

Original breve

## Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona

María D. Esteban-Vasallo\*, M. Felicitas Domínguez-Berjón, Jenaro Astray-Mochales, Ricard Gènova-Maleras, Aurelio Pérez-Sania, Luis Sánchez-Perruca, Marta Aguilera-Guzmán y Francisco J. González-Sanz

Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 5 de febrero de 2009

Aceptado el 6 de mayo de 2009

On-line el 3 de agosto de 2009

*Palabras clave:*

Atención primaria

Historia clínica electrónica

Inmigrantes

Enfermedades crónicas

Prevalencia

### RESUMEN

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de problemas de salud crónicos en inmigrantes y compararla con la de la población autóctona, utilizando la historia clínica electrónica (HCE) de atención primaria (AP).

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal con pacientes de 16 y más años incluidos en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid. Se estimaron prevalencias ajustadas por edad para cada sexo y nacionalidad (agrupada en regiones) a partir de los episodios de atención registrados en la HCE de AP con alguna anotación en 2005 o 2006.

**Resultados:** El 36,8% de la población inmigrante presentaba alguna enfermedad crónica (55,3% de autóctonos) tras ajustar por edad, con más frecuencia en mujeres y en población de origen africano y latinoamericano. Las enfermedades más prevalentes en los extranjeros fueron las alergias (tasa cruda: 10,2%), las lumbalgias (9,1%), problemas crónicos de piel (6,8%) y trastornos mentales (6,4%).

**Conclusiones:** La prevalencia de enfermedades crónicas es menor en la población extranjera y varía según el sexo y la procedencia.

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

## Prevalence of diagnosed chronic disorders in the immigrant and native population

### ABSTRACT

**Objective:** To estimate the prevalence rates of chronic disorders in immigrants and to compare them with those in the native population, based on electronic clinical records in primary care (ECRPC).

**Methods:** We performed a descriptive cross-sectional study in patients aged 16 and over included in the Madrid Regional Public Health System. Age-adjusted prevalence rates for each sex and region were estimated on the basis of medically examined cases registered in the ECRPC with any new data entry made in 2005 or 2006.

**Results:** After age-adjustment, a total of 36.8% immigrants had some chronic health problem (vs. 55.3% natives). These disorders were more frequent among women and among the population from Africa and Latin America. The highest overall prevalence rates in the foreign population were allergy (10.2% crude rate), low-back pain (9.1%), chronic skin problems (6.8%) and mental disorders (6.4%).

**Conclusions:** The prevalence rate of chronic disease is lower in the foreign population and differs according to sex and country of origin.

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

*Keywords:*

Primary healthcare

Computerized medical record

Immigrants

Chronic diseases

Prevalence

### Introducción

La inmigración se ha convertido en un fenómeno de creciente importancia en España. Madrid es la segunda comunidad autónoma en número de residentes extranjeros: 937.171 según el padrón continuo a 31 de diciembre de 2006. La población inmigrante constituye un grupo heterogéneo por su distinto origen, situación administrativa, etc.<sup>1</sup>, y su adecuada atención sociosanitaria supone un nuevo reto tanto asistencial como de planificación de recursos.

El sistema sanitario público es el principal proveedor de servicios sanitarios para la población extranjera (regularizada o

no), que acude principalmente a los centros de salud<sup>2</sup> y en general por enfermedades agudas<sup>3</sup>. Al ser el acceso universal, es el nivel asistencial en que las diferencias entre la información de base poblacional y asistencial son menores, por lo que puede ofrecer una buena aproximación a la morbilidad de una población determinada.

Los estudios sobre morbilidad en población extranjera se venían centrando en patología importada y sólo recientemente se han empezado a analizar las enfermedades crónicas<sup>4–6</sup>. En algunos casos, como en Suecia, la inmigración puede constituir por sí misma un factor de riesgo independiente del nivel socioeconómico<sup>6</sup>.

Los objetivos de este estudio fueron estimar las prevalencias de determinadas enfermedades crónicas entre la población extranjera atendida en las consultas de atención primaria (AP), y compararlas por nacionalidad (agrupadas en regiones) y con las

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: maria.estebanv@salud.madrid.org (M.D. Esteban-Vasallo).

estimadas para la población autóctona residente en la misma zona.

## Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en todas las consultas de AP del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid durante 2005 y 2006. Se consideraron las personas de 16 y más años a 31 de diciembre de 2006 incluidas en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, y por tanto registradas nominalmente en la base de datos de la tarjeta individual sanitaria (TIS). De una población total de 6.081.689 residentes, 5.125.957 (84,3%) tienen 16 o más años<sup>1</sup>, con una cobertura estimada de TIS superior al 95% en autóctonos e inmigrantes.

Las fuentes de información fueron la historia clínica electrónica (HCE) de AP, implantada para el 99% de los médicos del sistema sanitario público en el periodo analizado (programa OMI-AP). Se seleccionaron los episodios de atención con alguna anotación en los años 2005 o 2006. Los episodios están codificados siguiendo la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) desarrollada por la WONCA. Se excluyeron aquellos sin codificación normalizada CIAP (0,6% del total de episodios) o con información incompleta sobre edad y sexo (0,2%) o nacionalidad (0,007%). Se consideraron erróneos los episodios codificados fuera de los parámetros pertinentes de sexo y edad: episodios del epígrafe Y (aparato genital masculino y mamas) asignados a mujeres, del W (planificación familiar, embarazo, parto, puerperio) o X (aparato genital femenino y mamas) asignados a varones, patología neonatal/pediátrica en adultos o senil en jóvenes (menos del 0,03% del total). Se seleccionaron para su estudio las enfermedades crónicas de las que se recoge información en la Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid de 2007<sup>7</sup>, exceptuando la fibromialgia (sin código CIAP identificador) y el epígrafe "molestias urinarias" por su inespecificidad. Los episo-

dios seleccionados se agruparon para su análisis según sus códigos CIAP.

Se identificó a cada paciente por un código único definido a partir del código del centro de salud y el número de historia clínica. Cuando una historia presentaba varios episodios de atención correspondientes a un mismo problema de salud, se contabilizó al paciente una sola vez. De cada paciente se consideró el sexo, la nacionalidad y la edad a 31 de diciembre de 2006. Las nacionalidades extranjeras se agruparon en: Europa-15, resto de Europa, África del Norte, África Subsahariana, América Latina, América del Norte y Asia/Oceanía.

Se estimaron las tasas de prevalencia de enfermedades crónicas utilizando como numerador el número de pacientes con 16 o más años el 31 de diciembre de 2006 y con al menos un apunte en el problema de salud analizado a lo largo de esos dos años. Considerando 2 años se alcanza una mayor tasa de utilización de la consulta, con más probabilidades de detección o registro de la enfermedad analizada. Como denominador se utilizó la población de TIS con 16 y más años. Se calcularon tasas de prevalencia por sexo y nacionalidad (agrupadas en regiones) y se ajustaron por edad mediante estandarización directa (población estándar europea de la Organización Mundial de la Salud. Se calcularon las razones de prevalencia ajustadas por edad mediante modelos lineales generalizados con vínculos logarítmicos y familia binomial<sup>8</sup>. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS 15.0 y Epidat 3.1.

## Resultados

El 65,2% (614.411 personas) de la población extranjera de 16 y más años con TIS tuvo algún apunte en la HCE de AP y el 36,8% presentó algún problema crónico de salud, porcentajes ambos inferiores a los registrados en españoles (78,7 y 55,3%, respectivamente).

**Tabla 1**

Utilización de atención primaria y prevalencia de enfermedades crónicas según sexo y nacionalidad (agrupadas en regiones). Comunidad de Madrid, 2005-2006

