

# Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España)

G. Oliván Gonzalvo

Servicios de Pediatría y Adolescencia. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

## Objetivos

Determinar la prevalencia de menores extranjeros en centros de protección, sus características demográficas, motivos de ingreso y relación con área geográfica, factores de riesgo sociales, familiares y sanitarios y necesidades sanitarias prioritarias.

## Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo transversal durante 11 años (1992-2002). Se revisaron los expedientes sanitarios y sociofamiliares de 1.619 menores que ingresaron en centros de protección y se incluyeron aquellos procedentes de un país extranjero. Recopilación de información, definición de conceptos y evaluación sanitaria protocolizada.

## Resultados

Durante el período de estudio ingresaron 241 menores extranjeros (varones, 66,4%) con una edad media de 11 (3,2) años (adolescentes, 64,7%; lactantes-preescolares, 26,1%). La prevalencia fue 4,6 veces superior a la esperada. Procedencia: África, 68,9% (Magreb, 56,4%; subsahariana, 12,5%); Europa, 23,6% (oeste, 14,5%; este, 9,1%); América Latina, 5,4%; Asia, 2,1%. Motivos de ingreso, demografía y relación con área geográfica: *a*) situación de inmigrante ilegal desamparado, 41,1% (todos varones adolescentes, 98% del África magrebí); *b*) malos tratos, 33,2% (relación maltrato pasivo:activo de 2,3:1, no diferencia por sexo, moda edad 2 años; Asia, 80%; Europa, 61,5%; relación oeste:este, 4,8:1; etnia gitana de Portugal y Rumania, 90,3%; América Latina, 38,4%; África, 21,7%; no diferencia por área geográfica); *c*) incapacidad temporal para su cuidado, 18,7% (relación mujer:varón de 1,8:1; moda edad, 1 año; América Latina, 38,4%; África, 18,1%; Europa, 17,5%); *d*) otras causas, 7%. Factores de riesgo: al menos uno (78,4%) y más de uno (33,6%); principalmente problemas de vivienda y familia monoparental. Trastornos de salud: al menos uno (65,1%); enfermedad discapacitan-

te (2,1%); principales problemas: dentales (36,3%), de inmunización (27,6%), dermatológicos (19,1%), de crecimiento y nutrición (13,7%) e infectoparasitarios (13,3%).

## Conclusiones

El hecho de ser menor inmigrante en un país extranjero con problemas de regularización, vivienda o reagrupación familiar, y especialmente si existen barreras idiomáticas, culturales o raciales por pertenecer a minorías étnicas, es un factor de riesgo de primera magnitud para encontrarse en una situación de vulnerabilidad, riesgo o desamparo que precise medidas de protección social. Es necesario un seguimiento continuado por los servicios sociales de la comunidad de acogida para prevenir y detectar precozmente situaciones de desprotección.

## Palabras clave:

*Inmigración. Prevalencia. Demografía. Grupos étnicos. Maltrato infantil. Problemas sociales. Factores de riesgo. Estado de salud. Cuidado residencial. Bienestar infantil.*

## FOREIGN MINORS IN THE PROTECTION SYSTEM OF THE AUTONOMOUS COMMUNITY OF ARAGÓN (SPAIN)

### Objectives

To determine the prevalence of foreign minors in protection centers, their demographic characteristics, and reasons for entry, as well as the relation with geographic area, family, social and health risk factors, and high-priority health needs.

### Patients and methods

We performed a retrospective cross-sectional study over an 11-year period (1992-2002). The health and socio-familial reports of 1,619 minors who were admitted to protection centers were reviewed and those from a foreign

**Correspondencia:** Dr. G. Oliván Gonzalvo.  
Servicios de Pediatría y Adolescencia.  
Avda. de las Torres, 93, 1.º F. 50007 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: g.olivan@comz.org

Recibido en noviembre de 2002.  
Aceptado para su publicación en agosto de 2003.

country were included. Compilation of information, definition of concepts, and health assessments were performed according to standard protocols.

