

Una població envellida: una càrrega o una benedicció?

Alan Williams¹

Traducció de Gaietà Permanyer Miralda i Joan M. V. Pons de l'article: An aging population -burden or blessing? Value in Health. 2005;8:447-50. Conferència a la tercera sessió plenària ("Societats que envelleixen: reptes per a la recerca de resultats, recerca en qualitat de vida i economia de la salut") del setè congrés anual de la ISPOR, a Hamburg, Alemanya, el 24 d'octubre del 2004.

Per tal d'analitzar aquesta important qüestió hem d'atendre les següents preguntes:

- Ens podem permetre tanta gent gran?
- Quant més cars són els vells que els joves?
- És més sana la gent gran que el que ho era abans?
- De quina manera es redueix la qualitat de vida amb l'edat?

- Què hi ha de la qualitat de vida dels cuidadors?
- Hi ha altres càrregues afegides a més de les sanitàries?
- Com s'han de resoldre aquestes tensions?
- Què hi ha de l'equitat intergeneracional?

Ja podeu comprendre que en aquesta breu revisió m'és impossible fer justícia a totes aquestes importants preguntes i, per tant, demano la vostra indulgència si les tracto de manera força resumida. Senzillament, pretenc establir els que em semblen els punts clau, tocant-les de manera correlativa.

Ens podem permetre tanta gent gran?

Aquesta primera pregunta queda, em sembla, completament contestada en la Figura 1. El que hi podeu veure és que els països amb una alta proporció de la seva població major de 60 anys també tenen un producte nacional brut (PNB) elevat. Els països amb un PNB *per capita* baix, amb dues excepcions, tenen tots una proporció ben petita de la seva població que visqui per damunt de 60 anys. Sembla que tenir una població envellida és simplement una conseqüència de ser ric. Aleshores, què és el que ens preocupa?

Quant més cars són els vells que els joves?

Potser el que ens preocupa són les implicacions per al proveïment d'atenció sanitària i, en aquest cas, serà important saber quant més cars són els vells que la resta de la població.

Si, realment, aquest és el vostre interès principal, aleshores aquestes dades (Figura 2) de la despesa sanitària segons els grups d'edat haurien de ser un bon motiu de preocupació. Els detalls varien lleugerament entre països, però a tot arreu tenen lloc amb les mateixes característiques generals. Cal tenir en compte algunes precaucions

per a la seva interpretació. La primera és que la proximitat a la mort sembla justificar una bona part d'aquest gradient d'edat. Resulta que les despeses sanitàries es disparen

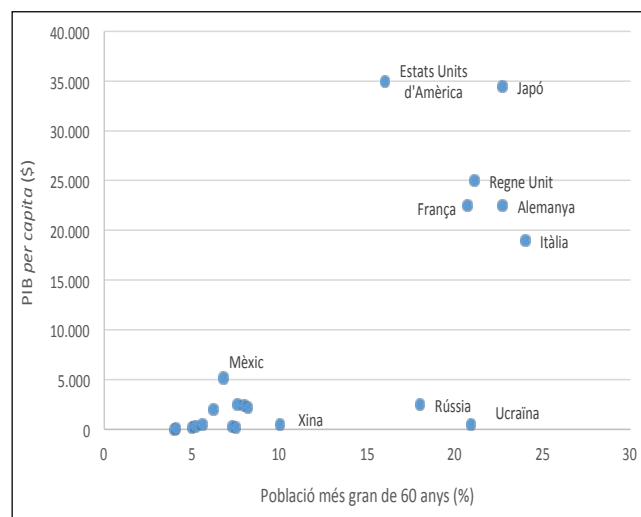


FIGURA 1. Percentatge de població major de 60 anys per producte interior brut (PIB) *per capita* (països amb població superior al 50 milions d'habitants)

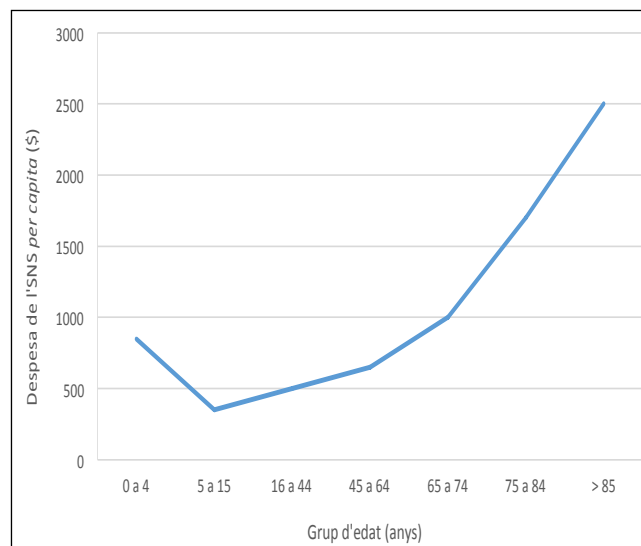


FIGURA 2. Despesa del Sistema Nacional de Salut (SNS - National Health Service) *per capita* i grup d'edat (1998-1999)

