

Y. Sánchez-Fernández^a
N. Muñoz-Ávalos^a
S. Pérez-Cuadrado^a
A. Robledo-Sánchez^a
C.R. Pallás-Alonso^b
J. de la Cruz-Bértolo^c
A. García-Burguillo^d

^aFacultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

^bServicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

^cUnidad de Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre.

^dDepartamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia:

Dra. C.R. Pallás.

Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre.

Ctra. de Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España.

Correo electrónico: jakeka@wanadoo.es

Fecha de recepción: 12/2/03

Aceptado para su publicación: 8/7/03

Los datos de este trabajo se han presentado parcialmente en el XVIII Congreso Español de Medicina Perinatal. Barcelona, septiembre de 2001. A esta comunicación se le otorgó una mención especial.

Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto

Female immigrants: characteristics of antenatal care and delivery

Y. Sánchez-Fernández, N. Muñoz-Ávalos, S. Pérez-Cuadrado, A. Robledo-Sánchez, C.R. Pallás-Alonso, J. de la Cruz-Bértolo y A. García-Burguillo. *Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto.*

RESUMEN

Objetivos: Comparar las características sociodemográficas, el control de la gestación y el parto en mujeres procedentes de países de escasos recursos económicos (denominadas inmigrantes en el presente trabajo) y en las que no lo son (principalmente españolas).

Métodos: Entre diciembre de 2000 y marzo de 2001 se incluyó en el estudio a todas las mujeres inmigrantes y a una muestra representativa (1:2) de las mujeres no inmigrantes que dieron a luz en un hospital de Madrid.

Resultados: Durante el período de estudio, 203/1.352 (15%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 13,2-17,1) de las mujeres que parieron fueron inmigrantes; el 56% (IC del 95%, 49-62) procedía de Centro y Sudamérica. La mayoría tuvo un embarazo y un parto sin complicaciones. El número mediano de visitas de control de embarazo fue de 8

(intervalo intercuartil [IQ], 6-9) para las inmigrantes y 9 (IQ, 8-10) para las españolas; la proporción de cesáreas fue, respectivamente, del 17,3% (IC del 95%, 12,5-23,3) y el 16,3% (IC del 95%, 12,9-20,2).

Conclusiones: Las mujeres procedentes de países de escasos recursos económicos que acuden a parir a un hospital de tercer nivel de Madrid tienen un seguimiento de la gestación adecuado y no presentan mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, contrariamente a lo que suele ser la percepción generalizada. Las diferencias encontradas son principalmente de características sociales. Estos resultados pueden no ser extrapolables a otros centros, ya que la población de mujeres inmigrantes y españolas que se atiende en los distintos centros sanitarios puede ser muy diferente.

PALABRAS CLAVE

Emigración. Inmigración. Control de embarazo. Parto.

442 SUMMARY

Objectives: To compare social and demographic characteristics, antenatal care, and delivery in women from low- and middle-income countries (termed immigrants in the present study) with those in non-immigrant women (mainly Spanish-born mothers).

Methods: From December 2000 to March 2001, all foreign-born mothers and a representative sample (1:2) of the non-immigrant mothers who gave birth in a hospital in Madrid were included in the study.

Results: During the study period, 203 of 1352 (15%; 95% CI: 13.2-17.1) of delivering mothers were foreign-born. Most of the immigrant women were from Central and South America (56%; 95% CI: 49-52). Most of these women presented no complications during pregnancy or delivery. The median number of prenatal visits was eight (IR: 6-9) in immigrant mothers and was 9 (IR: 8-10) in Spanish-born mothers. Cesarean section was performed in 17.3% (95% CI: 12.5-23.3) and 16.3% (12.9-20.2) respectively.

Conclusions: Contrary to the widespread belief that most immigrant mothers do not have antenatal care and are at high risk of adverse pregnancy outcomes, immigrant women who delivered in a third level hospital in Madrid had appropriate antenatal care and did not present a higher risk of complications during pregnancy, labor or delivery than Spanish-born mothers. The differences found concerned mainly social characteristics. These findings might not be applicable to other centers since the characteristics of immigrant and Spanish women in other health districts may be considerably different.

