

PARTE I. VIVIR, ENFERMAR Y MORIR EN UNA SOCIEDAD OPULENTA

Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública

Josep M. Jansà

Agència de Salut Pública de Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

(Immigration and aging: new challenges in Public Health)

Resumen

La inmigración extranjera en el Estado español constituye un aspecto prioritario en la realidad social y demográfica del país. En el mundo, las tendencias en la evolución de la población y los indicadores económicos, sociales y políticos apuntan a que la inmigración de los países pobres hacia los más ricos seguirá produciéndose en los próximos años.

En el ámbito de la salud, considerando que se trata de un fenómeno relativamente reciente, caracterizado por población joven y sana, todavía no se dispone de datos que caractericen sus necesidades en salud y principales trastornos vinculados a su envejecimiento.

La información procedente de otros países con una tradición migratoria más dilatada apunta que los problemas de salud mental y los factores vinculados al desarraigo sociocultural son los principales elementos que deben añadirse a los principales determinantes de la salud de las poblaciones de mayor edad. Con relación a las repercusiones en el sistema sanitario, tanto del envejecimiento de la población en general como los datos sobre la población inmigrante, permite ver con optimismo elementos para la planificación y la incorporación de estas realidades.

El envejecimiento de las poblaciones inmigrantes en España, aunque se plantee desde una perspectiva a medio y largo plazo, requiere la progresiva adaptación de recursos y conocimientos para cubrir las nuevas necesidades. La formación en aspectos de interculturalidad de los profesionales de la salud debe también incorporarse sobre la base de este futuro.

Palabras clave: Inmigración. Salud. Envejecimiento.

Abstract

Foreign migration in Spain is at present a priority in the social and demographic context the country. At a worldwide level, trends in the evolution of population and social, political and economical indicators, appear to maintain for the coming years, the present trends on migrations from poor countries to the rich ones.

In the health area, considering migration as a relatively recent phenomena in Spain, and considering that is mainly constituted by young and healthy population, there are not still data available on the main health needs of migrants related to aging.

Data from other countries with a longer migrant tradition, shows mental health disorders and social and cultural barriers for adaptation, as basic health determinants for older migrants. Related to the effects in the health system, the inclusion of the aging factor in general population and migrant needs, offer an optimistic panorama for future planning.

Migrant aging in Spain, despite of it's middle and long term perspective, do require a progressive adaptation of knowledge and resources to cover future needs. Considering this coming future, health professionals do need to be trained in intercultural skills and knowledge.

Key words: Immigration. Health. Aging.

Introducción

Transcurrida una primera etapa desde que en el año 1999 se inicia el gran crecimiento de la inmigración socioeconómica en el Estado español y disponiendo ya de datos básicos sobre las principales necesidades y los trastornos más frecuentes de las poblaciones inmigrantes, cabe plantearse análisis más detallados sobre las necesidades específicas presentes y futuras en el ámbito de la salud.

De modo habitual, las referencias al fenómeno migratorio se centran en la población inmigrante vinculada a los países de baja renta y a sus necesidades sociales y económicas, sin analizar situaciones como las de colectivos de la tercera edad procedente del norte y centro de Europa, afincados especialmente en la costa levantina. A pesar de que en este capítulo no se analizarán las características, necesidades y repercusiones en el sistema de salud de los inmigrantes de países de renta elevada que deciden residir los últimos años de su vida en determinadas áreas del Estado español, cuantitativa y cualitativamente se trata de un fenómeno que merece especial consideración y que ha sido analizado por algunos autores¹.

Dejando a un lado este fenómeno específico de determinados territorios del litoral levantino, andaluz y Ba-

Correspondencia: Josep M. Jansà.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Avda. Príncep d'Astúries, 63-65. 08012 Barcelona. España.
Correo electrónico: jjansa@aspb.es

leares, el hecho de que la inmigración extranjera en nuestro país sea un fenómeno reciente, determina que el mayor porcentaje de estas poblaciones esté constituido por individuos jóvenes, situados en la franja de 25 a 40 años². Por este motivo y por la todavía escasa investigación realizada en inmigración y salud en el Estado español, no se dispone de datos que analicen el envejecimiento de estas poblaciones en nuestro país. Esta profundización debe realizarse tanto en colectivos y grupos de población diferenciados por países y áreas geográficas, como en grupos de edad y análisis por sexo más detallados. El objetivo final de todo ello es conocer con mayor detalle los perfiles y las necesidades presentes y futuras de un sector de la población que en el año 2005 representa más del 7% del total de habitantes del Estado español y que en Comunidades Autónomas como la de Madrid y las Baleares supera el 10% de su población³, mientras que en términos absolutos las comunidades de Madrid y Cataluña, con cerca de 700.000 extranjeros residentes, concentran las mayores cifras de inmigrantes.