## Results

Two hundred forty-one foreign minors (males 66.4%) with a mean age (SD) of 11 (3.2) years (adolescents 64.7%, infants-preschoolers 26.1%) were admitted during the study period. The prevalence was 4.6 times higher than that expected. Origin: Africa 68.9% (Maghreb 56.4%, sub-Saharan 12.5%), Europe 23.6% (west 14.5%, east 9.1%), Latin-America 5.4%, and Asia 2.1%. Reasons for entry, demography and relation with geographic area were as follows: 1. Being an abandoned illegal immigrant 41.1% (all male adolescents, 98% from the Maghreb); 2. Maltreatment 33.2% (passive maltreatment-to-active ratio 2.3:1, no difference by sex, age mode 2 years; Asia 80%; Europe 61.5%, west-to-east ratio 4.8:1, gypsy ethnicity from Portugal and Rumania 90.3%; Latin-America 38.4%; Africa 21.7%, no difference by geographic area); 3. Temporary incapacity for their care 18.7% (female-to-male ratio 1.8:1, age mode 1 year; Latin-America 38.4%, Africa 18.1%, Europe 17.5%); 4. Other causes 7%. Risk factors: at least one (78.4%) and more than one (33.6%); housing problems and especially living in a single parent family. Health disorders: at least one (65.1%); disabling disease (2.1%); main problems: dental (36.3%), immunization (27.6%), dermatologic (19.1%), growth and nutrition (13.7%), and infectious and parasitic diseases (13.3%).

## Conclusions

Being a minor immigrant in a foreign country with problems of documentation, housing or family regrouping and especially if there are language, cultural or racial (ethnic minorities) barriers is a major risk factor for living in a situation of vulnerability, risk or neglect/abandonment that requires social protection measures. Continuous follow-up by the social services of the adoptive community is required for the prevention and early detection of children in need of protection.

## Key words:

*Immigration. Prevalence. Demography. Ethnic groups. Child maltreatment. Social problems. Risk factors. Health status. Residential care. Child welfare.*

## INTRODUCCIÓN

Sabemos que los menores extranjeros, ya sean inmigrantes legales o ilegales, refugiados o adoptados internacionalmente, constituyen una población de alto riesgo que precisa de servicios sanitarios, educativos y sociales con una mayor frecuencia que el resto de la población normal infantojuvenil del país de acogida<sup>1-4</sup>.

Los servicios sanitarios los necesitan por padecer una alta incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias importadas, de retorno y/o de adquisición, enfermedades de la indigencia y/o carenciales, enfermedades por ausencia de un diagnóstico precoz, enfermedades secundarias a la ausencia de una medicina preventiva previa y patologías de adaptación<sup>5-12</sup>.

Los servicios educativos los requieren por manifestar dificultades de comunicación de origen idiomático, dificultades de integración en el contexto escolar, problemas de adaptación y de aprendizaje escolar, situaciones de absentismo o de abandono escolar y creencias o barreras culturales, religiosas, sanitarias y/o dietéticas<sup>13-16</sup>.

Los servicios sociales los precisan por presentar un desconocimiento de los recursos disponibles de toda índole en la comunidad, por problemas juridicocolegales, administrativos, económicos, laborales, escolares, de vivienda, raciales y de marginación, y por situaciones de vulnerabilidad, riesgo o desamparo que requieren medidas de protección<sup>11,12,16-18</sup>.

El ámbito de los servicios sociales y los menores extranjeros es el menos conocido para el pediatra<sup>17,18</sup>, y el que más le incumbe es el relacionado con las situaciones de vulnerabilidad, riesgo o desamparo que requieren una actuación, administrativa y/o judicial, de los sistemas de protección a la infancia y adolescencia<sup>19-21</sup>.

Los objetivos de este estudio son determinar, en una amplia serie de menores ingresados en centros de protección, la prevalencia de menores extranjeros, sus características demográficas y geográficas, los motivos de su ingreso y su relación con el área geográfica de procedencia, la frecuencia de factores de riesgo sociales, familiares y sanitarios asociados, los problemas más frecuentes de salud y las necesidades sanitarias prioritarias. Sobre la base de los resultados, se aporta información para un mejor conocimiento de la problemática sociosanitaria de este grupo específico de menores.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal durante 11 años (de 1992 a 2002). Se revisaron los expedientes sanitarios y sociofamiliares de 1.619 menores que ingresaron en centros de protección de la provincia de Zaragoza dependientes del Instituto Aragonés de Servicios Sociales del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón y se incluyeron aquellos menores procedentes de un país extranjero.

