

# Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos

S. Pérez Cuadrado<sup>a</sup>, N. Muñoz Ávalos<sup>a</sup>, A. Robledo Sánchez<sup>a</sup>, Y. Sánchez Fernández<sup>a</sup>, C.R. Pallás Alonso<sup>b</sup> y J. de la Cruz Bértolo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Alumnas de 6.º de Medicina de la Universidad Complutense. <sup>b</sup>Servicio de Neonatología.

<sup>c</sup>Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

## Antecedentes

Se suele considerar la condición de inmigrante como un riesgo para la salud que se asocia con un período de ajuste y de estrés.

## Objetivo

Comparar las características sociales y la evolución perinatal de las mujeres que paren en un hospital de tercer nivel en España en función del nivel socioeconómico del país de origen.

## Métodos

De diciembre de 2000 a marzo de 2001, se seleccionó a las mujeres en el momento de parir en función del nivel socioeconómico del país de origen. Todas las mujeres procedentes de países de escasos recursos económicos (aquí denominadas también mujeres inmigrantes), y una muestra (1:2) de las que no procedían de esos países (principalmente España), cumplieron un cuestionario sobre atención prenatal, características demográficas y sociales, país de origen, y fueron seguidas para valorar la evolución clínica neonatal.

## Resultados

Durante los 3 meses del estudio, 203/1.352 (15%; intervalo de confianza (IC) del 95%, 13,2-17,1) de las mujeres que parieron eran inmigrantes. La mayoría procedían de países de Centro y Sudamérica (56%; IC 95%, 49-62). El embarazo se controló en la mayoría de los casos, 92,1% de las mujeres inmigrantes y 96,8% de las españolas,  $p = 0,01$ . Las proporciones de parto prematuro, bajo peso y muy bajo peso no difirieron entre las dos categorías de madres y fueron respectivamente, en las mujeres inmigrantes y en las españolas, 15% frente a 10,6%, 6,4% frente a 9,4% y 2,1% frente a 1,5%, (en todos los casos  $p > 0,05$ ). Las complicaciones perinatales, Apgar  $\leq 6$ , ingreso en la unidad neonatal, ingreso en cuidados intensivos e intermedios, no fueron más frecuentes en los hijos

de madres inmigrantes. Las mujeres inmigrantes tuvieron menos apoyo social y familiar y son muchas menos las que disfrutaron de baja laboral por maternidad (62% frente a 90%,  $p < 0,001$ ).

## Conclusiones

La mayoría de las mujeres inmigrantes tienen embarazos y recién nacidos sanos. Las complicaciones perinatales no parecen más frecuentes en los hijos de mujeres inmigrantes. Las diferencias que se observan se refieren más al apoyo social. Para mejorar la salud de estos niños, se debería intensificar el apoyo social a las mujeres inmigrantes y a sus hijos.

## Palabras clave:

*Inmigración. Embarazo. Prematuridad. Recién nacido.*

## CHARACTERISTICS OF IMMIGRANT WOMEN AND THEIR NEONATES

### Background

Immigrant status is frequently assumed to constitute a health risk because migration is inevitably associated with a period of significant adjustment and stress.

### Objective

To compare the social characteristics and perinatal outcomes of mothers who deliver in a third level hospital in Spain according to their socioeconomic level of the country of origin.

### Methods

From December 2000 to March 2001, women who delivered were selected according to the socioeconomic status of their birth country. All women from low and middle income countries (immigrant mothers) and a sample (1:2) of those from high income countries (mainly Spanish-born

**Correspondencia:** Dra. C.R. Pallás Alonso.  
Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre.  
Ctra. de Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España.  
Correo electrónico: jakeka@wanadoo.es  
jdlcruz@h12o.es

Recibido en enero de 2003.

Aceptado para su publicación en agosto de 2003.

mothers) completed a questionnaire on antenatal care, demographic and social characteristics, and country of birth and were followed-up to monitor neonatal clinical features.