quan la mort s'apropa, independentment de l'edat de la persona. Si la mort es retarda, també es retardaran aquestes despeses del final de la vida i, per a cada individu, tindran lloc en una edat més tardana. Però què passa amb altres costos sanitaris que s'associen directament a la pròpia vellesa?

És més sana la gent gran que el que ho era abans?

Això em porta a la pregunta de si la gent gran ara és més sana que el que ho era abans. Aquí entren en joc dos escenaris diferents, ben representats en els diagrames trets d'una publicació de Meena Seshamani (Figura 3).

La situació actual queda ben esquematitzada en el diagrama superior, on es veu com la morbiditat augmenta de manera sostinguda durant els darrers 15 anys de vida. El diagrama del mig de la Figura 3 representa l'escenari optimista, en el qual la durada del període en què té lloc el

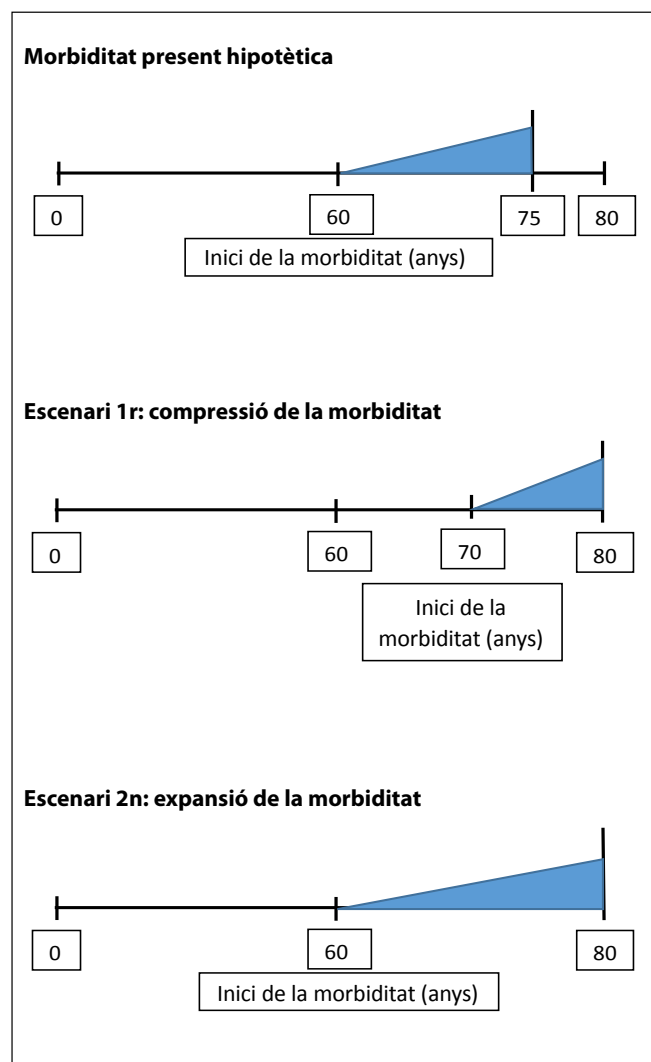


FIGURA 3. Teories sobre la relació entre esperança de vida i morbiditat

declivi de la salut és més curta i el propi declivi s'ha retardat. A baix es pot veure l'escenari pessimista, que mostra què passaria si, encara que es retardés la mort, l'inici de la morbiditat al final de la vida no es retardés. La gent es trobaria davant d'un període força llarg de deteriorament de la salut. Fins allà on puc dir, el jurat encara no s'ha pronunciat sobre quin d'aquests escenaris estem encarant. Potser variarà d'uns països a d'altres. Però segons jo penso, és encara una qüestió sense resoldre.

De quina manera es redueix la qualitat de vida amb l'edat?

I mentre no es resol la qüestió, considerem les maneres en què la qualitat de vida declina amb l'edat (Figura 4).

