ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS

www.elsevier.es/actasuro

Original – Gestión

Análisis de la demanda de asistencia urológica en un centro de especialidades con una tasa elevada de inmigración

Violeta Menéndez López^{a,*}, José Placer Santos^b, Antonio Fernández Suárez^c, Sandra Tarragon Gabarró^d y María García Linares^e

^aServicio de Urología, Hospital Sant Camil, Sant Pere de Ribes, Barcelona, España

^bServicio de Urología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

^cServicio de Análisis Clínicos, Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, España

^dServicio de Urología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^eEAP Raval Sud, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de febrero de 2009

Aceptado el 24 de abril de 2009

Palabras clave:

Inmigración

Patología

Asistencia urológica

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio es describir los tipos de pacientes y patologías por los que son remitidos a la consulta de urología desde las áreas de atención primaria. El área seleccionada para este trabajo es el barrio del Raval Sur, situado en una zona de la ciudad de Barcelona donde se concentra una gran cantidad de inmigrantes. Ello nos permitirá conocer las necesidades sanitarias de este grupo de población emergente que empieza a cobrar una gran importancia en numerosas ciudades españolas, por lo menos en lo referente a la especialidad de urología.

Pacientes y métodos: Se estudió, de forma prospectiva, a todos los pacientes que fueron visitados en la consulta de urología del centro de especialidades del Raval Sur de Barcelona durante el año 2007. La población elegida fue toda la que acudió por primera vez a la consulta de urología en dicho período.

Resultados: Se estudió a 247 pacientes, de los cuales 124 eran españoles, 75 indostaníes, 27 americanos, 11 africanos y 10 del resto de países. La edad media $\pm$ desviación estándar fue superior en los pacientes españoles, con $57,86 \pm 17,85$ años, frente a los $37,54 \pm 11,07$ años en el resto de nacionalidades; en ambos grupos predominó el sexo masculino. Se observaron diferencias entre los distintos grupos de pacientes en la sintomatología prostática, que fue del 32,4% en los españoles, el 7,95% de los indostaníes, el 17,2% de los americanos y el 9,1% de los africanos. Igualmente, se observaron diferencias significativas en el aumento del antígeno prostático específico (PSA), con un 15,2% de los españoles, y ningún caso del resto de grupos. La patología funcional de la esfera sexual sólo fue motivo de consulta en el grupo de los pacientes indostaníes, con un 56,8%. La fimosis-vasectomía fue el motivo de consulta en el 9,8% de los españoles, el 2,7% de los indostaníes y el 25% de los americanos, y no fue requerida por ningún paciente de origen africano. En el caso del dolor lumbar, también se observaron diferencias, con un 0,7% de los españoles, un 1,35% de los indostaníes y un 18,2% de los africanos, y no fue la razón de la consulta en ningún paciente americano. La hematuria macroscópica se presentó en el 5,1% de los españoles, el 3,4% de los americanos, el 18,2% de los africanos y en ningún indostaní.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: viomenendez@gmail.com (V. Menéndez López).

Conclusiones: El motivo de consulta más frecuente en el grupo de pacientes españoles fue la sintomatología debida a la hipertrofia prostática; en el grupo de pacientes americanos, la demanda de intervención por fimosis o la esterilización quirúrgica, y los pacientes indostaníes consultan preferentemente por patología múltiple de la esfera sexual, que alcanza el 56,8% en los pacientes de este grupo. No hay grandes diferencias en cuanto al número de exploraciones complementarias o al número de visitas que se necesitaron para el diagnóstico entre las distintas nacionalidades. Uno de los problemas que más se observa es la falta de asistencia a las citas en algunos pacientes, que es el doble en el grupo de pacientes extranjeros frente a los españoles y superior en el grupo de los africanos e indostaníes.

© 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Urology care demand analysis in a specialty centre with a high percentage of immigrant patients

A B S T R A C T

Keywords:
Immigration
Pathology
Urology care demand

Objective: The objective of this study is to describe patients referred for urological examination by their primary health care centres according to ethnicity and the disorders in question. The area selected for this study is the Raval Sur neighborhood in the city of Barcelona which has a high immigrant population. This will enable us to understand the health needs of an emerging population which is gaining considerable importance in many Spanish cities, at least where the specialty of urology is concerned.

