La introducción del concepto de calidad de vida en terapéutica

J.L. Fresquet

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC.

Introducción

En el presente estudio se parte de una consulta en MEDLINE e IME de los trabajos sobre calidad de vida. Atendiendo sobre todo a los que se han publicado en España (1970-1990), se plantea la dificultad que se ha observado para la definición del concepto «calidad de vida» y para la medida del mismo, que oscila entre los amplios márgenes del objetivismo y subjetivismo puros. Una vez situado el tema en el área de la terapéutica se abordan a continuación los precedentes históricos, primero, y los orígenes de los estudios de calidad de vida en medicina, después. Se presenta esta última etapa como un período de reajuste o de convergencia de distintos elementos propios de la medicina o externos a ella que hasta ahora venían desarrollándose con independencia.

Concepto y valoración de la calidad de vida en los trabajos médicos actuales

Una consulta rápida y sin demasiadas pretensiones sobre el tema «calidad de vida» en MEDLINE, parte general del sistema de ficheros automatizados de la National Library of Medicine, con un fondo documental integrado por más de 3.000 revistas de todo el mundo pertenecientes a la medicina y áreas afines, pone de manifiesto que el término aparece como descriptor en 47 trabajos publicados durante el período 1966-1974, 2.616 en el período 1975-1984 y 4.459 en el de 1985-1992. Las cifras se reducen a 42.313 y 1.276, respectivamente, cuando la expresión figura explícitamente en los títulos, y en sólo 274 trabajos de la última etapa se plantea el tema del concepto de calidad de vida.

Por lo general estos trabajos, a excepción de los relacionados con campos como la jurisprudencia y la legislación, pertenecen a diversas áreas médicas tales como la geriatría, oncología, cirugía —especialmente relacionada con los trasplantes—, psicología y psiquiatría, enfermedades cardiovasculares, patología respiratoria, procesos crónicos, farmacoterapia y diversos temas de asistencia y profesión como hospitales y enfermería. En el terreno conceptual lo que primero salta a la vista del lector es la queja generalizada de los autores y la falta de consenso en cuanto a la definición del término y la búsqueda, casi obsesiva, de sistemas de medida más o menos objetivos de la calidad de vida (un trabajo entre 1966 y 1974, 35 entre 1975 y 1984 y 188 entre 1985 y 1992).

La situación en España la hemos seguido a través de la base de datos IME, versión automatizada del Índice Médico Español. En el período comprendido entre 1970 y 1990 aparecen 39 trabajos en los que se aborda el tema de forma explícita. Excepto cuatro referencias que pertenecen a la sección de «Cartas al editor», el resto de los artículos están relacionados con la oncología o cirugía oncológica —la mayor parte—, psiquiatría, geriatría, urología y nefrología, patología digestiva, sistema cardiocirculatorio, procesos crónicos —especialmente la hipertensión—, farmacia, rehabilitación, pediatría y salud pública. Como puede apreciarse, no hay prácticamente diferencias con lo hallado en MEDLINE respecto de las áreas en las que se habla de calidad de vida. Así mismo, en cuanto al concepto, en la mayor parte de lo publicado éste se suele ignorar o bien se utilizan definiciones diferentes. Así, por ejemplo, se afirma que la calidad de vida es «una entidad vaga y etérea de la que todo el mundo habla y nadie sabe lo que verdaderamente es... y puede definirse y medirse sólo en términos individuales y depende de las experiencias pasadas, esperanzas futuras, sueños y ambiciones»[1]. Otra definición que se aporta es la que afirma que calidad de vida es la «capacidad de un individuo para realizar una función social y alcanzar un cierto nivel de satisfacción por ello»[2]. También se señala que debe ser uno de los objetivos de la tecnología y asistencia sanitaria para «preservar o mejorar el funcionamiento cotidiano de los pacientes»[3] y que es «un ingrediente principal del concepto de salud y es utilizado como indicador de eficacia sanitaria y del

nivel de salud de la población...»[4]. Muchos son los significados[5] pero nadie parece recurrir a la definición de calidad como el conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permita apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie, en este caso de la persona o de la vida de la persona. En este sentido estamos de acuerdo con Diego Gracia[6] en que calidad es lo que convierte a un individuo en «cual» —tal como ya señalaba Aristóteles—, que lo individúa y diferencia de los demás seres, así como del uso descriptivo, evaluativo y normativo que se hace de él, en relación con la calidad de otras personas o grupos.

