

SITUACIÓN DE SALUD ENTRE NIÑOS GITANOS Y NO GITANOS DE UNA COMARCA GRANADINA

Por E Sastre Gussoni a, MT Miranda León b, A Muñoz Hoyos a, G Galdó Muñoz a

a Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Hospital Universitario San Cecilio. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

b Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

OBJETIVO: Evaluar la situación del estado de salud, comparando 2 poblaciones de niños, gitanos y no gitanos, y valorar la necesidad del abandono de los "tópicos" y estereotipos para mejorar la toma de decisiones. El objetivo de esta investigación surge de la observación de diferentes comportamientos de la población de una zona básica de salud de la provincia de Granada y la aparente concentración de determinadas patologías en la población infantil minoritaria gitana.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para ello se analizan y comparan los datos de las historias clínicas y las fichas de control de salud del Programa Materno-Infantil del Centro de Salud de Iznalloz. De estas historias, 149 (38,40%) pertenecían a niños gitanos y 239 (61,59%) a niños no gitanos.

RESULTADOS: Dentro de las variables estudiadas destacan: a) el inicio de la lactancia materna y su continuación al tercer mes es igual para ambos grupos; b) los ingresos en la unidad neonatal pueden ser hasta 3,53 veces más probables en los niños gitanos que en los no gitanos; c) las enfermedades metabólicas o degenerativas muestran una significación del 1,4% en la relación, y d) los niños gitanos realizan un seguimiento incompleto en los controles de salud de hasta 3,24 veces más probable que los niños no gitanos.

An Pediatr (Barc). 2000;53:223-8.

Palabras clave: Niños gitanos. Salud infantil. Pediatría social.

INTRODUCCIÓN

Hacia finales de los años setenta y principio de los ochenta surge en nuestra comunidad autónoma la necesidad de un cambio en lo que a política sanitaria se refiere. Por los acontecimientos sociales y económicos de la época, varios grupos de investigadores y trabajadores de diferentes ramas de las ciencias de la salud comienzan un trabajo en equipo, duro y complejo, para mejorar y responder a las nuevas exigencias determinadas por factores multicausales estrechamente vinculados con los hábitos de vida, modificación del medio ambiente y cada vez más determinado por el componente social y cultural que se vivía en todo el mundo.

La atención primaria y la infancia es el foco de mira de la estrategia, los instrumentos son las nuevas leyes y reglamentaciones de la reforma sanitaria,

apoyándose para la estructuración de programas de la salud infantil en la convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño (noviembre de 1989)¹.

El objetivo de esta investigación es analizar y comparar el estado de salud de los niños gitanos y no gitanos y valorar la necesidad de abandonar los tópicos y estereotipos para mejorar la atención sanitaria. La idea surge de la observación de diferentes comportamientos de la población del área de una zona básica de salud y la aparente concentración de determinadas enfermedades en la población infantil minoritaria gitana.

En el ámbito de la investigación de la medicina social es bien conocido lo dificultoso que resulta comparar dos poblaciones, sobre todo si se trata de hacerlo por su condición étnica, ya que no existen registros oficiales ni estadísticos para estudiar y establecer comparaciones entre la población infantil gitana y no gitana.

La población gitana es, estadísticamente, una población oculta, se desconoce su tamaño real y distribución; por tanto, cualquier estudio comparativo debe realizarse sobre la base del conocimiento de "casos" y utilizando metodologías diversas que permitan el análisis sistemático de dicha población y la población "paya"².

Por otro lado contamos con un estereotipo del "gitano" (a los gitanos no les interesan los problemas de salud de sus hijos, dicen los "payos") que influye en muchas ocasiones en la toma de decisiones y puesta en marcha de determinados programas de salud³.

Históricamente los gitanos, como pueblo nómada, al asentarse y establecer su residencia, han sido aislados por los nativos de las diferentes poblaciones del mundo²⁻⁵. Debido a dicho aislamiento, han tenido la necesidad de establecer parejas consanguíneas, lo cual los ha llevado a mantener un *pool* genético estable y explicaría en gran parte la mayor incidencia de enfermedades transmitidas genéticamente⁶⁻⁹.

Es evidente que la problemática infantil de los gitanos, en lo que a salud se refiere, no se resuelve sólo con la instauración de determinados programas de salud que se aplican a la población general; debe realizarse un estudio en profundidad y comprensivo de los diferentes problemas sociales y culturales que nada tienen que ver con la diferencia racial, pero sí con su pasado, su idioma, sus códigos, su religión y su genética, aspectos que pueden repercutir en la salud infantil^{10,11}.