Patients and methods: Prospective study of all patients who visited the urology division at Barcelona's Raval Sur Specialty Centre during 2007. The chosen population consisted of all patients visiting the urology division for the first time.

Results: We studied 247 patients, of whom 124 were Spanish, 75 South Asian, 27 Americans, 11 Africans and 10 from other countries. The average age was higher in Spanish patients: 57.86 ± 17.85 years compared with 37.54 ± 11.07 years for other nationalities. Both groups were predominantly male. Statistical differences for prostate symptoms were observed between patient groups; these symptoms were present in 32.4% of Spanish patients, 7.95% of South Asians, 17.2% of Americans and 9.1% of Africans. Significant differences were also seen in the PSA increase, affecting 15.2% of Spaniards, with no cases in other groups. Sexual functional pathology was only a motive for examination in the South Asian group, with 56.8% of patients. Phymosis and vasectomy surgery were the reasons for consultation in 9.8% of Spaniards, 2.7% of South Asians, 25% of Americans and were not required by any patient of African origin. Lower back pain was also observed in 0.7% of Spaniards, 1.35% of South Asians and 18.2% of Africans, but in none of the American patients. Gross haematuria was present in 5.1% of Spaniards, 3.4% of Americans, 18.2% of Africans and in no South Asian patients.

Conclusions: The most common reason for consultation in the Spanish patient group was prostatic hypertrophy, American patients requested phymosis surgery or surgical sterilization, and South Asians visited for different sexual pathologies, which affected 56.8% of patients in this group. There were no significant differences in the number of additional examinations or in the number of visits required for diagnosis between the different ethnic groups. One problem that we noted was the missed appointment rate for some patients, which is twice as high in the immigrant group as among Spanish patients and highest in the African and South Asian groups.

© 2009 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El fenómeno de la inmigración fue muy habitual en la España de los años sesenta, en que un gran número de españoles se fueron a trabajar a Europa. Sin embargo, en los últimos 20 años este fenómeno se ha invertido, fruto de varios factores: la entrada de España en la Unión Europea (UE), un mayor desa-

rrrollo económico, el proceso de la industrialización, el declive de los países subsaharianos y latinoamericanos, la desestabilización de los Balcanes y la separación de los países de la URSS. Además, la especial localización geográfica de España la convierte en la puerta de entrada para toda Europa^{1,2}.

En la última década, la inmigración internacional con destino a Madrid y Barcelona, las dos principales áreas

metropolitanas españolas, se ha multiplicado. Los datos del padrón municipal indican que la cifra de extranjeros que viven en estas dos regiones se ha aproximado al millón de personas a principios de 2003³. La evolución más reciente de este fenómeno indica además que, desde esa fecha hasta la actualidad, el crecimiento de la población extranjera se sitúa en torno al 30% anual. Según informaciones orales recogidas en entrevistas personales a miembros de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de diferentes organismos estatales, es necesario sumar la presencia de, por lo menos, un cuarto de millón de personas que no aparecen en las estadísticas del padrón. Con las cifras del padrón de habitantes del 2007, la población inmigrante censada en las áreas metropolitanas de Madrid y Barcelona asciende a un millón ochocientos mil³, cifra que equivale al 15% de la población total⁴.

En los últimos tiempos, por tanto, las cifras de inmigrantes se acercan progresivamente a las tasas de inmigración de otras ciudades europeas. Sin embargo, existe una gran diferencia entre la inserción de extranjeros en las grandes ciudades españolas y las de Europa occidental, aunque todas ellas tienen una población extranjera que oscila entre el 15 y el 30% de su población. Los procesos de integración social son producto de una trayectoria de varias décadas, que parte de la posguerra y las décadas de 1950 y de 1960. Por el contrario, el proceso de inmigración en las ciudades españolas ha sido masivo y se ha producido en un período muy corto, que apenas abarca una década⁴.

La situación en la ciudad de Barcelona no es igual a la de Madrid; destacan la menor proporción de latinoamericanos (122.047) y la menor importancia de los ciudadanos europeos (77.072). A su vez, la proporción de personas de origen asiático (41.131) y de inmigrantes provenientes del Magreb (14.882) duplica claramente la cuota de Madrid. A diferencia de Madrid, en Barcelona se da una concentración más alta de asiáticos que de europeos del Este. Existe, además, una notable presencia de pakistaníes (13.593), chinos (11.403) o filipinos (6.357)⁵.