La recogida de la información sanitaria y sociofamiliar se realizó de forma multidisciplinaria y siguiendo una metodología protocolizada<sup>22-24</sup>. La definición de los motivos de ingreso, de los tipos de maltrato y de los factores de riesgo sociofamiliares y sociosanitarios asociados con el ingreso en un centro de protección de menores se definieron siguiendo estudios previos de ámbito nacional<sup>24-28</sup>. La evaluación del estado de salud física y mental de los menores se realizó siguiendo directrices sanitarias para la evaluación y cuidado de menores procedentes del extranjero<sup>3,29</sup>, de familias inmigrantes<sup>4,29</sup> y residentes en centros de protección<sup>30</sup>. El estudio estadístico descriptivo se realizó a través del programa operativo StatView 4.0®.

## RESULTADOS

Durante el período de estudio ingresaron 241 menores extranjeros en centros de protección, lo que representó el 14,9% del total de ingresos en dicho período.

En las tablas 1 y 2 se describen las características demográficas globales de los menores extranjeros ingresados en centros de protección y la distribución del número de ingresos por períodos anuales de estudio. Se observó un predominio de los varones (relación varón:mujer de 2:1) y del grupo de edad adolescente (64,7%). Destaca que el 59,7% de los ingresos se produjeron en los últimos 3 años de estudio.

En la tabla 3 se pormenoriza la distribución de los menores extranjeros ingresados en centros de protección por área geográfica de procedencia. Sobresalen los continentes africano (68,9%; países del Magreb, 56,4%) y europeo (23,6%; países del oeste, 14,5%).

En la tabla 4 se describen los motivos de ingreso en centros de protección de los menores extranjeros y las características demográficas para cada uno de ellos. Los principales motivos de ingreso fueron la situación de inmigrante ilegal desamparado (41,1%) y los malos tratos por parte de su familia (33,2%), con una relación maltrato pasivo:maltrato activo de 2,3:1. Les siguió en frecuencia la incapacidad temporal para su cuidado por su familia (18,7%), fundamentalmente por enfermedad psiquiátrica o física grave de la madre y padre ausente o incapaz y por falta de medios económicos y vivienda y, con menor frecuencia, por situaciones de madre adolescente sin hogar y padre ausente, separación y/o maltrato entre la pareja y encarcelamiento por delito de ambos padres. Otras causas, como explotación sexual en redes internacionales de prostitución, conducta disruptiva del menor, rapto, refugio político y adopción internacional fracasada, supuso el 7% de los ingresos. Respecto a la relación entre los motivos de ingreso y sus características demográficas, se observó que: todos los menores en situación de inmigrante ilegal desamparado eran varones en edad adolescente; en los menores maltratados no existieron diferencias por sexo y la moda de la edad fue de 2 años a expensas del mayor número de niños de esa edad que

**TABLA 1. Características demográficas globales de los menores extranjeros ingresados en centros de protección y distribución del número de ingresos por períodos anuales de estudio**

Número total	241
Sexo	160/81
Edad media (años): 11 años (3,2 DE); límites, 0-17 años	
Distribución por grupos de edad (n.º [%])	
Lactantes-preescolares (0-5 años)	63 (26,1%)
Escolares (6-11 años)	22 (9,1%)
Adolescentes (12-17 años)	156 (64,7%)

DE: desviación estándar.

**TABLA 2. Distribución del número de ingresos**

Años (período)	Número de menores	Porcentaje
1992-1995	31	12,9
1996-1999	66	27,4
2000-2002	144	59,7

**TABLA 3. Distribución de los menores extranjeros ingresados en centros de protección por área geográfica de procedencia (n = 241)**

Área geográfica	Número de menores	Porcentaje
África		
Magreb	136	56,4
Subsahariana	30	12,5
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>68,9</b>
Europa		
Oeste	35	14,5
Este	22	9,1
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>23,6</b>
América Latina		
Centroamérica	7	2,9
Sudamérica	6	2,5
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>5,4</b>
Asia		
Oriental	4	1,7
Central	1	0,4
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>2,1</b>

**TABLA 4. Motivos de ingreso en centros de protección de los menores extranjeros y sus características demográficas (n = 241)**