### Results

During the three months of the study, 203/1352 (15%, CI 13.2-17.1) of the delivering mothers were immigrants. Most were from Central and South America (56%, CI 49-62). Prenatal care was appropriate in most of the women (in 92.1% of immigrant mothers and in 96.8% of Spanish mothers,  $p = 0.01$ ). The proportions of premature births, low birth weight and very-low birth weight showed no statistically significant differences between immigrant and Spanish mothers (15 vs. 10.6, 6.4 vs. 9.4, and 2.1 vs. 1.5, respectively,  $p > 0.05$  in all comparisons). Perinatal complications, including an Apgar score  $\leq 6$ , and the need for admission to the neonatal unit or to the intensive or intermediate care units, were not more frequent in the newborns of immigrant mothers. Immigrant women had less social or family support after delivery and maternity leave was much less frequent (62% vs. 90%,  $p < 0.001$ ).

### Conclusions

Most of the immigrant women had healthy pregnancies and healthy birth outcomes. Perinatal complications do not seem to be more frequent among immigrant women. Differences were found in social support. To improve the health of these children, social support to immigrant women and their children should be intensified.

### Key words:

*Immigration. Pregnancy. Prematurity. Newborn.*

## INTRODUCCIÓN

Durante años, España ha sido un país de emigrantes. Se calcula que entre 1890 y 1990, 6,7 millones de españoles han emigrado a América, un millón y medio a países europeos y un millón al continente africano<sup>1</sup>. En la actualidad el proceso migratorio se ha invertido, es excepcional que los españoles emigren a otros países por motivos económicos; sin embargo, España se ha convertido en los últimos años en un país receptor de personas que inmigran procedentes de países de escasos recursos económicos o situaciones sociales y políticas conflictivas. No obstante, todavía hay más españoles fuera, 2 millones aproximadamente, que inmigrantes en España, en torno a un millón en el año 2000<sup>2</sup>.

La relación entre la salud y la migración es compleja e implica elementos biológicos, sociales, económicos, culturales<sup>3,4</sup>. Un aspecto relevante de esta relación, desde los servicios de salud, es el impacto que tiene la inmigración en la morbilidad y en la mortalidad neonatal. La tasa de natalidad en España es una de las más bajas del mundo, sin embargo, en los últimos 2 años se está incrementando en algunas comunidades autónomas. Se aduce de que el creciente número de mujeres inmigrantes que está lle-

gando a España influye en el reciente aumento del número de partos.

La comunidad autónoma de Madrid es una de las que más inmigrantes recibe. A finales del año 2000 se contabilizaban 158.885 inmigrantes regulados, lo que suponía un 3,1% de la población<sup>5</sup>. Esta proporción de inmigrantes sólo se supera en las comunidades autónomas de Baleares, Canarias, Melilla y Ceuta. La comunidad autónoma de Madrid acoge al 20% del total de inmigrantes registrados en España<sup>5</sup> y en sus centros sanitarios se atiende cada día un número elevado de inmigrantes. El conocimiento de las características demográficas y sociales de la población que se atiende proporciona elementos para adecuar la asistencia sanitaria a las necesidades que esta nueva población de pacientes va generando.

Este estudio se planteó con objeto de conocer mejor algunas de las características maternas y de los recién nacidos de las mujeres inmigrantes que proceden de áreas socioeconómicamente deprimidas. Los objetivos concretos que se especificaron fueron: *a)* comparar las características de las mujeres inmigrantes que proceden de áreas socioeconómicamente deprimidas y que paren en un hospital terciario con las características de las mujeres españolas o procedentes de países que no tienen escasos recursos socioeconómicos que paren en el mismo hospital; *b)* determinar si los recién nacidos hijos de madres inmigrantes procedentes de áreas socioeconómicamente deprimidas precisan ingreso en la unidad neonatal con mayor frecuencia que los hijos de madres españolas o procedentes de países que no tienen escasos recursos socioeconómicos.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de seguimiento, con recogida de datos retrospectiva del embarazo y parto, y prospectiva de los recién nacidos desde el nacimiento hasta el final del ingreso, si tiene lugar.

### Sujetos

Se consideraron elegibles para este estudio las mujeres que parieron en un hospital universitario maternoinfantil de tercer nivel durante 91 días consecutivos, desde el 10 de diciembre de 2000 al 10 de marzo de 2001.