Las necesidades sanitarias de estos grupos de pacientes pueden ser distintas de las de la población española, debido a sus especiales circunstancias, a las posibles carencias sanitarias de sus países de origen, a sus diferencias culturales o religiosas, así como a su falta de "cultura sanitaria", que les lleva a solicitar asistencia por problemas banales o, lo que es peor, a no reconocer los síntomas de alarma. Por todo ello, debemos conocer la demanda de recursos de estos grupos poblacionales, sus necesidades y la casuística de las patologías que les afectan para poder detectar los problemas que puedan surgir en su asistencia, y permitir adelantarnos en la búsqueda de soluciones a éstos.

Pacientes y métodos

Se estudió, de forma prospectiva, a todos los pacientes que fueron visitados en la consulta de urología del centro de especialidades del Raval Sur de Barcelona, durante el año 2007. La consulta tiene periodicidad semanal. El área de estudio es la población residente atendida en el área de salud del Raval Sur, que pertenece al distrito de Ciutat Vella. La población elegida

fue toda la que acudió por primera vez a la consulta de urología en dicho período, así como aquellos que no habían acudido a ésta en los últimos 5 años, y sí lo hicieron en 2007.

Para cada paciente se recogieron las variables edad, sexo, nacionalidad, estado civil, tipo de núcleo familiar, motivo de consulta, número de exploraciones complementarias que se realizaron a partir de la primera visita en urología, número de visitas que precisaron para el estudio de su patología, número de visitas a las que no acudieron y tipo de alta. Para los pacientes inmigrantes también se anotó el número de años de residencia en España y el nivel de comprensión del idioma español.

Ante la dispersión encontrada en lo referente a las nacionalidades, para su análisis se agruparon en distintos grupos poblacionales: españoles, europeos, africanos, americanos y otros. Dadas la alta incidencia de pacientes procedentes de Pakistán, Bangladesh e India y sus similitudes culturales e históricas, se agruparon en un único grupo de población denominado indostaníes. Dada la heterogeneidad de patologías observadas, se agruparon los motivos de consulta en patología testicular benigna (hidrocele, quiste de cordón, varicocele), síntomas del tracto urinario inferior (STUI), aumento de antígeno prostático específico (PSA), infecciones del tracto urinario inferior (ITU), fimosis-vasectomía, disfunción eréctil, litiasis renal-cólico nefrítico, incontinencia urinaria femenina (IU), algias testiculares inespecíficas, hematuria, orquitis-prostatitis, dolor lumbar, sintomatología de la esfera sexual y otros. La sintomatología de la esfera sexual agrupó a aquellos pacientes que referían 2 o más síntomas del tipo eyaculación precoz, disfunción eréctil, quejas sobre el tamaño del pene, cantidad o calidad del semen, eyaculación nocturna o durante la micción, ninguna de ellas con causa orgánica. Se incluyeron, en otros, aquellas patologías por las que consultó sólo un paciente.

La información se recogió mediante un cuestionario cerrado, que se fue cumplimentando de forma concurrente al proceso asistencial y parte de los datos se completaron mediante entrevista telefónica.

Los pacientes fueron excluidos del estudio cuando dejaban de acudir a la consulta, eran dados de alta en la consulta de urología, quedaban emplazados para una revisión rutinaria de su patología o eran remitidos al hospital de referencia para completar el diagnóstico o tratamiento. Algunos pacientes, en el momento de analizar los datos, estaban pendientes de algunas pruebas diagnósticas.

Para la realización del análisis estadístico se utilizaron las pruebas de la χ^2 , de la t de Student y el análisis de la varianza usando el paquete estadístico SPSS 15.0, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Se estudió a 247 pacientes, de los cuales 124 (50,20%) eran españoles, 75 (30,36%) indostaníes, 27 (10,93%) americanos, 11 (4,45%) africanos y 10 (4,06%) del resto de países.

La edad media $\pm$ desviación estándar (DE) fue superior en los pacientes españoles con $57,86 \pm 17,85$ años frente a los $37,54 \pm 11,07$ años en el resto de nacionalidades; las diferen-

Tabla 1 – Distribución por edad de los grupos poblacionales

Grupos de población	Edad (años) (media ± DE)	p
Espanoles	57,86 ± 17,85	< 0,05
Indostaníes	36,07 ± 10,00	
Americanos	36,90 ± 13,00	
Africanos	46,27 ± 8,04	
Resto del mundo	40,64 ± 19,94	
DE: desviación estándar.		

