte, es de vital importancia establecer comparaciones entre los puertorriqueños residentes en Puerto Rico y los que residen en los Estados Unidos. Esto dirigido hacia tener la oportunidad de conocer el impacto sobre la salud del ambiente y la cultura del país al que se emigra.

V. Consideraciones éticas

El tema de la migración también ha sido visto desde una dimensión ética. Este enfoque se fundamenta en que la migración afectaría la forma con que se conceptualiza una nación, las ideas con las cuales se justificaría el convivir, y los ideales políticos que parecen justos de proponer y defender. La dimensión ética de la migración ha sido enfocada a través del efecto de ésta en el modo de vivir considerado normativo en una comunidad y sus implicaciones en la convivencia política y sus diferentes elementos, incluyendo el concepto de ciudadanía (Ponce, 2003).

Desde esta perspectiva, se ha cuestionado si sería ético objetar el libre movimiento de la gente y tratar los movimientos de la gente y bienes de manera desigual. Se ha expresado que la respuesta a estas preguntas dependería de si la unidad de análisis es el individuo, una comunidad nacional o la comunidad global.

A nivel nacional, se consideraría ético:

- a. Establecer prioritariamente la lealtad y solidaridad con las personas oriundas del país, esto asumiendo que el Estado se basa en un consentimiento popular.
- b. Restringir la migración internacional si ésta se percibe como una amenaza a los intereses del país o nación.

- c. Tratar los movimientos de bienes y capitales asimétricamente si es requerido por el interés nacional.

Sin embargo, si se toma el mundo como la unidad de análisis, la lealtad y solidaridad deberían estar dirigidas hacia el bienestar humano, lo que hace las consideraciones anteriores carentes de una base ética o inconsistente con ésta (Mehmed, 2005). Es decir, los argumentos éticos contra el libre movimiento fallan en capturar las implicaciones globales.

El proceso migratorio conlleva varias etapas, las cuales pueden variar si la migración es planeada y organizada, o si es un proceso abrupto e inesperado. Sin embargo, aun cuando de intensidad diferente, se reconoce una etapa previa a la partida, particularmente difícil en caso de una migración no planificada, y una etapa de aculturación al país al que se emigra. En el caso de las salidas abruptas, se menciona un sentimiento de pérdida de empleo, carrera y un lugar en la sociedad, lo que puede dar lugar a una pérdida de identidad, acompañada de incertidumbre con relación al futuro (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Aun cuando reconocemos grandes diferencias en la intensidad de las etapas, según sea el tipo de migración, tenemos que aceptar que ambas producen desarraigo e inestabilidad en el que las vive. Los procesos de adaptación a este nuevo ambiente se pueden ver influenciados en forma positiva si se emigra a un lugar donde se tienen familiares y amigos, se habla el mismo idioma, se tiene o se puede obtener empleo con relativa facilidad, en fin, si el país al que se emigra no tiene grandes diferencias culturales con el país de origen, el proceso puede ser menos difícil. No es ese el caso de aquellos que sufren migraciones forzadas por conflictos y emergencias sin una etapa previa de preparación, siendo estos grupos los más vulnerables a problemas que afectan su bienestar social y emocional. En estos momentos, el Congreso de los Estados Unidos se encuentra en el proceso de legislación del “Comprehensive Immigration Reform Act, 2006”, el cual, entre otras cosas, pretende criminalizar la contratación de inmigrantes ilegales, y la que se aplicaría tanto al inmigrante como al patrono. La proposición de esta Ley ha generado grandes protestas y movilizaciones en diferentes partes de los Estados Unidos.

VI. Conclusión

Desigualdades sociales y políticas, así como otros factores, conducen a la migración. En la medida que estas situaciones persistan

en los países desaventajados económicamente, continuaremos observando el aumento de estos desplazamientos poblacionales, representando un desafío para los países que los reciben. Se necesitan esfuerzos concertados entre países para buscar soluciones a este complejo problema. En esta situación las organizaciones internacionales, como la OIM, pueden desempeñar un rol preponderante. Esta organización tiene como norte el principio de que la migración, en forma ordenada y bajo condiciones humanitarias, beneficia a la sociedad y a los propios migrantes. Además, encara los variados desafíos que plantea la gestión de la migración a nivel operativo, fomenta la comprensión de los asuntos migratorios, alienta el desarrollo social y económico, y vela por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

REFERENCIAS

- Berck, M.L. & Schur C.L. 2001. "The Effect of Fear on Access to Care among Undocumented Latino Immigrants". *Health Affairs* 3, 4: 151-156.
- Blake, S.M., Goodenow C., Ledsky, R., and O'Donnell, L. 2001. "Recency of Immigration, Substance Use, and Sexual Behavior among Massachusetts Adolescents". *American Journal of Public Health* 91, 5: 7094-7098.
- Buchbinder, Marcos. 1999. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. *Boletín de Temas de Salud de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires* 11, No. 105. Retirado el 10 de Julio de 2006, de <http://www.medicos-municipales.org.ar/bts0599.htm>.
- Camarota, Steven A. 2001. Backgrounder Immigrants in the United States, 2000. A Snapshot of America's Foreign-Born Population. Retirado el 12 de Julio de 2006, de <http://www.cis.org/articles/2001/back101.html>.
- Castro, Max J., Boswell, Thomas D. and Fascell, Dante B. 2002. *The Dominican Diaspora Revisited: Dominicans and Dominican-Americans in a New Century*. University of Miami, Florida: Coral Gables.
- Duany, Jorge and Matos-Rodríguez Félix V. 2006. Puerto Ricans in Orlando and Central Florida. Retirado el 26 de junio de 2006, de <http://www.hispanicchamber.net>.
- Friis, Robert, Agneta, Yngve and Viveka, Persson. 1998. Review of Social Epidemiologic Research on Migrants Health: Findings, Methodological Cautions and Theoretical Perspectives. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26, 3: 173-180.
- Gómez, Miguel y Madrigal, Johnny. 2004. Migración interna en Costa Rica en el período 1927-2000. Simposio: Costa Rica a la Luz del Censo del 2000. Retirado el 20 de junio de 2006, de <http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/simposio/ponencia/gomez.htm>.
- Grondin, Danielle. 2004. Well-Manager Migrant's Health Benefits All-. *Bulletin of the World Health Organization* 82, 8: 561.
- Harper, J.S., Marine, W.M. C.J. Lezotte, Garrett, D. Lowenstein and S.R. 2000. Motor vehicle crash fatalities: a comparison of Hispanic and Non-Hispanic Motorists in Colorado. *Annals of Emergency Medicine* 36, 6: 589-596.