KEY WORDS

Emigration. Immigration. Antenatal care. Delivery.

INTRODUCCIÓN

El proceso de inmigración conlleva muchos cambios en la vida de los que emigran, motivados, so-

bre todo, por su adaptación personal al nuevo país. Muchos de los países con tradición de acogida de población inmigrante manifiestan un interés mantenido por el estado de salud de esa población. La persona inmigrante no sólo está expuesta a peores condiciones laborales y de vivienda, factores que por sí mismos determinan la mala calidad de salud, sino que, por razones políticas, administrativas o culturales, tiene difícil acceso a los servicios de salud¹⁻⁴. La relación entre la salud y la migración es compleja e implica elementos biológicos, sociales, económicos y culturales.

Aunque en cifras absolutas se esté todavía lejos de otros países, el fenómeno de la inmigración en España ha adquirido relevancia en los últimos años. De ser un país con muy poca tradición inmigratoria y constituir un pueblo de emigrantes hasta hace pocas décadas, en los últimos 10 años, en España la población inmigrante que procede de países escasos recursos económicos se ha triplicado y ha modificado sus características demográficas⁵. Hasta la aprobación de la nueva Ley de Extranjería, correspondiente a la Ley Orgánica 4/2000⁶, la atención sanitaria al inmigrante por el Sistema Nacional de Salud sólo se proporcionaba si aquél residía legalmente en España; en cualquier caso, los menores de 18 años y las mujeres embarazadas tenían acceso a la atención sanitaria. En términos generales, la nueva Ley reconoce el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita de todos los inmigrantes empadronados aunque residan en situación irregular en España.

De entre todos los aspectos de la asistencia sanitaria, resulta de especial interés la atención que se presta durante la gestación y el parto. Los cuidados proporcionados en este período no sólo influyen en la salud de la mujer sino que, en ocasiones, condicionan de forma determinante el estado de salud del recién nacido.

En España hasta el momento se dispone de poca información sobre las características demográficas, sociales y del control de la gestación de la mujer gestante inmigrante procedente de países de escasos recursos económicos. Por este motivo se organizó el presente estudio, con los siguientes objetivos: *a*) determinar la proporción de mujeres inmigrantes procedentes de países de escasos recursos económicos que dan a luz en la maternidad de un hospital universitario de Madrid; *b*) describir las características de las mujeres inmigrantes procedentes de países de

escasos recursos económicos que acuden a dar a luz a este centro y compararlas con las de las mujeres españolas o procedentes de países que no tienen escasos recursos socioeconómicos que paren en el mismo hospital, y *c*) comparar el control de la gestación y las características del parto en las dos categorías de pacientes.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, con recogida retrospectiva de datos del embarazo y parto por cuestionario y de la historia clínica.

Sujetos de estudio

Se consideraron elegibles para este estudio las mujeres que parieron en un hospital universitario materno-infantil de tercer nivel durante 91 días consecutivos, desde el 10 de diciembre de 2000 al 10 de marzo de 2001. Se clasificó, en una de las dos categorías siguientes, a todas las mujeres que parieron durante el período de estudio según el nivel socioeconómico del país de origen⁷: *a*) Unión Europea (15 países, en diciembre de 2000), Suiza, países nórdicos, Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda, y *b*) países de recursos económicos escasos o medios, cuando su origen era diferente de los antes mencionados. De estos países proceden las mujeres referidas en el estudio como mujeres inmigrantes. Se consideraron elegibles todas las mujeres procedentes de países socioeconómicamente más deprimidos y una muestra del resto de las mujeres (mayoritariamente españolas) a razón de 1:2 (las dos que dieron a luz inmediatamente antes y después de cada mujer inmigrante). Se incluyó a todas las mujeres elegibles que consintieron participar tras la entrevista informativa realizada diariamente por cuatro de los autores (Y.S., S.P., N.M., A.R.), que no proporcionaban asistencia sanitaria.