Les dades recollides en enquestes poblacionals en diferents països, totes utilitzant l'instrument EQ-5D² confirmen (diagrama de la part superior) el gradient, ben conegut, relatiu a la prevalença de problemes de mobilitat en augmentar l'edat. En el diagrama de la part inferior podeu veure un fenomen menys ben conegut: el gradient, segons edat, del dolor percebut pel pacient. Aquest ja comença essent sorprenentment alt, fins i tot entre els joves, i té major prevalença que els problemes de mobilitat en tot el ventall d'edats. Advertiu també que, a qualsevol edat, les dones estan pitjor que els homes. Aquesta és la morbiditat que ens cal comprimir. M'agradaria que remarqués el potencial per fer-ho que té el control del dolor i que és una manera relativament desatesa de fer-ho.

Què hi ha de la qualitat de vida dels cuidadors?

Però no és tan sols la gent gran malalta de qui ens hem de preocupar, sinó també dels seus cuidadors informals. Pel que fa a aquests, el fet que els anys afegits de vida ho siguin o no en situació de dependència és absolutament crucial de cara a la pregunta sobre "càrrega o benedicció" de la vellesa. És més, quan arribi el moment en què el paper de cuidador passi d'un cònjuge o parella a la generació següent, caurà a la falda de persones que elles mateixes hauran arribat a l'edat en què acaben d'entrar a la població dependent. Jo crec que ens cal, de manera urgent, recollir més dades sobre els cuidadors i la seva qualitat de vida relacionada amb la salut, que em sembla ignorada en la majoria d'assajos clínics.

Hi ha altres càrregues afegides a més de les sanitàries?

Fins ara m'he centrat en les implicacions per a la salut, però ara hem de tenir en compte si hi ha altres càrregues associades a una població envellida. L'atenció social n'és una d'evident. A diferents països es fa molta recerca meticulosa per saber qui ha d'assumir la responsabilitat

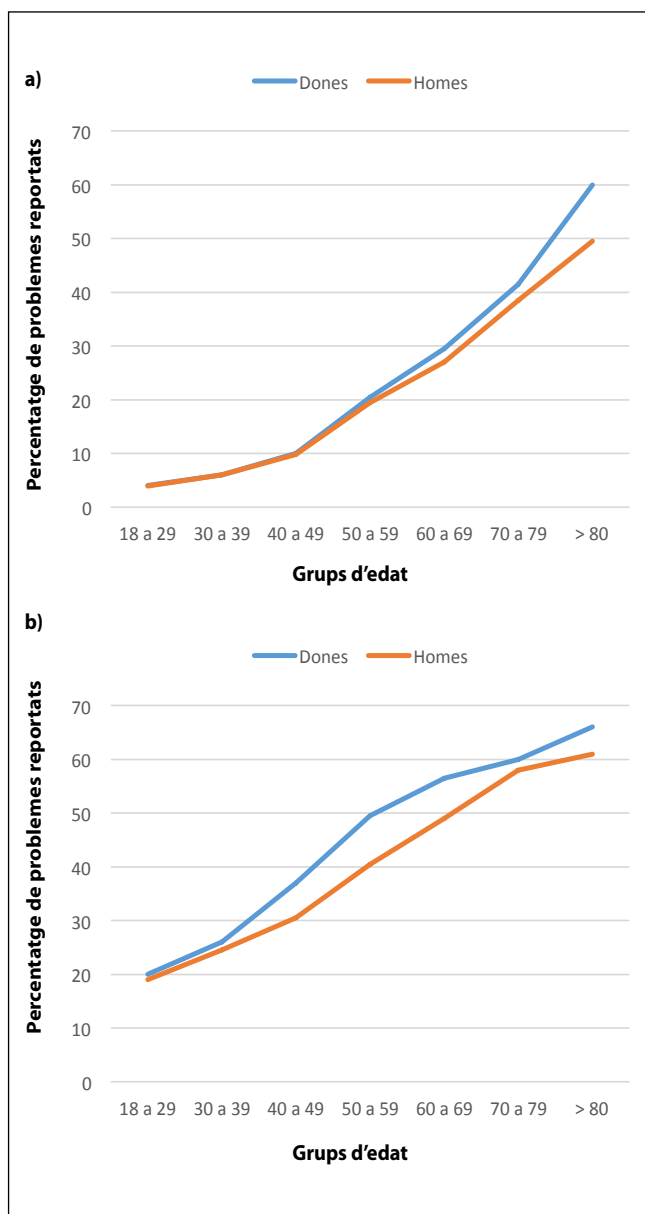


FIGURA 4. Problemes percebuts en relació amb: a) la mobilitat i b) el dolor/malestar per grups d'edat (n > 25.000)

dels seus costos creixents i per quines raons. Però encara més important que l'atenció social és el proveïment de les pensions. Tant si les pensions són proporcionades privadament com públicament, originen un problema de transferència que a algunes persones se'ls fa difícil comprendre.