*Muestreo.* Se realizó un muestreo en función de la procedencia de los sujetos de estudio. Se clasificó, en una de las dos siguientes categorías, a todas las mujeres que parieron durante el período de estudio según el nivel socioeconómico del país de origen<sup>6</sup>: *a)* Unión Europea (15 países, en diciembre de 2000), Suiza, Países Nórdicos, Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda; *b)* países de escasos recursos económicos, cuando su origen era cualquiera diferente a los arriba mencionados. De estos países proceden las mujeres referidas en el estudio como inmigrantes.

**Selección de las participantes en el estudio.** Cada día, cuatro de los autores (SP, NM, AR, YS), que no proporcionaban atención sanitaria, informaron sobre el estudio a todas las mujeres elegibles y les propusieron participar. Se incluyó en el estudio a todas las mujeres procedentes de los países socioeconómicamente más deprimidos y a una muestra del resto de las mujeres (mayoritariamente españolas) a razón de 1:2, las dos que parieron inmediatamente antes y después de cada mujer inmigrante.

### Variables del estudio y recogida de datos

Se diseñó un cuestionario autoadministrado para obtener información sobre aspectos demográficos, sociales y relacionados con el control de la gestación de las mujeres incluidas en el estudio. La cumplimentación del cuestionario fue voluntaria. El cuestionario se tradujo al árabe, chino, polaco, inglés, francés, portugués y serbio. Además se extrajo información de la historia clínica referente a la gestación y al parto. Se consideró embarazo controlado cuando se habían realizado al menos tres consultas obstétricas durante la gestación.

Los datos del recién nacido se recogieron de forma prospectiva. Si el niño ingresaba en el servicio de neonatología se recogió la información de la base de datos clínicos que se va cumplimentando durante el ingreso. Se considera ingreso del niño cuando se separa de la madre para observación (estancia  $\leq$  1 día) o ingreso en cuidados intermedios o intensivos (estancia  $>$  1 día). Todos los datos utilizados fueron anonimizados y almacenados en una base de datos creada para este propósito.

### Análisis de los datos

Se describen las características de las mujeres, de sus embarazos, partos y recién nacidos, con media y desviación estándar (DE) o mediana e intervalo intercuartílico (IQ, percentil 25 y percentil 75) para las variables continuas; las variables categóricas se describen con distribución de frecuencias absolutas o relativas e intervalo de confianza (IC) del 95% en las variables más relevantes. La significación estadística de las comparaciones entre características de mujeres inmigrantes y no inmigrantes se establece con las pruebas t de Student o Wilcoxon cuando se trata de variables continuas, y con las pruebas exacta de Fischer o chi cuadrado ( $\chi^2$ ) cuando se trata de proporciones.

## RESULTADOS

### Procedencia

Durante el período de estudio parieron 1.352 mujeres de las que 203 (15,0%; IC 95%, 13,2-17,1) se identificaron como inmigrantes que procedían de países de escasos recursos. Se recogió información de 406 mujeres (35%) de las 1.149 que no proceden de países de escasos recursos: 403 mujeres españolas y 3 mujeres extranjeras procedentes de países de la Comunidad Europea. En la tabla 1 se

muestran los países y las áreas geográficas de procedencia de las mujeres inmigrantes: los tres países más frecuentes fueron Ecuador, Colombia y Marruecos. El 56% de las mujeres inmigrantes de países de escasos recursos económicos proceden de Centroamérica y Sudamérica.

### Control del embarazo y parto

El 92,1% (IC 95%, 87,3-95,3) de las mujeres inmigrantes y el 96,8% (IC 95%, 94,4-98,2) de las no inmigrantes se controlaron la gestación ( $p = 0,01$ ). Entre las que se controlaron el embarazo, la mediana del número de visitas fue 8 (IQ, 6-9) para las mujeres inmigrantes y 9 (rango, 8-10) para las no inmigrantes ( $p < 0,001$ ). Tuvieron seis o más visitas durante la gestación el 74% de las mujeres inmigrantes y el 90% de las no inmigrantes,  $p < 0,001$ . Las 203 mujeres inmigrantes tuvieron 208 niños y las 406 no inmigrantes tuvieron 419 ( $p = 0,62$ ).