La tipificación de esas propiedades o, dicho de otro modo, de la realidad del hombre, puede realizarse desde tres puntos de vista tal como afirma Laín Entralgo[7]: el biológico, el sociológico y el histórico. El primero es el más familiar para el médico y nada más vamos a añadir, mientras que el segundo es, la mayoría de las veces, ignorado por éste. De forma precientífica primero, y después con los conocimientos que nos proporcionan las ciencias sociales, reconocemos que hay diversos modos de comportamiento dependientes del grupo social al que se pertenece. Por último, el tercero, hace referencia a la situación histórica en que el individuo se ha formado y hace su vida. Pueden establecerse así los parecidos de orden histórico entre los individuos humanos que pueden adoptar modos que difieren tanto por su contenido como por su extensión; los más importantes son el área cultural, la época, la mentalidad, la nación y la generación. Se nos muestra así la realidad del hombre (su calidad) totalizada en una biografía y resuelta en unidades cronólogicas y vitales que delimitan los cambios de estado, lapsos de vida cortos o largos, en los que el contenido de vivir se manifiesta en una situación más o menos uniforme: leer, comer, cosechar, cazar, escuchar una lección, viajar, etc. En el espacio y en el tiempo va construyéndose nuestra calidad de vida.

De la misma forma podemos hablar de la calidad de vida de un grupo, de una sociedad o de una colectividad en el presente, averiguar cómo fue en el pasado o aventurarnos a predecir cómo será en el futuro. Este acercamiento puede realizarse desde el dogmatismo, por ejemplo, el religioso o el político, o desde el relativismo fundado en las ciencias sociales y biológicas. Como afirma Caro Baroja[8], dos posturas simultáneas, encontradas y ejerciendo su acción no sólo sobre pueblos y naciones sino también sobre la conciencia individual, empezando por la propia.

La ciencia y la práctica médica no pueden seguir ignorando que la condición social del hombre es una realidad ineludible en la lucha contra la enfermedad y la promoción de la salud. La medicina necesita una explicación científica de la misma, al mismo nivel que los saberes biológicos y psicológicos, y esto comenzó a ser así desde el siglo pasado. Conviene recordar aquí las dos grandes líneas de aplicación de las ciencias sociales a la medicina (economía, historia social, antropología social, sociología, demografía, etc.) tal como explica López Piñero[9]. La primera consiste en el recurso de estas ciencias como fundamento de los diversos aspectos de la medicina social y de la salud pública. La segunda, en su aplicación al estudio de la propia medicina como subsistema social y cultural. Con una larga tradición en Europa y todavía no incluidas en los *curricula* de las diversas ciencias de la salud en España debido a la obstinación de muchos, todas estas disciplinas han aportado grandes conocimientos a la medicina, oscurecidos muchas veces por los progresos biológicos y tecnológicos. Aquí, en este campo, puede encontrar la medicina nuevos planteamientos y soluciones a los problemas que se le plantean sobre la calidad de vida.

En los trabajos que se publican sobre el tema que estamos analizando, hemos observado que, tras los problemas conceptuales, se sitúan los relativos a la búsqueda de indicadores y el modo de hallarlos, con dos posibles finalidades: por una parte el acercamiento al hombre enfermo en su total integridad (corporal, psíquica y social) y, por otra, la recolección de datos, corroboración de hipótesis, predicción de fenómenos, con el estricto atenimiento del médico como científico a las reglas del método científico, para mejorar la terapéutica introduciendo ahora una nueva variable: la calidad de vida. Este tema no es nuevo en la historia de la medicina tal como intentaremos demostrar posteriormente. Respecto de las técnicas de recogida de datos y de su interpretación, encontramos división de opiniones; no parece que esto sea tan fácil como poner un termómetro y convertir una sensación de calor subjetiva en una cifra objetiva. Se trata de valorar el grado de calidad de vida que tenía el enfermo antes de padecer la enfermedad o mientras ésta permanecía asintomática y en qué medida se ha modificado durante la misma y, sobre todo, durante el tratamiento, en el sentido más amplio de la palabra. Se oscila en este terreno entre la opinión subjetiva del paciente y la obtención de unas cifras mediante distintos procedimientos en donde la opinión de

aquél aporta tan sólo una pequeña parte de la información. Guyatt et al[10] describen el desarrollo de medidas de calidad de vida específicas de una enfermedad como un proceso que tiene en cuenta, para empezar, la identificación de los indicadores importantes para los pacientes afectados por una enfermedad y termina en la validación del método empleado. Los procedimientos varían sensiblemente según el tipo de enfermedad que padezcan los pacientes. Decenas de formularios, tests, cuestionarios y escalas de valoración. Aquí hay que referirse a las semejanzas que creen ver algunos con los indicadores económicos y sociológicos que nos informan acerca de la calidad de vida de determinados grupos sociales. Debemos recordar siempre el valor relativo de los indicadores; pensemos un momento en lo que significa realmente el PNB, la renta *per capita* o el índice de camas-hospital por habitantes, y en su variación a lo largo del tiempo; una hojeada a la Encuesta Europea de Valores[11] que recoge los cambios acaecidos en los sistemas de valores de los españoles en estos últimos 10 años, nos da una idea de la utilidad relativa de estas cifras.

