

Semanas 13-14-15-16

Del 27/03 al 23/04 de 2011 ISSN: 2173-9277
2011 Vol. 19 n.º 4 / 48-65 ESPAÑA

 Ministerio de Ciencia e Innovación
Centro Nacional de
Epidemiología
Instituto
de Salud
Carlos III

 Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

SUMARIO

Altas hospitalarias en población inmigrante en 2006-2010 vs. 2001-2002 en la ciudad de Valencia.....

48

ALTAS HOSPITALARIAS EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN 2006-2010 VS. 2001-2002 EN LA CIUDAD DE VALENCIA.

Ortells-Ros, E (7), Navarro-Calderón, E (1), Abad, I (2), Borrás, R. (8), Carbonell, E (1), González, A (3), Gosálbez, E (4), Taberner, F (5), Roig-Sena, FJ (1), Romero, R (6), Zanón, V (7), Salazar, A (1)

- (1) Secció d'Epidemiologia. CSP-Valencia. Conselleria de Sanitat.
- (2) UDCA. Consorci General Universitari. Dpt. Documentació. Universitat de València.
- (3) UDCA. Hospital Arnau de Vilanova. Conselleria de Sanitat. València.
- (4) UDCA. Hospital Universitari La Fe. Conselleria de Sanitat. València.
- (5) UDCA. Hospital Clínic Universitari. Conselleria de Sanitat. València.
- (6) UDCA. Hospital Universitari Dr. Peset. Conselleria de Sanitat. València.
- (7) Servei de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Dr. Peset. Conselleria de Sanitat. València.
- (8) Departament de Microbiologia i Ecologia. Universitat de València.

Resumen

A lo largo de la década, la perspectiva social de la inmigración cobra fuerza frente a la pérdida de interés en el estudio de enfermedades infecto-contagiosas que en un principio suscitaron la investigación sobre posibles enfermedades re-emergentes, presumiblemente importadas y “peligrosas” para la salud pública, aspecto que se ha convertido en anecdótico. Nuestro objetivo ha sido caracterizar la demanda hospitalaria y su variación respecto del inicio de la década.

Se desarrolló un estudio observacional transversal para el periodo 01/01/06 al 31/12/10, al objeto de cuantificar las causas de hospitalización y los diagnósticos al alta de la población inmigrante atendida en los hospitales públicos de la ciudad de Valencia. Se presentan las frecuencias comparadas con el año 2003: edad, su media y mediana; género y su proporción; proporción de altas hospitalarias por regiones geográficas y proporción de los diez primeros diagnósticos de alta agrupados por categorías diagnósticas.

Se recuperaron 22.874 diagnósticos al alta que correspondieron al marco geográfico y censal de la ciudad de Valencia. La proporción de mujeres se ha incrementado en 4 puntos porcentuales respecto de 2002. Los inmigrantes de origen centro y sudamericano predominan tanto al inicio de la década, 58,66%, como en 2010, 67,09%. La categoría “Embarazo y Parto” corresponde en ambos estudios a la causa con mayor proporción de altas (37,71% en 2002 vs. 43,95% en 2010). Los Tumores que pasan

del séptimo lugar en 2002 (3,83%) al quinto en 2010 (5,30%). Las enfermedades infecciosas suponían un 4,38% al principio de la década y representan en la actualidad un 3,22%, en ambos casos el sexto lugar. La TBC constituye la enfermedad infecciosa más prevalente, con un 31,58% de altas infecciosas, frente a un 18,2% en 2002.

La conclusión principal, relacionada con nuestro objetivo, es que la población es ahora todavía más joven que la nacional, por lo que se espera que esta característica dé lugar a unas menores necesidades de atención sanitaria. Coincidimos de nuevo con múltiples autores que inmigración no es sinónimo de problemas sanitarios, sino de retos médicos y sociales.