TABLA 1. País y área de procedencia de las mujeres inmigrantes que alumbraron en el Hospital 12 de Octubre (n = 203)

	Porcentaje
<i>País de origen</i>	
Ecuador	19
Colombia	19
Marruecos	15
China	8
Perú	7
Rumania	4
Polonia	4
República Dominicana	4
Bolivia	4
Nigeria	4
Otros	12
<i>Área geográfica</i>	
Centro-Sudamérica	56
Norte de África	14
Europa (no Unión Europea)	14
Asia	9
África subsahariana	7

Otros: ningún país incluido en esta categoría supera el 3% del total.

TABLA 2. Recién nacido: Apgar y reanimación de los hijos de madre inmigrantes y españolas

	Hijos de madre inmigrante (n = 203) (%)	Hijos de madre no inmigrante (n = 406) (%)	p
Apgar 1 min $<$ 6	4	3,5	0,7
Apgar 5 min $<$ 6	0,5	0,25	0,6
Reanimación con ventilación (mascarilla, intubación)	9,4	7,9	0,5

TABLA 3. Parto prematuro, bajo peso, muy bajo peso según área geográfica de procedencia

	Porcentaje prematuridad (IC 95%)	Porcentaje bajo peso (IC 95%)	Porcentaje muy bajo peso (IC 95%)
No inmigrantes (n = 406)	10,6 (7,8-14,1)	9,4 (6,8-12,8)	1,7 (0,8-3,7)
Centro-Sudamérica (n = 56)	16,1 (10,1-24)	4,5 (1,7-10,7)	0,9 (0,05-5,6)
Norte de África (n = 14)	10,7 (2,8-29)	3,5 (0,2-19,6)	0 (-)
Europa (no Unión Europea) (n = 14)	8,7 (1,5-29)	8,7 (1,5-29)	4,4 (0,2-24)
Asia (n = 9)	16,7 (4,4-42)	10,5 (1,8-34)	5,3 (0,3-28)
África subsahariana (n = 7)	21,4 (5,7-51)	21,4 (5,7-51)	14,3 (2,5-44)

Prematuridad: parto con 37 o menos semanas de gestación; bajo peso: parto con al menos un niño con peso al nacimiento menor de 2.500 g; muy bajo peso: parto con al menos un niño con peso al nacimiento menor de 1.500 g; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

TABLA 4. Recién nacido: tipo de ingreso neonatal según área geográfica de procedencia

	Observación (IC 95%)	Intermedios/intensivos (%)	Ingreso total (IC 95%)
No inmigrantes	25,37	9,11	34,5 (29,9-39,4)
Centro-Sudamérica	36,28	8,85	45,1 (35,8-54,8)
Norte de África	24,14	6,90	31,0 (16,0-50,0)
Europa (no Unión Europea)	8,70	13,04	21,7 (8,3-44,2)
Asia	5,26	5,26	10,5 (1,8-34,6)
África subsahariana	28,57	7,14	35,7 (14,0-64,4)

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

### Recién nacido

Los datos referentes a la puntuación de la prueba de Apgar y al tipo de reanimación se resumen en la tabla 2. El 51% de los hijos de inmigrantes y el 49% de los hijos de no inmigrantes fueron mujeres ( $p = 0,60$ ). La edad gestacional media fue de 38 semanas (DE, 2,8) en los hijos de mujeres inmigrantes de países de escasos recursos económicos y de 39 (DE, 2,2) en los hijos de mujeres no inmigrantes ( $p = 0,62$ ). La frecuencia de prematuridad fue de 15% (IC 95%, 10,5-20,9) en los hijos de mujeres inmigrantes y de 10,6% (IC 95%, 7,8-14,1) en los hijos de los de no inmigrantes ( $p = 0,12$ ). El 6,4% de los hijos de mujeres inmigrantes y 9,4% de los de no inmigrantes fueron de bajo peso (peso menor de 2.500 g) ( $p = 0,21$ ); y de muy bajo peso (peso menor de 1.500 g), 2,5 y 1,7% respectivamente ( $p = 0,54$ ). En la tabla 3 se muestra la frecuencia de prematuridad, bajo peso y muy bajo peso según el área geográfica de procedencia; en todas las comparaciones, el valor de  $p$  fue  $> 0,05$ .

