

Determinantes socioeconómicos en un colectivo de familias inmigrantes

T. Benítez Robredo^a, P. Llerena Achútegui^a, R. López Giménez^b, C. Brugera Moreno^a, L. Lasheras Lozano^c y Grupo de Trabajo del Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo

^aDepartamento de Prevención y Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Madrid.

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística), Facultad de Medicina.

Universidad Autónoma de Madrid. ^cServicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. España.

Introducción

En los últimos años ha habido un gran aumento de familias inmigrantes en España lo que supone un reto para la atención sanitaria y plantea nuevos problemas de salud.

Objetivos

Conocer los principales factores de riesgo social presentes en un colectivo de población inmigrante con el fin de establecer medidas de actuación que aseguren un adecuado desarrollo de los niños de esta población.

Métodos

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta a 179 mujeres extranjeras, madres de un niño menor de un año, atendidas en un programa sociosanitario.

Resultados

La mayoría de las mujeres provienen de América Latina (80%), el 11% de Marruecos y el resto de otros países. El 14,5% tiene estudios universitarios. Trabajan fundamentalmente en el servicio doméstico y sólo el 36% tiene documentación para residir en España, el 55% de las mujeres ha perdido su trabajo por causa del embarazo. La mayoría de las familias viven en pisos con una media de 2,3 personas por habitación, compartiendo la vivienda con otras personas, el 88%. El 25% de las mujeres tuvo su primer hijo antes de los 18 años. El embarazo no fue deseado en el 50% de los casos. El 71% de los partos fue eutócico, el 83% amamantó al niño. El 98% de los niños están bien vacunados y el 95% acude regularmente al pediatra.

Conclusiones

La población inmigrante se concentra en los estratos sociales más desfavorecidos. Es preciso establecer medi-

das que proporcionen atención sociosanitaria adecuada a esta población para favorecer un desarrollo correcto de sus hijos.

Palabras clave:

Inmigrantes. Niño. Desigualdades. Determinantes socioeconómicos. Familia. Riesgo social. Mujeres.

SOCIOECONOMIC DETERMINANTS IN IMMIGRANT FAMILIES

Introduction

In the last few years, the number of immigrant families in Spain has greatly increased, which has challenged healthcare services and posed new health problems.

Objectives

To determine the main social risk factors present in an immigrant population group in order to take active measures to ensure the appropriate development of children in this population.

Methods

A descriptive cross-sectional study consisting of interviews with 179 foreign women with children under 1 year of age attending a public healthcare program.

Results

Most of the women were from Latin America (80%), 11% were from Morocco, and the remaining women were from other countries. A total of 14.5% had university studies. In general, the women worked in domestic service and only 36% had the documents required to live in Spain. Fifty-five percent of the women had lost their jobs

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación N/REF: I + D 9/98, financiado por el Programa Sectorial de Estudios de las Mujeres y del Género, del III Plan Nacional I + D del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.

Correspondencia: Dra. T. Benítez Robredo.
Pl. de la Cancillería, 7. 28008 Madrid. España.
Correo electrónico: ninoyescolar@munimadrid.es

Recibido en julio de 2003.

Aceptado para su publicación en octubre de 2003.

because of their pregnancy. Most of the families lived in apartments with an average of 2.3 people per room, and 88% shared their residence with other people. Twenty-five percent of the women had their first child before the age of 18 years. Pregnancy was unwanted in 50% of the women. Seventy-one percent of deliveries were normal, and 83% of the women breast-fed their children. Ninety-eight percent of the children were correctly vaccinated and 95% visited a pediatrician regularly.

Conclusions

The immigrant population is concentrated in the most disadvantaged social strata. Measures that provide adequate social support and healthcare to this population should be established to encourage the appropriate development of their children

Key words:

Immigrant. Child. Inequalities. Socioeconomic determinants. Family. Risk factors. Women.

INTRODUCCIÓN

Una de las características históricas del último tercio del siglo xx y comienzos del xxi, es la existencia de grandes desplazamientos de población entre distintos países, desplazamientos originados en ocasiones por catástrofes naturales (inundaciones, sequías) o provocadas por el hombre (guerras), y en otras ocasiones por las grandes diferencias socioeconómicas entre países en vías de desarrollo y países desarrollados.