Los puntos de vista objetivo y subjetivo nos recuerdan el no menos complicado tema de la salud, elemento fundamental de la calidad de vida de una persona. Como afirma Laín Entralgo[12], edad, sexo, raza, biotipo, situación histórica y social, la personalidad y la ocasión biográfica modulan notablemente la concreta realización de todos los elementos del sentimiento de estar sanos. Todos ellos pertenecen a la compleja vivencia en que subjetivamente se nos patentiza la salud propia. Pero esto no puede ser condición suficiente; hay que tener en cuenta: *a)* criterios objetivos (morfológico, etiológico, funcional, utilitario —rendimiento vital para el trabajo, para el estudio, para el servicio militar, etc.—, conductual —sano significa también estar socialmente integrado—); *b)* criterio subjetivo, y *c)* criterios socioculturales (no menos influencia moduladora poseen, unidos entre sí, el grupo social y la sensibilidad personal; compárese a este respecto el hombre de la gran ciudad con el campesino, el americano con un tuareg del desierto, a un sacerdote con un químico). Este mismo esquema se puede aplicar en la valoración de la calidad de vida y de esta manera debería abordarse. El paso del tiempo irá demostrando cuáles son los procedimientos utilizados para la medida que resultarán más adecuados y precisos.

Sería menester, no obstante, hacer un comentario: entre el conjunto de todos los que se emplean para valorar la calidad de vida es curioso observar el poco valor que dan una buena parte de los médicos a la *anamnesis*. En la serie de artículos que hemos revisado encontramos uno, el de X. Bonfill[13], en el que se afirma: «Habitualmente se presta poca atención a la actividad evaluativa de la anamnesis... Fijémonos que en muchos hospitales se deja a los estudiantes o residentes, teóricamente los profesionales con menor preparación, la responsabilidad de conducir el interrogatorio sobre la sintomatología y que la información que básicamente considera el clínico que toma las decisiones es aquella llamada «dura»: tamaño y localización del tumor, tipo histológico, grado de diferenciación, etc., como si la mal llamada información "blanda", que es una expresión directamente clínica, fuera puro formalismo». Recordemos también que una de las figuras más importantes de la historia de la medicina española, Gregorio Marañón, afirmaba que la silla es el instrumento que más ha contribuido al progreso de la medicina en su conjunto, y que otros han recomendado utilizar las ganancias de tiempo proporcionadas por los instrumentos técnicos para la práctica de uno de los hábitos más antiguos y nobles de la medicina. Igual que la entrevista semiestructurada para la antropología y la sociología, el interrogatorio al paciente o el coloquio con éste es para el médico una de las principales armas de trabajo, incluido el estudio de la calidad de vida. En éste pueden distinguirse varios componentes: el lenguaje natural empleado por los dos protagonistas para comunicarse, las expresiones paraverbales, los silencios, las preguntas y las respuestas directamente pertinentes a lo que el médico quiere conocer, sean de carácter testifical o de carácter interpretativo. Para que la *anamnesis* proporcione buenos resultados son necesarios tiempo suficiente, suficientes conocimientos técnicos, buen tino para el conocimiento de los hombres y cierta capacidad de intuición[14].

Como también hemos podido comprobar en nuestra revisión, explorar el medio social constituye a veces una barrera difícil de superar. En los países que nos llevan gran distancia en este terreno, el *medical social worker*, u otros semejantes, ocupan junto al médico un lugar intermedio en la comunicación de éste con el enfermo. Habitualmente éstos se encargan de conocer el estado mental del paciente, su situación económica, doméstica e industrial; lo mismo pero respecto de la familia y todo lo que de

manera próxima le relacione con el centro de enseñanza, trabajo, diversiones y vida religiosa. En el sentido contrario, debe explicar al enfermo la naturaleza y futuro de su enfermedad; lo que se puede hacer para curarle o mejorarle; y, finalmente, en qué medida pueden ayudarle personas o instituciones exteriores al hospital[15]. Todos en su conjunto pueden colaborar a la «educación» del paciente que, como todo el mundo reconoce, es un elemento fundamental en la mejora de su calidad de vida así como uno de los elementos de la relación médico-enfermo[16].

