

Calidad de vida y salud: concepciones desde la perspectiva de profesionales de la salud escolar

*Ada Chacín Espina**
*Rita Navas Perozo**
*Mariela Fox Delgado**
*Carmen Álvarez Montero**
*Karen Pirela***

RESUMEN

Investigación cuyo objetivo fue identificar las concepciones sobre calidad de vida y salud de profesionales que laboran en el "Proyecto Integral de Salud", División de Protección y Desarrollo Estudiantil, Zona Educativa, municipio Maracaibo - estado Zulia. La investigación fue cualitativa con enfoque hermenéutico. Se conformó un grupo focal para discutir la temática. Se realizó análisis de contenido del discurso de los participantes reconstruyéndose las categorías: estado de bienestar, Estado venezolano como protector y garante de la vida y salud, equidad/inequidad y culturalidad. Predominó en los participantes la noción de calidad de vida y salud asociada a un modelo centrado en el individuo y su dimensión cultural. Aspectos relacionados con

* Instituto de Investigaciones, Área de Epidemiología y Práctica Odontológica, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia.

adakarina13@hotmail.com, ritanavasperozo@gmail.com.

** Ministerio del Poder Popular para la Educación.

los determinantes sociales de la salud estuvieron ausentes. Es necesario fortalecer la comprensión de las dimensiones que modelan la vida de los grupos sociales sustentados en procesos protectores o destructivos que generan condiciones de salud/enfermedad y que determinan su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, calidad de vida relacionada con salud, salud escolar.

Quality of Life and Health: Concepts from the Perspective of School Health Professionals

ABSTRACT

The objective of this study was to identify concepts about quality of life and health among professionals who work in the "Integral Health Project," Student Protection and Development Division, Educational Zone, Maracaibo Municipality, state of Zulia. Qualitative research was performed using the hermeneutic approach. A focal group was set up to discuss the topic "Quality of Life and Health." Content analysis of the participants' speech was carried out, reconstructing the categories: state of well-being, the Venezuelan State as protector and guarantor of life and health, equity/inequality and culture. The notion of quality of life and health associated with a model centered on the individual and his/her cultural dimension predominated. Aspects related to social health determinants were absent. It is necessary to fortify understanding of the dimensions that model the life of social groups, supported by protective or destructive processes that generate conditions of health/disease and determine their quality of life.

KEYWORDS: quality of life, health-related quality of life, school health.

Introducción

El término calidad de vida ha sido ampliamente utilizado por diversas disciplinas, como Filosofía, Economía, Sociología, Psicología y Medicina, entre otras, independientemente de la posición político-filosófica que se represente (García, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (1994) define la calidad de vida como una percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones.

Blanco *et al.* (1997) la definen como las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la producción social de los grupos humanos, se incluyen en esta categoría dimensiones como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas, y la calidad del entorno.

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) ha sido vinculado específicamente a la salud de la persona y a los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas (Fernández, 2010); considerando la perspectiva del individuo, dando cuenta de una subjetividad no evaluada por la mayoría del resto de los indicadores utilizados en salud (Roizen *et al.*, 2007). En este sentido, la consideración de los datos provenientes del paciente ha sido revalorizada por cuanto reflejan sentimientos y percepciones legítimas que condicionan su bienestar o malestar, y su estilo de vida (Schwartzmann, 2003).

Por ello, al hacer referencia exclusivamente al individuo en su salud/enfermedad, es válido considerar la percepción que tiene sobre este proceso y tomarlo como base para decisiones significativas. Pero, cuando se piensa en términos sociales o de políticas de Estado, no sería ético ignorar la responsabilidad que la sociedad en su conjunto y el Estado en particular, tienen sobre la modificación de la percepción individual ante una situación de desigualdad o exclusión, por cuanto la problemática en salud tiene su determinación en los procesos sociales.

De allí que, resulta necesario indagar las concepciones que sobre calidad de vida y salud tienen los profesionales que se desempeñan y relacionan en dicha área, a fin de establecer la correspondencia de estas no-

ciones con los nuevos paradigmas de salud como derecho humano fundamental que debe concretarse en el ejercicio de sus prácticas, para que a través de su intervención puedan contribuir a promover la mejor calidad de vida posible.

Esta investigación tuvo como objetivo identificar las concepciones sobre calidad de vida y salud de los profesionales que laboran en el "Proyecto Integral de Salud", División de Protección y Desarrollo Estudiantil de la Zona Educativa del municipio Maracaibo, estado Zulia.

1. Metodología

Se realizó una investigación cualitativa bajo un enfoque hermenéutico.

