

Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario

NÚRIA LÓPEZ RILLO¹, FRANCISCO EPELDE²

¹Hospital de la Santa Cruz y San Pablo y ABS Raval Norte. Barcelona, España. ²Parc Sanitari Taulí. Sabadell. Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Núria López Rillo
C/Amargor, 4, 2º
08026 Barcelona
E-mail: adrev24@yahoo.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

2-12-2009

FECHA DE ACEPTACIÓN:

22-1-2010

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno.
Este trabajo ha sido presentado en el Congreso Nacional Catalán de Medicina de Urgencias y Emergencias.

Objetivos: Determinar las características del uso que hace la población inmigrante, comparada con la autóctona, de un servicio de urgencias hospitalario (SUH), especialmente en lo que se refiere a la gravedad y el tipo de patología por los que consulta.

Metodología: Estudio observacional descriptivo y prospectivo, durante 15 días consecutivos. Se recogió: edad, sexo, país de nacimiento, gravedad de urgencia medido por la escala de *triaje* canadiense, tipo de patología y franja horaria de la visita.

Resultados: Consultaron en el SUH 5.660 pacientes, 792 de ellos extranjeros (14,2%), preferentemente latinoamericanos (520, 9,3%). Este porcentaje fue muy similar al de extranjeros empadronados en la zona de cobertura del SUH. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la población inmigrante y la autóctona en cuanto al sexo (en ambas consultan más las mujeres), la gravedad del proceso por el que consultan (ambas consultan con mayor frecuencia por patología banal) ni el día de la semana que lo hacen (ambas consultan más los días laborables). Sin embargo, la población inmigrante que consulta al SUH es significativamente más joven ($p = 0,001$), consulta más por patología ginecológica y digestiva ($p < 0,001$) y con mayor frecuencia lo hace de 20 h a 8 h ($p < 0,001$).

Conclusiones: La frecuentación de un SUH es igual en la población autóctona y en la inmigrante, y la gravedad de los procesos por los que lo hacen es similar, aunque la población inmigrante que acude al SUH es más joven, lo hace más en horario nocturno y más por procesos ginecológicos y digestivos. [Emergencias 2010;22:109-112]

Palabras clave: Inmigración. Urgencias. Gestión. Inmigrante.

Introducción

El uso de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha ido aumentando considerablemente en España en la última década, mientras que el número de inmigrantes también ha ido creciendo. En la ciudad de Barcelona el número de inmigrantes empadronados pasó de 91.550 en 2005 a 250.789 en 2007¹. Entre los diferentes distritos de la ciudad, el *Eixample* es el distrito que en números absolutos concentra más población extranjera (casi 42.000). El Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (HSCSP) es el hospital de referencia de aproximadamente 300.000 habitantes, y una parte importante de los mismos se sitúan en este distrito barcelonés.

Como refiere el Observatorio Permanente de la Inmigración de Barcelona (OPIB), los principales problemas que muestra la inmigración son los relacionados con la vivienda y el trabajo, y los problemas relacionados con la salud pasan a un se-

gundo plano⁶. Diferentes estudios han demostrado las diferencias de uso entre la población autóctona y la inmigrante respecto al SUH. Subjetivamente nos parece que los inmigrantes los frecuentan más que la población autóctona. Esto podría deberse a múltiples razones que no serán el motivo de análisis en este estudio. Por una parte, la atención primaria presenta varias barreras a los inmigrantes sin papeles debido a los múltiples circuitos administrativos con el consiguiente problema idiomático asociado. En segundo lugar, la atención en el SUH se obtiene sin cita previa, a cualquier hora, lo que facilita la compatibilidad con los horarios de trabajo. En cambio existen menos estudios que valoren la gravedad y el tipo de patología por la que consultan la población inmigrante, y de los que existen parece desprenderse que éstos tienden a utilizar este SUH en detrimento de la atención primaria². Por ello, las hipótesis de trabajo planteadas son: (i) La pobla-

ción inmigrante es más hiperfrecuentadora del servicio de urgencias del HSCSP y hace un mayor uso inadecuado del mismo a diferencia de la población autóctona; y (ii) la población inmigrante consulta por un tipo de patología más banal que la población autóctona.

Método

El estudio fue observacional, descriptivo y prospectivo, y se realizó en el servicio de urgencias del HSCSP en el periodo del 1 al 15 de julio del 2008.

Los sujetos a estudio fueron todos los pacientes atendidos en el SUH. Como SUH se incluyó a las urgencias generales y pediátricas, las urgencias de ginecología-obstetricia, las urgencias de traumatología y cirugía. Se excluyeron los pacientes en los que se observó una falta de datos, un alta voluntaria o un documento ilegible.