La Unión Europea, y España como perteneciente a ella, constituye un foco de atracción para personas de otros países. En España, entre 1998 y 2000 se han ganado 1,2 millones de residentes debido sobre todo a la inmigración. Sólo en 2000 se han registrado 617.000 habitantes más, el mayor aumento en tres décadas¹. Este aumento de población inmigrante ha venido a compensar parcialmente el progresivo envejecimiento de la población española². Según los datos difundidos por la División de Población de Naciones Unidas, nuestro país deberá acoger a 12 millones de nuevos inmigrantes de aquí al año 2050 para mantener el volumen actual de trabajo y garantizar el estado de bienestar³.

Madrid es lugar de destino para muchos inmigrantes que llegan a España con la intención de obtener trabajo⁴. Muchos tienen hijos aquí; no olvidemos que la tasa de natalidad en la población inmigrante es casi el doble de la española¹, y los crían y educan en unas condiciones socioeconómicas precarias, con grandes problemas laborales, de vivienda, culturales, sanitarios, etc. El Ayuntamiento de Madrid, a través de las áreas de servicios sociales y de salud, presta atención a esta población. En concreto, con el programa de "Atención a niños en situación social de riesgo"⁵, se trata de proporcionar apoyos a familias que viven en condiciones de desigualdad social para favorecer su desarrollo e integración en nuestra so-

cialidad; muchas de estas familias pertenecen al colectivo de personas inmigrantes.

En los últimos años abundan en la literatura médica numerosos artículos referentes a los problemas de salud que plantea la población inmigrante⁶⁻⁸. La mayoría se centra en enfermedades importadas, nuevas enfermedades emergentes, necesidad de actualizar calendarios de vacunación, etc.⁷⁻⁹. Sin embargo, en nuestra experiencia y en la de otros autores¹⁰⁻¹³ los principales problemas de salud que presentan los inmigrantes están más relacionados con las condiciones socioeconómicas en las que viven.

El objetivo de este estudio es conocer los principales factores de riesgo social presentes en la población inmigrante atendida en un programa sociosanitario para poder proponer medidas de actuación que aseguren un desarrollo adecuado de los niños pertenecientes a este colectivo.

POBLACIÓN Y MÉTODO

Los datos se han extraído de una muestra de las familias atendidas en el programa de "Atención al niño en situación social de riesgo" del Ayuntamiento de Madrid⁵. Para el diseño de la muestra se tomó como referencia el número de historias abiertas en los centros municipales de salud a partir de los registros del programa, realizándose un muestreo estratificado por distrito y centro municipal de salud, de modo que la muestra fuera representativa del municipio de Madrid.

Respecto al tamaño muestral, la dificultad de la recogida de la información hacía plantearse una muestra que no fuese demasiado grande, pero que garantizara una buena estimación de los porcentajes analizados en el estudio. Asumiendo intervalos de confianza del 95%, considerando la desproporción más desfavorable ($p = [1-p] = 0,5$) y admitiendo un error de estimación máximo del 7%, el tamaño muestral requerido era de 204 familias. Dada la posible pérdida de información por cuestionarios invalidados por respuestas incongruentes, se sobredimensionó este tamaño en un 15%, haciéndose la asignación a los estratos por un total de 240 familias. Con el fin de estudiar los aspectos relacionados con el embarazo y la crianza, se consideró criterio de inclusión el tener un hijo menor de un año nacido en España.

Para recoger la información sociosanitaria se diseñó un cuestionario que se validó mediante un ensayo piloto antes de su utilización definitiva. El cuestionario se cumplimentó mediante una entrevista personal a las madres. La fase de recogida de datos se realizó durante los meses de octubre de 1999 a marzo de 2000.

El cuestionario recoge aspectos sociosanitarios sobre la madre, su pareja, el embarazo, el parto y la crianza, así como antecedentes familiares de las madres. A continuación se describen las principales variables estudiadas:

1. *País de origen de la madre, el padre y el/los hijo/s.* Entendido como lugar de nacimiento. Se ha preferido a la nacionalidad pues indica con más certeza el origen extranjero o no de la familia.

2. *Nivel de estudios.* Se definió en cuatro categorías^{14,15}: *no sabe leer ni escribir, primarios, secundarios, universitarios* y se registró el de la madre y del padre cuando fue posible.

3. *Situación laboral.* (Trabajo fijo, trabajo temporal, en paro habiendo trabajado antes, en paro buscando primer empleo, otra: estudiante, pensionista, etc.)

