

Caracterización de los peregrinos musulmanes procedentes de España: de Barcelona a Arabia Saudita

Lluís Valerio¹
 Octavi Martínez¹
 Mar Isnard²
 Luis Urbiztondo³

¹Unidad de Salud Internacional Barcelonès Nord i Maresme, SAP Sta. Coloma de Gramenet Barcelona ICS
²ABS Sta. Coloma de Gramenet 5 SAP Sta. Coloma de Gramenet Barcelona ICS
³Dirección General de Salud Pública Departamento de Sanidad y Seguridad Social Barcelona

Correspondencia:
 Lluís Valerio
 Unidad de Salud Internacional Barcelonès Nord i Maresme Jacint Verdaguer, 118 08923 Sta. Coloma de Gramenet Barcelona
 E.mail:
 lvalerio.bnm.ics@gencat.net

Resumen

Objetivo: 1. Caracterizar a los viajeros que se desplazan a Arabia Saudita con motivo de la peregrinación a los lugares santos islámicos (*Hajj* o *Umra*) y, 2. Determinar el riesgo del viaje en relación a una cohorte de inmigrantes viajeros a sus países de origen.

Población y método: Se analizan datos procedentes de peregrinos (grupo H) durante el periodo 06/99-01/03 y se comparan con un grupo de inmigrantes viajeros consultantes durante el mismo periodo (grupo IV).

Resultados: En el grupo H fueron identificados 23 viajeros- inmigrantes 15 (65,2%) y españoles 8 (34,8%) . Tomaron parte en la *Umra* 13 (56,5%) y en el *Hajj* 10 (43,5%). Habían residido por periodos > 2 años en Europa 19 (82,6%; IC95%: 67,3-97,9) y visitaron otro país 7 (30,4%). No se hallaron diferencias significativas entre los grupos H e IV en cuanto a días de duración del viaje y nº de viajes de riesgo. Los viajeros del grupo IV consultaron con mayor frecuencia en periodos < 15 días previos a la partida (p<0,001), lo que ello sugiere la existencia de mayor planificación y conocimiento de actividades preventivas del grupo H. Presentaron algún problema de salud el 8,6% del los viajeros del grupo H y el 23,1% del grupo IV.

Conclusiones: Una parte sustancial de los peregrinos es de origen autóctono. Los peregrinos presentaron factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud en una proporción similar a la que presentan los inmigrantes que visitan sus países de origen.

Palabras Clave: Inmigrantes. España. Viajeros. Arabia Saudita. Peregrino. Musulmán.

Summary

Objectives: 1. To characterize travelling people fulfilling the mandatory islamic obligation to visit the holy places in Saudi Arabia (*Hajj* or *Umra*) and, 2. To determine the risk of travel compared with a travelling immigrant to native country cohort.

Method: Data recorded from travellers consulting to carry out some kind of pilgrimage to Saudi Arabia (group H) from 06/99 to 01/03 are analyzed and they were compared with a group of travelling immigrants during the same period (group IV).

Results: In the group H 23 travellers were identified, of

whom they were immigrants 15 (65.2%) and Spanish 8 (34.8%). They carried out *Umra* 13 (56.5%) and *Hajj* 10 (43.5%). They resided during periods > 2 years in Europe 19 (82.6%; IC 95%: 67.3-97.9) and they visited further countries 7 (30.4%). There were not significant differences between groups H and IV concerning length of journey and number of considered risk travels. Travellers from group IV consulted most frequently in periods < 15 days prior to the journey (p<0.001), which suggests the existence of better planning and knowledge about pre-travel preventive measures among group H. Any health problem abroad was recorded in 8.6% of group H and 23.1% of group IV.

Conclusions: A substantial part of islamic pilgrims have yet a spanish-native origin. Travelling pilgrims displayed risk factors to develop health problems in a similar proportion to which display the immigrants who visit their native countries.

Key Words: Immigrants. Spain. Travel. Saudi Arabia. Pilgrim. Muslim.