Introducción

Al inicio de la pasada década nuestra Unidad publicó el primer trabajo sobre frecuentación hospitalaria de la población inmigrante en el Estado Español^{1,2}. Desde aquel momento han acaecido diversos eventos sociales, económicos y políticos que han modificado nuestra perspectiva desde aquel abordaje y que, por otro lado, han corroborado algunas de nuestras conclusiones de 2002. Estos cambios se refieren no sólo a nuestra vivencia cotidiana, sino, especialmente, a la desaparición del estatus de ilegalidad de la mayoría de los inmigrantes, hecho que condicionaba los resultados de los análisis y estudios en aquel momento. Las conclusiones fundamentales fueron que la población inmigrante era joven con una frecuencia de reproducción elevada y su patología parecía estar más relacionada con las condiciones sociales que soportan en nuestro medio que con enfermedades importadas desde su origen, no siendo ajeno a la explicación un posible fenómeno de selección natural de los más sanos tras las penalidades de, en múltiples ocasiones, un prolongado viaje, lo que se ha venido a llamar “efecto del inmigrante sano”.

A lo largo de la década, la perspectiva social de la inmigración cobra fuerza frente a la pérdida de interés en el estudio de enfermedades infecto-contagiosas que en un principio suscitaron la investigación sobre posibles enfermedades re-emergentes, presumiblemente importadas y “peligrosas” para la salud pública, aspecto que se ha convertido en anecdótico. Se establecen como criterios generales³ que las tasas de utilización de los servicios sanitarios son menores en la población inmigrante^{4,5}, que tanto el porcentaje de inmigrantes como el incremento de población se han traducido en una mayor demanda de seguros médicos privados (doble cobertura)⁶ y que, aunque el gasto sanitario imputable a los inmigrantes es menor que el proporcional a su peso en la población, su distribución geográfica no es homogénea y se concentra en cuatro comunidades autónomas (Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia)⁷.

Dada la orientación socioeconómica de los trabajos con mayor impacto⁵⁻⁸ nuestro objetivo ha sido caracterizar la demanda hospitalaria y su variación respecto del inicio de la década.

Diseño del estudio

Se desarrolló un estudio observacional transversal para el periodo 01/01/06 al 31/12/10, al objeto de cuantificar las causas de hospitalización y los diagnósticos al alta de la población inmigrante atendida en los hospitales públicos de la ciudad de Valencia.

Mediante facilidades administrativas del Centro de Salud Pública de Valencia (CSP-Val) se obtuvieron los registros de altas con la participación de los Servicios de Admisión y de Documentación Clínica.

Al objeto de permitir la comparación de los resultados del estudio realizado al inicio de la década^{1,2} se aplicó el mismo perfil de recuperación de datos ya validado en 2002.

La población diana quedó definida como: “Sujeto menor de 65 años, originario de países distintos de la Unión Europea (UE), con domicilio en la ciudad de Valencia, que hubiera causado una estancia igual o mayor de 24 horas en algún centro hospitalario público de la ciudad de Valencia entre el 01/01/06 y el 31/12/10”. Siendo criterios de exclusión: 1) La ciudadanía de países afines a la Unión (Estados Unidos, Japón, Canadá, Australia) ó, 2) haber nacido en España.

Se recuperaron los datos de filiación de los sujetos, su nacionalidad, fecha de ingreso y de alta, diagnóstico principal y segundo y tercer diagnóstico codificados según CIE-9 (5 dígitos), así como las expresiones literales diagnósticas correspondientes.

Se constituyó una base de datos Access unificada a partir de las bases de datos proporcionadas, dicha base de datos permanece custodiada en la Sección de Epidemiología del CSP-Val. Sobre ésta se llevaron a cabo las depuraciones relativas a datos incompletos no concordantes e información complementaria obtenida del Sistema de Información Poblacional (SIP).

Se presentan las frecuencias comparadas del estudio de 2003¹: edad, su media y mediana; género y su proporción; proporción de altas hospitalarias por regiones geográficas y proporción de los diez primeros diagnósticos de alta agrupados por categorías diagnósticas.

Las frecuencias, tablas y gráficos fueron procesados mediante SPSS + V-14.

Resultados

Se recuperaron 55.164 diagnósticos al alta, que tras las depuraciones realizadas, resultaron corresponder al marco geográfico y censal de la ciudad de Valencia un total de 22.874 episodios de alta hospitalaria.

Como muestra la tabla 1, la proporción de mujeres se ha incrementado en 4 puntos porcentuales respecto de 2002; de igual modo la media de edad ha aumentado en ambos sexos: 10 años en los hombres y 6 en las mujeres. Cabe resaltar que, mientras que la mediana de edad en 2002 era similar para ambos sexos (27 años) en 2010 la población femenina es 5 años más joven que la masculina (30 vs. 35 años) como muestra la figura 1.