4. *Tipo de trabajo de la madre.* (Servicio doméstico, limpieza, hostelería, bares nocturnos, otros.)

5. *Situación legal en España.* (Sin documentación legal, con documentación.) Entendida como permiso de trabajo y/o de residencia.

Las variables anteriormente mencionadas configuran mejor la situación socioeconómica que la clase social, puesto que el estudio no se ha realizado en población general, sino en un colectivo socialmente desfavorecido^{16,17}.

6. *Existencia de problemas con la justicia.* (Detención, prisión o causa pendiente), del padre o de la madre^{18,19}.

7. *Vivienda.* En lo relativo a vivienda, además del índice de hacinamiento (definido como número de personas por habitación)^{17,19}, se incluye también el tipo de vivienda (piso, pensión, chabola, residencia o piso de acogida) y la relación existente entre los convivientes (familia nuclear, familia extensa, convivencia con extraños).

8. Se ha preferido utilizar la existencia o no de pareja estable y la convivencia o no con ella, al estado civil, a pesar de que esto hace más difícil la comparación con otros trabajos^{20,21}, pero se adapta mejor a las características del grupo estudiado.

Como factores de riesgo se han incluido los que se utilizan en el programa de "Atención al niño en situación social de riesgo" del Ayuntamiento de Madrid⁵: inmigración, padres adolescentes, madre sola, prostitución, mendicidad, toxicomanía y/o alcoholismo, antecedentes de maltrato, problemas graves de salud mental, muy escasos recursos económicos y carencia de apoyo social. Se ha consignado que existe el factor cuando el equipo del programa lo ha considerado para incluir el caso en el mismo; por tanto, la existencia de un factor no siempre determina que se considere como factor de riesgo.

Por último, además de los datos relativos a embarazo, parto, lactancia, número de hijos, etc., se recogen datos sobre las medidas de apoyo utilizadas en cada caso (salario social, beca de escuela infantil, ayuda de alimentación, etc.).

Para el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 10.0®, calculándose la me-

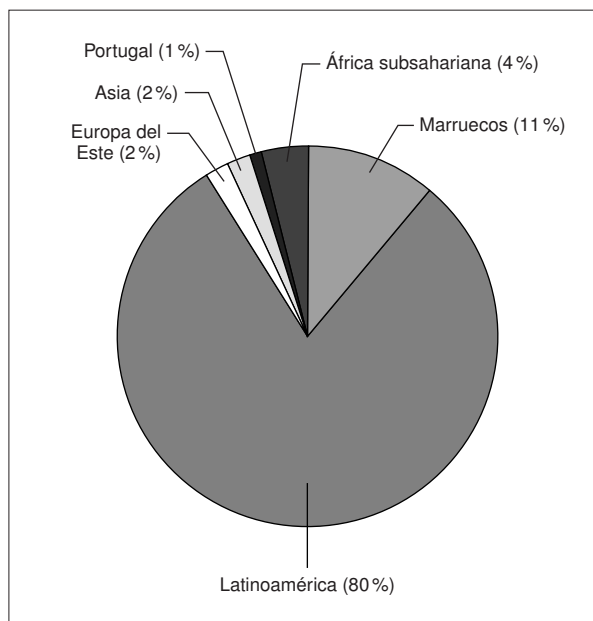


Figura 1. Porcentaje de madres en función del país de origen.

dia, rango y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y, las frecuencias absolutas y porcentajes, para las cualitativas.

En el presente trabajo se describen los resultados obtenidos, para las variables mencionadas, en una parte de la muestra: la correspondiente a las 179 familias de origen extranjero que participaron en el estudio (75% de la muestra). Las 61 familias restantes no se incluyen en este trabajo porque las madres eran españolas.

RESULTADOS

Se describen los resultados correspondientes a 179 familias de origen extranjero, todas tenían un hijo menor de un año nacido en España.

En la figura 1 se puede ver la distribución de la población del estudio según el lugar de nacimiento de la madre. De los países latinoamericanos el más frecuente fue Ecuador, que constituye el 35% del total de los casos, seguido de República Dominicana, Perú y Colombia.

En lo relativo al nivel de estudios los resultados se muestran en la figura 2.