Pensen que estan senzillament retirant els seus estalvis del passat, que imaginem que equivalen a recursos reals que han estat apartats i que ja poden reclamar com a seus. La realitat és ben diferent. Quan la gent gran gasta la seva pensió, es tracta de recursos produïts en aquell moment: per rebre aquests recursos la gent gran competeix amb tota la resta. Aquests recursos re-

als han de ser obtinguts de les persones que els produeixen i dirigits a la població dependent. En aquesta població dependent també hi ha gent jove; el volum d'aquesta altra població dependent també està creixent en els països on els organismes d'educació superior originen una gran despesa. Una taxa de natalitat baixa alleuja la pressió a curt termini però a la llarga redueix el volum de la població activa, de manera que a llarg termini posarà les coses pitjor.

Com s'han de resoldre aquestes tensions?

Alleujar aquestes tensions és actualment el principal problema de política social en molts països, especialment en aquells on els polítics havien adquirit compromisos excessivament ambiciosos en el passat, de manera particular en el camp de les pensions. Algunes respostes possibles són: 1) retardar l'edat de jubilació, 2) reduir les pensions, 3) limitar l'accés a l'atenció sanitària, 4) augmentar la productivitat.

Els tres primers punts són canvis polítics que afecten directament, tots ells, la pròpia gent gran, mentre que el quart punt és, evidentment, menys dolorós per als vells però pot ser una mica frustrant per als treballadors, que es trobarien pagant impostos més alts, fet que redueix la seva gratificació per ser més productius i pot tenir efectes incentius adversos. Per desagradables que cadascuna d'aquestes polítiques puguin ser, si no s'aborden amb fermesa l'alternativa serà la inflació, que pot ser una solució pitjor perquè distribueix les càrregues d'una manera atzarosa i sovint força injusta.

Què hi ha de l'equitat intergeneracional?

Per acabar, arribo a la qüestió de l'equitat intergeneracional que ja he tocat de passada una o dues vegades però que ara cal abordar directament. Atès que la immortalitat no és una opció a l'abast, us animo que reflexioneu atentament sobre el punt de vista que John Harris expressa al seu llibre *The Value of Life (El valor de la vida)*: "Així com sempre és mala fortuna morir quan es vol seguir vivint, no és cap tragèdia morir vell".

Això planteja la idea que aquells de nosaltres que, com jo, hem tingut ja una llarga vida no hauríem de privar els joves d'oportunitats que nosaltres ja hem gaudit. Les exigències de la justícia distributiva, adreçades a la reducció de desigualtats en la salut que es té durant tota una vida, no es compliran a menys que estiguem preparats per discriminar a favor d'aquells que altrament serien privats de bones oportunitats, és a dir, els joves vulnerables, i en contra d'aquells que ja n'han gaudit, és a dir, els vells que han tingut una vida saludable. Aquest és un dilema ètic molt incòmode per a un igualitari com jo, però si cal beneficiar els joves vulnerables, qui hauria de dur-ne la càrrega sinó els vells afortunats?

Una població envellida: una càrrega o una benedicció?

Tornant a la qüestió central de si una població envellida és una càrrega o una benedicció, la meva resposta és que és una benedicció per a alguns però una càrrega per a uns altres. Per tant, crec que la nostra tasca com a clínics, gestors, polítics o investigadors és reduir les càrregues i distribuir-les de manera justa en la comunitat. Si encara no us he convençut que aquesta és una tasca important i urgent, us proposo esbrinar quant temps passarà fins que vosaltres mateixos us veieu personalment implicats en aquests problemes, ja que això planteja un termini apressador en el qual heu de tenir el sistema ben encarrilat d'una manera

justa i eficient. Aquest és el repte que m'agradaria que acceptéssiu a la llum de la meva breu revisió de les qüestions força difícils que estan en joc.

N. DELS T:

1. Alan Williams (1927-2005), economista britànic de la salut, no va arribar a veure imprès el text de la seva conferència. No sols va ser un ferm defensor dels "anys de vida ajustats a la salut" com a mesura del benefici de les intervencions mèdiques, sinó també, atenent a la limitació dels recursos (sanitaris) i la solidaritat i equitat intergeneracional, de les oportunitats gaudides en una llarga vida (*fair innings*) en favor de prioritzar els joves vulnerables.
2. EQ5D: Instrument genèric de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut.