

UN RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE LOS DOCUMENTOS DE LA OMS

A HISTORICAL ANALYSIS OF THE CONCEPT OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE THROUGH THE DOCUMENTS OF THE OMS

Palabras clave del autor: Organización Mundial de la salud, calidad de vida, relaciones investigación-sujetos, salud, evaluación.

Keys words: World Health Organization, quality of life, resercher- subject relations, health, evaluation.

DECS: Organización Mundial de la Salud, Calidad de vida, Investigación, salud, evaluación.

Mesh: World Health Organization, Quality of Life, Research, health, evaluation.

Autora:

Dña. Elisabeth Gómez Mengelberg

Licenciada en Terapia Ocupacional. Jefe de sección del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Como citar este documento:

Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [-fecha de la consulta-]; 6(9): [10p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

Texto recibido: 10/05/2008

Texto aceptado: 12/02/2009

Introducción

El espíritu que entraña la noción de calidad de vida es muy cara a la Terapia Ocupacional desde el inicio de la disciplina, ya que desde siempre la Terapia Ocupacional se ocupó en mejorar la calidad de vida de aquellos que están en un situación desventajosa ante la vida, sumada la vulnerabilidad y/o limitación de nacimiento, ambiental y/o adquirida.

A raíz de una ausencia de acuerdo universal sobre la definición de calidad de vida y dado que a la Terapia Ocupacional le atañe ocuparse de la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos salientes del medio ambiente, inicio un recorrido para conocer en que momento el término calidad de vida comienza a ser utilizado en salud e investigo los documentos fundamentales de la Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

Introducción: Hace 59 años y en tiempos de posguerra, 61 estados gobiernos "con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas las personas" crean la Organización Mundial de la Salud, organismo especializado dentro de la Carta de las Naciones Unidas. La conformación de la OMS representó la culminación de los esfuerzos de cooperación internacional en materia de salud que comenzaron hace casi 150 años. Entró en vigencia en 1948. En la actualidad la componen 191 Estados Miembros, siendo la República Argentina uno de ellos. La OMS señala las pautas a seguir por sus estados miembros y es referente permanente de los mismos a la hora de establecer las políticas que adoptarán. Método: Mediante documentos fundamentales emitidos por la OMS a lo largo de estos 59 años realizo un recorrido histórico sobre el concepto de salud y de calidad de vida, que esta organización nos propone, y como se fueron entrelazando. Asimismo menciono el único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida el WHOQOL, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales que realizaron la construcción de esta escala. La revisión de la noción de calidad de vida bajo un vértice antipositivista y la priorización de la propuesta del rescate del subjetivismo, revierte hacia un cuestionamiento de la actual definición de salud toda ella basada en evaluaciones externas "objetivas". Las intervenciones en salud, dirigidas a modificar la calidad de vida de los pacientes deben someterse a procedimientos que permitan determinar subjetiva y objetivamente el mejoramiento de la calidad de vida. Conclusiones señalo las posibilidades que brinda el tomar a la calidad de vida como un concepto orientador.

SUMMARY

The introduction: time behind 59 years ago in times of period postwar, 61 nations created "with the purpose of cooperating among them and with others in the promotion of the health of all the people" the World Organization of the Health organism, inside the Letter of the United Nations. The structure of the OMS represented the culmination of the efforts of international cooperation in health that they began 150 years ago. She entered in the validity in 1948. At the present time the Members of States that the they composes it are 191 the Republic Argentina that one belongs to them. The OMS points out the rules to continue to its members and it is relating permanent with the same ones when the politicians of health adopt measures to continue. The method: By means of the analysis of the fundamental documents emitted by the OMS along these 59 years I carry out a historical analysis in the concept of health and of quality of life that this organization proposes us, and as them they leave intertwining. I also mention the only international instrument of the OMS of mensuration of quality of life the WHOQOL, achieved with the collaboration and contribution of different cultural groups that carried out the construction of this scale. The revision of the notion of quality of life under a look of opposition to the philosophical positivism and to grant in the first place of the proposal of the being's rescue, it reverts toward a question of the current definition of health all their based on the "objective" of the external evaluations. The interventions in the health, it directed to modify the quality of the life of the patients it should suffer procedures that allow to determine subjective and objectively the improvement of the quality of life. The conclusions point out the possibilities that the she offers the taking to the quality of life like a concept that it guides our clinic.