Motivo de ingreso	Número de menores	Porcentaje	Varón/mujer	Límites de edad*	Edad media (DE)*	Moda edad*
Situación de inmigrante ilegal desamparado**	99	41,1	99/0	12-17	15,5 (1,2)	16
Malos tratos por parte de su familia	80	33,2	39/41	0-17	8,2 (6,6)	2
Pasivos	56	23,2	28/28	0-17	5,9 (5,4)	2
Activos	24	10	10/14	1-17	13,5 (3,9)	14
Incapacidad temporal para su cuidado por su familia	45	18,7	16/29	0-17	5,7 (4,9)	1
Otras causas	17	7	6/11	1-17	15,2 (2,3)	17

\*En años; DE: desviación estándar.

\*\*Menor extranjero no acompañado, completamente solo, separado de sus padres y familia, sin recursos económicos y vivienda, y en situación irregular.

TABLA 5. Relación entre el motivo de ingreso en centros de protección y el área geográfica de procedencia de los menores extranjeros

Motivo de ingreso	África (n = 166)		Europa (n = 57)		América Latina (n = 13)		Asia (n = 5)	
	Número de menores	Porcentaje	Número de menores	Porcentaje	Número de menores	Porcentaje	Número de menores	Porcentaje
Desamparo*	97	58,4	2	3,5	0	0	0	0
Malos tratos por su familia	36	21,7	35	61,5	5	38,4	4	80
Incapacidad temporal para su cuidado	30	18,1	10	17,5	5	38,4	0	0
Otras causas	3	1,8	10	17,5	3	23,1	1	20

\*Menor extranjero no acompañado, completamente solo, separado de sus padres y familia, sin recursos económicos y vivienda, y en situación irregular.

TABLA 6. Relación entre el tipo de maltrato sufrido por los menores extranjeros en centros de protección y el área geográfica de procedencia

Tipo de maltrato	África (n = 36)		Europa (n = 35)		América Latina (n = 5)		Asia (n = 4)	
	Número de menores	Porcentaje	Número de menores	Porcentaje	Número de menores	Porcentaje	Número de menores	Porcentaje
Pasivo	21	58,3	31	88,6	1	20	3	75
Activo	15	41,7	4	11,4	4	80	1	25

TABLA 7. Factores de riesgo sociofamiliares y sociosanitarios que presentaban los menores extranjeros ingresados en centros de protección (n = 134)\*

Factor de riesgo	Parcial	Total	Porcentaje
Falta de vivienda/vivienda deficiente	23/13	36	26,9
Familia monoparental (sólo madre/padre)	25/2	27	20,1
Madre adolescente	–	17	12,7
Madre maltratada por su pareja	–	16	11,9
Enfermedad psiquiátrica grave de la madre/padre	13/1	14	10,4
Drogadicción y/o alcoholismo de la madre/padre	5/7	12	8,9
Delincuencia de la madre/padre	3/8	11	8,2
Familia de madre/padre con compañero/a	6/3	9	6,7
Convivencia con familiares y ambos padres ausentes	–	9	6,7
Enfermedad infecciosa crónica de la madre/padre	6/1	7	5,2
Madre prostituta	–	6	4,5
Menores con un factor de riesgo	–	105	78,4
Menores con más de un factor de riesgo	–	45	33,6

\*Por carecer de datos sociofamiliares y sociosanitarios, no se incluyen 107 menores extranjeros no acompañados y en situación irregular.

sufrieron maltrato de tipo pasivo (70%), mientras que el maltrato de tipo activo predominó en los escolares y adolescentes; en los menores ingresados por incapacidad temporal para su cuidado la moda de la edad fue de un año con un predominio del sexo femenino (relación mujer:varón de 1,8:1); en los menores ingresados por otras causas predominaron las mujeres en edad adoles-

cente debido a que la explotación sexual en redes de prostitución supuso el 53% de los casos.