Se conformó un grupo focal con el propósito de discutir sobre la temática Calidad de Vida y Salud. El debate se llevó a cabo en el espacio físico destinado a la coordinación de la División de Protección y Desarrollo Estudiantil, en una sesión grabada y registrada en video, con una duración de 2 horas, tiempo en el cual se produjo y recogió la información más relevante para el concepto que se estaba elaborando.

El grupo estuvo integrado por seis (6) personas de diferentes profesiones: dos (2) Trabajadoras Sociales, un (1) Odontólogo, una (1) Enfermera, una (1) Orientadora y un (1) Licenciado en Filosofía pertenecientes al "Proyecto Integral de Salud", División de Protección y Desarrollo Estudiantil, Zona Educativa-Zulia del Ministerio del Poder Popular para la Educación; los cuales desempeñan acciones de prevención y promoción de la salud, así como tareas asistenciales, en las escuelas públicas de nivel inicial, primaria y secundaria en el municipio Maracaibo.

Se realizó un análisis de contenido a partir del discurso de los participantes, conservando términos y expresiones originales empleados por los miembros del grupo. El procedimiento utilizado fue transcripción, revisión y clasificación, impresión, lectura, segmentación y codificación. A partir de un proceso de reflexión derivado de los contenidos producidos por el grupo se construyeron las categorías que mejor los describieron, garantizando la mayor cantidad y calidad de información. Estas categorías fueron: Estado de bienestar, el Estado venezolano como ente protector y garante de la salud, equidad/inequidad en salud y culturalidad.

2. Resultados del estudio y su análisis

Las categorías y su correspondencia con las expresiones de los interlocutores se muestran en el anexo 1.

2.1. Estado de bienestar (bien-estar)

Los participantes del grupo focal asociaron la calidad de vida en primera instancia con las condiciones individuales que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida, al grado de felicidad, satisfacción espiritual y emocional. Igualmente, la vincularon con el entorno físico, familiar y social; percibiéndose una ampliación del concepto.

Según González (2002), en el concepto de calidad de vida debe estar presente la valoración de las condiciones de vida de las personas y las comunidades para poder estimar el grado de progreso alcanzado y seleccionar las formas de interacción humana y con el medio ambiente más adecuadas para acercarnos progresivamente a una existencia digna, saludable, con equidad y felicidad.

Ello se evidencia en expresiones tales como "Para mí calidad de vida es ese bienestar que me lleva a mí a estar bien y a que mi entorno esté bien, sentirme yo bien con lo que poseo, con lo que tengo a nivel espiritual, emocional en mi entorno familiar y comunitario".

Hablar de las necesidades humanas es una referencia obligatoria cuando se aborda el tema calidad de vida. Max-Neef *et al.* (1986) señalan que las necesidades pueden ser desagregadas en dos categorías: las existenciales, referidas a necesidades de ser, hacer, tener y estar; y las axiológicas, en las que se incluyen la subsistencia, protección, afecto, participación, ocio, identidad y libertad. Asimismo, los precitados autores aluden a los satisfactores, como las formas puestas en práctica por los individuos y la sociedad para cubrir estas necesidades. Blanco *et al.* (1997) consideran que las necesidades humanas son las que guían y apuntan con qué y cómo satisfacerlas.

Las necesidades pueden verse no sólo como carencia, sino también como potencialidad; si se quedan en el nivel de carencia, se limitan a la esfera fisiológica o material que es donde se expresa con mayor claridad y se "siente" la "falta de algo". Pero si se consideran como potencialidad, las necesidades adquieren un carácter dinámico, en la medida en que com-

prometen, motivan y movilizan a los individuos y a la sociedad (Max-Neef *et al.*, 1986). De allí que los individuos actúen en función de satisfacer esas necesidades, dependiendo de sus capacidades y de las oportunidades que le ofrezca el modelo de sistema económico-social imperante.

Los interlocutores ilustran lo anteriormente citado con las expresiones "Es tener todas las necesidades cubiertas y satisfechas...", "Son las oportunidades que da el sistema en salud, educación, y no debe haber exclusión".

2.2. Estado venezolano como ente protector y garante de la salud

Otro elemento presente en el imaginario de los interlocutores es el relacionado con el reconocimiento de que el derecho a mantener y restaurar la salud es competencia del Estado venezolano, que debe actuar efectivamente a través de sus políticas sociales para mantener o mejorar las condiciones de vida de los individuos, potenciando así sus capacidades.

Estas premisas están vinculadas con los derechos humanos, que a su vez se encuentran ligados a la construcción social de calidad de vida, al relacionar las dotaciones básicas: sociales, económicas, políticas y culturales con las condiciones que favorecen el ejercicio pleno de la soberanía y la construcción de ciudadanía.

En efecto, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83 consagra lo siguiente:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud...