Los precedentes históricos de la calidad de vida en medicina

Hasta ahora hemos reseñado algunos aspectos conceptuales sobre la calidad de vida y las bases que dirigen su medida, tomando como referencia los trabajos que sobre el tema se vienen realizando en los últimos años. Vamos a ocuparnos ahora de su posición en el conjunto de los saberes y prácticas de la medicina científica moderna.

Los estudios sobre calidad de vida tienen una estrecha relación con uno de los aspectos más complejos y menos estudiados de la medicina científica, así como el más importante desde el punto de vista de la sociedad[17]: la terapéutica.

Conocer bien nuestro presente implica, como señala Ortega, el conocimiento del siglo XIX. Hasta entonces el punto más débil de la medicina había sido la terapéutica. Desde que a partir de principios del período decimonónico la medicina actual comenzó a edificarse, existió la creencia de que la eliminación del proceso morboso (visión anatomoclínica), la actuación sobre los desórdenes de las diversas funciones orgánicas (visión fisiopatológica), o la destrucción de las causas externas (visión etiopatológica) iba a suponer el logro progresivo de dos deseos presentes siempre entre los médicos de todas las épocas: *sublata causa, tollitur effectus* y *restitutio ad integrum*. El progreso que empezó a vislumbrarse en la totalidad de las ramas de la ciencia llegó a hacer concebir a los médicos la creencia en una visión histórica y social de la medicina. Gracias al cultivo y a la metódica aplicación de la ciencia natural, el género humano iba a conocer una nueva era en la que llegaría a ser feliz y dueño de sí mismo. No faltaron tampoco los que creían lo contrario. La historia ha demostrado lo uno y lo otro.

La terapéutica del siglo XIX comenzó con novedades importantes. Pinel fue uno de los autores que ejerció mayor influencia. Abogó por la simplificación de la polifarmacia, demostró el peligro de ciertas medicaciones heroicas y fue partidario del tratamiento expectante. Más que la utilización de fármacos recomendó a los médicos que recurrieran a la psicoterapia, la higiene y la medicina preventiva[18]. Su discípulo, Bichat, que ya había empezado a aplicar la observación y la experimentación científica llevándole a importantes aportaciones en el terreno de la patología[19] fue, sin embargo, más cauto en el de la terapéutica y se percató de que los medicamentos que se usaban eran los mismos para los seguidores de unas u otras doctrinas (p. ej., solidistas y humoralistas). Era consciente del retraso en este área; no como J.V. Broussais quien, al aplicar parcialmente ciertos hallazgos, inició una funesta etapa terapéutica y una de las páginas más negras de la historia de la medicina. Bichat y otros muchos preconizaron el inicio del estudio de la acción de los medicamentos. La práctica empírica del principio fue convirtiéndose cada vez más, con la llegada de la farmacología experimental y el progreso de la clínica, en lo que ellos llamaron «empirismo racional»: observar, comprobar, experimentar y aceptar sólo lo que estas acciones dieran como cierto y positivo[20]. La introducción por Pierre Ch. Louis de la estadística en la investigación también contribuyó a ello. Tanto el empirismo como el escepticismo fueron decisivos para la eliminación de procedimientos ineficaces y nocivos que habían venido utilizándose hasta entonces y para que progresivamente se fueran introduciendo la dietética, la higiene, los recursos naturales, los medios físicos y los quirúrgicos.

Se producían en paralelo otros acontecimientos no menos importantes tales como el aislamiento de principios activos y la constitución de la materia médica en farmacología experimental que facilitó a la medicina un arsenal terapéutico rico y poderoso. Françoise Magendie, uno de sus primeros cultivadores fue, en cambio, un escéptico convencido a la hora de establecer los tratamientos. Prescribía salicilina en vez de los nuevos alcaloides y leche contra la dispepsia en vez de sustancias más poderosas y de mayor efectividad. Tanto el mencionado Magendie como otros, Mateo B. Orfila entre ellos, advirtieron del peligro de los nuevos fármacos que pronto inundaron la práctica médica y desplazaron viejos productos naturales (vegetales, animales o minerales), eficaces o no.

El progreso ya estaba proporcionando serios problemas a la práctica diaria. Muchos de los nuevos productos demostraron ampliamente su eficacia, tanto que los médicos sobrepasaron los límites de lo razonable y convirtieron a muchos de ellos en lo que Ackerknecht llama «panaceas»[19]. Un ejemplo ilustrativo es el de la digital que fue usado como diurético y como poseedor de cierta acción cardíaca contra las hidropesías. En 20 años desde la publicación del trabajo de Withering[21] se convirtió en un remedio usado contra la tisis, la escrófula, la locura, las fiebres agudas y diversas inflamaciones, con los posibles problemas que de ello se derivaban. Este fue su empleo hasta finales de siglo, cuando se estableció definitivamente su condición de fármaco exclusivamente cardíaco.