En este sentido, hay pocos trabajos y estudios comparativos del estado de salud entre los niños gitanos y los "payos" en España; se han publicado estudios de determinadas enfermedades en poblaciones gitanas aisladas que ponen de manifiesto el deterioro social y económico, así como uno de los aspectos culturales que los distingue, la endogamia, pero aún hay mucho camino por recorrer¹²⁻¹⁶.

Los datos que aquí se presentan son la primera toma de contacto de un estudio, que se pretende ampliar, sobre el estado de salud de la población infantil gitana.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño se establece sobre el estudio retrospectivo de casos y controles, tomándose como casos a los niños gitanos y controles a los no gitanos para verificar si la etnia influía en el estado de salud.

Se estudia la población infantil gitana y no gitana que se atendía en el centro de salud perteneciente a la zona básica de Iznalloz. El seguimiento de la información se realizó utilizando como fuente de datos las historias clínicas, las fichas del Programa de Control del Niño Sano de dicho centro, confeccionadas entre los años 1989 y 1997 y la observación y exploración de campo para determinar la etnia.

Las edades estaban comprendidas entre 0 y 14 años. El período de seguimiento no fue igual para cada uno de los niños, ya que formaban distintos grupos de edades.

La población infantil registrada en el centro era de 875 niños según el número de historias que constaba en los ficheros.

Sólo se pudieron analizar 388 historias (44,34%), las 487 historias restantes no soportaron la primera selección, dado que carecían de datos fundamentales como los del período perinatal o habían hecho una consulta esporádica, lo que dificultó la determinación de la etnia.

La condición étnica se adjudicó por el conocimiento de los casos.

De los 388 niños estudiados, 149 (38,40%) eran gitanos y 239 (61,59%) eran no gitanos.

Se desconoce la proporción real de individuos pertenecientes a la etnia gitana en la zona, aunque se estima en torno al 30%, por lo que se considera que la muestra es representativa de la población.

Se pretende averiguar si la etnia influye en el estado de salud de estos niños.

Se seleccionaron las variables teniendo en cuenta que la dispersión en las edades influenciara lo menos posible como factor de error en el análisis.

Para cada variable de cada uno de los colectivos se calculó el porcentaje de incidencia de cada modalidad, así como el correspondiente intervalo de confianza del 95% para dichas proporciones.

Para estudiar la posible diferencia de estas características cualitativas en niños gitanos y no gitanos se llevaron a cabo los correspondientes test de la χ^2 o test exacto de Fisher, cuando existían frecuencias bajas en alguna modalidad.

También se calculó la medida de asociación adecuada (*odds ratio*) con su correspondiente intervalo de confianza del 95%.

La única variable cuantitativa estudiada fue el peso de nacimiento de los niños.

Dichos pesos se compararon mediante el test de la t de Student.

En el apartado *Resultados* figuran los valores y significaciones obtenidos en cada una de las técnicas estadísticas aplicadas a cada variable analizada.

Se compararon y analizaron 10 variables cualitativas y una variable cuantitativa, y se definieron como sigue:

- Edad gestacional. Se analizaron como término aquellos que tenían entre 37-42 semanas de edad gestacional al nacer y pretérmino a los que tenían menos de 37 semanas^{17,18}.
- Tipo de parto. Se consideraron partos eutócicos aquellos que no requirieron ningún tipo de maniobra instrumental, y distócicos aquellos nacimientos que se produjeron por cesárea o requirieron alguna práctica instrumental^{17,18}.
- Ingreso en la unidad neonatal: se contabilizaron todos los ingresos, ya fueran en la unidad de cuidados intensivos, cuidados medios o sala de aislados

(según las normas de la Unidad Neonatal del Hospital Maternoinfantil de Granada).