Figura 1. Distribución por grupos de edad y sexo. Altas hospitalarias de inmigrantes en Valencia-ciudad.

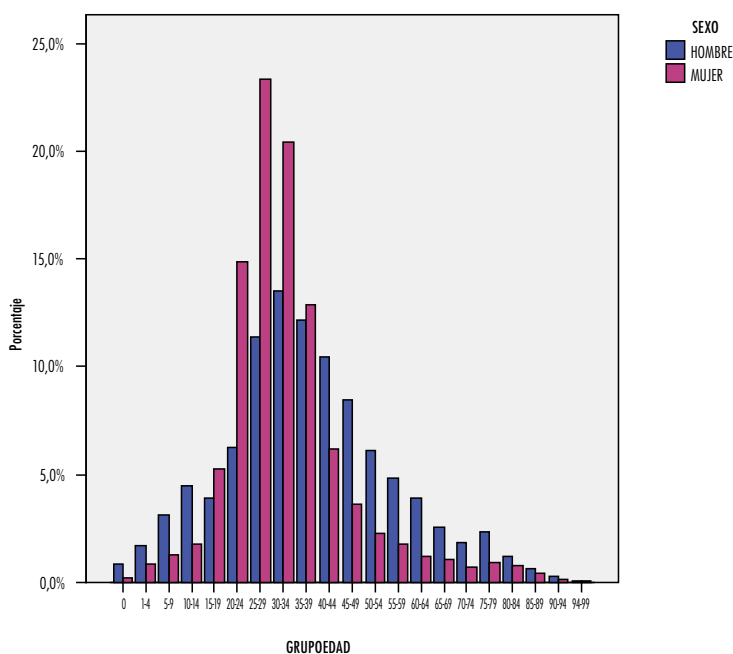


Tabla 1. Distribución comparada de características etáreas. Altas hospitalarias de inmigrantes en Valencia-ciudad.

	2001-2002			2006-2010		
	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Nº sujetos	1.174	520	1.644	16.481	6.393	22.874
% Sexo	68,4	31,6	100	72,05	27,95	100,00
Media Edad	26,87	26,63	26,75	32,01	36,79	33,35
Ds. Edad	11,65	15,29	13,47	12,86	17,67	14,53
Mediana	27	27	27	30	35	31

La proporción de altas hospitalarias por regiones geográficas (tabla 2) muestra que los inmigrantes de origen centro y sudamericano predominan tanto al inicio de la década (58,66%), como en 2010 (67,09%). Es notable que la proporción de inmigrantes procedentes de África subsahariana represente actualmente el 12,07% de las altas hospitalarias frente al 9,32% al inicio de la década. Fenómeno inverso al experimentado por la población de origen magrebí, que ha pasado de representar el 11,54% al 7,87%. Cabe significar que las variaciones relativas a la población europea se hallan condicionadas por los cambios políticos derivados de la integración en la Unión Europea, aspecto que comentaremos en la discusión.

Tabla 2. Distribución proporcional comparada por Región de origen. Altas hospitalarias de inmigrantes en Valencia-ciudad.

	2001/02		2006/10	
	ALTAS	%	ALTAS	%
AMÉRICA Centro y Sur	925	58,66	15.347	67,09
EUROPA NO UE	197	12,49	146	0,64
MAGREB	182	11,54	1.801	7,87
AFRICA SUBSAHARIANA	147	9,32	2.761	12,07
CEI RUSIA	43	2,73	783	3,42
LEJANO ORIENTE	43	2,73	897	3,92
ORIENTE PRÓXIMO	29	1,84	242	1,06
SUBCONTINENTE INDIO	11	0,70	897	3,92
Total	1.577	100,00	22.874	100,00

La tabla 3 muestra que la proporción de los diez primeros diagnósticos, agrupados por categorías corresponden al 88,32% del total en el año 2002 y al 89,06% en el estudio actual. La categoría “Embarazo y Parto” corresponde en ambos estudios a la causa con mayor proporción de altas (37,71% en 2002 vs. 43,95% en 2010) y mientras la segunda corresponde a principios de la década a “Traumatismos”, 12,90%, en 2010 ésta categoría pasa a ser la tercera, con 6,88%. Fenómeno inverso al que sucede con el grupo de enfermedades del Aparato digestivo que pasan de un tercer lugar en 2002 (7,85%) al segundo en 2010 (10,61%).