Con respecto a los aspectos laborales, en la figura 3 se muestra la situación laboral de los padres. En cuanto al tipo de trabajo que realizaban las madres, el 79% trabajaba en el servicio doméstico, el 17% en hostelería o limpieza, el 1% en bares nocturnos y el 3% en otros trabajos. El 55% de las mujeres refirió haber perdido su trabajo por causa del embarazo.

El 32% de los padres y el 36% de las madres tenía documentación para residir en España; el resto la había solicitado o estaba en trámite de renovación o "no tenía papeles". El 12% de los padres había sido detenido algu-

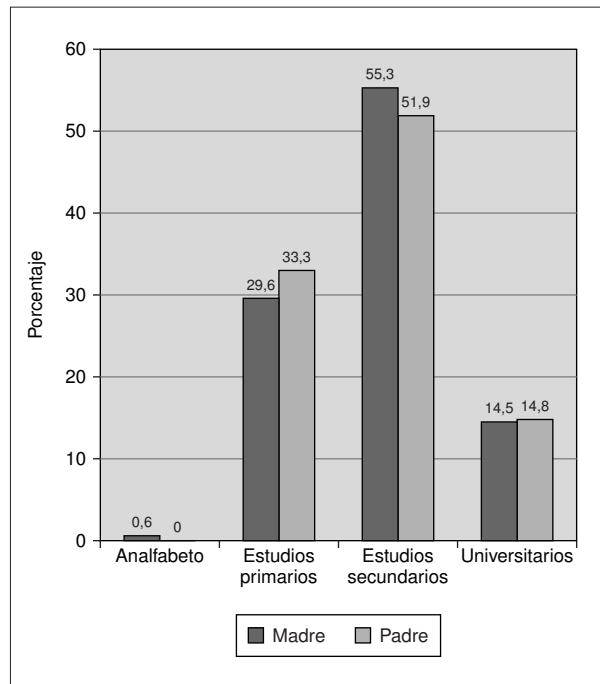


Figura 2. Nivel de estudios de las madres y los padres.

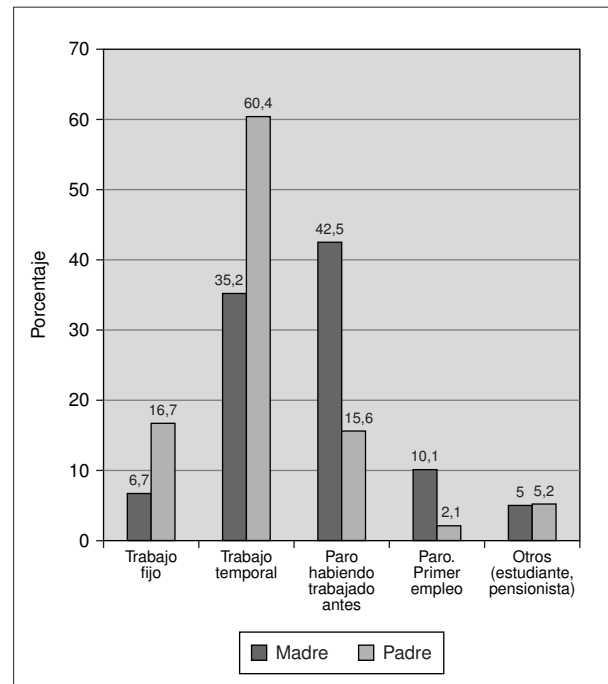


Figura 3. Situación laboral de los padres.

na vez y un 8% estaba en prisión o lo había estado con anterioridad, mientras que sólo el 2% de las madres había sido detenida alguna vez.

En cuanto al tipo de vivienda, la mayoría (93%) de las familias vivían en pisos, el resto en pensiones (4%), residencias o pisos de acogida (2%) o chabolas (1%). Asimismo, la mayoría, el 88% de las familias, compartían la vivienda con otras personas, llegando a convivir hasta 20 personas en la misma casa, con una media de personas por vivienda de 6,46 (límites, 2-20; $\sigma = 2,96$). Se ha calculado el índice de hacinamiento, definido como número de personas por habitación utilizada como dormitorio, obteniendo un valor medio de 2,3 (límites, 0,6-7; $\sigma = 0,82$). Entre las familias ($n = 152$) que compartían la vivienda con otras personas, sólo el 37% lo hacía con familiares, el resto era con personas no emparentadas. El 85% de las mujeres refirió haber cambiado de vivienda al menos una vez desde que estaba en España, con una media de 2,36 cambios (límites, 0-10; $\sigma = 1,66$).