- Asistencia respiratoria mecánica. Se incluyeron todos los niños que necesitaron ventilación asistida.
- Sepsis neonatal. Incluye todos los niños que presentaron sepsis según criterios clínicos, bioquímicos y microbiológicos^{17,18}.
- Malformaciones visibles o detectadas en forma temprana. Se agruparon los niños que presentaban malformaciones visibles al nacer o detectadas durante el primer año de vida¹⁹.
- Enfermedades metabólicas o degenerativas. Se contabilizaron aquellos niños que presentaban una enfermedad metabólica o degenerativa según criterios diagnóstico estandarizados^{19,20}.
- Controles de salud. Se contemplaron los controles según la pauta establecida en el Programa de Control del Niño Sano. Se contaron como controles correctos aquellos que en el momento de la recogida de los datos estaban completos según la edad, e incompletos aquellos que en el momento de la recogida de datos tenían dos fallos o más o habían abandonado el programa¹.
- Inicio de la lactancia materna. Sólo entraron en el estudio los que tomaban pecho exclusivamente¹.
- Continuaban la lactancia al tercer mes de vida. Se contabilizaron únicamente los que mantenían como alimentación al tercer mes pecho exclusivo (datos utilizados como control de calidad en el PCNS).
- Peso al nacimiento. Los pesos se dividieron de la siguiente forma: muy bajo peso los menores de 1.500 g, bajo peso de 1.501 g a 2.500 g, peso normal de 2.501 g a 4.000 g y peso alto a los superiores a 4.001 g, según normas internacionales¹⁷.

RESULTADOS

Se pasa a exponer los resultados en las diferentes características que se han analizado.

Edad gestacional

De los 149 casos estudiados de etnia gitana, 145 partos fueron "a término" y 4 casos "pretérmino", lo que constituye, respectivamente, el 97,32 (93,27-99,26) y el 2,68% (0,74-6,73).

En la muestra de 239 niños no gitanos hubo 221 casos de partos "a término" y 18 "pretérmino", lo que indica un 92,46 (88,36-95,47) y un 7,53% (4,52-11,64), respectivamente. Analizando la posible influencia de la etnia en la edad gestacional, se obtiene una χ^2 de 3,18 ($p = 0,075$, no significativa), con una OR de 0,34 (0,11-1,02).

Tipo de parto

De los 149 niños gitanos, 123 habían nacido de partos eutócicos y 26 distócicos, que constituyen el 82,55 (75,48-85,57) y el 17,44 (11,72-24,51), respectivamente. En los 239 niños no gitanos, 210 nacieron de partos eutócicos y 29 distócicos, con lo que las proporciones respectivas de cada tipo fueron del 87,86 (83,04-91,72) y el 12,13% (8,27-16,96). Analizando si existe dependencia obtenemos una χ^2 de 1,72 ($p = 0,1900$, no significativa), con lo cual no se puede concluir que el tipo de parto dependa de la etnia.

Ingreso en la unidad neonatal

De los 149 niños gitanos necesitaron ingreso en la unidad neonatal por diversas causas 22, lo que constituye el 14,76% (9,49-21,50), y de los 239 niños no gitanos necesitaron dicho ingreso 18, es decir, un 7,53% (4,52-11,64). El valor de χ^2 es de 4,44, con una significación de $p = 0,0351$ y una OR = 2,13 (1,10-4,12).

Asistencia respiratoria mecánica

De los 149 niños gitanos, 5 necesitaron asistencia respiratoria mecánica, lo que representa un 3,35% (1,10-7,66), y de los 239 niños no gitanos 10 necesitaron, representando un 4,18% (2,02-7,56). Al estudiar la posible influencia, resulta una χ^2 de 0,02 ($p = 0,8879$ [no significativa]), con la cual no se puede concluir que la etnia del niño determine la necesidad o no de ventilación mecánica.

Sepsis neonatal

En 4 niños gitanos, de los 149, se presentó sepsis neonatal, lo que constituye un 2,68% (0,74-6,73). Dicha sepsis se presentó en 2 de los 239 niños no gitanos, lo que constituye un 0,84% (0,10-2,99). Analizada la posible diferencia mediante el test exacto de Fisher, no se obtuvo significación estadística ($p = 0,2093$). No se puede concluir la influencia de la etnia en la sepsis neonatal.

Malformaciones visibles al nacer o detectadas de forma temprana

Se presentan en 4 niños gitanos (2,68%) con un intervalo de confianza del 95% (0,74-6,73) y en 5 niños no gitanos (2,09%; IC del 95%: 0,68-4,81), respectivamente. Mediante el test exacto de Fisher se obtiene un valor de significación de $p = 0,7375$ (no significativo).

No existe evidencia de influencia de la etnia en presentar malformaciones congénitas. Las malformaciones se muestran en la tabla 1.