Tabla 3. Distribución comparada de las diez primeras causas de alta. Altas hospitalarias de inmigrantes en Valencia-ciudad.

Orden	Grandes Grupos CIE-9 ^a	2001/02		2006/10	
		ALTAS	%	ALTAS	%
1	PARTO	620	37,71	10.053	43,95
2	TRAUMATISMOS	212	12,90	1574	6,88
3	APARATO DIGESTIVO	129	7,85	2.427	10,61
4	APARATO GENITOURINARIO	119	7,24	1.199	5,24
5	APARATO RESPIRATORIO	88	5,35	1.221	5,34
6	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	72	4,38	736	3,22
7	TUMORES	63	3,83	1.213	5,30
8	SINDROMES MAL DEFINIDOS	59	3,59	535	2,34
9	SISTEMA OSTEOMUSCULAR	46	2,80	549	2,40
10	APARATO CIRCULATORIO	44	2,68	865	3,78
	TOTAL	1.452	88,32	20.372	89,06

Para el resto de las diez primeras categorías diagnósticas el orden se mantiene de forma similar excepto para los Tumores que pasan del séptimo lugar en 2002 (3,83%) al quinto en 2010 (5,30%).

Las enfermedades infecciosas suponían un 4,38% al principio de la década y representan en la actualidad un 3,22%, en ambos casos el sexto lugar. La Tuberculosis (TBC) constituye la enfermedad infecciosa más prevalente, con un 31,58% de altas, frente a un 18,2% en 2002. La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) representa, con un 10% la segunda causa de infecciones y era irrelevante en 2002. El paludismo se ha mantenido en el 13%. Las altas sin diagnóstico fueron del 1,16% en 2002 y de 0,45% en 2010.

Discusión

Sin lugar a dudas, nuestra observación conlleva las limitaciones inherentes a la prevalencia: ausencia de relación temporal entre exposición y enfermedad, por lo que empleamos la característica “inmigrante” como el elemento básico en la distribución de las frecuencias. En idéntico sentido utilizamos la exhaustividad en la recuperación de los datos y la elevada precisión del diagnóstico hospitalario como elementos que mejoran la validez interna del estudio. Para garantizar la comparabilidad con otros trabajos hemos limitado el espacio geográfico y el tiempo del periodo a estudio.

La conclusión principal, relacionada con nuestro objetivo, comparar las características de los inmigrantes hospitalizados al principio y al final de la década, es que la población es ahora todavía más joven que la nacional, por lo que se espera que esta característica dé lugar a unas menores necesidades de atención sanitaria. Estos resultados coinciden con Muñoz de Bustillo et al⁸ y López Nicolás, et al⁹ para la población latinoamericana.

Como hemos señalado el patrón de distribución de la enfermedad ha cambiado ligeramente. Los partos continúan siendo el principal motivo de alta de la población inmigrante en ambos periodos. Estos datos son coincidentes con los observados por Fuertes et al¹⁰ y por Hernando Arizaleta et al¹¹. Dado que la media de edad de la población femenina ha aumentado en 5 años, una posible hipótesis es que el embarazo se produce cada vez en edades más tardías, asimilando la pauta de la población general. Este aspecto nos resulta de tal interés que será abordado en un estudio en curso sobre la fertilidad de las mujeres inmigrantes.

Las enfermedades infecciosas continúan sin representar un problema de salud pública en la población inmigrante, manteniéndose en una cifra aproximada al 5% de los motivos de alta, lo cual coincide con los últimos estudios publicados. Entre las enfermedades infecciosas, las dos que han presentado en nuestro estudio un mayor incremento son el VIH y la TBC, ambas más relacionadas con las condiciones socioeconómicas precarias que con la importación de agentes patógenos desde países de origen. Esta afirmación sería concordante con la observación de que el paludismo, que sí que podemos considerar una enfermedad importada, se ha mantenido estable durante esta década. Coinciden con nosotros Burillo-Putze y Balanzó¹² que consideran un tópico la afirmación de que los inmigrantes son vectores de enfermedades transmisibles, pero sí están expuestos en los países receptores a condiciones de vulnerabilidad que los predisponen a adquirirlas (VIH, Virus de la Hepatitis B y TBC entre otras)¹³ y que las enfermedades importadas son sobre todo las de distribución cosmopolita y asociadas a situaciones de precariedad económica, es decir, que perpetuar las condiciones de pobreza y marginalidad en el país receptor puede constituir un medio propicio para el desarrollo y transmisión de enfermedades importadas¹⁴.