Tabla 2 – Distribución por sexo de los grupos poblacionales

	Sexo		Total
	Varones, n (%)	Mujeres, n (%)	
Espanoles	112 (82,4)	24 (17,6)	136 (51,7%)
Indostaníes	74 (97,4)	2 (2,6)	76 (28,9%)
Americanos	24 (82,8)	5 (17,2)	29 (11,0%)
Africanos	10 (90,9)	1 (9,1)	11 (4,2%)
Resto del mundo	9 (81,8)	2 (18,2)	11 (4,2%)
Total	229 (87,1)	34 (12,9)	263 (100)

cias fueron estadísticamente significativas (tabla 1). En cuanto al sexo, en ambos grupos predomina el sexo masculino, en el grupo de pacientes españoles se asistió a 24 (17,6%) mujeres frente al resto de nacionalidades en las que se visitaron a 10 (7,9%) mujeres; las diferencias fueron significativas (tabla 2).

No se observan diferencias en lo referente al estado civil en los diferentes grupos de población; en todos ellos predominaron los pacientes casados, con un 65,6%, seguido de un 25,1% de pacientes solteros; éstos eran más frecuentes en el grupo americano, con un 37%, frente a los africanos que se encontraban solteros en el 9,1% y el 81,8%, casados.

En cuanto al tipo de residencia, es decir, si viven con su familia, con amigos, solos o en residencia asistida, en el grupo de pacientes españoles predomina la residencia con la familia, con un 73,4%, poco habitual con el resto de nacionalidades, con un 38,2%; en éstos es más habitual residir con grupos de amigos, con un 51,7% frente al 0% de los españoles que acuden a la consulta. El 80% de los pacientes indostaníes viven en pisos compartidos.

En los pacientes extranjeros, la media $\pm$ DE de tiempo que llevaban residiendo en España fue 5,18 $\pm$ 3,78 años para el grupo de los indostaníes, 7,92 $\pm$ 6,97 años para los america-

nos, 16,36 $\pm$ 13,37 años para los pacientes africanos y para el resto 6,27 $\pm$ 5,00 años; las diferencias entre estos grupos fueron estadísticamente significativas.

En cuanto al conocimiento del idioma español en aquellos pacientes en los que no es su idioma nativo, fue nulo en el 5%, poco en el 39%, medio en el 27% y alto en el 29% de los pacientes (tabla 3).

Se recogió el tipo de patología por la que consultaban, analizamos sus frecuencias y su relación con el grupo de población (tablas 4 y 5). Sólo se observaron diferencias entre los distintos grupos de pacientes en la STUI, que fue del 39,3% en los españoles, el 8,1% de los indostaníes, el 21,7% de los americanos y el 10% de los africanos. Igualmente, se observaron diferencias significativas en el aumento del PSA, con un 15,2% de los españoles y ningún caso del resto de grupos. La patología funcional de la esfera sexual sólo fue motivo de consulta en el grupo de los pacientes varones indostaníes, con un 56,8%. La fimosis-vasectomía fue el motivo de consulta en el 9,8% de los españoles, el 2,7% de los indostaníes, el 26,1% de los americanos y no fue requerida por ningún paciente de origen africano. En el caso del dolor lumbar, también se observaron diferencias, con un 0,7% de los españoles, un 1,35% de los indostaníes y un 18,2% de los africanos, y no fue la razón de la consulta en ningún paciente americano. La hematuria macroscópica se presentó en el 5,1% de los españoles, el 3,4% de los americanos, el 18,2% de los africanos y en ningún indostaní.

En cuanto el número de peticiones que requirió cada paciente para su estudio, no hubo diferencias en los distintos grupos de nacionalidades, con 1,53 $\pm$ 1,16 en los españoles frente a 1,51 $\pm$ 1,33 en el resto de pacientes.

El número de visitas al urólogo fue algo superior en el grupo de españoles al compararlos con el resto de grupos poblacionales (tabla 6). Los que más citas perdieron fueron los africanos (0,82 $\pm$ 0,87) e indostaníes (0,76 $\pm$ 0,94) frente a los españoles (0,35 $\pm$ 0,56) (tabla 7).