Antecedentes Históricos

En tiempos de posguerra en 1948, 61 estados gobierno "con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas las personas", crean la Organización Mundial de la Salud organismo especializado dentro de la Carta de las Naciones Unidas. La conformación de la OMS representó la culminación de los esfuerzos de cooperación internacional en materia de salud que comenzaron hace casi 150 años atrás.

El preámbulo de su Constitución fue aprobado en 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. En la actualidad la componen 191 Estados Miembros siendo la República Argentina uno de ellos.

Material y métodos

Se realizó la investigación en la base de datos de todas las cartas de intención y demás documentos fundantes relacionados con las definiciones del concepto de salud y de calidad

de vida que se hallan en la página de Internet de la OMS <http://www.who.int> como así también el documento fundante del desarrollo WHOQOL, instrumento de calidad de vida de la organización mundial de la salud, adquiriendo el manual del usuario en el centro nacional de referencia del proyecto WHOQOL-100 y WHOQOL BREF de Argentina; Fundación Fundonar, el copyright de los instrumentos WHOQOL-100 y WHOQOL BREF es mantenido por la OMS, en representación de los Centros Nacionales.

Resultados

Dentro del preámbulo de 1948 se define al término salud: como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

El principal sustento de esa idea era la renuncia necesaria de la libertad pulsional del hombre, cambiándola por una menor inseguridad propiciada por el ambiente social. Ahora bien, un posible cuestionamiento a esta definición de salud "situación de un completo bienestar físico, mental y social" de la persona, nos lleva hacia la visión utópica de una perfección intangible atentando contra las características de la personalidad y es más que discutible la validez de la distinción entre el soma, la psiquis, y la sociedad.

Es en este contexto y en la ideología de la OMS, que la temática de promoción de la salud considera a esta no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permita a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

La salud es entonces un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. El concepto de salud comienza a evolucionar, y deja de ser la ausencia de enfermedad para convertirse en el bienestar bio-psico-social, tal y como lo definieron los expertos del OMS en Alma-ata (1978).

Se inicia una evolución desde lo estrictamente biológico hacia lo psicosocial. Se facilita la búsqueda de nuevas medidas y de otros indicadores de salud, como el de bienestar y satisfacción, al poner énfasis en la integración comunitaria y la intervención desde la comunidad.

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa (1986) destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

Por lo cual es a partir del Informe Acherson de 1988 que en la literatura de la OMS se comienza a introducir el concepto de calidad de vida asociado a la salud pública.

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervenciones sanitarias.

En Ginebra (1966) durante el Foro Mundial de la Salud, el concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS es definido como: "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses". Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las

creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno.

Esta definición pone de manifiesto el criterio que afirma que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas y arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.

¿Que es la calidad de vida? La calidad de vida es la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas. El objetivo de mejorar la calidad de vida junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado cada vez mayor importancia en la promoción y el cuidado de la salud. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos mentales, los enfermos terminales, y los discapacitados.

La OMS ha tomado la iniciativa para desarrollar un instrumento que mida la calidad de vida dado que se ha ampliado el enfoque de medir la salud, mas allá de los tradicionales indicadores de salud tales como mortalidad y morbilidad, sino que incluya mediciones para el impacto de la enfermedad, el deterioro de las actividades de la vida diaria y de las conductas. Por lo tanto medir la calidad de vida de los sujetos (OMS1991) es una de los intereses máximos de la organización.

Las escalas de medición de la calidad de vida que ya se utilizaban en los Estados Unidos y en Inglaterra no resultaron útiles al intentar administrarlas en otros grupos culturales, por lo tanto comenzaron a intentar realizar un programa que desarrolle un instrumento factible de ser usado por distintas poblaciones y que respete la idiosincrasia de las mismas.