Al mismo tiempo que se producían estos acontecimientos, se iba constituyendo la nueva patología con sus bases anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica. Estas mentalidades fueron asumidas también por la terapéutica que ya se encontraba por entonces en la quimioterapia de síntesis y en la quimioterapia etiológicamente concebida. El apasionamiento por las disciplinas de laboratorio, entre ellas la farmacología experimental, llevó a grandes científicos como Claude Bernard a hacer afirmaciones tales como que la sala del hospital —por tanto la experiencia clínica— no pasaba de ser el atrio de la ciencia médica, porque donde ésta tenía su verdadero santuario era en el laboratorio de investigación[22]. En Francia surgieron también aquellos que moderaron tal radicalismo acercándose a la realidad del tratamiento y de los enfermos; entre ellos Adolphe Gubler y Armand Rabuteau. En España, Amalio Gimeno primero y Vicente Peset[23], después, quien contribuyó a sentar las bases para el ensayo clínico de los medicamentos[24].

En terapéutica quirúrgica, con la superación de las tres barreras, en poco lapso de tiempo pudo hacerse realidad la cirugía torácica, abdominal, neurocirugía y todas las demás vertientes de la cirugía actual. Se pasó de la mera extirpación o exéresis de lesiones a corregir disfunciones y devolver al cuerpo su integridad. De ahí a otra cirugía resueltamente innovadora que aspira a crear en el paciente un orden funcional nuevo. Un análisis detallado de la terapéutica quirúrgica del siglo pasado y lo que va del presente nos llevaría a conclusiones parecidas a las anteriores al referirnos a la farmacoterapia. Panaceas, operaciones heroicas, situaciones extremas frente a opiniones moderadas y conservadoras, a una sucesión de fracasos y de éxitos. Lo mismo en el caso de la terapéutica con medios físicos.

Aparte de todo esto hay que tener en cuenta que en el siglo XIX tuvo lugar también el comienzo del desarrollo científico de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, aunque se vieron relegadas a un segundo plano con el fuerte impacto que supusieron la microbiología y la progresiva tecnificación del diagnóstico. La higiene social se convirtió en disciplina científica gracias a la creación de la estadística demográfico-sanitaria iniciada por Edwin Chadwick y John Simon, la aplicación sistemática de los métodos de investigación científico-natural al estudio de los problemas higiénicos y el espectacular desarrollo de la prevención inmunológica. Aparecieron también los conceptos de psicogénesis y de sociogénesis que dieron paso a disciplinas nuevas como la medicina psicosomática y la medicina social.

A pesar de que el enfermo considerado como persona permanecía al margen, los logros fueron superiores a los fracasos y la balanza se inclinó decisivamente hacia un aumento de la esperanza de vida y del bienestar para una parte de la población mundial. Los progresos en el terreno del tratamiento se hicieron realidad a través de la asistencia, sometida también a importantes cambios desde mediados del siglo pasado. Entre los más importantes cabe destacar lo que Laín Entralgo[27] llama «introducción del sujeto en la medicina», es decir, rebelión en contra de la expresión diagnóstica y terapéutica de una medicina que sólo en la ciencia natural veía su fundamento y contra la realización médica de la mentalidad social a que tal idea de la medicina tácitamente pertenecía. El primero de estos dos motivos se manifestó ante todo clínicamente y en relación estrecha con la concepción y el tratamiento de las neurosis (a finales del siglo XIX). El segundo, como uno de los logros de la revolución del proletariado, a través de la conquista de una asistencia colectivizada e igualitaria para todos. Vinieron después los derechos de los enfermos en las legislaciones de los diversos países (p. ej., en España, el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, de 1986). En el terreno de la asistencia, así como en el de la profesión, especialmente lo que se refiere al especialismo médico, hay muchos elementos que han influido en los actuales estudios sobre calidad de vida, pero que no abordaremos por falta de espacio.