Con respecto a la necesidad de ingreso en la unidad neonatal, al considerar ingreso en cuidados intensivos, intermedios y observación, ingresaron el 36% de los hijos de inmigrantes y el 34,5% de los hijos de no inmigrantes ( $p = 0,71$ ). Cuando se considera sólo los ingresos en cuidados intensivos y cuidados intermedios, ingresaron 8,4% de los hijos de inmigrantes y 9,1% de los de mujeres no inmigrantes ( $p = 0,76$ ). En la tabla 4 se muestra la frecuencia de ingreso en cuidados intermedios e intensivos, según el área geográfica en todas las comparaciones, el valor de  $p$  fue  $> 0,05$ . Entre los ingresados, la mediana de la estancia

de los hijos de inmigrantes fue de 8 días (6-15) y la de los hijos de no inmigrante 8 días (4-15) ( $p = 0,5$ ). Las causas de ingreso de los recién nacidos hijos de madres inmigrantes, por orden de frecuencia, fueron: dificultad respiratoria, prematuridad y bajo peso, sospecha de infección; las causas de ingreso de los recién nacidos hijos de madres no inmigrantes fueron: prematuridad y bajo peso, sospecha de infección, dificultad respiratoria.

### Situación social

El 20% de las mujeres inmigrantes estaban solteras frente al 7% de las mujeres de la población de referencia ( $p < 0,001$ ). Las mujeres inmigrantes compartían su vivienda con otras familias en el 40% de los casos y las no inmigrantes en el 4,4% ( $p < 0,001$ ). El número medio de personas que viven en las casas de mujeres inmigrantes fue de  $4,8 \pm 2$  y en las no inmigrantes  $3,7 \pm 1$  ( $p < 0,001$ ).

El 39% de las mujeres inmigrantes trabajaban fuera de casa frente al 55% de las mujeres de la población de referencia ( $p < 0,001$ ). En el cuestionario se incluyó una pregunta en relación con la baja por maternidad. El 90,5% de las mujeres no inmigrantes que trabajaban fuera de casa esperaban poder disfrutar de la baja por maternidad; sin embargo, sólo el 62% de las mujeres inmigrantes iban a tener baja por maternidad ( $p < 0,001$ ). En la tabla 5 se muestra la frecuencia de apoyo de familiares y amigos que esperaban tener las mujeres tras el alta. Diecisiete mujeres inmigrantes (8,7%) incluidas en el estudio no tenían ningún tipo de apoyo y se encontraban to-

talmente solas. Sólo 3 mujeres no inmigrantes (0,7%) refirieron estar solas y sin ningún tipo de apoyo.

## DISCUSIÓN

Las mujeres inmigrantes procedentes de países de escasos recursos económicos incluidas en el presente estudio proceden mayoritariamente de Latinoamérica, trabajan fuera de casa y disfrutan de baja por maternidad, con menos frecuencia que las mujeres españolas, comparten la vivienda con otras familias con mucha frecuencia y tienen pocos apoyos tras el parto e incluso una proporción no despreciable se encuentran solas. Sin embargo, reciben un aceptable control prenatal y sus recién nacidos no tienen de forma global más problemas que los hijos de mujeres no inmigrantes. En el presente estudio no se han encontrado diferencias relevantes en el estado de salud de los recién nacidos de las mujeres inmigrantes procedentes de países de escasos recursos económicos frente a los recién nacidos de mujeres no inmigrantes.

De forma global, en algunos estudios<sup>7-16</sup>, se refiere una peor evolución y una frecuencia mayor de bajo peso en los hijos de mujeres inmigrantes. Sin embargo, cuando se analizan las poblaciones inmigrantes considerando los diferentes países de procedencia, se refieren resultados similares a los de la población nativa con poblaciones muy concretas de inmigrantes como son las mujeres latinoamericanas<sup>11-13,17,18</sup> y las japonesas<sup>10</sup>. Como ya se ha comentado más de la mitad de las mujeres incluidas en este estudio proceden de América Latina y quizá por ello la evolución de los recién nacidos haya sido tan favorable.