El destino de los pacientes al alta se recoge en la tabla 8.

Discusión

El barrio del Raval, que pertenece al distrito de Ciutat Vella, es uno de los más pequeños de la ciudad, y con una densidad de población muy superior a la del resto de la ciudad de Barcelona. Con una superficie de 108,9 Ha, cuenta con una población censada de 46.595 habitantes, de los cuales 25.096 tienen la nacionalidad española (53,86%), 10.496 son de origen asiático (22,53%), 4.913 son americanos del sur (10,54%), 3.944 son ciudadanos de la UE (8,46%) y 2.154 son africanos (4,62%)⁵.

Tabla 3 – Distribución de la barrera idiomática entre los grupos poblacionales

	Conocimiento del español			
	Nulo, n (%)	Poco, n (%)	Medio, n (%)	Alto, n (%)
Indostaníes	4 (5,3)	33 (43,4)	26 (34,2)	13 (17,1)
Africanos	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	7 (63,6)
Resto del mundo	0	7 (31,8)	4 (18,2)	11 (50,0)
Total	5 (5,0)	39 (39,0)	27 (27,0)	29 (29,0)

Tabla 4 – Distribución de patologías entre los pacientes varones de los grupos poblacionales

	Grupos de población (varón)					Total
	Espanoles, n (%)	Indostaníes, n (%)	Americanos, n (%)	Africanos, n (%)	Resto del mundo, n (%)	
STUI*	44 (39,3)	6 (8,1)	5 (21,7)	1 (10,0)	1 (11,1)	57
Patología funcional sexual*	0	42 (56,8)	0	0	1 (11,1)	43
Fimosis-vasectomía*	11 (9,8)	2 (2,7)	6 (26,1)	0	2 (22,2)	21
Algas testiculares	5 (4,5)	8 (10,8)	2 (8,7)	1 (10,0)	2 (22,2)	18
Disfunción eréctil	7 (6,3)	4 (5,4)	3 (13,0)	2 (20,0)	1 (11,1)	17
Aumento de PSA*	17 (15,2)	0	0	0	0	17
Patología varia	7 (6,3)	5 (6,8)	3 (13,0)	1 (10,0)	0	16
Patología testicular	8 (7,1)	2 (2,7)	2 (8,7)	0	1 (11,1)	13
Litiasis-cólico nefrítico	5 (4,5)	2 (2,7)	2 (8,7)	2 (20,0)	0	11
Hematuria*	5 (4,5)	0	0	2 (20,0)	1 (11,1)	8
Prostatitis-orquitis	3 (2,7)	2 (2,7)	0	0	0	5
Dolor lumbar*	0	1 (1,4)	0	1 (10,0)	0	2
Total	112 (100)	74 (100)	23 (100)	10 (100)	9 (100)	228

PSA: antígeno prostático específico.

STUI: síntomas del tracto urinario inferior.

*p < 0,05.

Tabla 5 – Distribución de patologías entre los pacientes mujeres de los grupos poblacionales

	Grupos de población (mujer)					Total
	Espanoles, n (%)	Indostaníes, n (%)	Americanos, n (%)	Africanos, n (%)	Resto del mundo, n (%)	
Incontinencia urinaria	12 (50,0)	0	0	0	1 (50,0)	13
Litiasis-cólico nefrítico	5 (20,8)	1 (50,0)	2 (40,0)	0	0	8
ITU*	2 (8,3)	1 (50,0)	2 (20,0)	0	1 (5,0)	6
Hematuria*	2 (8,3)	0	1 (20,0)	0	0	3
Patología varia	2 (8,3)	0	0	0	0	2
Dolor lumbar*	1 (4,2)	0	0	1 (100)	0	2
Total	24 (100)	2 (100)	5 (100)	1 (100)	2 (100)	34

ITU: infección del tracto urinario.

* p < 0,05.

Tabla 6 – Visitas en cada grupo poblacional

	Número de visitas (media ± DE)	p
Espanoles	2,01 ± 1,17	< 0,01
Indostaníes	1,41 ± 0,69	
Americanos	1,48 ± 0,74	
Africanos	1,55 ± 0,93	
Resto del mundo	1,27 ± 0,47	

DE: desviación estándar.