Por último, y a grandes rasgos, durante la Se-

gunda Guerra Mundial, en los Estados Unidos, con la reconversión de numerosas industrias al sector bélico, descendió la producción de productos para la población civil. Creció fuertemente la demanda y bajó enormemente la calidad de lo producido. Finalizada la guerra comenzó a plantearse la diferencia entre cantidad y calidad de los productos, especialmente de los electrodomésticos. Poco más tarde vino otro tipo de guerra, la comercial, de los japoneses contra Europa y los Estados Unidos, que potenció los estudios y los planteamientos basados en la calidad[25]. Así mismo, los distintos episodios de crisis económica han incidido de nuevo en temas como la calidad, precios, consumo, rendimiento, etc. La medicina no ha podido eludir el «economicismo» que impregna hoy día la sociedad occidental, máxime con los esquemas asistenciales vigentes en los países europeos y, especialmente, el de los Estados Unidos, que difiere mucho de los que normalmente se toman como referencia: el inglés, el alemán o el ruso[26]. Son muchas las similitudes de planteamientos y de problemas[27,28] en los trabajos sobre calidad en el terreno económico y en el de la medicina. Así, una definición muy aceptada de calidad en economía es la de «adecuación al uso», que no parece muy lejana de las que se utilizan en medicina. Hay que tener en cuenta, además, que en el período de entreguerras se llegó a la conclusión de que la investigación científica era un factor esencial del poder de las naciones y del desarrollo económico. A partir de la segunda gran contienda se regularon los créditos que orientan y coordinan la investigación científica. La actividad de los grandes organismos de investigación (universidades y otros centros) viene determinada por necesidades definidas desde el exterior más que por lógica interna de la disciplina. Por ejemplo, en Francia, el 50% de las ayudas globales a la investigación provienen del Ministerio de Defensa.

Orígenes y situación actual de los estudios sobre la calidad de vida en medicina

A la luz de todo lo dicho no es casualidad que hacia finales de la década de los cincuenta y de la de los sesenta surjan la preocupación y los estudios sobre la calidad de vida. Comienza así una etapa de intenso reajuste, con matices distintos, en los países del área occidental. Desde dentro, el médico, poseedor de un rico arsenal terapéutico en cuanto a objetos y técnicas se refiere, con las que puede llegar muy lejos, se ve obligado a ponderar su uso en función de la mayor o menor merma de calidad de vida que puede infringir a sus enfermos y a valorar la yatrogenia de los remedios empleados. Incorpora por otra parte —y no siempre— como elemento fundamental del tratamiento la consideración del enfermo como tal; la persona parece ser definitivamente un presupuesto intelectual necesario. La empresa de personalizar al enfermo en cuanto tal consiste ante todo en la concepción del cuerpo enfermo como parte integral y constitutiva, no como ingrediente meramente yuxtapuesto o sobreañadido de la persona a la que ese cuerpo pertenece[18].

La medicina actual, ayudada por las ciencias sociales, se preocupa también de los aspectos preventivos y de la mejora de la salud de los ciudadanos, una de las facetas más importantes de su calidad de vida.

Consecuencia de los avances de la medicina, superadas gran parte de las enfermedades que afligían al ser humano hace apenas unas décadas, el médico se encuentra ahora con procesos crónicos, apelativo que esconde otro más real que es el de enfermedades incurables. Por la falta de conocimientos suficientes y teniendo en cuenta que la biografía del paciente ha influido en la génesis y desarrollo de su proceso patológico, formula un diagnóstico integral y debe inventar un modo de vivir en el que las forzosidades impuestas por la enfermedad y las posibilidades por ella alumbradas sean óptimamente incorporadas en su vida. Así mismo, el haber alargado la vida del ser humano, aparte de traer consigo enfermedades apenas significativas en cuanto a su frecuencia en el pasado, obliga a la medicina a preocuparse por el mantenimiento de una calidad de vida óptima para las personas de edad más avanzada, tema del que se ocupan también buena parte de los estudios a los que nos venimos refiriendo.

Este es, pues, como hemos dicho, un período de reajuste en el que la medicina se hace crítica con su propia historia y evolución, y trata de reunir elementos internos y externos que por lo general se desarrollaban por distintos caminos sin llegar a encontrarse. Los trabajos sobre calidad de vida, que han experimentado un enorme crecimiento en los últimos años, son un buen ejemplo. Sin embargo, los autores no se muestran demasiado satisfechos con los resultados. Tampoco están nada claros los enfoques objetivistas, que quieren definir la calidad de vida a base de criterios puros, y los subjetivistas, que privilegian los aspectos subjetivos, de satisfacción personal; ambos llegan a la con-

clusión de que están hablando de algo muy relativo, que varía sincrónica y diacrónicamente en una misma persona, de un individuo a otro, de un grupo social a otro, y entre los distintos países. No obstante, intuimos que no están agotadas todas las posibilidades de investigación en este campo. Por ejemplo, deberán tenerse en cuenta los resultados que está ofreciendo la antropología[29]: qué ideas tiene el hombre sobre la enfermedad, la vida, la muerte; qué comportamientos adopta durante el tratamiento, cuáles son las causas de la automedicación; cómo vive un proceso agudo y un proceso crónico; por qué busca en ocasiones otras opciones diferentes a la medicina científica[30,31], y un largo etcétera. También puede resolver temas aparentemente tan difíciles como el del consumo de coca[32] que, para algunas colectividades del pasado y del presente, se puede relacionar con una mejor calidad de vida, mientras que para la nuestra constituye un grave problema médico y social. La etnofarmacología[33], por ejemplo, está contribuyendo a la calidad de vida de los países del área occidental con la preconización de una medicina *douce* para luchar contra una buena parte de procesos patológicos, y a la de los países del Tercer Mundo utilizando recursos que les son asequibles y útiles.