Enfermedades metabólicas o degenerativas

Se dieron en 6 niños gitanos (4,02% [1,49-8,56]) y en un niño no gitano (0,41% [0,00- 2,31]), respectivamente.

El test exacto de Fisher da una significación de $p = 0,014$ (significativa) (OR: 9,99 [1,19-83,79]). Las enfermedades encontradas se reflejan en la tabla 2.

Controles de salud

Los controles de salud se realizaron incompletos en 106 casos de los 149 de etnia gitana (71,14% [63,16-78,26]). Dicha característica se encontró en 66 de los 239 niños no gitanos (27,61% [22,05-33,75]).

El test de χ^2 dio un valor de 68,71 ($p = 0,00000$), altamente significativo.

La medida de asociación correspondiente (OR: 6,46 [4,10-10,17]) nos indica que la relación entre los pacientes que realizan un seguimiento incompleto y los que lo realizan completo puede llegar a ser hasta 10,17 veces mayor en los índices de etnia gitana respecto a los payos.

Inician la lactancia materna

De los 149 casos de etnia gitana se inicia la alimentación con lactancia materna en 108 casos, que constituyen el 72,48% (64,57-79,47). En el caso de los no gitanos, 161 lo hacen de los 239 estudiados que constituyen el 67,36% (61,03-73,27).

El estudio de la posible diferencia debida a la etnia no ofrece significación estadística ($\chi^2 = 0,90$; $p = 0,3419$).

Continúan la lactancia materna al tercer mes de vida

De los 149 casos de niños gitanos continúan la lactancia materna al tercer mes de vida 49, que constituyen el 32,88% (25,42-41,05), mientras que de los 239 niños no gitanos, en 63 casos se continúa la lactancia materna, que representan el 26,35% de los casos (20,89-32,43). La posible diferencia ($\chi^2 = 1,60$; $p = 0,2060$) no es significativa.

Peso al nacimiento

El peso medio de los niños recién nacidos gitanos ($n = 149$) fue de 3.139,26 g con una desviación estándar de 525,84 g. En los niños payos ($n = 239$) el peso medio fue de 3.199,79 g con una desviación estándar de 493,22 g.

Pesos de los niños de ambas etnias:

μ_G e [3.054,83; 3.223,60] μ_P e [3.137,26; 3.262,3] al 95%

Dada la normalidad de la distribución de los pesos en ambos casos, se comparan las medias mediante la t de Student (variancias poblacionales iguales), dando un valor de 1,146 ($p > 0,20$), no significativo; por tanto, se puede concluir que no existe diferencia entre las medias de los pesos de los niños de ambas etnias.

DISCUSIÓN

De forma clásica viene atribuyéndose a los gitanos ciertos estereotipos que no han podido ser demostrados en esta investigación preliminar sobre la situación de salud entre los niños gitanos y no gitanos².

De las 11 variables estudiadas se han encontrado diferencias significativas solamente en 3 ocasiones: ingreso en la unidad neonatal, enfermedades metabólicas o degenerativas y controles de salud.

Para comparar el tipo de alimentación se tomó como parámetro la alimentación al pecho, no hallándose diferencias significativas en el inicio ni en la permanencia de dicha alimentación al tercer mes de vida, lo que no coincide con las creencias ni con lo observado por algunos informantes, que estiman que las mujeres gitanas prolongan la lactancia más allá del año de vida. En algunas ocasiones sería deseable que esto fuera así, ya que la leche materna es el único alimento completo y equilibrado para alimentar a un niño hasta que le aparecen los primeros dientes²¹ y evitaríamos las tan mentadas carencias vitamínicas que se mencionan en algunos informes.

Nuestras madres gitanas, al igual que las payas, inician la lactancia materna aproximadamente en un 70% de los casos, y sólo el 29% la continúan al tercer mes de vida de sus niños, al igual que sucede en otras áreas de nuestro país²².

Dentro de los ingresos en la unidad neonatal llama la atención que es casi 4 veces más probable que un niño gitano necesite ingresar en dicha unidad que un niño no gitano. Descartando que este resultado estuviera dado por enfermedades graves como sepsis o la necesidad de asistencia respiratoria mecánica, ya que estas variables resultaban no significativas en la comparación, se revisan las causas y se observa que hay una tendencia a

ingresar más a los niños gitanos con ictericia (9 de 14) que a los niños payos (5 de 25). Estos ingresos podrían ser "preventivos" o "por riesgo social", hecho que condiciona a ciertos grupos a permanecer hospitalizados más tiempo cuando su enfermedad no lo requiere. fsta es una cuestión que no puede constatar en este estudio por sus limitaciones intrínsecas, pero sería interesante tenerla en cuenta para investigaciones posteriores.