No se conocen totalmente las causas que justifican este resultado, a pesar de que se han realizado numerosos estudios, sobre todo en Estados Unidos donde repetidamente se ha valorado la evolución de los recién nacidos de mujeres mexicanas y en la mayoría de ellos se ha encontrado una baja proporción de morbilidad neonatal incluso cuando existe un peor control de la gestación<sup>11-13</sup>. Una de las explicaciones sugeridas es que en relación con los valores culturales de sus países de procedencia las mujeres inmigrantes tienen una baja frecuencia de prácticas de riesgo durante la gestación<sup>7,11,13</sup>. Sin embargo, cuando se valora, por ejemplo, el consumo de cigarrillos durante la gestación, la siguiente generación de mujeres ya adopta las costumbres del país al que emigran y en ocasiones esto lleva consigo un incremento en la morbilidad neonatal<sup>13</sup>. Con los hijos de mujeres japonesas sucede algo similar<sup>10</sup>.

Para explicar este fenómeno, repetidas veces confirmado, pero que contraviene la hipótesis de partida de la mayoría de los autores, se ha descrito "el efecto de la mujer inmigrante sana"<sup>7,10</sup>, según el cual la mujer que es capaz de emigrar a otro país, en general, va a ser una mujer especialmente sana y que se cree con suficientes fuerzas como para soportar todas las dificultades de

TABLA 5. Tipos de apoyo recibidos por las mujeres tras el parto

Apoyos	Mujeres inmigrantes (%)	Mujeres no inmigrantes (%)	Valor de p
Pareja	76	97	0,001
Padres	30	94	0,001
Hermanos	42	92	0,001
Amigos	43	89	0,001
Otros hijos	15	25	0,003

adaptación y el estrés que lleva consigo la emigración. Estas mujeres, supuestamente con muy buen estado de salud y con pocas prácticas de riesgo, tendrán pocos problemas en la gestación y sus recién nacidos estarán igual de sanos que los de las madres nativas, a pesar de que en general la mujer inmigrante tendrá pocos ingresos y su nivel educativo será bajo. Ambas circunstancias, nivel socioeconómico y cultural, se han identificado repetidamente como factores de riesgo para el nacimiento de niños con bajo peso y con más patología neonatal<sup>19,20</sup>. En nuestro estudio, al igual que en algunos de los referidos anteriormente, no se ha encontrado de forma global una frecuencia significativamente mayor de recién nacidos de bajo peso entre los hijos de inmigrantes, aunque hay una cierta tendencia a que la proporción de prematuridad y de muy bajo peso sea más alta en la población inmigrante, sobre todo en la población de mujeres procedentes del África subsahariana. Como se puede observar en las tablas 3 y 4, no se puede generalizar con respecto a la patología neonatal en relación con la inmigración porque hay grupos que obtienen mejores resultados que los hijos de mujeres no inmigrantes y sin embargo otros, como los ya mencionados, hijos de mujeres subsaharianas parecen presentar un incremento en la frecuencia de prematuridad, bajo peso y muy bajo peso. En España se ha valorado la salud de los inmigrantes en atención primaria<sup>21</sup> y en centros penitenciarios<sup>1</sup>. En estos estudios se ha puesto de manifiesto que cuando los inmigrantes llegan a España no constituyen grupos de riesgo específicos; sin embargo, las situaciones de pobreza y hacinamiento con las que se encuentran durante el proceso migratorio pueden contribuir a la presencia de determinadas enfermedades.

El sistema de salud español permite un fácil acceso a la atención médica de calidad a todas las mujeres inmigrantes durante la gestación<sup>22</sup> y quizás esto, como también se ha referido en trabajos realizados en Canadá<sup>7</sup>, justifica la buena evolución de los recién nacidos de las mujeres inmigrantes. Otros sistemas de salud no proporcionan con facilidad prestaciones sanitarias a la población inmigrante y una proporción relevante de mujeres inmigrantes no reciben un adecuado control prenatal<sup>23-25</sup>.

