

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 discriminación existentes en el medio-ambiente donde éstos se desenvuelven. En la población femenina inmigrante esta situación de desventaja se agudiza como resultado del discriminación 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.