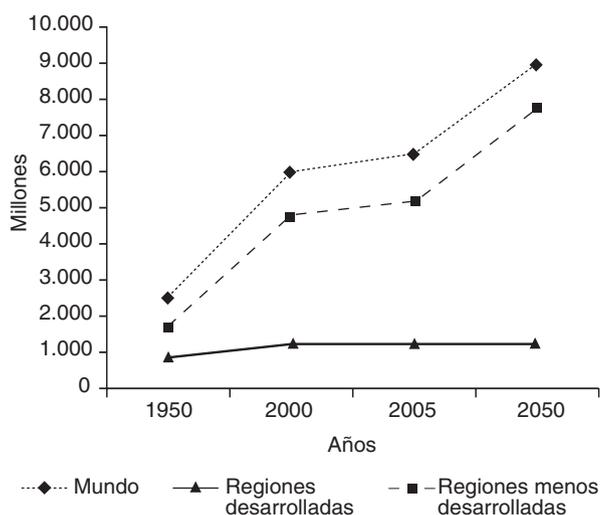
Determinantes demográficos

En el mundo, las proyecciones actuales apuntan que, a largo plazo, el crecimiento de la población disminuirá tanto en las regiones desarrolladas como en las regiones en desarrollo. Así, mientras que la tasa de crecimiento permanecerá positiva hasta el año 2050 para los países en desarrollo, se hará negativa a partir del año 2030 para los países más desarrollados. Se espera que los países menos desarrollados, que presentan las tasas de mortalidad más altas, casi duplicarán su población entre los años 2000 (4.877 millones de personas) y 2050 (7.850 millones de personas).

En los países más desarrollados, la población crecerá de forma lenta entre 2000 (1.194 millones de personas) y 2030 (1.250 millones de personas), e irá descendiendo a partir del año 2030, alcanzando 1.236 millones de personas en el 2050 (fig. 1)⁴.

Estas tendencias demográficas⁵, junto con el incremento de las desigualdades sociales y económicas entre los países más desarrollados y los de menor renta, determinan que la presión y los flujos migratorios de Sur a Norte y de Este a Oeste sigan produciéndose en los próximos años⁶. En muchos de los países occidentales, la búsqueda de respuestas adecuadas al progresivo envejecimiento de la población y el declive en las tasas de natalidad han orientado su atención hacia la inmigración extranjera. A pesar de ello, en la mayoría de los países de Europa occidental, donde el crecimiento migratorio se produjo ya en la década de los setenta, la media de edad de la población ha seguido aumentando⁷.

Figura 1. Población estimada mundial y por regiones según desarrollo.



Fuente: adaptado de World Population Prospects, 2004.

La inmigración externa es responsable de más de las tres cuartas partes del crecimiento total del número de habitantes de la Unión Europea. En el año 2003 Alemania y España eran los principales causantes de este crecimiento en términos absolutos, con cerca de 230.000 inmigrantes netos cada uno (sumados suponen el 44% del total). Considerando tanto el crecimiento vegetativo como el saldo migratorio, los países que más crecieron en el año 2002 fueron Irlanda (12‰) y Luxemburgo (10,3‰). España, con 6,8‰, casi duplica la media europea (3,6‰)⁸. Los últimos datos disponibles en España presentaron una variación interanual del 13,9% entre 2003 y 2004.

En este contexto, la pirámide demográfica de la población inmigrante recién asentada en el Estado español es sensiblemente distinta de la de la población autóctona (fig. 2). De este modo, mientras que hasta el inicio de la llegada masiva de inmigrantes procedentes de otros países en el año 1999, el envejecimiento constituía una constante en los análisis demográficos de nuestro país, a partir de este momento, las características de estos nuevos residentes, en su mayoría población joven, junto con el incremento de hijos de madres y padres extranjeros han amortiguado e incluso modificado esta tendencia.