Variables de estudio y recogida de datos

Se diseñó un cuestionario autoadministrado para obtener información sobre aspectos demográficos, sociales y relacionados con el control de la gesta-

ción de las mujeres incluidas en el estudio. La cumplimentación del cuestionario fue voluntaria. Éste se tradujo al árabe, al chino, al polaco, al inglés, al francés, al portugués y al 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. Todos los datos utilizados fueron «anonimizados» y almacenados en una base informatizada creada para este propósito.

Análisis de los datos

Se describen las características de las mujeres, de los embarazos y partos, con media y desviación típica (DT) o mediana e intervalo intercuartil (percentil 25 y percentil 75, IQ) para las variables continuas. Las variables categóricas se describen con distribución de frecuencias absolutas o relativas e intervalo de confianza (IC) en las variables más relevantes. La significación estadística de las comparaciones entre características de mujeres inmigrantes y no inmigrantes se establece con las pruebas de la *t* de Student o Wilcoxon cuando se trata de variables continuas, y con las pruebas exacta de Fischer o χ^2 cuando se trata de proporciones. El paquete estadístico utilizado en este análisis fue SAS 8, SAS Institute Inc., Cary NC.

RESULTADOS

Durante el período de estudio parieron y participaron en el estudio 1.352 mujeres de las que 203 (15%) (IC del 95%, 13,2-17,1) fueron identificadas como inmigrantes que procedían de países de escasos recursos. No participaron en el estudio y, por lo tanto, no contestaron al cuestionario 17 mujeres, tres de las cuales eran inmigrantes: la proporción de participación fue del 98,8%. Se recogió información de 403 mujeres españolas y 3 mujeres extranjeras procedentes de países de la Comunidad Europea. En la tabla 1 se muestran los países y áreas de procedencia de las mujeres inmigrantes. Los tres países más frecuentes fueron Ecuador, Colombia y Marruecos. De las 203 mujeres inmigrantes, 114 (el 56%; IC del 95%, 49-62) proceden de Centroamérica y Sudamérica. Con respecto al idioma, el 56% eran hispanoha-

Tabla 1 País y área geográfica de procedencia de las mujeres inmigrantes (n = 203) de países de escasos recursos económicos que parieron en el hospital del estudio

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

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

blantes. Un 86% de las mujeres no hispanohablantes contestó al cuestionario en español y en el 14% de los casos hubo que recurrir a los cuestionarios traducidos. Se destaca que el 82% de las mujeres chinas sólo hablaba chino. La mediana del tiempo de residencia en España fue de 36 meses (IQ, 12-81) con un rango entre 6 días y 20 años. Un 12% de las mujeres llevaba menos de 9 meses de residencia en España.

La edad media de las mujeres inmigrantes fue de 27,5 años (DT, 5,9) y la de las mujeres españolas, de 30,9 años (DT, 5,2); $p < 0,001$. Las mujeres más jóvenes fueron las nigerianas (25 años [DT, 3] y las guineanas (23 años [DT, 2]). El 52,2% de las mujeres inmigrantes y el 49,2% de las españolas fueron primíparas. La edad media de las mujeres inmigrantes primíparas fue de 25,8 años (DT, 5,6) y la de las españolas primíparas, de 29,4 años (DT, 5,5); $p < 0,001$. Seis mujeres inmigrantes (2,3%) y 4 mujeres españolas (1,0%) fueron menores de 18 años (de las cuatro españolas dos se identificaron como de etnia gitana). El número de hijos previos fue de 0,70 (DT, 0,96) en las mujeres inmigrantes y 0,67 (DT, 0,89) en las españolas ($p = 0,4$). Tenían más de un hijo previo, respectivamente, el 14,5 y el 9,9%. Un 40% de las mujeres inmigrantes refirió al menos un aborto previo frente al 24% de las españolas ($p < 0,001$).