TABLA 1. Prestaciones sociales

Prestación	Solicitada (n.º de casos)	Concedida (n.º de casos)	Concedida/solicitada (%)
Escuela infantil	87	32	36,8
Salario social	15	5	33,3
Información, asesoramiento	63	49	77,8
Otras*	102	75	73,5

*Alimentación, atención sanitaria.

El 44% de las madres no tenía pareja en el momento de realizarse la encuesta. De las mujeres que afirmaron tener pareja el 23% no convivían con ella o lo hacían de forma discontinua.

Con respecto al número de hijos, el 59% de las madres tenía un solo hijo, el 26% dos, y el resto (15%), tres o más. La edad media de la madre al tener el primer hijo fue de 22,6 años con un rango que iba de 12 a 38 años y una $\sigma = 5,43$. La cuarta parte de las madres tuvo el primer hijo antes de los 18 años. La mitad de las madres afirmó que no deseaba el embarazo, y sólo el 66% acudió a consulta durante el primer trimestre.

El parto fue eutócico en el 71% de los casos y el 83% de las madres dio de mamar al hijo. Los niños estaban bien vacunados en el 98% de los casos y el 95% acudía a los controles periódicos de salud.

La mayoría de las madres había acudido a los servicios sociales para solicitar ayudas. En la tabla 1 se muestran las prestaciones solicitadas y concedidas. Las razones para denegar la ayuda solicitada fue el no cumplir los requisitos (40%), la solicitud de recursos ajenos a la institución (29%) u otras causas (31%).

En la figura 4 se muestran los factores de riesgo considerados para incluir a las familias en el programa, según la valoración de los profesionales de los equipos. En general, no hay un solo factor de riesgo, sino varios que interactúan configurando una situación de riesgo específica.

La media de factores de riesgo considerados fue de 2,8, con unos límites de 1 a 6 y una DE de 1,1. El 67% de las familias tenía tres o más factores de riesgo, los factores

que se asociaron con más frecuencia fueron los de familia monoparental (madre sola), inmigración, muy escasos recursos económicos y falta de apoyo social.

DISCUSIÓN

El fenómeno de la inmigración es relativamente nuevo en España. Las grandes ciudades como Madrid o Barcelona son los destinos prioritarios para establecerse, aunque a medida que se van integrando en el nuevo medio van dispersándose y accediendo a otras zonas⁴.

Varios estudios muestran que la ciudad de Madrid es uno de los principales focos de atracción para la población inmigrante^{2,4,7}. Se estima que en esta ciudad hay alrededor de un 6,6% de población extranjera²²; de ella, más de la mitad corresponde a inmigración económica. En nuestro estudio, realizado sobre población de riesgo social, los inmigrantes constituyen el 75% del total, lo que indica que esta población no se distribuye de manera homogénea, sino que se concentra en los estratos sociales menos favorecidos.

Está sobradamente demostrada la poderosa influencia que las circunstancias socioeconómicas ejercen sobre la morbilidad y la mortalidad^{20,21,23,24}. El nivel de estudios, el estado civil, el número de miembros del hogar, la presencia o ausencia de fuentes de apoyo social^{20,23,25,26} condicionan diferencias muy importantes en el nivel de salud.

Si se comparan los datos de este estudio con los generales de la ciudad de Madrid, se observan grandes diferencias. Así, en lo que respecta a la situación familiar, en nuestro estudio el 44% de las madres no tiene pareja, y de las que tienen pareja (56%), el 23% no convive con ella, mientras que en la población general sólo hay un 13,4% de hogares monoparentales (de madre sola con hijos/as)^{22,27}.

En cuanto a la situación laboral, se comprueban unas condiciones de trabajo muy precarias, pues menos de la mitad tiene documentación que le permita residir y/o trabajar en España, teniendo el resto que trabajar en la economía sumergida. Las mujeres principalmente trabajan en el servicio doméstico y en la mayoría de los casos pierden el trabajo al quedar embarazadas.

Estas condiciones son muy diferentes de las que tienen las mujeres de su misma edad en España, a pesar de que el nivel de estudios es comparativamente superior al de la población española. En la población inmigrante estudiada se ha encontrado una tasa de analfabetismo del 0,6% mientras que en el municipio de Madrid la tasa es del 2,5. En el estudio, el porcentaje de personas con estudios universitarios es del 14,6% (14,5% las madres y 14,8% los padres) frente al 10,7% de la población general^{22,27}.

