

Pecci, Cristina (septiembre 2004). *Calidad de vida y servicios de salud : Para la dignidad*. En: Encrucijadas, no. 27. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubi.sisbi.uba.ar>>

## Calidad de vida y servicios de salud

### Para la dignidad

*El de calidad de vida es un concepto que se asienta en una perspectiva que ubica los problemas de la vida, más allá de la disciplina principal desde la cual se encare su resolución, como problemas humanos; por lo tanto, la dignidad de la persona se distingue como el valor central a resguardar, considerando las dificultades y alternativas en la interrelación con los demás, consigo mismo, con el contexto, el ambiente y la historia; orientados por los criterios de equidad, ética y solidaridad. Por lo tanto, es un factor importantísimo a ser tenido en cuenta especialmente en los servicios de salud.*

---

### **Cristina Pecci**

Socióloga, Dra. en Psicología. Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas. UBA.

Calidad de vida es un concepto de amplia extensión y, a veces, indiscriminado uso. Una idea fecunda que incita a la revisión y al cambio. Las especulaciones que genera pueden ser profundizadas desde variadas perspectivas, entre ellas, la espiritual, la ética, la filosófica, la económica, la social, por mencionar algunas de las más importantes. La utilidad de este concepto puede visualizarse desde distintas profesiones, pero el rendimiento fino de su cosecha guarda relación con la capacidad para lograr afianzar la concepción y práctica interdisciplinaria en el trabajo en común. Se asienta en una perspectiva que ubica los problemas de la vida, más allá de la disciplina principal desde la cual se encare su resolución, como problemas humanos; por lo tanto, la dignidad de la persona se distingue como el valor central a resguardar, considerando las dificultades y alternativas en la interrelación con los demás, consigo mismo, con el contexto, el ambiente y la historia; orientados por los criterios de equidad, ética y solidaridad.

Aplicado al área de salud, el enfoque de calidad de vida abriga las ideas de protección, promoción y cuidado de la salud como compromiso, derecho y responsabilidad ciudadana. El derecho a la información clara y comprensible para agilizar el pensamiento y el ejercicio de la autonomía en las decisiones respecto de la salud. El derecho a recibir una educación ajustada a las nuevas necesidades relacionadas al manejo de la enfermedad; el aliento para promover el fortalecimiento de la responsabilidad en cuanto a las propias elecciones y comportamientos para preservar la salud. El estímulo para que los ciudadanos influyan en los servicios de salud que reciben y sean, al mismo tiempo, solidarios respecto de éstos así como también con respecto a los equipos profesionales y a otros usuarios. La preocupación por la calidad reconoce la importancia de su buena relación con la cantidad, incluidos en ésta los años de vida, los costos económicos, las relaciones coste-efectividad de las prestaciones o el ahorro de tiempos de impreciso destino.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y

preocupaciones. La OMS definió seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida: la física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

El concepto de calidad de vida es más comprensivo que el de estado de salud. Éste abarca desde aspectos de la salud evaluados negativamente, incluyendo la muerte, hasta el ejercicio de la plena vitalidad que permite la integración positiva de la persona a su medio ambiente sociocultural de acuerdo a los diferentes roles y funciones que tiene. El estado de salud afecta la calidad de vida y la calidad de vida está influida por factores ajenos al ámbito de la salud, pero que tienen influencia sobre ella como, por ejemplo, acceso a oportunidades educacionales, empleo, vivienda adecuada, ambiente saludable. El concepto de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) evalúa el impacto de la enfermedad en distintos planos de la vida de las personas afectadas. Se valoran los resultados del tratamiento, o de la rehabilitación, no solamente en función de los cambios en el estado clínico de las personas sino en función de los beneficios relativos que les permiten a las personas afectadas, de acuerdo con sus propias valoraciones, resolver mejor el manejo de las situaciones de la vida diaria, mantener la participación en la vida social y acomodar sus proyectos de futuro.

La valoración en CVRS refleja básicamente la medida en que la percepción subjetiva de la persona en tratamiento, sus expectativas, creencias y valores están genuinamente considerados en la estrategia del tratamiento y guiadas bajo competencias profesionales pertinentes y adecuadas.

La autodeterminación tiene un lugar principal en el concepto de calidad de vida; para resguardar su expresión es fundamental la acción concertada del equipo de salud interdisciplinario.

### **Servicios de salud y CVRS**

La confianza que genere el equipo de salud es una cuestión básica. Desde el punto de vista de su desempeño, la preocupación por la efectividad de las actuaciones médicas y de los otros profesionales del equipo, ha reforzado el interés por la evaluación de los resultados de los tratamientos. El impacto de éstos puede estudiarse en términos de la calidad de vida de quienes los reciben. A pesar del interés declarado en el tema, las valoraciones y preocupaciones de los pacientes y familiares relativas al proceso de tratamiento y/o a sus resultados, con frecuencia continúan siendo invisibles en los registros de los servicios de salud y muchas veces están ausentes como elementos de juicio en el proceso de toma de decisiones. La falta de información sobre percepciones respecto del estado de salud, la enfermedad, el tratamiento y el bienestar de los pacientes dificulta a quienes tienen la responsabilidad de brindar el servicio la comprensión cabal de cuáles son las necesidades de cuidado y las expectativas que tienen las personas asistidas; es probable que, de ser tenidas en cuenta, contribuiría a aumentar la eficacia y efectividad del tratamiento o intervención dada. Los estudios de evaluación del estado de salud general y los de calidad de vida se relacionan con estas cuestiones. Existe metodología científica probada para establecer la CVRS en distintas especialidades médicas. El desafío, más allá de declarar su importancia, es medir sus resultados cuali y cuantitativamente en el contexto de la estrategia de intervención y no como una investigación aislada.