Agradecimiento

Mi agradecimiento al Prof. López Piñero y a Carla Aguierre por discutir conmigo algunos aspectos del presente trabajo, y a Vicente Zorrilla, Margarita Cebrián y Charo Molada por la localización de los materiales empleados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Ortiz J. Calidad de vida y tratamiento en oncología. Rev Cancer (Madrid) 1990; 3: 113-117.
2. Ortega González G et al. Hipertenso: un estilo de vida. Hipertensión y arteriosclerosis 1989; 1: 127-128.
3. Fernández Cano P. Farmacoeconomía: estudios de calidad de vida. Farm Clin 1990; 7; 7: 380-389.
4. De Portugal Álvarez J. Calidad de vida, calidad de tratamiento. Ann Med Intern (Madrid) 1987; 4: 425-426.
5. Qualität. En: Historisches Wörterbuch der Philosophie. Basilea, Scwabe Co. AG, 1989; 1.747-1.779.
6. Gracia D. Ética de la calidad de vida. Jano 1985; 645: 47-56.
7. Laín Entralgo P. Antropología médica. Barcelona Salvat, 1984.
8. Caro Baroja J. Palabra, sombra equívoca. Barcelona, Tusquets, 1989.
9. López Piñero JM. Historia social, antropología cultural y sociología de la medicina en la enseñanza médica. Medicina e Historia 1971; 3: 1-16.
10. Guyatt GA, Bombardier C, Tugwell P. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials. Can Med Assoc J 1986; 134: 889-895.
11. Andrés Orizo F. Los nuevos valores de los españoles. Madrid, Fundación Santa María, 1991.
12. Laín Entralgo P. Qué es la salud. Jano 1988; 35: 123-128.
13. Bonfill X. Cáncer y calidad de vida. Med Clin (Barc) 1990; 95: 106-109.
14. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico: Historia y teoría. Barcelona, Salvat, 1982.
15. Goldstein D. Expanding horizons in medical social work. En: Readings in the theory and Practice of Medical Social Work. Chicago, 1954.
16. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid, Alianza, 1983.
17. Ackerknecht EH. Therapie von den Primitiven bis zum 20. Jahrhundert. Stuttgart, Enke, 1970.
18. Ackerknecht EH. Aspects of the History of therapeutics. Bull Hist Med 1962; 36: 389-419.
19. Diepgen P. Historia de la medicina. 2.ª ed. Barcelona, Editorial Labor, 1932.
20. Gimeno A. Tratado elemental de terapéutica, materia médica y arte de recetar. Valencia, Librería de Pascual Aguilar, 1877-1881.
21. Withering W. An account of the foxglove and some of its medical uses with practical remarks on dropsy and other diseases. Birmingham, Printed by M. Swinney for G.G.J. and J. Robinson, 1785.
22. Bernard Cl. Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale. París, Ballière et fils, 1865.
23. Peset Cervera V. Curso elemental de terapéutica, materia médica y arte de recetar. Valencia, Imprenta de Federico Doménech, 1894.
24. Fresquet Febrer JL. La farmacoterapia en la sociedad española del siglo XIX. Valencia, 1987.
25. Horovitz J. La qualité de service. París, InterEditions, 1987.
26. López Piñero JM. Colectivización de la Asistencia médica, una introducción histórica. En: Planificación y reforma sanitaria. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978.
27. Berry LB, Bennet DR, Brown CW. Calidad de servicio. Una ventaja estratégia para instituciones financieras. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1989.
28. Tassinari R. Le rapport qualité/prix. Paris, Les éditions d'Organisation, 1987. (Edición española en Ediciones Deusto, con el título El control de la relación calidad/precio.)
29. Romanucci-Ross L et al. The anthropology of medicine: from culture to method. Nueva York, Praeger, 1983.

30. Loux F. Traditions et soins d'aujourd'hui. Anthropologie du corps et professions de santé. 2ª ed. París, InterEditions, 1990.
31. Granero i Xiberta X et al. Antropologia i salut. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions, 1988.
32. Cáceres B et al. La coca andina. México, Boldo i Climent, 1986.
33. Fleurentin J et al, eds. Ethnopharmacologie. Sources, methodes, objectifs. Metz, Société Française d'Ethnopharmacologie, 1991.