En la tabla 5 se relaciona el motivo de ingreso en centros de protección y el área geográfica de procedencia de los menores extranjeros. En los menores procedentes de África el principal motivo de ingreso fue la situación de inmigrante ilegal desamparado (58,4%). Todos ellos pertenecían al área geográfica del Magreb (68 marroquíes y 29 argelinos), seguido de los malos tratos (21,7%), donde no se observaron diferencias entre las áreas geográficas del Magreb y África subsahariana. En los menores procedentes de Europa el motivo principal de ingreso fue los malos tratos (61,5%), observando una relación Europa del oeste: Europa del este, 4,8:1. En los menores procedentes de América Latina los motivos principales de ingreso fueron los malos tratos y la incapacidad temporal para su cuidado (38,4% cada uno de ellos) y en los procedentes de Asia los malos tratos (80%).

En la tabla 6 se detalla la relación entre el tipo de maltrato sufrido por los menores extranjeros en centros de protección y el área geográfica de procedencia. El dato más sobresaliente fue el predominio del maltrato de tipo pasivo en los menores procedentes de Europa (88,6%). De estos menores, 26 procedían de Portugal y cinco de Rumania. El 90,3% de ellos pertenecía a la minoría étnica gitana de su país y, en el 42,8% de ellos, a la negligencia y el abandono físico se asoció la utilización del menor para la mendicidad.

En la tabla 7 se sumaria, en orden a su frecuencia, los factores de riesgo sociofamiliares y sociosanitarios que presentaban los menores extranjeros ingresados en centros de protección. El 78,4% de los casos presentó al menos un factor de riesgo y el 33,6% presentó más de un factor de riesgo.

En la tabla 8 se resumen los trastornos de salud observados con más frecuencia en los menores extranjeros a su ingreso en centros de protección. En el 65,1% de los menores se observó al menos un problema de salud y el 2,1% presentaba una enfermedad discapacitante física, psíquica y/o sensorial.

## DISCUSIÓN

En España, se calcula que el número de inmigrantes extranjeros en situación regular e irregular supone alrededor del 3,7% del total de la población, con unos incrementos anuales acumulados en los últimos 4 años que oscilan entre el 12 y el 18%. En su conjunto, predominan los procedentes de Europa (40%) y África (33%), que suponen casi tres cuartas partes del total, y el sexo masculino (54%), debido al impacto que tiene la inmigración africana en el total (el 68% son varones). Respecto a la distribución por edad, la población infantojuvenil representa aproximadamente el 12,5% del total de inmigrantes extranjeros, con un predominio de los africanos, sobre todo de nacionalidad marroquí<sup>31</sup>.

En la Comunidad de Aragón, a diferencia del conjunto global de España, la población inmigrante extranjera representa alrededor del 6% del total de la población, con unos incrementos anuales acumulados en los últimos 4 años que oscilan entre el 20 y el 30%, sobre todo a expensas de la población africana de origen magrebí. En su conjunto, predominan los procedentes de África (43%), seguido por los de Europa (28%) y América Latina (25%). Respecto a la distribución por edad, la población infantojuvenil representa aproximadamente el 15% del total de inmigrantes extranjeros y el 3,2% del total de la población infantojuvenil aragonesa, con un predominio de los africanos (36%; magrebíes, 22%; subsaharianos, 14%) y de los iberoamericanos (35%)<sup>32</sup>.

En este estudio, la población de menores extranjeros supuso el 14,9% del total de menores ingresados en centros de protección. Según los datos demográficos expuestos previamente de la Comunidad de Aragón<sup>32</sup>, esto significa una prevalencia 4,6 veces superior a la que teóricamente le correspondería. Esta mayor incidencia se produjo a expensas de la población africana magrebí de nacionalidad marroquí y argelina y de la población europea de nacionalidad portuguesa y rumana de etnia gitana, que en conjunto representaron el 69,7% del total de los menores extranjeros. Sin embargo, la incidencia de la población iberoamericana fue proporcionalmente muy escasa a la que teóricamente le correspondería. Esto hace pensar que las barreras idiomáticas, culturales y religiosas y los problemas de adaptación, raciales y de marginación son factores sustanciales a la hora de precisar de medidas de protección social. El elevado número de ingresos de los últimos 3 años no hace más que confirmar el progreso ascendente del fenómeno de la inmigración, tanto regular como irregular, observado en Aragón.