Por cierto, antes de evaluar las actuaciones del equipo de salud hay que saber con qué finalidad se proporciona el cuidado porque, de acuerdo con esto, diferentes serán los propósitos e interpretaciones referidas a la CVRS. El cuidado puede ser: a) para mejorar el estado de salud y reducir el riesgo de mortalidad, discapacidad o morbilidad; b) para rehabilitar, para disminuir la brecha entre el nivel real de funcionamiento físico, psicológico o social y su capacidad de funcionamiento potencial; c) paliativo, para aliviar el dolor físico y el malestar psicológico; d) de promoción de la salud y de fomento de recursos personales y sociales con los que cuentan las personas en tratamiento.

La incorporación de programas de calidad de vida como parte de la estrategia de tratamiento puede colaborar a mejorar la relación coste-beneficio a lo largo del proceso asistencial.

En la práctica, pueden funcionar como mecanismos de ajuste entre las necesidades y expectativas de las personas asistidas –y familiares/cuidadores– y los requisitos de adhesión a los tratamientos considerados necesarios para el logro de los objetivos propuestos por la intervención del equipo de salud. Las evaluaciones de calidad de vida se realizan con metodología científica, de acuerdo con procedimientos estandarizados y aplicando instrumentos que han aprobado rigurosos procesos de validación en el nivel internacional.

Para llevar adelante estos programas en la prestación de los servicios de salud se necesita contar con el compromiso institucional y con capacidad técnica adecuada. Algunos ejemplos de áreas de trabajo en CVRS diseñados como apoyo al tratamiento clínico pueden ser:

#### **En el ámbito asistencial:**

- en la relación entre requisitos de adhesión al tratamiento y características, expectativas y situación de los pacientes;
- en la relación médico-paciente-equipo de salud: calidad de la comunicación y fortalecimiento del vínculo ;
- en la detección de nuevas necesidades de las personas, debidas a la enfermedad, al tratamiento o como consecuencia de alguna de ellas;
- en la generación de formas de apoyo individual o grupal para favorecer la aceptación, comprensión y manejo de la -enfermedad por parte de los pacientes y familiares/cuidadores.

#### **En el plano de la educación continua:**

- desarrollo de programas de educación para pacientes;
- desarrollo de programas de educación para familiares/cuidadores;
- cursos de capacitación sobre estrategias de trabajo en CVRS para profesionales.

#### **En el plano de la investigación:**

Desarrollo de proyectos de investigación sobre CVRS como indicadores :

##### **- De la prestación asistencial:**

- evaluación del estado actual del paciente;
- evaluación de cambios a lo largo del proceso del tratamiento;
- evaluación de los resultados del tratamiento médico.

##### **-De la gestión asistencial:**

proyectos de seguimiento a mediano y largo plazo de la evolución de la CVRS para

monitorear el impacto del tratamiento dado en diferentes enfermedades.

La visión de CVRS representa el valor agregado de la voluntad de concertación para mejorar la calidad de las respuestas a las necesidades de las personas que reciben asistencia en los servicios de salud. Esta concertación no es producto del azar sino del trabajo en conjunto y del aprendizaje mutuo. Refleja el alcance de los objetivos del equipo de salud desde la perspectiva del sostén a la adhesión al tratamiento porque se han entendido e integrado las creencias, expectativas y valoraciones de las personas en el proceso de tratamiento y, a partir de entonces, se buscan respuestas a diferencias específicas de manera integral.

### **Referencias generales**

- Sen, A. (1996), “Capacidad y Bienestar”, en Nussbaum, M.; Sen, A. (Comps.), La Calidad de Vida. FCE, México, pp. 54-83.
- Brock, D. (1996), “Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica”, en Nussbaum, M.; Sen, A. (Comps.), La Calidad de Vida. FCE, México, pp. 135-181.
- Schipper, H.; Clinch, J.; Powell, V. (1990), “Definitions and Conceptual Issues”, en Spilker, B., Quality of life in clinical trials, Raven Press, NY, pp. 11-24.
- WHOQOL Group (1995), “The World Health Organization Quality of Life. Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization”. Soc. Sci. Med. Vol. 41. N° 10, pp. 1403-1409.
- Guyat, W. H.; Bombardier, C.; Tugwell, P. X. (1986), “Measuring disease-specific quality of life in clinical trials”, CMAJ, Vol. 134, pp. 889-895.
- Ware, J. E.; Gandek, B. (1998), “Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project”. J. Clin. Epidemiol. Vol. 51, N° 11, pp. 903-912.