Introducción

Uno de los cinco preceptos fundamentales del Islam es el deber de peregrinar a los lugares santos de la Península Arábiga por lo menos una vez en la vida si se tienen recursos económicos para ello (*Hajj*, de casi un mes de duración). El *Hajj* tiene un profundo sentido de autoafirmación en la fe y de hermandad entre los creyentes. La mayor parte de los peregrinos (*hajjis*), unos dos millones procedentes de 140 países, se citan anualmente en Arabia Saudita durante un mes para celebrar el *Id Al Kabir* o pascua musulmana 70 días después del fin del *Ramadan*. Existe una versión reducida del *Hajj* que puede realizarse en cualquier época del año, la llamada *Umra*, centrada en la visita a Meca. Esta extraordinaria migración en masa constituye un escenario único para el estudio de riesgos y problemas de salud derivados del encuentro e interacción de miles de personas procedentes de realidades ecológicas, sanitarias, sociales y culturales muy diferentes¹.

En los últimos decenios del siglo pasado y primeros años del presente se asistió a brotes epidémicos de hepatitis A, B y C (diversos años), Brucelosis (casi anualmente, debido a la colosal importación de corderos para el sacrificio), Fiebre del Valle del Rift (2000, procedente de peregrinos y vectores africanos), Dengue (1993, procedente de peregrinos asiáticos), Meningitis del serogrupo A (1988) y W-135 (2001 y 2002). Dichas epidemias dieron lugar a casos importados y secundarios en los países de origen de los peregrinos, incluyendo los europeos. A las enfermedades infecciosas con repercusiones potencialmente graves sobre la Salud Pública habría que añadir además miles de casos de enfermedades no declarables, accidentes de tráfico, golpes de calor y deshidrataciones así como hipoglucemias en diabéticos ayunantes²⁻⁶.

En definitiva, la protección de la salud durante el grandioso *Hajj* anual es algo que sobrepasa la responsabilidad de las autoridades saudíes y concierne también a las de los estados de los que los peregrinos proceden. En algunos países de la Unión Europea como Francia y Bélgica los musulmanes representan ya entre el 5 y el 10% de la población general. Aunque España se halla lejos de éstas cifras, es evidente que la comunidad inmigrante musulmana puede sumar las 400.000 personas (la primera comunidad en número de inmigrantes es la marroquí; unas 340.000 personas), o lo que es lo mismo, el 1% de la población. Dichas personas representarán un volumen progresivamente mayor de viajeros a los lugares santos en cuanto estabilicen su situación económica y familiar. El presente estudio presenta datos epidemiológicos y clínicos de la primera serie de *Hajjis* publicada en España.

Población y métodos

Se trata de un estudio observacional y retrospectivo sobre datos obtenidos de las historias clínicas de viajeros consultantes como primera visita para Consejos a Viajeros (CV) a la Unidad de Salud Internacional del *Barcelonès Nord i Maresme* (USAI BniM) desde Junio 1999 a Enero 2003. La USAI BniM es una Unidad interniveles que provee de Salud interna-

cional al Ámbito Sanitario BniM (640.000 personas) dentro de la provisión pública del *Institut Català de la Salut*.

El estudio se diseñó en función del análisis del grupo de viajeros cuyo motivo de desplazamiento al extranjero incluía el peregrinaje anual a Arabia Saudita (grupo *H*). Las variables que caracterizaban a dicho grupo en cuanto a su demografía y a las características de su desplazamiento fueron comparadas con el grupo formado por los 248 inmigrantes viajeros (*IV*) que solicitaron CV anteriormente a un desplazamiento a su país de origen por el motivo que fuera durante el mismo periodo temporal.

Se consideraron inmigrantes los viajeros nacidos fuera de la Unión Europea (UE) y autóctonos los nacidos en ella así como los inmigrantes con larga residencia en Europa y en posesión de nacionalidad de algún país de la UE. Así, en el presente estudio se categorizaron como autóctonos los hijos de padres inmigrantes nacidos en España. Se catalogaron como niños los sujetos de < 15 años y como ancianos los > 65 años.