TABLA 8. Trastornos de salud de los menores extranjeros ingresados en centros de protección

Trastorno	Número de menores	Porcentaje
Problemas dentales	69/190	36,3
Inmunizaciones ausentes o incompletas	37/134	27,6
Problemas dermatológicos	46/241	19,1
Trastornos del crecimiento y la nutrición*	33/241	13,7
Enfermedades infectoparasitarias**	32/241	13,3
Trastornos oftalmológicos	25/241	10,4
Problemas ortopédicos	17/241	7,1
Trastornos psicopatológicos y del desarrollo madurativo	14/241	5,8
Enfermedades del aparato respiratorio	11/241	4,6
Trastornos genitourinarios	6/241	2,5
Trastornos del aparato digestivo	5/241	2,1
Trastornos otorrinolaringológicos	4/241	1,7
Trastornos neurosensoriales	4/241	1,7
Trastornos cardiovasculares	4/241	1,7

\*Incluye anemias nutricionales.

\*\*Parasitosis intestinal (16); infección tuberculosa (9); infección hepatitis B (4); infección hepatitis C (1); malaria (1); sífilis congénita (1).

Respecto a las características demográficas globales de los menores extranjeros estudiados, comparadas con las de otro grupo de menores ingresados en centros de protección de la Comunidad de Aragón<sup>25</sup>, se observó una mayor proporción de varones (relación varón:varón de 1,2:1), una edad media superior en 3,7 años y un predominio del grupo de edad adolescente (relación de 1,9:1). Esto se debió a la elevada proporción de adolescentes varones de origen magrebí ingresados por encontrarse en situación de inmigrante ilegal desamparado.

Respecto a los motivos que propiciaron el ingreso de los menores extranjeros en centros de protección, excluyendo los que ingresaron por situación de inmigrante ilegal desamparado, comparándolos con el mismo grupo de menores anteriormente mencionado<sup>25</sup>, se observó una ligera mayor incidencia de la incapacidad temporal para su cuidado (relación de 1,3:1) y una ligera menor incidencia de "otras causas" (relación de 1:1,4), sin observar diferencias respecto a los malos tratos. Sin embargo, relativo a los malos tratos, los menores extranjeros (n = 80) supusieron el 6,8% de todos los menores que ingresaron por este motivo (n = 1.170). Esto supone una incidencia 2,1 veces superior a la que teóricamente le correspondería a la población de menores extranjeros en Aragón. Esta incidencia de malos tratos es incluso algo superior a la observada en menores discapacitados ingresados por dicho motivo en centros de protección de la misma comunidad, que fue del 5,5%<sup>33</sup>.

En cuanto a las características demográficas de los menores extranjeros, la tipología del maltrato y su relación con el área geográfica de procedencia, se observó un pre-

dominio del grupo de edad lactante-preescolar y del maltrato de tipo pasivo, con una relación maltrato pasivo: maltrato activo de 1,4:1 en los africanos y de 7,7:1 en los europeos, entre los que prevalecieron los menores de etnia gitana de Portugal y Rumania. Respecto del conjunto de menores maltratados en Aragón<sup>25</sup>, coincidieron cualitativa y cuantitativamente en el grupo de edad y tipo de maltrato prevalentes, y se diferenciaron en la menor proporción de varones maltratados entre los menores extranjeros (relación de 1:1,2). La ausencia de predominio del maltrato en los varones frente a las mujeres es un dato que no se ha observado en otros estudios nacionales e internacionales sobre niños maltratados<sup>34,35</sup>. Este hallazgo nos hace pensar en la posible influencia de la desigualdad, discriminación e incluso marginación que ciertas culturas, como la islámica y la gitana, tienen hacia la mujer<sup>15,16,36</sup>.

Con referencia a los factores de riesgo sociofamiliares y sociosanitarios asociados con el ingreso en centros de protección que presentaban los menores extranjeros, conceptualmente fueron conformes a los descritos en la bibliografía sobre desprotección infantil<sup>24,27,28</sup>. Comparados porcentualmente con los de otros menores de su entorno ingresados en centros de protección<sup>25</sup>, se diferenciaron principalmente en que los menores extranjeros presentaron una menor incidencia del antecedente de drogadicción y/o alcoholismo de los padres (relación de 1:2,9) y de pertenecer a familias monoparentales, reconstituídas o aparentales (convivencia con familiares) (relación de 1:1,4).