El 39% de las mujeres inmigrantes y el 55% de las mujeres no inmigrantes trabajan fuera de casa ($p < 0,001$). Los trabajos más frecuentemente referidos en la población inmigrante fueron servicio doméstico y limpieza, camarera, dependienta y cuida-

Tabla 2 Características de las mujeres inmigrantes (n = 203) y no inmigrantes (n = 406)

<i>Características</i>	<i>Mujeres inmigrantes</i>	<i>Mujeres no inmigrantes</i>	<i>p</i>
Edad (años)	27,5	30,9	$< 0,001$
Edad primíparas (años)	25,8	29,4	$< 0,001$
Hijos previos (n)	0,7	0,67	0,4
Abortos previos (%)	40	24	$< 0,001$
Trabajo fuera de casa (%)	39	55	$< 0,001$
Sin pareja estable (%)	20	7	$< 0,001$
Vivienda compartida (%)	40	4,4	$< 0,001$

dora. Los empleos más frecuentes en las españolas fueron auxiliar administrativo y dependienta.

Un 20% de las mujeres inmigrantes no tenía pareja estable frente al 7% de las españolas ($p < 0,001$). Las mujeres inmigrantes comparten su vivienda con otras familias en un 40% de los casos y las españolas en un 4,4% ($p < 0,001$). El número mediano referido de personas que viven en las casas de mujeres inmigrantes fue de 4 (IQ, 4-6) y en las no inmigrantes, de 4 (IQ, 3-4); $p < 0,001$. Las características generales de las mujeres inmigrantes y de las no inmigrantes se resumen en la tabla 2.

En cuanto al control de la gestación y del parto podemos citar los siguientes resultados: el 87,9% de las mujeres inmigrantes y el 87,4% de las españolas consideraron que estaban sanas antes de la gestación. El 92,1% (IC del 95%, 87,3-95,3) de las mujeres inmigrantes se controló la gestación frente a un

Tabla 3 Resultados del control de la gestación y parto en mujeres inmigrantes (n = 203) y no inmigrantes (n = 406)

Resultados	Mujeres inmigrantes	Mujeres no inmigrantes	p
Control de la gestación (%)	92,1	96,8	0,010
Visitas durante la gestación (mediana)	8	9	< 0,001
Más de 6 visitas	74	90	< 0,001
Al menos una ecografía (%)	96	99	0,010
Problemas durante la gestación (%)	21	33	0,002
Parto instrumental (%)	27,7	26,2	0,7
Cesáreas (%)	17,3	16,3	0,8

96,8% (IC del 95%, 94,4-98,2) de las mujeres no inmigrantes ($p = 0,01$). En ocasiones, en la historia obstétrica el embarazo aparecía como no controlado; sin embargo, cuando se pasaba el cuestionario se identificaban más embarazos controlados, y las mujeres aportaban documentación médica que mostraba que el control de la gestación había existido. De las 13 mujeres españolas que no se controlaron la gestación siete se identificaron como de etnia gitana. Entre las mujeres que se controlaron la gestación, la mediana del número de visitas fue de ocho (IQ, 6-9) para las mujeres inmigrantes y nueve (IQ, 8-10) para las no inmigrantes ($p < 0,001$). Tuviron seis o más visitas durante la gestación el 74% de las mujeres inmigrantes y el 90% de las no inmigrantes. La proporción de mujeres que se realizaron al menos una ecografía durante la gestación fue muy elevada en ambas poblaciones, aunque algo inferior en la población inmigrante (el 96 frente al 99%; $p < 0,001$). El 21% de las mujeres inmigrantes refería problemas en la gestación frente al 33% de las mujeres españolas ($p = 0,002$). Los problemas más frecuentes en la población inmigrante fueron, por orden de frecuencia, infección, diabetes gestacional y amenaza de parto prematuro, y en las españolas, amenaza de parto prematuro, diabetes e infección.

Con relación al tipo de parto, el 27,7% de los partos de las mujeres inmigrantes fueron instrumentales frente al 26,2% de los partos de las mujeres españolas. La frecuencia de cesáreas fue del 17,3% (IC del 95%, 12,5-23,3) y del 16,3% (IC del 95%, 12,9-20,2), respectivamente. Todos los datos referidos al control de la gestación y al parto se resumen en la tabla 3.

DISCUSIÓN

En el período de estudio, inicio de 2001, el 15% de las mujeres que dieron a luz en un hospital universitario de Madrid fueron mujeres inmigrantes procedentes de países de recursos socioeconómicos escasos o medios. Se puede considerar que la gran mayoría de estas mujeres tuvo un adecuado control de la gestación (el 75% tuvo, al menos, seis visitas prenatales, y el 95%, al menos, una ecografía) y no presentó más afección durante la gestación ni complicaciones durante el parto que las mujeres no inmigrantes.