Analizando las enfermedades de posible transmisión genética se encuentra que las malformaciones visibles al nacer o detectadas en forma temprana no presentan diferencias significativas en el estudio, datos que no coinciden con los de Martínez Frías en su estudio comparativo de los niños gitanos y no gitanos de toda España^{12,23,24}. Esto podría estar causado por el reducido tamaño de nuestra muestra. Sin embargo, al estudiar las enfermedades metabólicas o degenerativas se halla una significación del 1,4%. Lo observado coincide con lo encontrado por Barry y Kirke, en un estudio de una comunidad gitana en Irlanda. Estos autores estudiaron todas las anomalías congénitas y encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, pero si excluían las enfermedades metabólicas no hallaban diferencias²⁵. Es posible que en estudios muy amplios y colaborativos se contabilicen 2 o 3 malformaciones pertenecientes a un mismo caso, portador de un síndrome, como casos separados, lo que ampliaría, involuntariamente, la muestra. En nuestra muestra, al ser tan pequeña, se pudo controlar lo comentado anteriormente. Sería interesante valorar nuevamente estas variables ampliando el número de casos y emparejando las edades.

Los controles de salud son incumplidos por los niños gitanos con una alta frecuencia, dato que coincide con lo hallado por otros autores^{15,16}. Analizados estos datos objetivamente pueden hacernos caer en las típicas consideraciones de la falta de interés o la desidia de los padres gitanos por la salud de sus hijos, cuando en realidad deberíamos preguntarnos cuáles son las motivaciones que llevan a estas familias a incumplir dichos controles, y poder así elaborar la estrategia de seguimiento poniendo en marcha planificaciones adecuadas²⁶.

En cuanto a los pesos de nacimiento, no se halló ninguna diferencia; por tanto, parece que la etnia no influye en el desarrollo desde el nacimiento. fste puede ser un punto de partida importante en la investigación del desarrollo, ya que si todos los niños inician su crecimiento en igualdad de condiciones, en cuanto al peso de nacimiento, cabría esperar un desarrollo parecido al resto de los niños españoles.

Evidentemente, este trabajo es una muestra parcial de la situación de salud de los niños gitanos comparada con los niños no gitanos de una región, y tampoco son desconocidos los sesgos con que se cuenta al analizar retrospectivamente los datos de unas historias clínicas, más aún si tenemos en cuenta que fueron realizadas en una época de cambios sociales, económicos y político- sanitarios que pudieron influir en la recogida de los informes médicos.

No obstante, se trató de recoger y analizar aquellos datos objetivos que señalaban la calidad de la salud de los niños que concurrían al centro de salud. No se incluyó en el análisis la situación económica y social de las familias, para no caer en la redundancia de que la pobreza o la marginalidad generan mala calidad de vida y de salud.

De lo observado no podemos decir que los tópicos y las generalidades sobre la forma de vida y conducta de los gitanos, exagerados en muchas ocasiones,

pueden influir en el estado de salud de los niños, pero sí que de algún modo podrían influir en la toma de decisiones.

En definitiva, creemos que estos datos invitan a continuar investigando en esta línea en la que este grupo étnico muestra *a priori* peculiaridades sociales y sanitarias no bien conocidas.