	Atendidos			Problema crónico			Prevalencia (%)		
	N	Edad media	% sobre TIS	N	Edad media	% sobre población atendida	Cruda	Estandarizada <sup>a</sup>	Razón de prevalencias <sup>b</sup> (IC95%)
<b>Hombres</b>									
Total extranjeros	260.572	36,6	57,9	130.685	39,7	50,2	29,0	34,1	
Europa-15	22.128	40,7	59,2	12.100	44,3	54,7	32,4	35,7	1
Resto de Europa	41.259	34,6	46,6	17.177	37,2	41,6	19,4	25,7	0,76 (0,73-0,78)
África del Norte	32.995	37,3	66,3	16.962	40,7	51,4	34,1	38,6	1,02 (0,98-1,06)
África Subsahariana	12.478	35,6	62,4	6.248	38,2	50,1	31,3	41,5	1,04 (0,99-1,09)
América Latina	137.371	36,1	60,7	70.565	39,0	51,4	31,2	35,6	1,08 (1,04-1,11)
América del Norte	1.528	42,0	49,5	885	46,3	57,9	28,7	31,9	1,10 (0,98-1,23)
Asia/Oceanía	12.813	40,0	51,5	6.730	43,8	52,5	27,1	32,0	0,94 (0,89-0,98)
Españoles	1.555.300	46,6	74,4	1.012.862	51,8	65,1	48,4	47,4	1,27 (1,23-1,30)
<b>Mujeres</b>									
Total extranjeras	353.839	37,4	72,0	215.641	40,2	60,9	43,8	47,0	
Europa-15	26.837	42,3	68,3	17.245	45,5	64,3	43,9	45,2	1
Resto de Europa	59.708	34,3	63,7	30.029	36,9	50,3	32,0	36,9	0,77 (0,74-0,79)
África del Norte	25.417	39,6	81,8	16.834	42,8	66,2	54,1	55,7	1,25 (1,21-1,30)
África Subsahariana	10.561	37,0	77,4	6.265	40,5	59,3	45,9	55,6	1,02 (0,98-1,08)
América Latina	214.332	37,0	74,5	135.723	39,5	63,3	47,2	49,4	1,20 (1,17-1,24)
América del Norte	2.017	42,0	54,3	1.180	46,0	58,5	31,8	33,8	0,78 (0,71-0,86)
Asia/Oceanía	14.967	40,9	65,7	8.336	45,2	55,7	36,6	41,8	0,72 (0,69-0,76)
Españolas	1.916.810	49,0	82,7	1.426.682	52,9	74,4	61,5	59,2	1,34 (1,31-1,38)

TIS: tarjeta sanitaria individualizada; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

<sup>a</sup> Estandarización directa sobre población europea.

<sup>b</sup> Ajustadas por edad.



X. Aparato genital femenino y mamas	3,5 (74.295)	-	2,4 (656)	-	2,5 (637)	-	2,0 (151)	-	2,9 (6.096)	-	2,1 (62)	-	1,6 (294)
Problemas menopausia (X11-12)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Y. Aparato genital masculino y mamas	4,8 (115.317)	3,8 (736)	-	2,5 (359)	-	3,2 (671)	-	3,4 (2.618)	-	3,9 (77)	-	2,4 (266)	-
Problemas próstata (Y06, Y73, Y77, Y85)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Patología no clasificada	10,0 (205.463)	6,8 (2.518)	9,5 (3.735)	4,0 (3.387)	14,4 (4.623)	8,6 (4.276)	11,6 (1.608)	8,9 (20.571)	13,5 (41.254)	6,7 (205)	7,0 (256)	7,4 (1.828)	11,0 (2.485)
Alergia crónica (A12 <sup>a</sup> , A92, F71, R97, S88)	2,0 (48.831)	1,7 (383)	2,0 (654)	1,0 (182)	1,3 (309)	1,2 (284)	1,2 (88)	1,0 (874)	1,1 (2.283)	2,3 (42)	1,2 (36)	1,1 (121)	1,4 (213)
Neoplasias (A79, B72-74, D74-77, F74, H75, K72, L71, N74, R84-85, S77, I71, U75-77, W72, X75-77, X81, Y77-78)	14,1 (315.100)	1,9 (50.304)	2,0 (654)	1,0 (182)	1,3 (309)	1,2 (284)	1,2 (88)	1,0 (874)	1,1 (2.283)	2,3 (42)	1,2 (36)	1,1 (121)	1,4 (213)

CIAP: Clasificación Internacional de la Atención Primaria.

<sup>a</sup> Las prevalencias subrayadas son superiores a las de la población autóctona.

<sup>b</sup> Estandarización directa sobre población europea.

<sup>c</sup> CIAP-1.