Puyol⁸, en el discurso pronunciado en el acto de toma de posesión como Académico de Número, que versaba sobre la inmigración en España, refirió que «la superficialidad, las falsas percepciones y los mitos o prejuicios califican el conocimiento que la mayoría de los españoles tienen sobre la inmigración». Este mismo autor considera que las percepciones están escoradas hacia el lado negativo. En parte, esto se puede explicar porque, en los últimos tiempos, aunque es cierto que la población inmigrante está aumentando de forma importante, el fenómeno de la inmigración esta sobredimensionado como consecuencia de la información que proporcionan los medios de comunicación, que ofrecen noticias a diario sobre los conflictos que se generan en torno a este fenómeno sin proporcionar una referencia de lo que ocurre en otros países de la Unión Europea, donde la tradición de acogida es más antigua.

Los autores del presente estudio, en la fase de diseño del trabajo, tenían la impresión de que el control de la gestación en las mujeres inmigrantes era mucho peor de lo que finalmente ha resultado. Por lo tanto, como refiere Puyol, se tenía una falsa percepción del control de la gestación y también, como en otros aspectos relacionados con la inmigración, esta opinión estaba escorada hacia el lado negativo.

En el presente estudio, entre las dos categorías de mujeres de la muestra, algunas diferencias observadas en las características o en los resultados en salud fueron estadísticamente significativas, pero no por ello relevantes: globalmente, la valoración se puede considerar favorable. Las causas del aceptable control del embarazo y de la similar frecuencia de problemas durante la gestación y de partos instrumentales en el grupo de mujeres inmigrantes incluidas en el estudio pueden ser muy diversas. En pri-

446 mer lugar, el sistema público de salud español ha conseguido que exista un acceso fácil y gratuito para la asistencia médica de la mujer embarazada⁶. Este sistema se ha mostrado seguro para la población inmigrante, ya que recurren a él incluso cuando están en situación no regularizada, sin miedo a verse envueltos en problemas legales por solicitar asistencia médica para el control de la gestación. En el presente estudio, no se incluyó en el cuestionario ninguna pregunta sobre la situación legal en España de las mujeres, ya que se consideró que este tipo de preguntas podría disminuir la tasa de respuesta, pero por comentarios realizados por las propias mujeres y por información proporcionada por las trabajadoras sociales, un porcentaje no despreciable de las mujeres inmigrantes incluidas en el estudio se encontraba en situación jurídica irregular y, pese a ello, habían recibido un adecuado control prenatal. No todos los países disponen de la misma facilidad de acceso a los servicios de salud para las mujeres gestantes; por ello, las tasas de control prenatal pueden ser muy diferentes^{3,4,9}.

Otro de los factores que pueden justificar un resultado tan positivo en cuanto al control de la gestación puede tener que ver con que la mitad de las mujeres inmigrantes son hispanohablantes. El desconocimiento del idioma del país al que se emigra se ha considerado una de las barreras más importantes para acceder a los servicios sanitarios y dificulta de forma importante la realización de los mínimos trámites necesarios para obtener atención sanitaria¹⁰⁻¹³. En este sentido, la población inmigrante que acude a dar a luz al Hospital 12 de Octubre, al proceder en su mayoría de Hispanoamérica, se encuentra en una situación favorable. De todas formas una gran mayoría de las mujeres no hispanohablantes conocen suficiente español como para responder al cuestionario. La excepción son las mujeres chinas que, de forma mayoritaria, sólo hablan en chino, lo que dificulta de forma importante la comunicación.

Por otra parte, en distintos estudios realizados en Estados Unidos, se ha mostrado que entre las mujeres inmigrantes, las que proceden de Centro y Sudamérica tienen una evolución más favorable durante la gestación, incluso con un peor control prenatal¹⁴⁻¹⁸. Como ya se ha comentado, en esta muestra las mujeres procedentes de Centro y Sudamérica son la mayoría, lo que podría explicar, al menos en parte, las escasas complicaciones observadas

en este estudio durante la gestación y el parto. No se han identificado los determinantes de esta evolución favorable de las mujeres hispanoamericanas.