La variable dependiente de estudio fue el país de origen, el cual se recogió a través del registro de admisión del hospital, y se diferenció entre población autóctona o población inmigrante (esta última se dividió en función de que fuese un nivel de renta alta –Unión Europea, Canadá, EE.UU, Japón, Australia, Nueva Zelanda– o baja –América latina, norte de África, África subsahariana, Europa oriental, resto de Asia–). Como variables independientes se consignaron la edad (en franjas de < 20 años, 20-50 años, 51-65 años, > 65 años, aunque los datos se recogieron de manera continua), el sexo, la gravedad de la urgencia medida por la escala canadiense de *triaje*¹⁰⁻¹² (CTAS, *Canadian Triage Acute Scale*, la cual va de 1 a 5, siendo nivel 1 un riesgo vital y el nivel 5 las consultas no urgentes), el tipo de patología por la que consultan (se agruparon en dolor, cardiológica, respiratoria, digestiva, cirugía, neurología, traumatología, psiquiatría, ginecología-obstetricia y oftalmología + otorrinolaringología), el día de la semana de la consulta (laborable o festivo) y la franja horaria en la que se produjo la visita (8-12 h, 12-16 h, 16-20 h, 20-24 h y 24-08 h).

Para dicho cálculo se supuso una distribución con relación a la variable dependiente (INMIGRANTE) de aproximadamente a a 10, por tanto se ha estimado que los 2.000 casos se repartirán en 200/1.800. La principal variable a estudio fue la escala CTAS. Al no hallar valores descriptivos en la literatura, se estimó en el grupo control (no inmigrantes) unos valores de promedio de 2 y desviación típica de 2, por tanto un alto coeficiente de variación (CV = 100%). La mínima dife-

rencia a detectar según la hipótesis definida (una mayor puntuación de la escala) se fijó en medio punto. Se estableció un error de primera especie del 5% (alfa = 0,05), una aproximación bilateral y una potencia mínima del 90% (Sample-Power V2.0). Con estos datos se estimó en un mínimo de 100 el número de inmigrantes con datos evaluables, por tanto con valores de la variable CTAS. En este sentido si la relación aproximada de 10/1 indicada no se cumpliera, se continuaría el reclutamiento hasta alcanzarlo.

Para las variables cualitativas se ha utilizado el test de la ji al cuadrado y para las cuantitativas el de la t de Student o el test no paramétrico de la U de Mann Whitney si se vulneraba el principio de normalidad. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de p era inferior a 0,05. Todo el análisis se lleva a cabo mediante el paquete estadístico SPSS (V15.0).

La recogida de datos se realizó a través de las historias clínicas del SUH del HSCSP. Se preservó el derecho a la protección de datos de carácter sanitario según marca la LORTAD (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal)⁶. El estudio mantuvo la confidencialidad de los datos, garantizó las normas éticas aplicables a tal proyecto, y fue autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del HSCSP.

Resultados

Se incluyeron 5.660 pacientes: 4.868 españoles (85,8%) y 792 inmigrantes (14,2%). Se analizaron los datos censales en el periodo de estudio y se obtuvo que en el área de influencia del hospital estudiado habita un 14% de población inmigrante (dato obtenido de la web del ayuntamiento de Barcelona)¹³, por lo que no se apreció un incremento de la frecuentación en urgencias por parte de la población inmigrante (p = NS). La procedencia de la población inmigrante fue mayoritariamente de los países latinoamericanos (9,3%, 520 pacientes) y el colectivo ecuatoriano fue el más representado (87 consultas). El resto de población inmigrante fue menor del 1% para todas las zonas (asiáticos 50 pacientes, Oceanía 4, países del este 40, africanos 56 y norteamericanos 15).

Tanto en la población inmigrante como en la española la mujer visita más urgencias que los hombres, pero no existen diferencias entre ambas poblaciones (Tabla 1). En cambio, la edad media de los pacientes inmigrantes fue significativamente inferior, y la franja que la población inmigrante