Destacaron con mayores tasas de enfermedades crónicas la población africana y latinoamericana, especialmente las mujeres (tabla 1). Se observaron diferencias significativas en la probabilidad de presentar enfermedades crónicas según la región. Tomando como referencia Europa-15, para los varones eran más probables entre los latinoamericanos (RP:1,08; intervalo de confianza del 95% [IC95%]:1,04–1,11) y menos en los del resto de Europa y Asia/Oceanía, y para las mujeres eran más probables entre las de África del Norte (RP: 1,25; IC95%: 1,21–1,30) y las latinoamericanas (RP: 1,20; IC95%: 1,17–1,24), y menos para las del resto de Europa, América del Norte y Asia/Oceanía.

Las enfermedades más prevalentes en los extranjeros fueron la alergia (tasa cruda: 10,2%), la lumbalgia (9,1%), los problemas crónicos de la piel (6,8%) y los trastornos mentales (6,4%). Las prevalencias ajustadas por edad fueron inferiores a las de la población autóctona salvo para la cefalea (5,2% frente a 4,6%), y las distribuciones de las distintas enfermedades según edad y sexo fueron similares. En el análisis por sexo y región (tabla 2) se observó que en los varones algunas enfermedades eran más prevalentes en los extranjeros, destacando las lumbalgias y las cefaleas en los africanos y latinoamericanos, y la patología neoplásica en los norteamericanos. Entre las mujeres sobresalen las anemias, las migrañas y el estreñimiento en las africanas y latinoamericanas, la diabetes en las africanas y asiáticas, la hipertensión en las subsaharianas y las neoplasias en las de Europa-15.

## Discusión

Éste es el primer estudio, que sepamos, en el cual se ha analizado la morbilidad registrada en AP de forma diferencial para población extranjera y autóctona, utilizando una base poblacional amplia, en un sistema público y universal de salud, y con una amplia utilización de la historia clínica informatizada. El gran tamaño poblacional permite objetivar diferencias, aunque la relevancia clínica de éstas puede variar.

La prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas entre la población inmigrante atendida en AP es inferior a la de la autóctona, coincidiendo con los resultados obtenidos en las encuestas de salud<sup>7</sup>. Según la enfermedad analizada se observan disparidades por sexo y procedencia, corroborando estudios previos<sup>9</sup>. Se han descrito, por ejemplo, mayores prevalencias de hipertensión (>40%) y diabetes mellitus (>3%) en mujeres afroamericanas<sup>10</sup>, y también de diabetes mellitus en los emigrantes asiáticos, por lo que puede haber cierta susceptibilidad étnica<sup>5</sup>.

Las menores prevalencias podrían atribuirse al “efecto del inmigrante sano”<sup>9</sup>. Sin embargo, cabe la posibilidad de que se deban a un mayor infradiagnóstico en esta población. Las diferencias culturales, idiomáticas, religiosas, etc., pueden suponer una barrera para el acceso a AP e incluso dificultar el reconocimiento de algunas afecciones. Así podría estar sucediendo, por ejemplo, con los síndromes psiquiátricos. Su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales, lo cual puede estar dificultando su diagnóstico<sup>11,12</sup>. Esto podría explicar una prevalencia de patología mental inferior a la diagnosticada en grupos seleccionados<sup>13</sup> y a la esperable, al ser la inmigración un factor de riesgo conocido para su desarrollo<sup>12,14</sup>.

En otras enfermedades, como la hipertensión arterial, estudios previos valoran el cribado en AP como adecuado en inmigrantes<sup>15</sup>, y detectan hasta un tercio de infradiagnóstico<sup>4</sup>, cifra similar a la estimada para la población general<sup>16</sup>.

Las cefaleas y las lumbalgias constituyen dos de los motivos de consulta más frecuentes en la población extranjera<sup>3</sup>, y estudios previos ya encuentran prevalencias superiores de cefalea entre los

varones inmigrantes<sup>9</sup>. Estas afecciones podrían relacionarse con los tipos de trabajo mayoritariamente desempeñados por este colectivo, así como con las condiciones de éste, e incluso, atendiendo a su componente psicológico, ser un indicador indirecto de algún tipo de malestar en este aspecto. En el caso de la lumbalgia, su mayor prevalencia en los extranjeros podría reflejar también una menor utilización de las mutuas laborales en favor de la AP.