Tabla 7 – Número de visitas perdidas en cada grupo poblacional

	Número de visitas (media ± DE)	p
Espanoles	0,35 ± 0,56	< 0,01
Indostaníes	0,76 ± 0,94	
Americanos	0,62 ± 1,24	
Africanos	0,82 ± 0,87	
Resto del mundo	0,36 ± 0,81	

DE: desviación estándar.

Además, existe una población “fantasma” que no aparece en ningún censo o registro administrativo, pero sí en las consultas médicas.

La concentración de inmigrantes en el distrito de Ciutat Vella ha pasado de ser de 15.513 extranjeros en enero de 2001 a 49.826 en junio de 2006. Este distrito es una verdadera Babel, con un 44,1% de inmigrantes. Además, es en el Raval donde se halla la mayor concentración de inmigrantes de

toda la ciudad, con 21.499 inmigrantes empadronados, casi un 9% del total. A todo ello podríamos sumar que, según el Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 46% de los inmigrantes no está regularizado⁶.

Por lo que respecta a la segregación del territorio por nacionalidades, existen patrones de comportamiento muy interesantes⁴. Las nacionalidades latinoamericanas se distribuyen

Tabla 8 – Destino al alta en cada grupo poblacional

	Alta, n (%)	Control, n (%)	Hospital, n (%)	No acude, n (%)	Pendiente de diagnóstico, n (%)	Total
Espanoles	25 (18,4)	58 (42,6)	36 (26,5)	14 (10,3)	3 (2,2)	136
Indostaníes	23 (30,3)	14 (18,4)	3 (3,9)	34 (44,7)	2 (2,6)	76
Americanos	10 (34,5)	5 (17,2)	6 (20,7)	5 (17,2)	3 (10,3)	29
Africanos	4 (36,4)	1 (9,1)	2 (18,2)	3 (27,3)	1 (9,1)	11
Resto del mundo	2 (18,2)	4 (36,4)	2 (18,2)	2 (18,2)	0	11
Total	64 (24,3)	82 (31,2)	49 (18,6)	58 (22,1)	10 (3,8)	247

de forma muy amplia y difusa por los barrios. Por su parte, los marroquíes se reparten por diferentes barrios de la ciudad, pero presentan mayor definición territorial que los latinoamericanos (en todos los barrios del distrito de Ciutat Vella, además de en los barrios de Poble Sec y Poble Nou). Las pautas de concentración de los asiáticos son mucho más marcadas. En el Raval, en concreto, compiten pakistaníes y filipinos, que son dos de las comunidades más concentradas en términos relativos y absolutos de la ciudad. También los hindúes y nacionales de Bangladesh viven preferentemente en esta área.

La nacionalidad del grupo de pacientes de nuestro estudio concuerda, en parte, con los datos de demografía de la zona, con un 51,75% de pacientes españoles, un 28,9% de pacientes indostaníes (el 79% de origen pakistaní), un 11% de origen americano, un 4,2% de africanos y un 4,2% de otras nacionalidades minoritarias. Sin embargo, sólo se visitaron 2 (0,8%) pacientes filipinos, 7 (2,7%) de origen hindú y 8 (3%) pacientes procedentes de Bangladesh, que según datos de la demografía son poblaciones que se concentran en el Raval.

Se observaron diferencias en la edad entre el grupo de pacientes españoles, con una edad, media $\pm$ DE, de 57,86 $\pm$ 17,85 años frente al resto de los grupos, en los que la edad, media $\pm$ DE, era de 37,54 $\pm$ 11,07, resultados concordantes con los observados en otras publicaciones que estudian el fenómeno de la inmigración en España⁷. Esta diferencia se mantiene al desglosar en las diferentes nacionalidades; esto nos confirma que el fenómeno de la inmigración es de reciente instauración, dado que no ha habido aún agrupación familiar ascendente. También podría deberse a la alta incidencia de pacientes indostaníes que viven en el barrio sin familia; además, son éstos el grupo de inmigrantes que han accedido a la inmigración más recientemente, con una estancia media en España de 5,18 años.

Si nos centramos en el sexo de los pacientes, en el grupo de pacientes españoles, las mujeres representan al 17,6% de los pacientes frente a sólo un 7,9% del resto de grupos. Se puede observar que en el grupo de indostaníes sólo el 2,5% son mujeres, posiblemente debido al papel de la mujer en las sociedades de religión principalmente musulmana.