Debido al avance de un modelo cada vez más biomecanista de la medicina que aboga mayormente por la erradicación de la enfermedad y sus síntomas, se volvió imprescindible la introducción de un elemento humanístico en la atención de la salud que complete el panorama, ya que se le pregunta al sujeto acerca de la percepción de su satisfacción en relación con sus necesidades.

La OMS al desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida, no pretende medir los síntomas, enfermedades o discapacidades sino que evalúa los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo terapéutico sobre la salud repercutiendo en la calidad de vida del sujeto. Para tal fin se creó el WHOQOL-100 (1991) e whoqol-brief (1994) único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales que se comprometieron y realizaron la construcción de esta escala, que involucra un abordaje colaborativo para el desarrollo de un instrumento internacional. Con este abordaje, la estandarización y equivalencia entre los grupos sumado a los problemas de traducción fueron los primeros desafíos que debió enfrentar en su desarrollo este instrumento.

La calidad de vida de los entrevistados será evaluada en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los cuales ellos viven y específicamente, en relación a sus objetivos, estándares e intereses. Se han identificado 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas un área física, un área psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y las creencias personales espirituales. Ambos instrumentos están sujetos a refinamientos que incluyen las modificaciones periódicas del manual del usuario, como la actualización de las normativas y propiedades psicométricas, se debe consultar periódicamente la actualización del manual.

El constructo del concepto de calidad de vida ha estado tradicionalmente asociado al de enfermedad y concebido como la relación entre las

consecuencias de la enfermedad, las debidas al tratamiento y las experiencias subjetivas (síntomas, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social).

El instrumento WHOQOL en la investigación de la calidad de vida, da cuenta de la misma centrada en el estudio de la satisfacción global del individuo con la vida y la sensación general de bienestar. Entonces es posible considerar a la calidad de vida como un constructo multidimensional que podría operacionalizarse a partir de la suma de cada una de las dimensiones relevantes que conforman la vida del individuo.

Podríamos decir también que los indicadores sociales de más frecuente uso sobre la calidad de vida cuando son analizados inducen a preguntarnos si no se estará midiendo la irradiación de patrones de vida generados en sociedades industriales avanzadas sobre otras.

Desafortunadamente resulta frecuente comprobar que la conceptualización de la calidad de vida es reducida a los aspectos socioeconómicos de nivel de vida (un indicador económico y objetivo) y/o solamente a la posibilidad de acceder a cierta función o no y que la noción psicológica de calidad de vida casi no es tomada en cuenta.

La revisión de la noción de calidad de vida bajo un vértice antipositivista y la priorización de la propuesta del rescate del subjetivismo, revierte hacia un cuestionamiento de la actual definición de salud y calidad de vida basada la mayoría de las veces en evaluaciones externas "objetivas".

Conclusión

El conocer el nivel de calidad de vida es una variable que permitiría dilucidar los efectos esperados e inesperados de los programas de salud, posibilita que su

índice sea utilizado para establecer la magnitud de un posible cambio y las intervenciones terapéuticas que se practiquen.

Mientras los indicadores tradicionales de la salud se basan en la mortalidad de las poblaciones, el interés por la calidad de vida se basa en considerar cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir estos para que consigan llevar una mejor calidad de vida.

El concepción del programa WHOQOL y su utilización pone a todas las enfermedades y los problemas de salud en un pie de igualdad con independencia de su causa.

Una persona puede verse imposibilitada de realizar su cotideaneidad por una angina de pecho, pero también a causa de una depresión. Este enfoque coloca a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial que conllevan los trastornos depresivos, que actualmente es una de las causas mas importantes de una mala calidad de vida y esta mundialmente reconocida como la principal causa de limitación para que las personas desarrollen las actividades de la vida diaria en todos sus dimensiones.

