

## Calidad de vida en salud. Evolución histórica del concepto

Inés A. Bores

Abordar el tema, nos propone definir, delimitar en palabras la esencia de una realidad o cosa.

Así, **calidad**, del latín *qualitas*, abarca el conjunto de propiedades de una cosa, lo que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

Es un concepto subjetivo, por relacionarse con percepción individual. En ella influyen por lo tanto factores culturales, necesidades y expectativas.

**Vida**, del latín *vita*. Si se relaciona con la existencia de un ser humano, es el lapso de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la muerte.

Para la medicina, debe ser un goce de buena salud, es decir un estado de completo bienestar físico, psíquico y social (1).

“**Calidad de Vida**” en salud se refiere pues al bienestar y el grado de satisfacción de las necesidades físicas, materiales y sociales del individuo.

El abordaje desde la óptica de la historia de la medicina permite reflexionar sobre un acto plenamente humano como lo es la asistencia médica al enfermo.

Ésta se ha modificado a lo largo del tiempo, por distintas situaciones histórico sociales. Así, se desarrollaron distintos paradigmas para responder pragmáticamente, a la necesidad de paliar enfermedad, dolor, incapacidad, sufrimiento.

Se estableció un punto de inflexión cuando en el Siglo V a C, **Hipócrates** (460 a C- 370 a C) elabora el tratado *Sobre los aires, aguas y lugares* determinó el factor de la causalidad en la génesis de las enfermedades; desarrolló un sistema racional, atribuyendo la causa de las mismas a fenómenos naturales (2).

**Bernardino Ramazzini**, (1633-1714) en su obra *De Morbis Artificum Diatriba (Tratado de las Enfermedades de los Trabajadores)* en 1700, estudió enfermedades relacionadas con el modo de vida de los trabajadores con la meta de lograr buenas condiciones del medio laboral, pautando el origen de la medicina ocupacional.

El advenimiento de la Revolución Industrial (proceso que comenzó en Inglaterra en el Siglo XVIII y se extendió rápidamente en el hemisferio norte en el Siglo XIX y principios del siglo XX) aumentó el número e importancia de las fábricas. Revolucionó el manejo de la energía humana. Se emplearon hombres, mujeres y niños, pues ahora se requería menos habilidad manual y menor fortaleza física.

Surgen las primeras ciudades industriales, con grandes concentraciones de población obrera que vive en condiciones precarias y trabaja en medios insalubres, cumpliendo muchas veces jornadas extenuantes.

La medicina estudia en este proceso enfermedades y epidemias emergentes de este contexto. La morbilidad histórico y socialmente condicionada derivó en pauperismo (existencia de gran número de pobres en un Estado), accidentes de trabajo, y enfermedades actuando como predisponentes y agravantes: la mala alimentación, viviendas precarias e insalubres, jornadas laborales prolongadas, trabajo infantil, insuficiente educación.

Destacados pensadores hallaron que las causas de enfermedades no eran solo los gérmenes patógenos, sino que intervenían interactuando condiciones adversas laborales, económicas y medioambientales.

Brevemente mencionaremos al higienista **Johann Peter Frank** (1745-1821) quien en 1790 presentó su obra *La Miseria del Pueblo Madre de enfermedades*, en la Universidad de Pavía. Se interesó por la higiene y la salud pública.

El abogado reformista social inglés, **Edwin Chadwin** (1800-1890), en 1842 presentó su *Report* sobre condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña ante el Parlamento inglés. En él correlacionó falta de saneamiento, con altas tasas de enfermedad y baja expectativa de vida. Fue base de la Ley de Salud Pública de 1848. La esperanza de vida era de 35 a 40 años en la aristocracia, 20 a 25 años para los artesanos y comerciantes y 16 a 25 años para los obreros.

**Rudolf Virchow** médico y político alemán (1821-1902) realizó importantes contribuciones a la medicina social al elaborar el informe sobre la epidemia de tifus en Silesia publicado en 1848, valorando el contexto social y las condiciones desfavorables como factores que interactúan con la noxa permitiendo la aparición de las enfermedades infecciosas.

Todo ello propició el desarrollo de la higiene y la salud pública.

Así tras un largo camino el hombre comprendió la importancia de evaluar las condiciones y estilos de vida con el objetivo de proteger la salud y lograr el bienestar (3, 4).

El concepto de **calidad de vida** fue inicialmente relacionado con las consecuencias de la industrialización y con las ciencias sociales valoraron el bienestar social de una población a través de condiciones objetivas desde el punto de vista económico y social.