Bibliografía

1. *Junta de Andalucía* Consejería de Salud y Servicios Sociales. Servicio Andaluz de Salud. Guía para la salud infantil en atención primaria. Sevilla: La Junta, 1990.
2. *Gamella J* La población gitana en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, 1996.
3. *San Román T* Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los gitanos. Compilación. Alianza Editorial S.A., 1986.
4. *Del Pino Segura MD, Ardevol Piera E* Antropología urbana de los gitanos de Granada. Edita: Ayuntamiento de Granada, 1986.
5. *Junta de Andalucía* Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Gitanos: una difícil convivencia. En: Gómez Alfaro A. Los Gitanos en la historia y la cultura. Actas de un congreso. Granada: La Junta, 1995; 61-70.
6. *De Pablo R, Vilches C, Moreno ME, Rementeria MC, Solís R, Kreisler M* Distribution of HLA antigens in Spanish Gypsies: a comparative study. *Tissue Antigens* 1992; 40: 187-196.[\[Medline\]](#)
7. *Cerná M, Fernandez Viña M, Ivásková E, Stastny P* Comparison of HLA class II alleles in Gypsy and Czech populations by DNA typing with oligonucleotide probes. *Tissue Antigens* 1992; 39: 111-116.[\[Medline\]](#)
8. *Aguilera C, Guisasola FJ, Padrón F, Martín F* Polimorfismo de la glicoproteína Ib plaquetaria en la población española. *Sangre* 1994; 39: 167-171.[\[Medline\]](#)
9. *Piccolo F, Jeanpierre M, Leturcq F, Dodé C, Azibi K, Toutain A et al* A founder mutation in the gamma-sarcoglycan gene of Gypsies possibly predating their migration out of India. *Hum Mol Genet* 1996; 5: 2019-2022.[\[Medline\]](#)
10. *Bernasovsky I, Halko N, Biros I, Sivakova D* Some genetic markers in Valachian Gypsies in Slovakia. *Gene Geogr* 1994; 8: 99-107.[\[Medline\]](#)
11. *Sivakova D, Sieglova Z, Lubyova B, Novakova J* A genetic profile (Gypsy) subethnic group from a single region in Slovakia. *Gene Geogr* 1994; 8: 109-116.[\[Medline\]](#)
12. *De la Cruz Amorós E* Estudio social y de salud infantil en una comunidad de gitanos [tesis doctoral]. Universidad de Barcelona, 1991.
13. *Porta D, Chierchini P, Bruno L, Fiore L, Cristofaro G, Amato C et al* A seroepidemiological study on the level of immunological coverage in a nomadic population in Rome. *Epidemiol Prev* 1997; 21: 48-53.[\[Medline\]](#)
14. *Martínez Frías ML, Bermejo E* Prevalence of congenital anomaly syndromes in a Spanish Gypsy population. *J Med Genet* 1992; 29: 483-486.[\[Medline\]](#)
15. *Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O* Marginalidad, grupos étnicos y

salud. *An Esp Pediatr* 1992; 36 (Supl 48): 115-117.

16. *Virto Ruiz MT, Marín Alcalá MP, Pascual Val T, López Morras C, Aramburu Bergua I, Zubicoa Ventura J* Hepatitis B endémica en dos minorías étnicas marginales. Estudio comparativo. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 245-248.[\[Medline\]](#)

17. *Avron Y Sweet.* Clasificación del recién nacido de bajo peso. En: Klaus MH, Fanarof AA, editores. *Asistencia del recién nacido de alto riesgo* (21).

18. *Departamento de Pediatría del Hospital Municipal Materno Infantil Dr Ramón Sardá.* Normatizaciones en neonatología. Buenos Aires: Actualidad Científica editores, 1978.

19. *Cruz M, Boch J* Síndromes cromosómicos. En: *Atlas de Síndromes Pediátricos*. Barcelona: EXPAXS, S.A., 1998; 508-510.

20. *Spritz RA, Hearing VJ Jr* Genetic disorders of pigmentation. *Adv Hum Genet* 1994; 22: 1-45.[\[Medline\]](#)

21. *Royal College of Midwives* Lactancia materna. Manual para profesionales. Barcelona: ACPAM, 1994.

22. *Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Victoria Comerzana JC* Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.[\[Medline\]](#)

23. *Martínez Frías ML* Análisis del riesgo que para defectos congénitos tienen diferentes grupos étnicos de nuestro país. *An Esp Pediat* 1998; 48: 395-400.

24. *Martínez Frías ML, Rodríguez Pinilla E, Bermejo Sánchez E, Urioste Azcorra M, Villa Milla A, Lorda Sánchez I et al* Etiologic distribution of children with congenital defects. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 635-638.[\[Medline\]](#)

25. *Barry J, Kirke P* Congenital anomalies in the Irish traveller community. *Ir Med J* 1997; 90: 233-234.[\[Medline\]](#)

26. *Cámara Medina C, Pérez García A, Quesada Lupiáñez P, Sánchez Cantalejo E* Intervención con agentes de salud comunitarios en programas de inmunizaciones en la comunidad gitana. *Aten Primaria* 1994; 13: 415-418.[\[Medline\]](#)