La frecuencia de complicaciones durante la gestación fue mayor en el grupo de mujeres españolas (39%) frente a las inmigrantes (27%). Este hallazgo se puede justificar, por un lado, porque el hospital donde se ha realizado el estudio es un centro de referencia donde se derivan gestaciones de alto riesgo y este grupo puede estar sobrerrepresentado entre las mujeres españolas de la muestra. Por otro lado, probablemente, las mujeres españolas acuden a los servicios sanitarios ante cualquier síntoma que pueda indicar un trastorno en la gestación mientras que las inmigrantes, en ocasiones por sus peores condiciones laborales, pueden retrasar la consulta médica y, de este modo, se pueden llegar a omitir diagnósticos que de otra forma se hubieran llevado a cabo. Quizá también pueda influir la diferente percepción cultural que las mujeres inmigrantes pueden tener en relación con el estado de salud, ya que, en general, ellas mismas tienden a percibirse como más sanas.

Aunque las mujeres inmigrantes que dan a luz son significativamente más jóvenes que las españolas, la edad media no se puede considerar inadecuada, 28 años de media en el total de mujeres inmigrantes y 25 años en las primíparas. La proporción de mujeres menores de 18 años (2,3%) es inferior a lo que se hubiera esperado.

Como ya se ha referido en otros estudios^{1,2}, se han encontrado diferencias importantes en las características sociales de las mujeres inmigrantes, en cuanto a la frecuencia de trabajo fuera de casa, de madres solas sin apoyo y de las que tienen que compartir la vivienda con otras familias.

En resumen, la población de mujeres inmigrantes procedentes de países de escasos recursos económicos que paren en el hospital donde se ha realizado el estudio no es muy diferente de la constituida por mujeres españolas, en cuanto a la atención médica recibida, las complicaciones en la gestación y el tipo de parto. Tampoco hay grandes diferencias en las edades ni en el número de hijos previos. Sí que existen diferencias importantes en cuanto a la situación laboral, el tipo de vivienda y el apoyo de la pareja. Por tanto, las diferencias están más en el ámbito social que en el médico y es quizá hacia aquí donde hay que dirigir el esfuerzo para mejorar la situación de las mujeres inmigrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995;41:819-28.
2. Meadows LM, Thurston WE, Melton C. Immigrant women's health. *Soc Sci Med* 2001;52:1451-8.
3. 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.
4. 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.
5. Díez Nicolás J. Los españoles y la inmigración. 1.^a ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
6. Ley orgánica 4/2000 de 11 de enero. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 12 de enero de 2000.
7. 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.
8. Puyol R. La inmigración en España. ¿Un problema o una necesidad? Discurso pronunciado en el acto de toma de posesión como Académico de Número, 13 de junio de 2001. Madrid: Real Academia de Doctores, 2001.
9. Norton SA, Kenney GM, Ellwood MR. Medicaid coverage of maternity care for aliens in California. *Fam Plann Perspect* 1996;28:108-12.
10. Small R, Rice PL, Yelland J, Lumley J. Mothers in a new country: the role of culture and communication in Vietnamese, Turkish and Filipino women's experiences of giving birth in Australia. *Women Health* 1999;28:77-101.
11. English PB, Kharrazi M, Guendelman S. Pregnancy outcomes and risk factors in Mexican Americans: the effect of language use and mother's birthplace. *Ethn Dis* 1997;7:229-40.
12. Small R, Lumley J, Yelland J, Rice PL. Shared antenatal care fails to rate well with women of non-English-speaking backgrounds. *Med J Aust* 1998;168:15-8.
13. Edwards N. Factors influencing prenatal class attendance among immigrants in Ottawa-Carleton. *Can J Public Health* 1994;85:254-8.
14. Jones ME, Bond ML. Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. *J Nurs Care Qual* 1999;14:56-62.
15. 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.
16. 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.
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. Sherraden MS, Barrera RE. Prenatal care experiences and birth weight among Mexican immigrant women. *J Med Syst* 1996;20:329-50.