Sabemos que los trastornos mentales y sus conductas causan una interrupción masiva en la vida de la persona que lo padece y en sus familias y aunque la extensión de la infelicidad y sufrimiento no es mensurable, uno de los métodos para evaluar el impacto de los síntomas es la utilización de los instrumentos creados para determinar la calidad de vida del sujeto.

La OMS al haber realizado estudios sobre la calidad de vida de las personas que padecen trastornos mentales concluye que el impacto negativo no sólo es considerable sino que se mantiene a través del tiempo.

Estos estudios revelan que la calidad de vida de las personas con trastornos mentales continúa siendo insatisfactoria después de su estabilización, y la insatisfacción es la resultante de la problemática que atraviesa el factor social e incluye la continuidad del estigma y la discriminación. Echan luz también sobre la situación de las internaciones, y concluyen que cuanto mayor tiempo transcurran las personas con padecimientos psíquicos y trastornos mentales hospitalizadas mayor es el empobrecimiento de la calidad de vida en comparación con aquellos que padecen de estos trastornos pero viven la comunidad.

El impacto sobre la calidad de vida no se limita solo a los trastornos mentales severos; la ansiedad y los ataques de pánico tienen un efecto más que considerable y lesiona la calidad de vida de las personas, como así también incide sobre la calidad de vida la impronta psicológica que conlleva sufrir de un trastorno físico.

Discusión

Se podría decir que no se puede hablar de calidad de vida sin preguntarle al sujeto. Las intervenciones en salud, dirigidas a modificar la calidad de vida de los pacientes deben ser sometidas, siempre que sea posible a procedimientos que permitan determinar subjetiva y objetivamente el mejoramiento de la calidad de vida.

El tomar a la calidad de vida como un concepto orientador permite:

- Orientar la transformación y los cambios de los sistemas sociales de salud y educativos en función de las necesidades que manifiestan las personas.
- Mejorar la eficacia de las prácticas profesionales a través de la medición y control de los avances.
- Adquirir un lenguaje común para las personas, los profesionales, los investigadores, los gestores y los políticos.
- Que la asignación de recursos sea en función del mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Bibliografía

1. Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. Compendio del Segundo Congreso Argentino y Primer Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional 1988. Buenos Aires: Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales; 1992.
2. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann.* 1982;5(1):69-79
3. Bonicatto S, Soria JJ. WHOQOL. Los instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud: manual del usuario. La Plata: CATA, 1998
4. Bonicatto S, Zaratiegui R. Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2000; 46 (4): 318- 324.
5. Subjective quality of life: clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. Corten P, Mercier C, Pelc I. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1994 Jul;29(4):178-83.
6. Capozzo M, Gómez Mengelberg E, Daneri S. Terapia Ocupacional, Multidisciplina. *Vertex.* 1997; 8 (27): 28-30.
7. Corrigan PW. Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica. *Vertex.* 1999; 10: 105-10.
8. Dubois J. La Rehabilitación psicosocial. *Bulletin Wapr.* 1999.
9. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman L. Salud mental en el mundo, problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: OPS, PALTEX; 1999.
10. Egri G. La rehabilitación en salud mental con base en la comunidad en Libro de la OMS. Washington: OPS, OMS; 1998.
11. Gofin J, Levav I, Sarceno B, Vigilancia y evaluación en los programas de salud mental comunitaria. Washington: OPS, PALTEX ; 1992.
12. Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1998.
13. Magallanes L. Evaluación de Terapia Ocupacional: O qué Evaluar y Cómo Evaluar. En Libro de ponencias: Anales del Vº Congreso Brasileño de Terapia Ocupacional; Asociación Brasileña de Terapia Ocupacional; 1997. p. 56-54.
14. Organización Mundial de la Salud, (sede web). Hong Kong: Organización Mundial de la Salud; 2007 [actualizada el 12/12/2008; acceso el 15/12/2008]. Disponible en: <http://www.who.int/publications/es>
15. World Health Organization, (sede web). Geneva: Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography; 2007 [actualizada el 12/12/2008; acceso el 15/12/2008]. Disponible en: <http://www.who.int/mnh/pdf/94.1>