Este último aspecto, sin embargo, tenderá a disminuir en las próximas décadas en la medida en que la capacidad reproductiva de la población no depende esencialmente de determinantes biológicos sino de patrones sociales y culturales (fig. 3). De este modo, los inmigrantes en la medida que se convierten en poblaciones estables tienden a identificar sus patrones reproductivos con los de la sociedad de acogida⁹.

PARTE I. VIVIR, ENFERMAR Y MORIR EN UNA SOCIEDAD OPULENTE

Con todo, a pesar de que el envejecimiento de los actuales inmigrantes (mayor concentración en los grupos de edad de 65 y más años) se prevea para dentro de 30-40 años, las reagrupaciones familiares que se están produciendo en la actualidad, las necesidades en salud de los familiares de mayor edad (incluso residentes en los países de origen), las características sociales y culturales de algunos colectivos concretos (familias extensas, longevidad), el asentamiento de poblaciones llegadas al inicio del proceso migratorio (década de los ochenta) y las necesidades de planificar con una perspectiva temporal suficiente determinan el

interés por plantear preguntas y ofrecer posibles respuestas en torno de este fenómeno.

Principales necesidades en salud

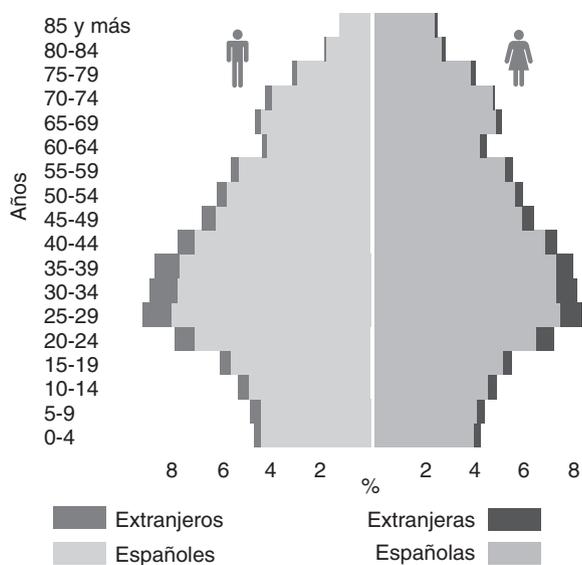
La mayor parte de los países de Europa occidental, Estados Unidos, Canadá y Australia que recibieron el impacto migratorio hace décadas disponen de experiencias consolidadas en los temas de inmigración y envejecimiento, que permiten realizar algunas afirmaciones sobre el fenómeno.

La salud mental es probablemente una de las áreas con mayor impacto en la salud de estas poblaciones. En este ámbito se han detectado mayores grados de malestar psicológico en distintas comunidades de origen asentadas en los países de acogida, así como determinados cambios identificados con una peor situación de su salud percibida. Por otro lado, el incremento del apoyo social se ha asociado como un factor protector frente al malestar psicológico¹⁰. Los conflictos intergeneracionales vinculados con mayor frecuencia a las relaciones entre madres e hijas se han destacado en colectivos de inmigrantes¹¹. En la aparición de trastornos depresivos en inmigrantes ancianos se han identificado como factores predictivos un bajo grado de identificación con los conceptos de salud de los países de origen, bajo nivel de ingresos, actitud negativa hacia el envejecimiento, mala salud orgánica y dificultades en el acceso a los servicios de salud¹².

También haber migrado recientemente, estar a cargo de los nietos, tener problemas personales o legales y la presencia de enfermedades leves se han asociado con una mayor frecuencia de estos trastornos¹³.