Fueron evaluadas las siguientes variables: edad, sexo, país de origen, tiempo de residencia en España o UE, viaje en unidad familiar, modalidad de peregrinaje (*Hajj* o *Umra*), intervalo consulta/viaje, duración del viaje, otros destinos diferentes de Arabia Saudita, riesgo global del viaje. Un intervalo entre consulta y viaje de > 30 días se considera adecuado para iniciar pautas de vacunación, uno de < 15 días se considera inadecuado, incluso para el inicio de administración de pautas rápidas. Se consideró que un viaje era de riesgo cuando el viajero presentaba uno o más de los siguientes indicadores o factores⁷:

- Estancias superiores a 30 días,
- visita a terceros países trópico-subtropicales,
- edad < 15 años o > 65 años y,
- presencia de enfermedades de base.

La valoración de la calidad en las actividades preventivas ofrecidas se evaluó mediante la compilación por auditoria interna de número y tipo de vacunas y quimioprofilaxis prescritas, sobre lo que se calculaba la Adecuación Observada (AO)* entre las indi-

*La AO es un porcentaje equivalente al porcentaje total de concordancias observadas (Po) entre las actividades preventivas de la USAI y las recomendaciones de la OMS que actúan como estándar. Se obtiene de la suma de vacunaciones correctamente administradas más las correctamente no administradas en el numerador y el total de vacunaciones correctas más las innecesarias y/o las omisiones en el denominador. Así, por ejemplo, en un viajero de 23 años que visita Egipto como turista durante 9 días se le han administrado según indica la OMS: la antitifoidea oral, antitetánica y antihepatitis A y no se le han administrado, porque no están indicadas, la antipoliomielítica y la antirrábica. Además se le ha administrado una dosis de sarampión (innecesaria). Su AO sería de $5/6 \times 100 = 83,3\%$.

caciones en la consulta y las recomendaciones de la OMS⁸.

Para la valoración de la presencia de problemas de salud durante el viaje se encuestó telefónicamente a los viajeros de ambos grupos en el periodo comprendido entre 30 y 120 días de su regreso. Se interrogaba con preguntas cerradas por la presencia de diarrea afebril, fiebre, accidentes de tráfico, traumatismos y visitas médicas más una pregunta final abierta acerca de otros problemas de salud.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describieron con la media. La comparación de medias se realizó mediante la prueba de la T de Student para datos independientes. Las variables que seguían una distribu-

ción diferente de la normal se compararon mediante la prueba de la U de Mann-Whitney. La asociación de variables cualitativas se realizaron con la prueba de la Chi cuadrado y con corrección de Yates si el caso lo requería. El nivel de significación estadística aceptado para todos los casos de contraste de variables fue de $p < 0,05$, bilateral.

Resultados

Características de la población

Se atendió a una total de 23 personas. Las principales variables demográficas se resumen en la Tabla 1. Se desplazaron con al menos un miembro de su familia 16 (69,6%). Eran inmigrantes 15 (65,2%). Pertenecían a familias de tradición religiosa musulmana 22 (95,6%) y eran conversos al Islam 1 (4,3%). Procedencia: Marruecos 8 (34,8%), España 8 (34,8%), Bangla Desh 5 (21,7%) y Afganistán 2 (8,71%). Habían residido continuamente en la UE por periodos superiores a 2 años previamente al viaje un total de 19 viajeros (82,6%; IC 95% = 67,3-97,9). Tomaron parte en la *Umra* 13 viajeros (56,5%) y en el *Hajj* 10 (43,5%). Visitaron además su país de origen con anterioridad o posterioridad al peregrinaje 7 (30,4%) viajeros. El tiempo de residencia en el extranjero, el intervalo previo al desplazamiento y el riesgo del viaje se exponen en la Tabla 2.