Finalmente consideramos que este estudio pone de manifiesto, una vez más, que las grandes diferencias entre la población inmigrante de la Comunidad de Madrid y las mujeres no inmigrantes son de orden social más que sanitario. Es muy llamativa la alta proporción de mujeres inmigrantes que no van a poder disfrutar de baja maternal, los pocos apoyos que van a tener tras el parto y la frecuencia con la que tienen que compartir la vivienda con otras familias; esto posiblemente sí que pueda influir de forma negativa en el cuidado del recién nacido y en la evolución a largo plazo y es quizás en este sentido hacia donde hay que dirigir el esfuerzo para intentar preservar el estado de salud de los niños nacidos de madres inmigrantes. Por otro lado, como muestra este estudio, la frecuencia de patología neonatal puede ser muy diferente dependiendo del área geográfica de procedencia de la mujer inmigrante, por tanto, sería deseable identificar los grupos de mayor riesgo para dirigir los recursos sociosanitarios de forma preferente a estas mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García J, Jansá JM, García de Olalla P, Barnés I, Caylá JA. Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro penitenciario de hombres de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:197-208.
2. Llacer A, Del Amo J, Castillo S, Melza MJ. Salud e inmigración; a propósito del sida. *Gac Sanit* 2001;15:197-9.
3. Meadows LM, Thurston WE, Melton C. Immigrant women's health. *Soc Sci Med* 2001;52:1451-8.
4. Jansá JM. Inmigración extranjera en el Estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:165-8.
5. Puyol R. La inmigración en España. ¿Un problema o una necesidad? Discurso del acto de toma de posesión como Académico de Número en Humanidades en la Real Academia de Doctores de España. Madrid: Ed. Real Academia de Doctores de España, 2001.
6. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria de los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001;15:320-6.
7. Doucet H, Baumgarten M, Infante-Rivard C. Risk of Low Birthweight and Prematurity Among Foreign-born Mothers. *Can J Public Health* 1992;83:192-5.
8. Stoltenberg C, Magnus P. Children with low birth weight and low gestational age in Oslo, Norway: Immigrations is not the cause of increasing proportions. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:588-93.
9. Hyman I, Dussault G. The effect of Acculturation on Low Birthweight in Immigrant Women. *Can J Public Health* 1996;87:158-62.
10. Alexander GR, Mor JM, Kogan MD, Lelend NL, Kieffer E. Pregnancy outcome of US-Born and Foreign-Born Japanese Americans. *Am J Public Health* 1996;86:820-4.
11. Jones ME, Bond ML. Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. *J Nurs Care Qual* 1999;14:56-62.
12. Cervantes A, Keith L, Wyshak G. Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: Replicating national evidence regarding Mexicans at the local level. *Matern Child Health* 1999;3:99-109.
13. Singh GK, Yu SM. Adverse Pregnancy Outcomes: Differences between US-and Foreign-Born Women in Major US Racial and Ethnic Groups. *Am J Public Health* 1996;86:837-43.
14. Rasmussen F, Oldenburg CEM, Ericson A, Gunnarskog J. Preterm birth and low birthweight among children of Swedish and immigrant women between 1978 and 1990. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 1995;9:441-54.
15. Enk A, Buitendijk SE, Pal KM, Enk WJJ, Schulpen TW. Perinatal death in ethnic minorities in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:735-9.
16. Essen B, Hanson B, Ostergren PO, Lindquist P, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:737-43.
17. Fuentes-Afflick E, Hessol NA, Pérez-Stable EJ. Maternal birthplace, ethnicity, and low birth weight in California. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:1105-12.
18. Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC, Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium. *Matern Child Health J* 1999;3:177-87.
19. Gudmundsson S, Bjorgvinsdottir L, Gunnarsson G, Marsal K. Socioeconomic status and perinatal outcome according to residence area in the city of Malmo. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:318-23.
20. Cheung YB, Yip PSF. Social patterns of birth weight in Hong Kong, 1984-1997. *Soc Scienc Med* 2001;52:1135-41.
21. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995;5:320-6.
22. Ley orgánica 4/2000 de 11 de Enero. *Boletín Oficial del Estado*, 12-1-2000.
23. Reichman NE, Kenney GM. Prenatal care, birth outcomes and newborn hospitalization costs: Patterns among Hispanics in New Jersey. *Fam Plann Perspect* 1998;30:182-7.
24. Lu MC, Lin YG, Prietto NM, Garite TJ. Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: A cost/benefit analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:233-9.
25. Norton SA, Kenney GM, Ellwood MR. Medicaid coverage of maternity care for aliens in California. *Fam Plann Perspect* 1996;28:108-12.