La edad media de estas madres al tener el primer hijo es muy inferior a la de la población general (22,6 frente a 30,2)²² y, además, a la pregunta de si el último embarazo fue deseado o no, más de la mitad de las madres con-

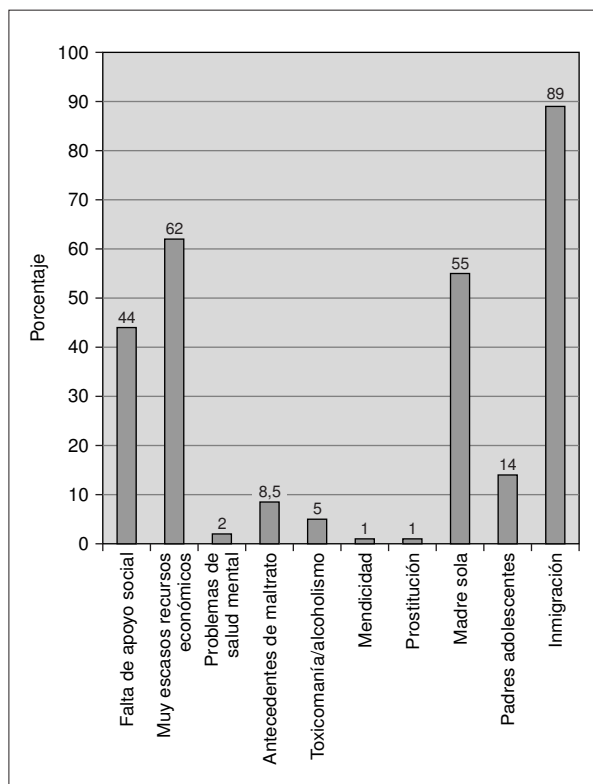


Figura 4. Factores de riesgo.

testa que no lo fue. Cabe preguntarse aquí por qué estas mujeres tienen un hijo; probablemente haya más de una razón: para paliar su soledad y echar raíces en el nuevo país, porque con el hijo esperan conseguir más ayudas sociales o mejorar su situación legal, porque no han podido acceder a los servicios de planificación familiar, etc. En la experiencia de los profesionales que trabajan en el programa, la necesidad de crear vínculos afectivos y sentir un mayor arraigo en el país de acogida, junto con la escasa utilización de los servicios de planificación familiar son, quizá, las razones más importantes, aunque es preciso desarrollar nuevas investigaciones que profundicen en estos aspectos, para llegar a conocer y comprender mejor esta situación.

Las condiciones de vivienda también son muy precarias y mucho peores a las que tienen las familias madrileñas, en particular en lo que respecta al hacinamiento. La población del estudio, a pesar de haber una mayoría de madres solas con hijos, presenta una media de 6,5 personas por vivienda cuando la media en la ciudad de Madrid es de 2,9²². La vivienda es probablemente uno de los mayores problemas que presenta este colectivo: la situación de hacinamiento, la convivencia con extraños y la carencia de unas mínimas condiciones higiénicas, pues no sólo se comparten los servicios comunes, cocina y baño, sino también en muchos casos hasta la cama, utilizando un mismo lecho, por turnos, por varias personas², con el

consiguiente riesgo de producción de conflictos y violencia, así como para la salud física y mental.

Si a todo lo anterior se añade la falta de apoyo social que padecen estas mujeres, entendido como redes familiares y vecinales; así como el desarraigo y las diferencias culturales y, en muchos casos, de lenguaje; se comprende que tienen muchos factores en contra para desarrollar una adecuada crianza de los hijos y que estos niños viven en unas condiciones muy adversas que pueden condicionar de manera negativa su evolución¹⁸.

Actualmente en nuestro país todos los menores de 18 años tienen reconocido por ley el derecho a la atención sanitaria a través del Sistema Público de Salud²⁸, con independencia de su situación legal; a pesar de ello, muchos estudios demuestran que hay diferencias en cuanto a la accesibilidad a los servicios sanitarios y a los programas preventivos en función de las diferencias socioeconómicas^{6,14,15,23,29,30}. Diversos trabajos muestran la eficacia de poner en marcha intervenciones específicas dirigidas a mejorar estas situaciones, promoviendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo^{5,18,25}.