Los pacientes indostaníes están casados el 72% y, sin embargo, son los que menos agregación familiar tienen, dado que el 80% viven en pisos compartidos con amigos. También la inmensa mayoría de los africanos están casados (81%) y el 72,75% de ellos vive con su familia. En términos generales, están casados el 69,1% de los inmigrantes frente al 62,1% de los españoles.

Una de las mayores diferencias entre los grupos aparece al revisar los motivos de consulta. En nuestro estudio, el motivo de consulta más frecuente en el grupo de pacientes españoles fue la sintomatología debida a la hipertrofia prostática, con un 39,3% de los casos; las diferencias con las otras nacionalidades son significativas. Esto es lógico, dado que la edad media del resto de los grupos de población es inferior a la de los españoles. En el grupo de pacientes americanos, el motivo más frecuente de consulta es la demanda de intervención por fimosis o la esterilización quirúrgica, seguida de los STUI. El grupo de pacientes indostaníes consultan preferentemente por patología de la esfera sexual, en la que coexisten 2 o más síntomas que incluyen alteraciones en la eyaculación, calidad de las erecciones, calidad en la consistencia o volumen del semen y pérdida de semen espontánea y quejas sobre tamaño y forma del pene, y son prácticamente los únicos que presentan este tipo de problemas.

Entre los varones, encontramos diferencias entre la población española y las otras en cuanto a motivos de consulta de aquellas patologías que afectan a pacientes de edades más avanzadas (STUI y aumento del PSA). La hematuria y el dolor lumbar, principalmente de origen mecánico, es motivo de consulta más frecuente en los africanos; sin embargo, el número de casos no es numeroso. Como se ha comentado anteriormente, llama la atención la alta incidencia de patología de la esfera sexual en los pacientes indostaníes, que es del 56,8%, sobre todo teniendo en cuenta la edad media (36 años) de este grupo de pacientes. Según varios autores, esto está causado por el valor cultural que se le da a los temas sexuales, la estricta prohibición del coito fuera del matrimonio, incluso de la masturbación, y a la importancia que se atribuye a la calidad del semen en la vitalidad del individuo⁸.

En el caso de las mujeres, predomina la incontinencia urinaria y la patología litiasica en el grupo de las pacientes españolas, frente a las infecciones y las litiasis en el resto de grupos. Sin embargo, el número de mujeres inmigrantes es demasiado pequeño para obtener conclusiones significativas.

No se observaron diferencias significativas en cuanto al número de exploraciones complementarias que se precisaron para completar los estudios de cada paciente, aunque ello se ve fuertemente influido por el número de exploraciones que se realizaron a cada paciente antes de remitirlo a la consulta de urología, ya que depende en gran medida del médico remitente.

El número de visitas que se necesitaron para el diagnóstico fue superior en el grupo de españoles, con una media $\pm$ DE

de $2,01 \pm 1,17$ visitas, frente a $1,43 \pm 0,71$ visitas en el resto de pacientes. Ello puede deberse a la diferente complejidad de las patologías que prevalecen en los distintos grupos; sin embargo, estas diferencias en el número de visitas, aunque significativas, son clínicamente poco importantes.

Uno de los problemas que más se observa de forma subjetiva en la consulta es la falta de asistencia a las citas en algunos tipos de pacientes, así como la falta de compromiso a la hora de respetar la hora de la misma. Esta falta a las citas es el doble en el grupo de pacientes extranjeros frente a los españoles, y superior en el grupo de los africanos e indostaníes (tabla 7). La falta a las citas podría deberse a la precariedad de los trabajos y el miedo al despido en estos grupos, que no les permiten solicitar permisos para realizar exploraciones o acudir al médico. Pero en lo referente a la demora en la hora de las citas parece más bien cultural, pues no suelen entender el enojo del personal sanitario cuando acuden a otra hora distinta de la asignada.

Los pacientes españoles son los que más frecuentemente pasaron a control periódico o fueron remitidos al hospital para completar el estudio o tratamiento quirúrgico. Ello se debe a la mayor incidencia de patología crónica en los grupos de mayor edad. Los pacientes indostaníes son los que más faltaron a sus citas; se perdió el 44,7% para el estudio. Los grupos de pacientes americanos (34,5%) y africanos (36,4%) son los que más frecuentemente recibieron el alta, posiblemente por la banalidad de su patología.