Tabla 1.
Caracterización
demográfica
de los consultantes

	Grupo H (n=23)	Grupo IV (N=248)
Edad (años)		
Adultos Media \pm DE	36,81 \pm 18,24	28,85 \pm 13,15
Niños Mediana (rango)	3,7 (1,3-6,8)	7,4 (0,2-14)
Sexo		
Varones	16 (69,6%)	146 (58,8%)
Mujeres	7 (30,4%)	102 (41,2%)
Nº de niños/total	6/23 = 0,26	74/248 = 0,29

Tabla 2.
Duración del viaje
periodo consulta/viaje
y riesgo del viaje

	H	IV
Días de duración del viaje*	38,94 \pm 17,06	49,36 \pm 40,1
Media \pm DE	(IC 95%, 31,8-45,9)	(IC 95%, 44,3-54,3)
Intervalo Consulta/Viaje	24,81 \pm 11,7	26,27 \pm 26,34
Media \pm DE	(IC 95%, 19,9-26,6)	(IC 95%, 23-29,5)
Periodo Consulta/Viaje <15 días n (%)	1 (4,3%)**	101 (40,7%)**
Viajes de riesgo (%)	14 (60,9%)	134 (54,3%)

* Días de duración del viaje estrictamente a Arabia Saudita.

**Diferencias significativas (Chi cuadrado = 11,84; $p = 0,001$)

Tabla 3.
Número de vacunas y AO

Tipo de vacuna	H (AO)	IV (AO)
Antitétanos-difteria	11 (100%)	(99%)
Antitifoidea	20 (95,6%)	(97,7%)
Antipoliomielítica	4 (100%)	(98,7%)
Antihepatitis B	3 (95,6%)	(98,8%)
Antihepatitis A	6 (91,2%)	(99,1%)
Antimeningítica tetrav.	22 (100%)	(99,7%)
Quimiopr. antipalúdica	3 (100%)	(98,5%)

Actividades preventivas

El la Tabla 3 se exponen el número de viajeros de ambos grupos a los que se administró alguna vacunación o quimioprofilaxis antipalúdica (para los que visitaban además terceros países endémicos de paludismo) junto con las Adecuaciones Observadas (AO) obtenidas. No se hallaron diferencias significativas entre las AO de ambos grupos.

Riesgo del viaje

El viaje fue considerado de riesgo para 14 (60,9%) pacientes del grupo H y para 134 (54,3%) del grupo IV, sin que existan diferencias significativas entre ambos grupos. En el grupo H fueron identificadas las siguientes circunstancias que definían el viaje como de riesgo:

- Desplazamientos por periodos superiores a 30 días en 12 (52,2%),
- viajeros de <15 años o >65 en 7 (30,4%),

- visita a su país de origen con anterioridad o posterioridad al *Hajj* en 3 (13%) y
- presencia de enfermedades de base en 1 (4,3%). Fueron identificados 9 (39,1%) pacientes con 2 factores de riesgo y 5 (21,7%) pacientes con 1.

Problemas de salud

A su regreso, se interrogó a propósito de la presencia de problemas de salud durante el desplazamiento a 21 viajeros del grupo *H*. En conjunto, refirieron haber presentado algún problema de salud 2 (9,5%) pacientes: fiebre 1 caso (4,85%) y traumatismos 1 (4,85%). No se registró ningún viajero que presentase diarrea afebril o accidentes de tráfico. Además, un niño fue circuncidado.

En el grupo *IV* fueron encuestados 65 viajeros, de los cuales presentaron algún problema de salud 15 (23,1%): diarrea afebril 10 (15,4%), fiebre 3 (4,6%), traumatismos 1 (1,5%) y accidentes de tráfico 1 (1,5%). No existen diferencias significativas en la frecuencia de problemas de salud en conjunto entre los dos grupos *H* e *IV*.

