



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**INDICADORES PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA:  
DIMENSIONES, VARIABLES E INSTRUMENTOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**ACTUARIA**

**P R E S E N T A:**

**DANIELA HERNÁNDEZ SALCIDO**



**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MARÍA DEL PILAR ALONSO REYES**

**Cd. Universitaria, D.F. JUNIO 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

Tesis de Actuaría

## **Título de tesis**

**Por**

**Daniela Hernández Salcido**

**Directora de Tesis:**

**María del Pilar Alonso Reyes**

**Sinodales:**

**M. en C. José Antonio Flores Díaz**

**Dra. Verónica Montes de Oca Zavala**

**M .en I.O. María Isabel Escalante Membrillo**

**L.A.P. Luis Alberto Galván Contreras**

**México, Junio, 2014**

---

**A mis mentores: Mis padres**

**A mis amados hermanos**

**Horacio, Sandra y Liliana**



## Agradecimientos

Esta tesis no hubiera sido posible sin la ayuda de todas las personas que se encuentran a mí alrededor y que creyeron en mí para la realización de esta investigación.

Expreso mis más sinceros agradecimientos:

A la UNAM, la institución que me ha brindado lo mejor de mi vida académica, sin duda la mejor universidad del mundo.

A mi tutora, Pilar Alonso, quien estuvo siempre pendiente de todos los avances de este trabajo, atendiendo cualquier duda o inquietud que se presentara. Sin duda una excelente directora de tesis.

A mis sinodales, sin ellos no hubiera sido posible enriquecer este trabajo. Gracias por el tiempo dedicado a la revisión de esta tesis y por las aportaciones hechas de cada uno de ellos, gracias a: Verónica Montes de Oca, Isabel Escalante, Luis Galván y José Antonio Flores.

Gracias a los profesores que han marcado mi vida académica: Agustín Cano, por confiar en mí desde hace tres años (o más), al aceptarme como su ayudante. Por ser un gran ejemplo, y un símbolo de enseñanza para mí. Omar Viguera (jefecito), por aceptarme como su ayudante y permitirme ser parte de esta labor tan difícil, que es, transmitir un poco de conocimiento a los alumnos. Y gracias por siempre estar pendiente de la elaboración de esta tesis, presionando y alentándome en todo momento. Jeff, gracias por todas las motivaciones para lograr este trabajo, por confiar en mí en todo momento, por estar pendiente de las noticias relacionadas con este largo proceso, y por alentarme en momentos de frustración.

A mis padres, por: haberme dado la vida, estar a mi lado durante ya, 25 años, por siempre brindarme todo lo necesario para salir adelante, por ser un gran ejemplo en todos los sentidos, por ser parte de mí y mi mayor orgullo, por apoyarme cuando decidí estudiar actuaría y confiar en mí para llegar a este punto. LOS AMO!!!

A mis hermanos: Horacio, Sandra y Liliana, por: ser una parte fundamental en mi vida, cuidarme (a su modo), preocuparse por mí, demostrarme que pase lo que pase estarán siempre a mi lado y por todas esas lecciones de vida que me han dado.

A Moni (cuñis) y Kiko (mijo), agregados a esta familia muégano, por estar presente durante toda la carrera, de distintas formas, pero al final siempre brindando su apoyo.

A Jona, la persona que jamás dejó de creer en mí, ni en mi capacidad para lograr mis metas, en especial este trabajo, por estar a mi lado en todo momento; durante la carrera y en la culminación de ésta, en la elaboración de esta tesis, en los ratos de estrés (siempre tratando de calmarme), en los ratos de alegría, etc. Gracias por seguir siendo parte de mi vida, por preocuparte y estar pendiente. Simplemente gracias.

A todos esos grandes y amados amigos míos: Pao's (vaquita hermosa), gracias por estar en mi vida desde hace aproximadamente diez años, por soportarme en todas las

---

circunstancias posibles, por siempre apoyarme y mostrarme tu amor, por dejarme ser parte de tu vida, por ser esa hermana, confidente, amiga, cómplice, etc. que siempre quise tener. Por eso y muchos más GRACIAS.