Breilh (2010) señala que una mirada al derecho de la salud abarca mucho más que el derecho a los bienes que hacen factible una atención curativa adecuada; abarca fundamentalmente el derecho a una vida saludable, lo cual depende directamente de la vigencia de otros derechos fundamentales del buen vivir y cuya viabilidad depende de la capacidad de un país para organizarse como una sociedad sustentable y solidaria.

Los testimonios de los interlocutores se expresan en frases como: "El Estado venezolano debe brindar y garantizar ese bienestar en el entorno donde me desenvuelva...", "cubrir las necesidades, tener acceso a diferentes niveles económicos, de salud, políticos... que pueda participar en todo para mí y compartirlo".

2.3. Equidad/inequidad en salud

El objetivo de la equidad en salud se sitúa en el contexto de una búsqueda amplia de justicia social. Al respecto, Sen (2002) refiere que la equidad en salud no concierne únicamente a la salud vista aisladamente desde la distribución de la salud y la asistencia sanitaria, sino que debe abordarse desde un ámbito multidimensional de imparcialidad y justicia social.

Meter *et al.* (2002) plantean que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad, que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud.

Las expresiones del grupo tales como: "Inequidad es una desigualdad en la distribución de los recursos económicos destinados para ofrecer un mejor servicio de la salud...", "Si yo tengo acceso a la salud tendríamos un nivel mayor de calidad de vida, pero no siempre se puede tener", "O si la tengo y es de mala calidad es una inequidad, porque no a todos nos llega por igual", evidencian una visión reduccionista del concepto de equidad en los profesionales que se desempeñan en el "Proyecto Integral de Salud", vista desde la perspectiva del acceso a los servicios de salud, calidad de la atención y resultados de salud; obviando el ámbito societal que, como señala Linares *et al.* (2008), está conformado por los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, que se expresan en condiciones concretas de vida y trabajo de grupos sociales particulares, donde se sintetizan las contradicciones de clase, género, etnia/origen y edad/generación.

2.4. Culturalidad

El modo de comprender la vida humana difiere de una cultura a otra, igualmente ocurre con la noción de calidad de vida y salud. Frecuentemente se dejan de lado los aspectos antropológicos y culturales inherentes

a este concepto, considerando un sistema único globalizado de valores. Se debe, por tanto, asumir nuevos significados que involucren normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada grupo social, dado que como lo expresan Cardona y Agudelo (2005), la construcción de significados culturales de un individuo parte de un proceso mental, formado desde el contexto en el que vive y se desarrolla, que le dan sentido a la vida y hacen que esta tenga calidad.

Minayo *et al.* (2000) plantean que para el estudio de Calidad de Vida, deben considerarse entre otros marcos referenciales, el cultural, concerniente a las tradiciones, costumbres, ritos y mitos de cada pueblo a partir de las cuales se establece el sistema de valores y necesidades.

El abordaje del componente cultural como elemento inherente a la calidad de vida y salud estuvo presente en el análisis realizado por el grupo focal. Ello se ve reflejado en expresiones como: "...un modelo de desarrollo que respete la idiosincrasia de cada pueblo, lo que ellos consideren calidad de vida"; "Cada cultura tiene su especificidad, si queremos adaptar un modelo de calidad de vida a los grupos indígenas lo que vamos a hacer es crear un problema...".

Conclusiones

El análisis permitió destacar que no existe una concepción integral-integradora del concepto calidad de vida y salud entre los profesionales pertenecientes al "Proyecto Integral de Salud" que desempeñan acciones de prevención y promoción de la salud en las escuelas públicas del municipio Maracaibo.

Se debe profundizar tanto en las dimensiones pertenecientes al ámbito de la salud (equidad de resultados, acceso a servicios y calidad de la atención), como en las dimensiones que integran el entorno de la salud (equidad en las condiciones de vida y trabajo y en sus determinantes sociales, económicos, culturales y políticos) aun cuando con fines analíticos, las aproximaciones conceptuales y metodológicas se realicen en forma separada, sólo la síntesis de estas dimensiones permitirá una visión integral.

No se evidenció en los participantes una mirada puesta en la concepción biologicista tradicional del concepto calidad de vida y salud, lo cual representa un avance; las significaciones presentes en su discurso