La inmigración implica un cambio importante en la configuración de la sociedad⁹. La Ley de Extranjería recoge, en su artículo 12, el derecho a la asistencia sanitaria de cualquier extranjero que se encuentre en el territorio español, en iguales condiciones que los ciudadanos españoles¹⁰; por ello, para las previsiones del Sistema Nacional de Salud y los sistemas sanitarios autonómicos, es importante prever y proveer para preparar y afrontar esta nueva situación.

La asistencia sanitaria al inmigrante trae consigo grandes problemas, como puede ser la barrera idiomática. En nuestro estudio, encontramos que el conocimiento de nuestro idioma, en aquellos pacientes en los cuales no es su idioma nativo, fue nulo en el 5%, poco en el 39%, medio en el 27% y alto en el 29%. A ello se suma el desconocimiento de los profesionales médicos de enfermedades poco frecuentes en España, pero que pueden ser endémicas en otros países, la precariedad económica que influye en el cumplimiento de los tratamientos, la falta de apoyos familiares en algunos grupos más reacios a la agrupación familiar, en los cuales la esposa y los hijos permanecen en el país de origen (como es el caso de los indostaníes) y la presencia de valores culturales que pueden estar reñidos con normas de higiene y prácticas nutricionales deseables. También hay que añadir las deficientes condiciones higiénicas de la vivienda en muchos casos, hacinamiento que reduce la privacidad y dificulta la higiene, condiciones laborales de alto riesgo (agricultura, construcción), horarios largos, explotación laboral, deficiencia en la accesibilidad a los servicios sanitarios por no disponer de tarjeta sanitaria o no conocer los pasos para acceder a ella, lo que les lleva a acudir con innecesaria frecuencia al servicio de urgencias y a no respetar el día ni la hora de la cita previa¹¹.

Conclusiones

El proceso de inmigración ocurrido en las ciudades españolas ha sido masivo y se ha producido en un período muy corto, que apenas abarca una década. La inmigración implica un cambio importante en la configuración de la sociedad y puede suponer un problema para las previsiones del Sistema Nacional de Salud. Por ello es importante prepararse para afrontar esta nueva situación y conocer las necesidades sanitarias de este grupo poblacional, que son distintas de las de la población española, debido a sus especiales circunstancias, a los déficit sanitarios de sus países de origen, a sus diferencias culturales y religiosas, así como a su falta de "cultura sanitaria".

El motivo de consulta más frecuente en el grupo de pacientes españoles fue la sintomatología debida a la hipertrofia prostática; en el grupo de pacientes americanos, la demanda de intervención por fimosis o la esterilización quirúrgica, y los pacientes indostaníes consultan preferentemente por patología múltiple de la esfera sexual, que alcanza el 56,8% en los pacientes de este grupo.

No hay grandes diferencias en cuanto al número de exploraciones complementarias o al número de visitas que se necesitaron para el diagnóstico entre las distintas nacionalidades.

Uno de los problemas que más se observa es la falta de asistencia a las citas en algunos pacientes: es el doble en el grupo de pacientes extranjeros frente a los españoles y superior en el grupo de los africanos e indostaníes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guijo García C. Datos sobre el fenómeno de la inmigración en España. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl I:99.
2. Solsona Díaz L. Situación actual en España y Europa. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl I:99.
3. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_migrac.htm
4. Riol E, Janoschka M. La inmigración extranjera a Barcelona y Madrid: ¿una nueva fase sociodemográfica y nuevas formas de segregación espacial? IX Congreso de población española. Granada. Universidad de Granada, 2004.
5. Ayuntamiento de Barcelona 2007. Lectura del Padrón Municipal de Habitantes a 30.06.2007. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.
6. Boletín estadístico de extranjería e inmigración. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/InformacionEstadistica/Boletines/Archivos/Boletin-Num-04-Web.pdf>
7. Parrilla Ruiz FJ. El perfil del paciente inmigrante atendido en la unidad de urgencias del hospital de poniente. Universidad de Granada. Tesis doctoral, 2006.
8. Sumathipala A, Siribaddana SH, Bhugra D. Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *Br J Psychiatry*. 2004;184:200-9.
9. Jansá JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;15:321.
10. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/12/pdfs/A01139-01150.pdf>
11. Izquierdo Gutiérrez R. Asistencia sanitaria, necesidad básica de las minorías étnicas. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología San Sebastián. 2001;15:141-50.