Las anemias en esta población son fundamentalmente ferropénicas (más del 80%) y más frecuentes en las extranjeras en edad fértil procedentes de zonas de muy elevada prevalencia. Los análisis realizados durante el embarazo podrían estar contribuyendo a su adecuada detección.

La calidad y la exhaustividad del registro en la HCE de AP son esenciales para la validez de los datos. Estudios previos muestran que la calidad del registro en AP es variable y mejor en aquellas enfermedades con criterios diagnósticos claros<sup>17</sup>.

Las prevalencias podrían estar en cierta medida infraestimadas al tratarse de una población con gran movilidad. Sin embargo, si suponemos que son los individuos con peor salud los que solicitan la TIS para poder acceder a la asistencia, el cálculo de las prevalencias sobre población con TIS estaría produciendo el efecto contrario. Los datos probablemente serán más representativos en inmigrantes económicos, con menos recursos para acudir a la sanidad privada, y en los grupos con más facilidad de acceso a la TIS, como los residentes comunitarios.

Los datos obtenidos permiten detectar grupos en que podrían mejorarse las estrategias diagnósticas, así como poblaciones con un posible riesgo especial para ciertas enfermedades. Por tanto, resulta determinante la posibilidad de identificar a la población inmigrante en los registros sanitarios.

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Financiación

Sin financiación.

#### Contribución de autoría

Todos los autores participaron en el diseño, análisis e interpretación de los datos. M. D. Esteban-Vasallo, M. F. Domínguez-Berjón, J. Astray-Mochales y R. Gènova Maleras realizaron el análisis estadístico y redactaron el primer borrador del manuscrito. A. Pérez-Sania, L. Sánchez-Perruca, M. Aguilera-Guzmán y F. J. González-Sanz revisaron los borradores del manuscrito. Todos

los autores aprobaron la versión final. M. D. Esteban-Vasallo es la responsable del artículo.

#### Agradecimientos

A Luis Miguel Blanco Ancos por el apoyo informático y a Mar Hernández Pastor por la colaboración administrativa. Y a todos los profesionales de atención primaria del sistema sanitario público, por su tarea diaria.

#### Bibliografía

- Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. 2007. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2000;26:314-8.
- Esteban MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria*. 2001;27:25-8.
- Llisterri JL, Alonso FJ, Martincano JL, et al. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población inmigrante asistida en atención primaria en España. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:209-12.
- Misra A, Ganda OP. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*. 2007;23:696-708.
- Sundquist J, Johansson SE. Long-term illness among indigenous and foreign-born people in Sweden. *Soc Sci Med*. 1997;44:189-98.
- Encuesta de Salud 2007. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid [consultado 28/4/2008]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142341580032&language=es&pageid=1156329914003&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenerico&vest=1156329914003](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142341580032&language=es&pageid=1156329914003&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&vest=1156329914003)
- Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarin MI, et al. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *Gac Sanit*. 2003;17:70-4.
- McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*. 2004;59:1613-27.
- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics-2008 Update. American Heart Association. Dallas: American Heart Association; 2008.
- Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *Br J Psychiatry*. 2004;184:10-20.
- Martínez MM, Martínez LA. Patología psiquiátrica en el inmigrante. *An Sist Sanit Navar*. 2006;20 Supl 1:63-75.
- Moreno GP, Engel JL, Polo SA. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Aten Primaria*. 2007;39:609-14.
- Ochoa ME, Vicente MN, Lozano SM. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp*. 2005;205:116-8.
- Camps-Vilà L, Fàbregas M, Palacios L, et al. ¿Existen diferencias en el cribado de la hipertensión arterial entre la población inmigrante y la autóctona? *Hipertensión*. 2008;25:47-51.
- Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Sociedad Española de Hipertensión Arterial-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SHELEHA). *Hipertensión*. 2005;22 Supl 2:1-84.
- Jordan K, Porcheret M, Croft P. Quality of morbidity coding in general practice computerized medical records: a systematic review. *Fam Pract*. 2004;21:396-412.