Discusión

Es de prever que la población musulmana en España va a consolidarse como comunidad religiosa a medio plazo en cuanto a estructura y número de practicantes. Existirán españoles musulmanes, descendientes de inmigrantes, por primera vez en número sustancial desde su expulsión en los siglos XV y XVI. El estudio pone de manifiesto ya este hecho al haber obtenido un número de *hajjis* con nacionalidad española igual al procedente del colectivo marroquí. Ello, por otra parte, es reflejo de procesos descritos ya en países de nuestro entorno donde existen comunidades musulmanas de larga tradición⁹. El número de peregrinos a Arabia Saudita, por lo tanto, aumentará; ofreciendo un apasionante reto de medicina en acción: salud pública, medicina del viajero y salud internacional. Las propias autoridades saudíes reconocen que atender anualmente a una cantidad siempre en aumento de peregrinos es algo que frecuentemente les sobrepasa. Sin una implicación de los países de procedencia de los peregrinos en cuanto a ofrecerles educación sanitaria y vacunación internacional pre-*hajj*, los brotes epidémicos u otros riesgos sanitarios serán muy difíciles de controlar en un futuro¹⁰.

El perfil del peregrino que parte desde el *Barcelonès Nord i Maresme* es un hombre marroquí de mediana edad que suele viajar con familiares, especialmente

con su esposa y frecuentemente con niños nacidos en España. Es decir, inmigrantes que han consolidado su situación jurídica, laboral y económica. La totalidad de las familias con niños eligieron el peregrinaje corto o *Umra*, lo que hace de dicha opción la más frecuente en el estudio. Es de destacar que casi un tercio de los peregrinos visitaron su país natal antes o después de su estancia en Arabia Saudita. Se trata de un dato de enorme importancia debido a que en dichos terceros países pueden existir enfermedades prevenibles mediante vacunación o quimioprofilaxis (caso de Bangla Desh o Afganistán) que no deberían haberse administrado de haber visitado exclusivamente los lugares santos. Dicho dato adquiere mayor relevancia debido a la alta proporción de viajeros de riesgo de nuestra serie, especialmente los niños, a lo que hay que sumar la pérdida de inmunidad parcial al paludismo que sobreviene a partir de los 2 años sin exposición antigénica al parásito y que en nuestra serie presentaban el 83% de los viajeros.

En la comparación con otros inmigrantes viajeros con destino a sus países de origen no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas salvo en un menor número de pacientes consultantes en periodos de <15 días anteriores al inicio del viaje. Este hecho puede deberse tanto a una mayor sensibilización del colectivo *hajji* para las actividades preventivas internacionales como a ser debido a la exigencia por parte de la embajada saudita en cuanto a la obligación de obtener el certificado oficial de vacunación contra la meningitis meningocócica tetravalente (condición *sine qua non* para obtener el visado)¹¹. Eso es algo harto conocido por la comunidad musulmana y, en rigor, la demanda inicial de muchas primeras visitas es sólo la vacunación para la obtención del certificado. En el mismo sentido cabe plantear una simplificación de los circuitos de consecución de dicha vacuna tetravalente para hacerla más accesible a los servicios de medicina preventiva de los hospitales o incluso a los médicos de atención primaria. En conjunto, no obstante, las medias obtenidas en los intervalos consulta/viaje pueden considerarse inadecuadas para ambos grupos *H* e *IV*. Los datos son coherentes con los resultados obtenidos en otros estudios realizados con población inmigrante (Castelli *et al*, Italia 1999; Wandall *et al*, Dinamarca 2000)^{12,13}, y no mucho peores que los descritos para viajeros autóctonos (Valerio *et al*, España 2003)¹⁴. Existe pues una sensibilización baja del conjunto de la población para las actividades preventivas en Salud Internacional además de posibles ineficiencias en la provisión (listas de espera, programación poco ágil).