El estudio sobre desigualdades ha avanzado de manera considerable en los últimos años en los países desarrollados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su vigilancia en todos los países³¹. Como se ha asumido en Suecia y Holanda^{25,32-34} y, también se propone para España²³, si se quiere alcanzar el máximo beneficio de salud para toda la población se debe realizar una mayor inversión en los grupos socioeconómicos que viven en peores condiciones^{23,25,31,32,35,36}.

Los servicios sociosanitarios pueden desempeñar un importante papel proporcionando medidas de apoyo a estas familias. La psicología evolutiva nos ha enseñado la importancia que tiene para el desarrollo emocional, e incluso físico del niño, el pasar sus primeros meses en un entorno estable, con figuras de apego asimismo estables³⁷. El pediatra, junto con el resto de profesionales que participan en el cuidado del niño, ocupa un lugar privilegiado para detectar situaciones de riesgo, contener la angustia familiar, en particular la de la madre, estimular de manera positiva la maternidad en estas mujeres, denunciar situaciones de desigualdad y promover medidas específicas que aseguren un adecuado desarrollo de estos niños.

Como se ha podido constatar en este estudio, a pesar de las grandes dificultades que encuentran estas mujeres para afrontar la maternidad, demuestran ser capaces de proporcionar a sus hijos cuidados adecuados: lactancia materna, vacunaciones, exámenes de salud. Sin embargo, cabe preguntarse cuánto tiempo podrán estas madres mantener esta situación sin apoyos externos.

En conclusión, las desigualdades se acrecientan en la población inmigrante. Es preciso establecer programas específicos, con un abordaje sociosanitario, para disminuir estas desigualdades y favorecer el desarrollo adecua-

do de ese sector de la población. La vivienda y las medidas que favorezcan la integración laboral de las madres son probablemente las áreas de intervención prioritaria.

Grupo de Trabajo del Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo

Marta Antón Gonzalo^a, Ana M.^a Arellano Alañón^c, Alfonso Arribas de la Vieja^b, Irene Azcona Olivera^a, Carmen Bárcenas Gutiérrez^a, M.^a Luisa Barrio Pérez^a, M.^a Teresa Benítez Robredo^a, Concepción Brugera Moreno^a, Luz Carmelo Martínez^b, Esteban Carrasco Álvarez^d, Gloria Castro Castro^b, Carmen Cernuda Menéndez^f, M.^a José Ciudad Aparicio^c, Rosario Díaz Álvarez^c, Mercedes Jaén Jiménez^c, Pilar Fanjul García^b, Raquel de Frutos^c, Inés Galán Sierra^a, Rosa García Neveo^e, Valentina García Palancar^c, Adoración Gómez Guadalajara^c, Victoria Guitart de la Torre^c, Isabel Junco Torres^a, Almudena Languín Rocha^c, Luisa Lasheras Lozano^b, Pilar Llerena Achútegui^a, M.^a Rosario López Giménez^g, M.^a Luisa Martínez Pérez^b, Esther Mora Rodríguez^b, Cristina Mucientes Rufo^a, Paloma Mucientes Rufo^a, M.^a José Núñez Ortega^b, Teresa Pérez Álvarez^a, José Puig de la Bellacasa Alberola^a, Yolanda Quintero Rodríguez^b, Mercedes Sánchez Díaz, ^b Antonio Santacruz Belmonte^c, Ana Sanz Alférez^b, Pilar Sardina Sánchez^c y Esther Villalonga Martínez^c.

(^aPediatra, ^bEnfermera, ^cTrabajador Social, ^dPsicólogo, ^eGinecóloga, ^fSocióloga, ^gMatemática, ^hTécnica Superior de Salud Pública.)