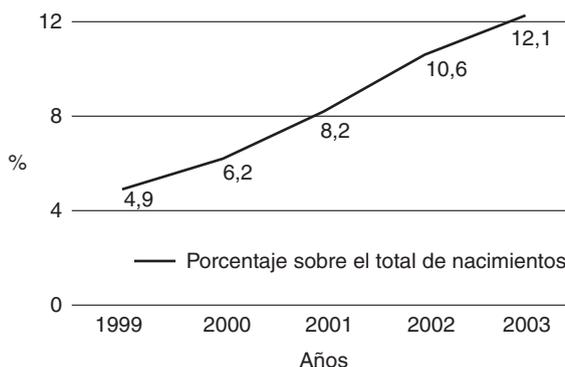
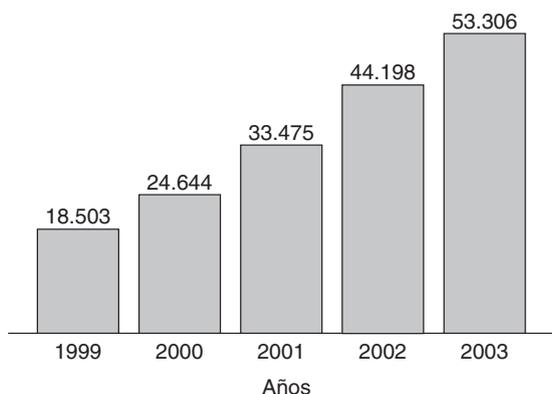
En determinadas circunstancias, movimientos de población ocasionados por fenómenos geopolíticos, con-

Figura 2. Población española, enero 2004.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística³.

Figura 3. Evolución de los hijos de madre extranjera en el período 1999-2003.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística³.

flictos bélicos y desastres naturales modifican el patrón migratorio clásico, produciéndose desplazamientos de población mayor, con grandes dificultades para su adaptación a la nueva realidad. Esta inmigración en etapas tardías de la vida comporta, entre otros factores, la presencia de grandes dificultades relacionadas con la distinta interpretación de los conceptos y la vivencia de la enfermedad¹⁴. Este aspecto destaca algunas de las diferentes necesidades entre la población inmigrante que envejece en el país de acogida¹⁵, y las poblaciones de edad avanzada que realizan un proceso migratorio después de haber permanecido toda su vida en sus propios países.

A pesar de no disponerse de datos específicos sobre los efectos a largo plazo de las malas condiciones de trabajo, vivienda y condiciones de vida de buena parte de los trabajadores inmigrantes, cabe esperar que las deficiencias identificadas en estas poblaciones repercutan negativamente en su salud en las etapas más avanzadas de la vida.

No se han identificado estudios sobre necesidades en salud diferenciadas en inmigrantes extranjeros ancianos, relacionadas con afecciones importadas, enfermedades tropicales y enfermedades emergentes. A pesar de ello, la gran variabilidad de los orígenes y las características diferenciales entre los inmigrantes residentes en nuestro territorio y la continua aparición de situaciones relacionadas con movimientos de población deben dejar una puerta permanentemente abierta a estas consideraciones.

Efectos de la inmigración y el envejecimiento en el sistema de salud

Estudios recientes plantean que desde el punto de vista de los costes económicos, sólo una pequeña parte del incremento del gasto sanitario público puede atribuirse al envejecimiento poblacional, aspecto que por sus propias características no es susceptible de regulación futura, a diferencia de otros como el tipo de recursos utilizados, la frecuentación, el coste de los tratamientos o el desarrollo de nuevas tecnologías médicas¹⁶.

Con relación al impacto económico de la inmigración en los costes del sistema de salud, un estudio previo concluía la existencia de un efecto positivo (mayores aportaciones que gastos) por parte del colectivo inmigrante¹⁷. Todo ello permite disponer de los elementos necesarios para afrontar las futuras necesidades y planificaciones con suficiente conocimiento de causa, evitando visiones catastrofistas sobre la inevitable crisis del sistema de salud vinculada al envejecimiento de la población y a la inmigración extranjera.

En cuanto a la utilización de servicios de salud, se ha documentado que el patrón de utilización de los in-

migrantes se orienta más hacia los servicios de pediatría, ginecología, trastornos agudos y urgencias, lo que favorecería intervenciones breves y estancias cortas en el ámbito hospitalario. Estos factores resultarían compensatorios en relación con la utilización de recursos de salud de la población autóctona¹⁸.

Conclusiones y recomendaciones

El envejecimiento actual de la población española debe servir como punto de partida para la planificación de las intervenciones en las poblaciones inmigrantes, considerando además las experiencias aportadas por los países que disponen de una perspectiva migratoria más prolongada.

La atención a las personas de la tercera edad de origen inmigrante asentadas en nuestro entorno debe incorporar los aspectos transculturales planteados en disciplinas como la enfermería, la psiquiatría, la gerontología y el trabajo social. Estas consideraciones deben incorporarse ya en la formación y la cultura de estos profesionales¹⁹.