- Johnson, T.P., Van Geest, J.B. and Y.I. Cho. 2002. Migration and Substance Use: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey. *Substance Use and Misuse* 37, 941-972.
- Kandula, Namratha R., Kersey, Margaret and Lurie, Nicole. 2004. Assuring the Health of Immigrants: What the Leading Health Indicators Tell Us. *Annual Review of Public Health* 25, 357-376.
- Kershaw, Josephine. 2001. "AAPI Youth Tobacco Use: A Comparative Analysis of Current Cigarette Use Data from the Florida, Texas, and Nacional Youth Tobacco Surveys". *Asian American Pacific Island Journal of Health* 9, 1: 25-33.
- Landule, Nancy S., Oropesa, R.S. and Gorman, Bridget K. 2000. "Migration and Infant Death: Assimilation or Selective Migration Among Puerto Ricans?" *American Sociological Review* 65, 6: 888-909.
- Lee, P. E. Orsay, J. Lumpkin, V. Ramakrishman and Callahan, E. 1996. "Analysis of Hispanic Motor Vehicle Trauma Victims in Illinois, 1991-1992". *Academic Emergency Medicine* 3, 3: 221-227.
- Mehmed, Ugur. 2005. Migration without Borders: The Ethics, Economics and Governance of Free Movement. Retirado el 8 de mayo de 2006, de <http://www.immi.se/aom/2005/artiklar2005/ugur.htm>.
- Organización Mundial de la Salud. 2003. *Informe sobre la Posición de la OIM con relación al Bienestar Sicosocial y Mental de los Migrantes*. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra, 10 de noviembre.
- Ponce, Fernando. 2003. La Ciudadanía en Tiempos de Migración y Globalización –Una Aproximación desde la Ética-. Globalización, Migración y Derechos Humanos. Retirado el 2 de mayo de 2006, de <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/documentos/listado articulos/globalizacionmigracion.htm>
- Popkin, B.M. and Udry, J.R. 1998. "Adolescent Obesity Increases Significantly in Second and Third Generation U.S. Immigrant: the National Longitudinal Study of Adolescent Health". *Journal of Nutrition* 128, 4: 701-706.
- Siaca, Aleyda y Acosta, Awilda. 2004. *Estudio de Necesidades de Salud de la Población Dominicana Residente en Puerto Rico*. Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo. Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Sorenson, S.B and Shen, H. 1996. "Homicidal Risk Among Immigrants in California, 1970 through 1992". *American Journal of Public Health* 86, 1:97-100.
- Sorenson, S.B. and Shen, H. 1999. "Mortality Among Young Immigrants to California: Injury Compared to Disease Deaths". *Journal of Immigrant Health* 1, 1: 41-47.
- Unger, J.B., Cruz, T.B. Rohrbach, L.A., Robisl, K.M. and Baezconde-Garbanati, L. 2000. "English Language Use as a Risk Factor for Smoking Initiation Among Hispanic and Asian American Adolescents: Evidence for Social Norms". *Health Psychology* 19, 5: 403-410.
- Urritia-Rojas, Ximena, Marshall, Khia, Trevino, Elizabeth, Lurie, Sue Gena and Minguia-Bayona, Guadalupe. 2006. "Disparities in Access to Health Care and Health Status Between Documented and Undocumented Mexican Immigrants in North Texas". *Hispanic Health Care International* 4, 1: 5-14.

Wiecha, John M. 1996. "Differences in Patterns of Tobacco Use in Vietnamese, African-American, Hispanic, and Caucasian Adolescents in Worcester, Massachusetts". *American Journal of Preventive Medicine* 12, 1: 29-37.

DATOS BIOGRÁFICOS DE LA AUTORA

Rosa Pérez Perdomo, MD, MPH, PhD, obtuvo su Grado de Medicina en el año 1966 de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. En 1976 obtuvo su Grado de Maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, y en 1992 un Doctorado en Filosofía de la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, con una concentración en Epidemiología Ocupacional. Su mayor interés reside en las áreas de la enseñanza e investigación de la Epidemiología. Su experiencia es muy amplia en el desarrollo de la investigación y en actividades académicas. En el año 2001 fue nombrada Decana de la Escuela de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas, cargo que ocupó hasta el año 2004. Editora del Boletín de la Asociación Médica, y autora de un sinnúmero de publicaciones e investigaciones con énfasis en Epidemiología. Desde enero del año 2005 hasta el presente, ocupa el cargo de Secretaria de Salud de Puerto Rico.