BIBLIOGRAFÍA

1. Editorial. Gracias por venir. El País, 10 de enero de 2002.
2. Foro para la inmigración de la Comunidad de Madrid, Comisión de Bienestar Social. Inmigración, alojamiento y vivienda en la Comunidad de Madrid: situación y alternativas. Trabajo Social Hoy 2002;37:71-86.
3. Inmigración y demografía (editorial). JANO 2000;1330:9.
4. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Extranjeros en Madrid capital y en la Comunidad. Informe 2001. Disponible en: <http://www.comadrid.es/iestadis/infdoc00.htm>.
5. Benítez MT, Languín A, Sánchez M. Programa de atención al niño en situación social de riesgo. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
6. Committee on Community Health Services. Asistencia sanitaria para niños de familias inmigrantes. Pediatrics (ed. esp.) 1997; 44:66-9.
7. Real Rodríguez JL, Cortés Rico O, Montón Álvarez JL. Demografía de la población inmigrante en España. Disponible en: <http://www.aepap.org/inmigrante/demografia.htm>.
8. Vall Combelles O, García Algar O. Atención al Niño Inmigrante. Bol Pediatr 2001;41:325-31.
9. López-Vélez R. Enfermedades infecciosas tropicales en el niño inmigrante. Rev Esp Pediatr 1998;64:149-61.
10. Jauma Pou RM, Viñamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. Atención Primaria 1994;13:283-9.
11. Bona G, Zaffaroni M, Cataldo F, Sandri F, Salvioli GP. Infants of immigrant parents in Italy. A national multicentre case control study. Panminerva Med 2001;43:155-9.
12. González M, Sanz B, Schumacher R, Torres AM. Una aproximación a la identificación de la situación sociosanitaria de la

- población inmigrante del Área 6 de la Comunidad de Madrid. OFRIM 1997;(Supl 1):73-93.
13. Cañada Millán JL, Coll Verd J, Díaz Olalla M, Hernández González E, Martínez Pastor A, Ochoa Prieto J, et al. La atención al inmigrante del aluvión a la solución razonable. Documento de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <http://www.aeapap.org>.
 14. Regidor E, De Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Med Clin (Barc)* 1996;107:285-8.
 15. Katz SJ, Hofer TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage. Breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. *JAMA* 1994;272:530-34.
 16. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:13-22.
 17. Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *J. Epidemiol H* 1999;53:423-31.
 18. Roberts H. Socioeconomic determinants of health, Children, inequalities, and health. *BMJ* 1997;314:1122-5.
 19. Díaz de Quijano E, Brugal T, Pasarín I, Galdós-Tangüis H, Caylà J, Borrell C. Influencia de las desigualdades sociales, la conflictividad social y la pobreza extrema sobre la morbilidad por tuberculosis en la ciudad de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:517-28.
 20. Regidor E, Calle ME, Domínguez V, Navarro P. Mortalidad según características sociales y económicas: Estudio de Mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Med Clin (Barc)* 2001;116:726-31.
 21. Tresserras R. Lo sencillo también puede ser importante (editorial). *Med Clin (Barc)* 2001;116:734-5.
 22. Ayuntamiento de Madrid, Área de Promoción de la Igualdad y Empleo. Datos y cifras de la Mujer en Madrid. Madrid: EDIS, 2001.
 23. Regidor E. Investigación y acción sobre las desigualdades en salud. *Med Clin (Barc)* 1997;108:784-90.
 24. Ben-Shlomo Y, Smith GD. Deprivation in infancy or in adult life: which is more important for mortality risk? *Lancet* 1991;337:530-4.
 25. Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ* 1994;309:1487-91.
 26. Brunner E. Socioeconomic determinants of health: Stress and the biology of inequality. *BMJ* 1997; 314(7092):1472.htm.
 27. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Anuario Estadístico de la Comunidad de Madrid 1985-2003. Disponible en: <http://www.comadrid.es/iestadis/ianu 8503.htm>.
 28. Ley 1/1996 de 15 de enero, De Protección Jurídica del Menor. BOE n.º 1767:19-44.
 29. Wilkinson RG. Inequalities and health (carta). *Lancet* 1994;343:538.
 30. Gardner S. Inequalities and health (carta). *Lancet* 1994;343:537.
 31. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bull World Health Organization* 2000;78:3-18.
 32. Gunning-Schepers IJ. How to put equity in health on the political agenda. *Health Promotion* 1989;4:149-50.
 33. Mackenbach JP, Van de Mheen H, Stronks K. A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1994;38:299-308.
 34. Berg L, Diderichsen F. Some examples of inequity in health in Sweden. *Health Promotion* 1989; 4:151-3.
 35. Tobias M, Jackson J. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97. *Aust NZJ Public Health* 2001;25:12-20.
 36. Escamilla-Mondanaro J. Women: pregnancy, children and addiction. *J Psychedelic Drugs* 1977; 9:59-67.
 37. Bettelheim B. No hay padres perfectos. Barcelona: Crítica, 2000.