La experiencia que muchos colectivos de inmigrantes están adquiriendo en los cuidados a personas autóctonas de la tercera edad debería considerarse como un valor que contribuya a apoyar las necesidades de recursos humanos en la atención de personas inmigrantes de la tercera edad.

Las necesidades en salud vinculadas al envejecimiento de la población se constituyen en buena medida por factores complementarios a estas mismas necesidades identificadas en la población autóctona. Así, a la ausencia de los hijos, la jubilación, el nuevo papel como abuelos, la muerte de amigos y familiares próximos, el empeoramiento de la salud y el sentido anticipatorio de la muerte debe añadirse la inexistencia o debilidad de redes sociales de apoyo, la aculturación o falta de identidad respecto de sus culturas de origen y una menor capacidad económica²⁰.

Contrariamente a lo ocurrido con la rapidez en la aparición del actual fenómeno migratorio en el Estado español, se dispone de tiempo suficiente para prever las necesidades en salud específicas de estos colectivos en relación con su proceso de envejecimiento. Está en nuestras manos realizarlo con la calidad y previsión requeridas, desarrollando nuevas líneas de investigación y planificando de acuerdo con los datos resultantes.

Bibliografía

1. Rodríguez V, Fernández Mayoralas G, Rojo F. European retirees on the Costa del Sol: a cross-national comparison. *Int J Popul Geogr*. 1998;4:183-200.

PARTE I. VIVIR, ENFERMAR Y MORIR EN UNA SOCIEDAD OPULENTA

2. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/escif/pob105.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2005. Madrid: Mundi Prensa libros; 2005. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/escif/pobl05.pdf>
4. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>
5. Lutz W. The future of world population. *Popul Bull* 1994;49: 1-47.
6. Mocumbi P, Camí J, Jansà JM, De la Corte P, editores. Salud y Desarrollo. Retos para el siglo XXI. Barcelona: Fundació IMIM, Fundació Salud Innovación y Sociedad; 2005.
7. Coleman DA. Replacement migration, or why everyone is going to have to live in Korea: a fable for our times from the United Nations. *Phil Trans R Soc Lond*. 2002;357:583-98.
8. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_la_Uni%C3%B3n_Europea
9. Del Rey Calero J. La inmigración desde la demografía. Repercusiones para la salud. *An R Acad Nac Med (Madr)*. 2002; 119:123-38.
10. Min JW, Moon A, Lubben JE. Determinants of psychological distress over time among older Korean immigrants and Non-Hispanic White Elders. *Aging Ment Health*. 2005;9:210-22.
11. Usita PM, Du Bois BC. Conflict sources and responses in mother-daughter relationships: perspectives of adult daughters of aging immigrant women. *J Women Aging*. 2005;17:151-65J.
12. Lai DW. Prevalence and correlates of depressive symptoms in older Taiwanese immigrants in Canada. *J Chin Med Assoc*. 2005;68:108-09.
13. Robinson J, Curry L, Gruman C, Covington T, Gaztambide S, Blank. Depression in later-life Puerto Rican primary care patients: the role of illness, stress, social integration and religiosity. *Int Psychogeriatr*. 2003;15:239-51.
14. Emami A, Torres S. Making sense of illness: late -in life migration as point of departure for elderly Iranian immigrants' explanatory models of illness. *Immigr Health*. 2005;7:153-64.
15. Moore EG, Pacey MA. Geographic dimensions on Aging in Canada. *Can J Aging*. 2004; 23 Suppl 1:S5-S21.
16. Casado Marín D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit*. 2000;15:154-63.
17. Price Waterhouse Coopers. Estudio sobre el coste adicional de la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los Extranjeros. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999.
18. Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Informe tècnic. Agència d'avaluació de tecnologia i recerca mèdiques; 2004. Disponible en: <http://www.aatrm.net/html/ca/dir349/doc7919.html>; <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf>
19. Rawlings-Anderson K. Working with older people from minority ethnic groups. *Nurs Older People*. 2001;13:21-6.
20. Akhtar S, Choi LW. When evening falls: the immigrant's encounter with middle and old age. *Am J Psychoanal*. 2004;64: 183-91.