ANEXO 1. Resumen de las expresiones de los interlocutores

Categoría	Interlocutores
Estado de bienestar	<p>“La calidad de vida va más allá de lo material, es parte espiritual, de valores, de principios que nos mueve a todos”</p> <p>“Para mí calidad de vida es ese bienestar que me lleva a mí a estar bien y a que mi entorno esté bien, sentirme yo bien con lo que poseo, con lo que tengo a nivel espiritual, emocional en mi entorno familiar y comunitario”</p> <p>“Es tener todas las necesidades cubiertas y satisfechas, tener mucha tranquilidad del ser humano como tal, o sea, ser una persona equilibrada, esa persona tiene calidad de vida”</p> <p>“Es un equilibrio de todas las necesidades desde todo punto de vista en el área social, económica, psicológica y espiritual”</p>
Estado venezolano como ente protector y garante de la salud	<p>- El Estado venezolano debe brindar y garantizar ese bienestar en el entorno donde me desenvuelva... “cubrir las necesidades, tener acceso a diferentes niveles económicos, de salud, políticos... que pueda participar en todo para mí y compartirlo”.</p> <p>- “compromiso desde el nivel central hasta la gente de las comunidades”.</p>
Equidad/Inequidad en salud	<p>“En Venezuela se han dado políticas sociales definidas y claras para la inclusión social solo que no se le da seguimiento para tener una calidad de vida dentro del sistema, es decir, del país”</p> <p>“Inequidad es una desigualdad en la distribución de los recursos económicos destinados para ofrecer un mejor servicio de la salud, en los últimos años se ha contado con una buena solvencia y sin embargo el sistema de salud aun es precario”</p> <p>“Si se tiene acceso a la salud tendríamos un nivel mayor de calidad de vida, pero no siempre se puede tener” ...“o si lo tengo y es de mala calidad es una inequidad, porque no a todos nos llega por igual”</p>
Culturalidad	<p>“...no se pueden aplicar los mismos indicadores a todas las etnias... para cada cultura crear indicadores de calidad de vida ...”</p> <p>“...un modelo de desarrollo que respete la idiosincrasia de cada pueblo, lo que ellos consideren calidad de vida”</p> <p>“Cada cultura tiene su especificidad, si queremos adaptar un modelo de calidad de vida a los grupos indígenas lo que vamos a hacer es crear un problema...”</p>

apuntaron al manejo de un modelo centrado en el individuo y su dimensión cultural.

Los aspectos concernientes a los determinantes sociales de la salud estuvieron ausentes, o al menos no lo mencionaron en el análisis de la temática efectuado por el grupo focal. Este enfoque exige definir las condiciones de vida específica que los grupos sociales tengan y que se sustentan en los procesos protectores o destructivos que los envuelve, que en última instancia generan las condiciones de salud/enfermedad que influyen en su calidad de vida.

El desafío es fortalecer en los profesionales que se desempeñan en el área de la salud la comprensión de estos procesos sociales y las múltiples dimensiones que modelan la vida de las colectividades humanas, para promover la mejor calidad de vida posible para las comunidades.

Referencias

- Asamblea Nacional Constituyente. (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas. Venezuela.
- Blanco J, López O, Rivera J. (1997). "Calidad de vida". En: *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México*. Recopilado por: Eibenschutz, R (coord.). Tomo I: Economía y sociedad en la Metrópoli, México. Editorial Porrúa.
- Breilh, J. (2010). "Hacia un nuevo paradigma de los derechos humanos de la salud". En: *Revista Derechos del Pueblo*. Comisión Ecuménica de Derechos Humanos (CEDHU). Número 176. Ecuador.
- Cardona D, Agudelo G, Byron H. (2005). "Construcción cultural del concepto calidad de vida". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. pp 79-90.
- Fernández López, J., Fernández Fidalgo, C. (2010). "Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF)". *Revista Española de Salud Pública*. Volumen 84. Número 2. pp 169-184.
- García Capote, J. (2005). "Apuntes sobre la calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud". *Revista Cubana de Investigación Biomédica*. Volumen 24. Número 1. pp 72-76.
- González, U. (2002). "El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud". *Revista Cubana de Salud Pública*. Volumen 28. Número 2. pp 157-175.

- Linares, N., López, O. (2008). "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva". *Revista Medicina Social*. Volumen 3. Número 3. pp 247-259.
- Max-Neef, M. (1986). "Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro". Chile. Cepaur-Fundación Dag Hammarskjöld. Pp 34-39.
- Meter, F., Evans, T. (2002). "Dimensiones éticas de la equidad". En: *Desafío a la falta de equidad en salud*. Recopilado por: Evans y colb, editores. Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. pp. 27-36.
- Roizen, M., Figueroa, C., Salvia, L. y miembros del Comité de Calidad de Vida y Salud. (2007). "Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos". *Archivos Argentinos de Pediatría*. Volumen 105. Número 4. pp 305-313.
- Schwartzmann, L. (2003). "Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales". *Ciencia y Enfermería*. Volumen 9. Número 2. pp 9-21.
- Sen, A. (2002). "¿Por qué la equidad en salud?". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Volumen 11. Números 5-6. pp. 302-09.
- The WHOQoL Group. (1994). "The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The Whoqol)". En: *Quality of life assessment: international perspectives*. Recopilado por: Orley J, Kuyken W, editor. Springer, Verlag.