Los trastornos de salud prevalentes en el grupo de menores extranjeros estudiado fueron conformes a los descritos en la literatura médica sobre menores inmigrantes<sup>1-4,7,9,29</sup> y sobre menores protegidos en situación de acogimiento residencial transitorio<sup>30</sup>. Las necesidades sanitarias prioritarias fueron la provisión de servicios terapéuticos y/o preventivos odontológicos, de inmunización, dermatológicos, nutricionales y de enfermedades infectoparasitarias. Comparados con otros menores de su entorno ingresados en centros de protección<sup>25,37-39</sup>, se diferenciaron por presentar una mayor incidencia de enfermedades infectoparasitarias e inmunizaciones ausentes o incompletas y una menor incidencia de trastornos psicopatológicos, del desarrollo madurativo, del crecimiento y nutrición, dermatológicos, oftalmológicos y de enfermedades discapacitantes.

Sobre la base de los resultados, consideramos que el hecho de ser menor inmigrante en un país extranjero con problemas de regularización, vivienda o reagrupación familiar y especialmente si existen barreras idiomáticas, culturales o raciales por pertenecer a minorías étnicas, es un factor de riesgo de primera magnitud para encontrarse en una situación de vulnerabilidad, riesgo o desamparo que precise medidas de protección social. Por ello, además de una adecuada atención sanitaria y educati-

va<sup>1-4,14,29,40</sup>, en estos menores es necesario un seguimiento continuado por los servicios sociales de la comunidad de acogida para prevenir, detectar precozmente y reducir las situaciones de desprotección<sup>17-21,41,42</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gómez de Terreros I. El pediatra ante los niños de familias inmigrantes. *An Esp Pediatr* 1999;51:622-4.
- Valtueña Borque O. Problemas pediátricos de los hijos de inmigrantes en España. *An R Acad Nac Med (Madr)* 2000;117:607-16.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001;55:135-40.
- Vall Combelles O, García Pérez J, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatr Integral* 2001;6:42-50.
- Fumadó V, Pou J, Jiménez R. Malaria importada en la infancia (1993-1998). *An Esp Pediatr* 2000;52:305-8.
- Bruguera M, Sánchez Tapias JM. Hepatitis viral en población inmigrada y niños adoptados. Un problema de magnitud desconocida en España. *Med Clin (Barc)* 2001;117:595-6.
- Cardesa García JJ, Zarallo Cortés L, Galán Gómez E, Hernández Rastrollo R. Patología infecciosa del niño inmigrante. *An Esp Pediatr* 2001;54(Supl 4):346-7.
- Huerga H, López-Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21:830-4.
- Santana Guerra R. Carencias nutricionales del niño inmigrante. *An Esp Pediatr* 2001;54(Supl 4):351-3.
- López Segura N, Bonet Alcaina M, García Algar O. Raquitismo carencial en inmigrantes asiáticos. *An Esp Pediatr* 2002;57:227-30.
- Oliván Gonzalvo G. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. *An Esp Pediatr* 2000;53:17-20.
- Bonet Alcaina M, Martínez Roig A, Pujals Ferrer JM, Vall Combelles O. Kwashiorkor como síntoma de maltrato y negligencia en Barcelona. *An Esp Pediatr* 2001;54:405-8.
- Ritorri G, Romo-Jiménez L, Mouren-Simeoni MC. Adaptación escolar en familias de inmigrantes. *An Esp Pediatr* 1997;108 (Supl): 121-2.
- Sáez Ortega MT. Crisis de la educación e interculturalidad: en busca de la perspectiva perdida. En: Alemany JM, et al, editors. *La inmigración, una realidad en España. Seminario de Investigación para la Paz*. Zaragoza: Departamento de Cultura y Turismo, 2002; p. 561-82.
- Hedayat KM, Pirzadeh R. Temas en bioética médica islámica: iniciación para el pediatra. *Pediatrics* (ed. esp.) 2001;52:240-7.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Enhancing the racial and ethnic diversity of the pediatric workforce. *Pediatrics* 2000;105:129-31.
- Calvo Fernández JR, López Cabañas A, Segura Blázquez JM, Torres García M, Navarro Rodríguez MC, Calvo Fernández ME. Problemática social del niño inmigrante. *An Esp Pediatr* 2001; 54(Supl 4):348-50.
- López M. Intervención social con inmigrantes. En: Alemany JM, et al, editors. *La inmigración, una realidad en España. Seminario de Investigación para la Paz*. Zaragoza: Departamento de Cultura y Turismo, 2002; p. 505-9.