En ambos grupos, las AO para vacunas y quimio-profilaxis antipalúdica fueron satisfactorias en términos de calidad y no se hallaron diferencias entre ellos. Aunque los resultados se deban interpretar con prudencia en tanto derivan de auditorías internas, no parece que la diferencias de idioma y cultura existentes entre personal sanitario y viajeros inmigrantes (IV) o mayoritariamente inmigrantes (H) supongan una limitación a la correcta prestación de actividades preventivas.

Desde luego, la serie es demasiado breve como para sacar conclusiones firmes en cuanto a la presencia de problemas de salud. No obstante, el porcentaje obtenido de viajeros, tanto H como IV, que refieren haberlos presentado está dentro de los márgenes habituales descritos en la mayoría de países de la UE (López-Vélez *et al*, España 1999)¹⁵. La circuncisión durante el peregrinaje no es una rareza; se realiza en consultas externas de médicos privados generalmente en circunstancias de higiene adecuadas. Aún así, sería preferible, a nuestro entender, realizarla de forma normalizada y con las exigencias sanitarias habituales en España aunque fuera a nivel de medicina privada.

En conclusión, la presencia y consolidación de poblaciones musulmanas en España y la probable eclosión de un islam específicamente español obliga a los facultativos a formarse y adquirir nuevas habilidades y conocimientos tanto para el abordaje de las actividades preventivas anteriores al *Hajj* o *Umra* como para la vigilancia epidemiológica y clínica posteriores a él. La mayoría de peregrinos presentan factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, en una proporción similar a los que presentan los inmigrantes viajeros.

Bibliografía

1. Memish ZA, Ahmed QA. Mecca bound: the challenges ahead. *J Travel Med* 2002;9:202-10.
2. Memish ZA. Brucellosis control in Saudi Arabia: prospects and challenges. *J Chemother* 2000;13:11-7.
3. Moore PS, Harrison LH, Telzak EE, Ajello GW, Broome CV. Group A carriage in travellers returning from Saudi Arabia. *JAMA* 1998;11:2686-9.
4. Wilder-Smith A, Goh Kt, Barkham T, Paton NI. Hajj-associated outbreak strain of *Neisseria meningitidis* serogroup W-135 estimates of the attack rate in a defined population and the risk of invasive disease developing in carriers. *Clin Infect Dis* 2003;36:679-83.
5. Ansari S, Akhdar F, Mandoorah M, Moutaery K. Causes and effects of road traffic accidents in Saudi Arabia. *Public Health* 2000;114:37-9.
6. Fagbo SF. The evolving transmission pattern of Rift Valley fever in the Arabian Peninsula. *Ann N Y Acad Sci* 2002;969:201-4.
7. Cetron M, Keystone J, Shlim D, Steffen R. Traveller's health. *Emerging Infect Dis* 1998;4:405-7.
8. WHO. International Travel & Health. Vaccinations requirements and travel advice. WHO ed, Genève 2003.
9. Buekens P. Should we study the health of immigrant communities? *Rev Epidemiol sante publique* 2001; 49:409-10.
10. Memish ZA. Travel epidemiology: the Saudi perspective. *Int J Antimic Ag* 2003;21:96-101.
11. Bahrouch L, Doumbia A. Mecca: health advisory for pilgrims. *Med trop* 2002;126-8.
12. Castelli F, Matteelli A, Caligaris S, Gulletta M, el-Hamad I, Scolari C, *et al*. Malaria in migrants. *Parassitologia* 1999;41:261-5.
13. Wandall DA, Christiansen AH, Samuelsson IS. Hepatitis A in Denmark. Notified cases 1996-1999. *Ugeskr Laeger* 2000;162:6233-6.
14. Valerio L, Guerrero L, Martínez O, Sabrià M, Garrido P, Fabregat A, *et al*. Los inmigrantes viajeros. *Aten Primaria* 2003;32:330-6.
15. Lopez-Velez R, Viana A, Pérez-Casas D, Martín-Aresti J, Turrientes MC, García-Camacho A. Clinicoepidemiological study of imported malaria in travelers and immigrants to Madrid. *J Travel Med* 1999;6:81-6.