DISCUSIÓN

R. BAYÉS: Tras su lectura de un número considerable de trabajos sobre calidad de vida, me gustaría preguntar al ponente si ha llegado a alguna conclusión respecto al siguiente punto: ¿cree Vd. que la calidad de vida es un concepto esencialmente subjetivo u objetivo?

J.L. FRESQUET: Lo primero que salta a la vista es que no hay acuerdo general. Los propios médicos no están demasiado satisfechos con los resultados que obtienen, y algunos potencian claramente la visión subjetiva, es decir, lo que dice el sujeto. En cambio para otros el sujeto prácticamente no cuenta para nada e intentan convertir todos los aspectos cualitativos en cifras.

Teniendo en cuenta la perspectiva histórica yo creo que finalmente se optará por acoptar indicadores de tipo objetivo que se conjugarán con las opiniones y expresiones del propio sujeto.

R. BAYÉS: Me parece entender que contrapone subjetividad a falta de evaluación cuantitativa y, personalmente, creo que esto no tiene necesariamente por qué ser así ya que, aunque se trata de un problema complejo y difícil, muchas apreciaciones subjetivas son susceptibles de cuantificación a través de instrumentos cuya fiabilidad y validez pueden determinarse.

C. VALLVÉ: El Dr. Fresquet ha comentado que las áreas donde se han producido más publicaciones sobre calidad de vida son oncología y psiquiatría, y después otras. He revisado la bibliografía de que dispongo y realmente coincide; donde hay más publicaciones sobre calidad de vida es en el campo de la oncología, seguido de la psiquiatría, y en tercer lugar aparato circulatorio.

A veces tengo la impresión de que cuanto menos eficaces son los tratamientos de que disponemos para tratar un proceso patológico, más publicaciones hay sobre calidad de vida, expresando quizá una desesperada búsqueda del médico para cuantificar la eficacia de su tratamiento, cuando ésta es difícilmente objetivable.

J.L. FRESQUET: Efectivamente, la mayor parte de trabajos se ha publicado en áreas relacionadas con la oncología y la cirugía oncológica. Y uno también piensa, al leer muchos de estos trabajos, en la calidad de vida del médico. Se encuentra en muchas situaciones de las que poco se ha hablado a lo largo de su formación.

Por otra parte, prácticamente no se han publicado trabajos sobre calidad de vida en enfermedades agudas aunque en mi opinión también deberían realizarse.

J. VICENS: Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la dificultad en diferenciar lo subjetivo de lo objetivo es un problema eterno. Algunas cuestiones que me parece que la medicina no trata suficientemente tienen que ver con la vida cotidiana, por ejemplo, el ritmo del tiempo es un ritmo que coincide en buena medida con la salud biológica, la salud mental y la salud del medio ambiente. Percibo una crisis social general, que naturalmente afecta a la calidad de vida. Si en terapéutica hay una evolución, ¿hasta qué punto podemos hablar de una evolución parcial como puede ser en terapéutica, o de la calidad de vida en la ciudad o de la calidad de vida en la empresa, sin remitirnos en algún momento a la calidad de vida en términos generales como nos invitaba la mesa, cuando la estructura más general está en crisis?, ¿hasta qué punto no debemos introducir conceptos más específicos o transparentar esta crisis más general? Me parece que una vía es la que se apuntaba antes, esta posible unidad entre objetivo y subjetivo; y otra es la consideración del ritmo del tiempo, uno de los pilares de la sociedad moderna, y una de las causas de grandes enfermedades: la aceleración tan extraordinaria del tiempo.

J.L. FRESQUET: Sin entrar en aspectos que desconozco creo, que en el terreno concreto de la medicina, hay razones para ser optimista. El médico empieza a darse cuenta de que tiene que manejar variables que desde hace mucho tiempo se estaban olvidando. No sólo cuenta el sín-

toma o el signo, o la radiografía o los análisis, sino que cuenta el enfermo como tal.

R. Bayés: La intervención del Dr. Vicens me ha sugerido que quizás una forma indirecta de medir la calidad de vida pudiera ser cuantificar la percepción del tiempo por parte del paciente, ya que cabría esperar que a mayor calidad de vida correspondiera una percepción subjetiva de menor tiempo transcurrido con respecto al tiempo cronométrico. Es decir, cuando un enfermo sufre de dolor o soledad el tiempo tarda mucho en pasar; cuando somos felices, el tiempo pasa sin darnos cuenta, se nos escapa. Quizás ésta pudiera ser, en el futuro, una forma sencilla de evaluar la calidad de vida de un paciente.