19. Garland AF, Ellis-MacLeod E, Landsverk JA, Ganger W, Johnson I. Minority populations in the child welfare system: the visibility hypothesis reexamined. *Am J Orthopsychiatry* 1998;68:142-6.
20. Aracil Rodríguez E, Jariego Fente J. Adolescentes extranjeros en la Comunidad de Madrid: la perspectiva desde el sistema de protección a la infancia. II Congreso sobre la inmigración en España. Madrid, 5-7 octubre 2000. Disponible en: <http://www.imsersomigración.upco.es/otros%20documentos/congreso/datos/CDRom/GRUPOS/Comunicaciones/AracilFentetexto.PDF>.
21. Gómez de Terreros I. Legislación y menor inmigrante. *An Esp Pediatr* 2001;54(Supl 4):354-60.
22. Historia clínica y sistema de registro en atención primaria de salud. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, 1986.
23. Oliván Gonzalvo G, Fleta Zaragozano J, Baselga Asensio C, Andrés Sanz J, Magaña Hernández M, Nuel Quílez R. Centros de acogida de menores. *An Esp Pediatr* 1994;41:97-101.
24. Arruabarrena Madariaga MI. Investigación de situaciones de desprotección infantil. En: De Paül Ochotorena J, Arruabarrena Madariaga MI, editors. *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson, 1996; p. 163-211.
25. Oliván Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Esp Pediatr* 1999;50:151-5.
26. Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. *Guías Clínicas* 2002; 2 (44) [23 octubre 2002]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm>.
27. Martínez Roig A, De Paül Ochotorena J. Factores de riesgo para el maltrato y abandono infantil. En: Martínez Roig A, De Paül Ochotorena J, editors. *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca, 1993; p. 34-62.
28. Gómez de Terreros I. Modelos explicativos del maltrato infantil. Factores de riesgo. Factores de mediación. Factores precipitantes. En: Gómez de Terreros I, editor. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Comares, 1995; p. 87-94.
29. American Academy of Pediatrics, Committee on Community Health Services. Health care for children of immigrant families. *Pediatrics* 1997;100:153-6.
30. Oliván Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:128-35.
31. Izquierdo Escribano A. Panorama de la inmigración en España al alba del siglo XXI. En: Alemany JM, et al, editors. *La inmigración, una realidad en España*. Seminario de Investigación para la Paz. Zaragoza: Departamento de Cultura y Turismo, 2002; p. 105-28.
32. Pinos M. La inmigración extranjera en Aragón. En: Alemany JM, et al, editors. *La inmigración, una realidad en España*. Seminario de Investigación para la Paz. Zaragoza: Departamento de Cultura y Turismo, 2002; p. 129-52.
33. Oliván Gonzalvo G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002;56: 219-23.
34. Palacios González J, Jiménez Morago J, Moreno Rodríguez MC, Oliva Delgado A, Saldaña Sage D. Frecuencia de los malos tratos en la infancia. En: Gómez de Terreros I, editor. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Comares, 1995; p. 95-119.
35. Sobsey D, Randall W, Parrilla RK. Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse Negl* 1997; 21:707-20.
36. Korbin JE. Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond. *Child Abuse Negl* 2002;26:637-44.
37. Oliván Gonzalvo G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health* 2003;13:91-2.
38. Oliván Gonzalvo G. Evaluación del estado nutricional de los menores que ingresan en centros de acogida. *An Esp Pediatr* 1999;51:643-7.
39. Oliván Gonzalvo G. Maltreatment histories and mental health problems are common among runaway adolescents in Spain. *Acta Paediatr* 2002;91:1274-5.
40. Eckenfels EJ. Current health care system policy for vulnerability reduction in the United States of America: a personal perspective. *Croat Med J* 2002;43:179-83.
41. Levesque RL. Cultural evidence, child maltreatment, and the law. *Child Maltreat* 2000;5:146-60.
42. Roer-Strier D. Reducing risk for children in changing cultural contexts: recommendations for intervention and training. *Child Abuse Negl* 2001;25:231-48.