Es interesante destacar que según nuestros resultados aumentan las enfermedades crónicas, como los Tumores y las Enfermedades del Aparato Circulatorio, que pasan de un 2,68% a un 3,78% en esta década. Este hecho podría significar que los inmigrantes empiezan a adquirir lentamente un patrón de enfermedad propio del país de acogida, adoptando progresivamente factores de riesgo cardiovascular característicos de estas enfermedades, que son las que cuentan con una mayor prevalencia en nuestro territorio o las características vitales que se asocian a una mayor frecuencia de cáncer (longevidad, asociada a mejores condiciones socioeconómicas que en sus regiones de origen). No en vano, algunos autores¹² proponen ya como área de mejora las actividades preventivas dedicadas a la salud cardiovascular, entre otras.

Finalmente, los cambios acaecidos en la Unión Europea con la incorporación de países del Este, ha conllevado una distorsión en la distribución de la patología atribuible al concepto de inmigrante. Sirva de ejemplo la población de origen rumano, cuyo patrón de altas hospitalarias coincide con países de hondo subdesarrollo mientras su condición legal actual es de europea en el espacio Schengen.

Por ello consideramos que, pese a la clasificación, siempre arbitraria, de inmigrante o autóctono, la enfermedad tiene finalmente una distribución social. Coincidimos de nuevo con Burillo-Putze y Balanzó¹² en afirmar que inmigración no es sinónimo de problemas sanitarios, sino de retos médicos y sociales y a enriquecimiento cultural en una sociedad moderna, plural y global.

Bibliografía

1. Salazar A, Navarro-Calderón E, Almela F, Abad I, Borrás R, Gonzalez A, Gosálbez E, Palau P, Romero R, Soto L, Taberner F. Altas hospitalarias de la población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Bol Epidemiol Semanal* 2003; 11(5): 49-60.
2. Salazar A, Navarro-Calderón E, Abad I, Alberola V, Almela F, Borrás R, González A, Gosálbez E, Moya MJ, Palau P, Roig FJ, Romero R, Taberner F, Vicente P. Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001-2002). *Rev. Esp. Salud Publica* 2003; 77.
3. Oliva J, Pérez G. Inmigración y salud. *Gac Sanit* 2009 23 1-3; 23 (1).
4. Hernández J, Blanco A. El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. *Gac Sanit.* 2009; 23 (1): 25-28.
5. Rodríguez E, Lamborena N, Errami M, et al. Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes del País Vasco. *Gac Sanit.* 2009; 23 (1): 29-37.
6. Jimenez-Martín S, Jorgensen N, Inmigración y demanda de seguros sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23 (1): 19-24.
7. Hernández J, Blanco A. El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. *Gac Sanit.* 2009; 23 (1): 25-28.
8. Muñoz-de Bustillo R, Antón JI. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Salud Pub Mex* 2010; 52 (4): 357-363.
9. López-Nicolás A, Ramos Parreño JM. Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2009; 23 (1): 12-18.
10. Fuertes MC, Elizalde L, de Andrés MR, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe JM, Bustince P. Atención al paciente inmigrante: Realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33 (2): 179-190.
11. Hernado Arizaleta L, Palomar Rodriguez J, Maárquez Cid M, Monteagudo piqueras O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria : frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gac Sanit.* 2009; 23 (3): 208-215.
12. Burillo -Putze G y Balanzó X. Desmontando tópicos sobre inmigración y salud. *An.Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33 (2): 127-131.
13. Picco G. Respuesta a: La inmigración en Canarias y su posible influencia sobre la tuberculosis. *Med. Clin (Barc)* 2001; 117: 517-518.
14. Roca C, Balanzó X, Fernández Roure JL, Saucá G, Savall R, Gascon J et al Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. *Med. Clin (Barc)* 2002; 119: 616-619.