En la década del '60 comenzó a interesar la percepción que de su enfermedad y de los tratamientos que recibe tiene el paciente.

Para algunos autores el primero en utilizar el concepto "calidad de vida" fue en 1964, **Lyndon Johnson** (1908-1973), trigésimo sexto Presidente de los Estados Unidos. Otros señalan que fue el economista estadounidense **John Galbraith** (1908-2006), en las postrimerías de los años '50, en ocasión de valorar el bienestar social general de individuos y sociedad.

En 1974 se incluye el término en *Revista Estudio de Indicadores Sociales*.

En 1977 es palabra clave en el sistema *Medline* (base de datos de bibliografía médica) y categoría de búsqueda en el *Index Medicus* (índice bibliográfico de artículos de revistas científicas biomédicas).

Al finalizar los años '70 lograron perfeccionarse los indicadores sociales (5).

En los años 80 surge el Perfil de Salud de Nottingham y un cuestionario de salud o Formulario Corto SF 36 Short Form 36 Health Survey en el que se valoran 8 dimensiones de Calidad de vida: funcionamiento físico, limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas físicos de salud, dolor corporal, funcionamiento social, salud mental general incluyendo stress psicológico, limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales, vitalidad, energía, fatiga, percepciones de salud general (6=).

En 1991 la Organización Mundial de la Salud crea un grupo de estudio y elabora un consenso logrando un extenso cuestionario "**calidad de vida**" en las distintas culturas (7).

En 1996 **S. A. Schumaker S A** y **M. J. Naughton** definieron **calidad de vida** relacionado con la salud como la percepción subjetiva (influenciado por el estado de salud actual) de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Preconizan funcionamiento social, físico, cognitivo, motilidad, cuidado personal y bienestar emocional. Enfatizan la valoración subjetiva (8).

En 2003 **L. Shwartzmann**, interpreta que **calidad de vida** relacionada con la salud en un enfermo, resulta de evaluar la interacción del tipo de enfermedad, su evolución, personalidad, el soporte social que recibe y que percibe importando la edad del mismo (9).

Para la Organización Mundial de la Salud **calidad de vida** es la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, inmerso en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto de sus metas y expectativas.

Engloba salud física, nivel de independencia, relaciones sociales, relación con su entorno, creencias.

Los factores objetivos a dimensionar son: utilización de capacidades intelectual, y emocional, potencial creador, circunstancias sociales, económicas, culturales y políticas. Los factores subjetivos son; grado de satisfacción con las condiciones de existencia.

Por todo ello **calidad de vida** es un concepto multidimensional, constituido como herramienta para lograr el bienestar, goce pleno y armónico de las facultades del individuo (10, 11).

## Referencias

- (1) De Toro y Gibbert, M. García Pelayo y R. Gross, *Pequeño Larousse*, Bs As., ed. Larousse, 1964, 101, 1063.
- (2) U. González Pérez, "Concepto de Calidad de Vida y evolución de los paradigmas". *R. cubana de Salud Pública* (La Habana) 28, N. 2. Jul. Dic. 2002. Versión online.
- (3) C Rizzi, S. Fed, J.C. Veronelli, *Introducción a la Medicina Sanitaria*, Bs. As. López Libreros, 1973: 30-34.
- (4) P. Laín Entralgo, *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1985; 537-546.
- (5) B. Botero de Mejía, M. Pico Mechan, "Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. Una aproximación teórica", *Hacia la Promoción de la Salud*. Vol.12, enero- diciembre 2007: 11-24.
- (6) J. Ware, R. Brook, A. Davies, "Choosing measures of health. Status for individuals in general population", *AJPH*, 71, 6: 620-627.
- (7) WHOQOL Group, "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Position paper from the WORLD Health Organization", *Soc. Sci. Med.*, 41, 10, 1995: 1403-1409.
- (8) M. J, Naughton, S. Shumaker, R. Anderson et al., "Psychological aspects of health. Related quality of life measurement tests and scales", en *Quality of Life and Pharmaco e Economics in Clinical trials*, 15, 1996: 117-131.
- (9) L. Schatzman, "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales" en *Ciencia y Enfermería*, 9, 2, 2003: 9-21.

1. Felce D, Perry J. Quality of life. It's definition and measurements. Research in Development Disabilities. Vol 16, n1, 1995, 51-74.
2. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Esp. Dolor. Vol II, n8, Madrid, dic 2001, versión impresa ISSN 1134-8046.