Tabla 1. Comparación de los diferentes datos del estudio entre la población inmigrante y la autóctona

| | Población Inmigrante | Población autóctona | Valor de p |
|--|----------------------|---------------------|------------|
| Sexo [n (%)] | N = 792 | N = 4.868 | p = NS |
| Hombre | 309 (13,0%) | 2.069 (87,0%) | |
| Mujer | 483 (14,8%) | 2.799 (85,2%) | |
| Edad [media (DE)] | 31 (14) | 46 (20) | p < 0,001 |
| Edad categórica [n (%)] | | | p < 0,001 |
| Menor de 20 años | 87 (11,1%) | 850 (16,4%) | |
| De 20 a 50 años | 637 (80,4%) | 2.146 (41,4%) | |
| De 51 a 65 años | 46 (5,8%) | 742 (14,3%) | |
| Mayor de 65 años | 22 (2,7%) | 1.446 (27,9%) | |
| Nivel de gravedad de la escala CTAS [media (DE)] | 4,40 (0,85) | 4,32 (0,88) | p = NS |
| Categorías de gravedad de la escala CTAS [n (%)] | | | p = NS |
| G1 | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| G2 | 30 (3,8%) | 210 (4,1%) | |
| G3 | 101 (12,8%) | 814 (5,7%) | |
| G4 | 182 (22,9%) | 1.270 (24,5%) | |
| G5 | 479 (60,6%) | 2.890 (55,8%) | |
| Tipo de patología [n (%)] | | | p < 0,001 |
| Dolor | 205 (25,9%) | 1.349 (26,3%) | |
| Cardiológica | 19 (2,3%) | 270 (5,2%) | |
| Respiratoria | 21 (2,7%) | 280 (5,4%) | |
| Digestiva | 65 (8,3%) | 367 (6,6%) | |
| Cirugía | 33 (4,2%) | 350 (6,3%) | |
| Neurología | 19 (2,3%) | 165 (3,2%) | |
| Traumatología | 121 (15,3%) | 727 (14,5%) | |
| Psiquiatría | 25 (3,2%) | 188 (3,5%) | |
| Ginecología-obstetricia | 139 (17,6%) | 518 (10,7%) | |
| Oftalmología y otorrinolaringología | 145 (18,3%) | 970 (18,2%) | |
| Día de la semana [n (%)] | | | p = NS |
| Laborable | 589 (74,4%) | 3.940 (76,0%) | |
| Fin de semana | 203 (25,6%) | 1.244 (24,0%) | |
| Hora del día [n (%)] | | | p < 0,001 |
| 0-8 h | 150 (19,0%) | 466 (9,0%) | |
| 8-12 h | 129 (16,3%) | 1.700 (32,8%) | |
| 12-16 h | 154 (20,0%) | 1.156 (22,3%) | |
| 16-20 h | 163 (20,5%) | 1.116 (21,5%) | |
| 20-24 h | 191 (24,1%) | 746 (14,4%) | |

CTAS: *Canadian Triage Acuity Scale*.

que más visita urgencias está comprendida entre los 20 y 50 años, y la que menos los mayores de 65. Se pudo analizar en mayor profundidad 5.184 historias clínicas (91,6%) que cumplían los criterios de estudio, y las 476 restantes (8,4%) fueron rechazadas. Ello permitió extraer que la gravedad de los procesos por los que consultaron en urgencias fue similar en ambas poblaciones (nivel promedio de la CTAS de 4,40 para los inmigrantes y de 4,32 para los autóctonos p = NS) y que ambas consultan mayoritariamente por patología banal. Donde sí se recogieron diferencias significativas fue en el tipo de patología consultada. Así la población inmigrante acudió más por patología ginecológica (17,6%) y digestiva (8,3%), mientras que la autóctona consultó con mayor frecuencia por enfermedad cardíaca (5,2%) o respiratoria (5,4%). Finalmente, mientras que la distribución según el tipo de día fue homogénea, las horas del día variaron significativamente, de manera que la población inmigrante acude con mayor frecuencia de 20 h a 8 h mientras que la autóctona lo hace de 8 h a 12 h.

Discusión

La frecuentación a urgencias es igual en la población inmigrante y la autóctona y que también lo es el nivel de gravedad de los procesos por los que consultan al SUH, que en ambas es predominantemente banal. En este sentido, actualmente existe un debate político y social relacionado con la mala utilización de la población inmigrante de los SUH. Esta supuesta mala utilización se ha relacionado con la saturación perpetua de estos servicios. En el HSCSP apreciamos que la frecuentación por parte de la población inmigrante es igual a la nacional, así como la banalidad de la patología presentada. Estos datos pueden no ser extrapolables al resto de los hospitales.

En el estudio se ha observado sin embargo, algunos datos característicos, los inmigrantes consultaron más por patología ginecológica, lo cual se puede atribuir a que la mayoría de la población femenina inmigrante está en edad reproductora, y a la dificultad que tiene esta población a acudir a los programas de prevención de enfermedades gine-

cológicas desarrollados en la atención primaria, y a los programas de seguimiento de los embarazos, ya que sustituyen estos circuitos por visitas esporádicas a las urgencias ginecológicas por la facilidad de acceso a ellas. También se ha visto que los inmigrantes frecuentan más el SUH de 20 h a 8 h de la mañana es la más usada por la población inmigrante, lo cual se puede atribuir a que es el horario más factible que tienen para consultar al médico sin tener que modificar su horario laboral.

Por otro lado, en la franja de edad de los menores de 50 años, se observa que la población inmigrante es hiperfrecuentadora respecto a la autóctona, lo cual puede ser debido a toda la problemática que presenta este colectivo como la barrera idiomática, la facilidad de uso de las urgencias en detrimento de la atención primaria, la compatibilidad de horarios, la situación irregular, etc...

Nuestro estudio presenta varias limitaciones, como la época del año en que se realiza y la duración del estudio. Además, la pérdida de historias por problemas administrativos hace que el trabajo y los resultados no se puedan extrapolar a toda la población en general.

Con toda esta información y resultados del estudio, extraemos en que posiblemente se tendría que realizar una educación sanitaria al conjunto de la población para que se realizara un buen uso de los SUH, ya que la mayoría de la patología banal es tratable en el ámbito ambulatorio. Sin embargo, este uso poco apropiado del SUH no es mayor en la población inmigrante.

Bibliografía

- 1 WEB: Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2006.pdf (pág. 19-26) Informació sanitària dels districtes de Ciutat Vella i Sant Martí. 2005. IMAS. Barcelona. (Consultado 1 Enero 2009). Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/docs/>
- 2 WEB: Secretaría de estado de inmigración y emigración. Observatorio permanente de la inmigración 2205. OPI. Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de marzo de 2005 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; (pag 1-15). (Consultado 1 abril 2009). Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/index.html>.
- 3 WEB: Instituto nacional de estadística. INE. Cifras de población referidas al 01/01/2008 Real Decreto 2124/2008, de 26 de diciembre. (Consultado 1 Junio 2009). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Ft26%2F0%2Fa2008%2F&file=pcaxis&N=&L=0>
- 4 Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). BMC Health Serv Res. 2007;19:7-9.
- 5 Cots F, Castells X, Olle C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Profile of the hospital case mix of the immigrant population in Barcelona, Spain. Gac Sanit. 2002;16:376-84.
- 6 WEB: "B.O.E." núm. 298, de 14 de diciembre de 1999. Consultado enero 2009. <http://www.sppme-cat.com/sindicat/html/LORTAD.htm>
- 7 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.
- 8 Muennig P, Fahs MC. Health status and hospital utilization of recent immigrants to New York City. Prev Med. 2002;35:225-31.
- 9 Norredam M, Krasnik A, Moller ST, Keiding N, Joost MJ, Sonne NA. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. Scand J Public Health. 2004;32:53-9.
- 10 Beveridge R. The Canadian Triage and acuity scale: A new and critical element in health care reform. J Emerg Med. 1998;16:507-11.
- 11 Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emerg Med. 2003;15:6-10.
- 12 Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario Prognostic value of the reception, attendance and classification of patients in the emergency department of a tertiary hospital. An Sist Sanit Navar. 2005;28:153.
- 13 WEB: Ajuntament de Barcelona. Població de l'exemple: Per barris segons nacionalitats. Percentatges. 2008. (Consultado 1 Febrero 2009). Disponible en: <http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/guiad02/pob02/t18.ht>

Immigrants' use of hospital emergency services

López Rillo N, Epelde F

Objectives: To compare the use of hospital emergency services by immigrant and Spanish national populations, particularly with regard to severity and type of health problem for which care is sought.

Methods: Prospective, descriptive, observational study carried out on 15 consecutive days. We recorded the following data: age, sex, country of origin, severity of the emergency on the Canadian Triage and Acuity Scale, type of complaint, and time of visit.

Results: A total of 5660 patients were attended during the study period. Of that total, 792 were immigrants (14.2%). According to municipal records, this percentage was very similar to the proportion of registered foreign residents in the area served by the hospital's emergency service. The largest group of immigrants was of Latin American origin (520 [9.3%]). There were no statistically significant differences between the immigrant and Spanish national emergency service users with regard to sex (more women attended in both groups), severity of the emergency situation (simple complaints were most common in both groups), or day of the week when visits occurred (both sought emergency care mainly on week days). However, the immigrant users were significantly younger ($P=.001$), consulted more often with gynecological or digestive complaints ($P<.001$), and attended more often between 8 PM and 8 AM ($P<.001$).

Conclusions: Immigrants and Spanish national patients use the emergency department in the same way. The severity of complaints is similar, although the immigrant users are younger and seek emergency care more often at night and for gynecologic or digestive complaints. [Emergencias 2010;22:109-112]

Key words: Immigrants. Emergency health services. Hospital management.