A Nori, que aunque no está aquí, es una de las grandes personas que marcaron mi paso por la facultad. Gracias Nori por compartir todo conmigo, por estar durante toda la carrera (a pesar de la diferencia de materias) a mi lado y por entenderme como sólo tú sabes.

Gracias a Pau por ser parte importante en la trayectoria de nuestra carrera, sobre todo al final, cuando compartíamos tardes de teoría del riesgo o procesos estocásticos jaja, por convertirte en una gran amiga y compañera de escuela desde hace varios años, y gracias por siempre escucharme y entenderme.

También quiero agradecer a todos esos amigos y compañeros de generación: Zere, Vero, Martita, Erasmo y Sofí, entre otros que se me escapan por ahí.

Finalmente, gracias a todos esos profesores y ayudantes que fueron parte de mi desarrollo profesional durante 4 años y medio.

Sin todas estas personas, nada hubiera sido posible.

GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS!!!

# Índice general

INTRODUCCIÓN .....	I
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>CALIDAD DE VIDA .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 ANTECEDENTES .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES .....</b>	<b>3</b>
1.2.1 <i>Sobre la multidimensionalidad .....</i>	<i>11</i>
<b>1.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 CALIDAD DE VIDA INFANTIL .....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6 CALIDAD DE VIDA EN LOS ENFERMOS TERMINALES .....</b>	<b>24</b>
<b>1.7 CALIDAD DE VIDA Y VEJEZ.....</b>	<b>26</b>
1.7.1 <i>Variables asociadas a la calidad de vida en la vejez .....</i>	<i>33</i>
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA A NIVEL INTERNACIONAL.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 ANTECEDENTES .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2 ALGUNAS MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA GLOBAL .....</b>	<b>38</b>
<b>2.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA RELACIONADOS CON LA SALUD.....</b>	<b>42</b>
2.3.1 <i>Sickness Impact Profile (Berger et al., 1982) .....</i>	<i>42</i>
2.3.2 <i>Nottingham Health Profile (Hunt et al., 1982) .....</i>	<i>44</i>
2.3.3 <i>Medical Outcome Study Short Form 36 (Ware y Sherbourne, 1992) .....</i>	<i>45</i>
2.3.4 <i>EuroQoL-5D (EuroQol Group, 1990) .....</i>	<i>46</i>
<b>2.4 ÍNDICE SCHEDULE FOR THE EVALUATION OF INDIVIDUAL QUALITY OF LIFE (SEIQoL) .....</b>	<b>48</b>
2.4.1 <i>Registro del SEIQoL.....</i>	<i>51</i>
<b>2.5 PERSONAL WELLBEING INDEX (PWI).....</b>	<b>52</b>
2.5.1 <i>Definición y medición del bienestar subjetivo .....</i>	<i>53</i>
2.5.2 <i>Medidas de dominio.....</i>	<i>53</i>
2.5.3 <i>Escala del Índice de Bienestar Personal.....</i>	<i>54</i>
<b>2.6 NATIONAL INDEX OF SUBJECTIVE WELLBEING: THE AUSTRALIAN UNITY WELLBEING INDEX .....</b>	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>CALIDAD DE VIDA EN MÉXICO .....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 ANTECEDENTES .....</b>	<b>57</b>
<b>3.2 BIENESTAR SUBJETIVO EN EL CASO DE MÉXICO .....</b>	<b>58</b>
<b>3.3 FORMAS DE MEDIR Y CONCEPTUALIZAR DIMENSIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 INDICADORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN MÉXICO.....</b>	<b>61</b>
3.4.1 <i>Índice basado en las cuatro calidades de vida de Veenhoven.....</i>	<i>61</i>
3.4.2 <i>Índice de Desarrollo Humano .....</i>	<i>62</i>
3.4.3 <i>Índice de Marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO).....</i>	<i>65</i>
3.4.4 <i>Índice de Masas Carenciales en la Ley de Coordinación Fiscal.....</i>	<i>65</i>
3.4.5 <i>Índice de Rezago Social del Coneval.....</i>	<i>69</i>
3.4.6 <i>Índice de pobreza de la Sedesol.....</i>	<i>70</i>
3.4.7 <i>Índice de bienestar .....</i>	<i>70</i>



---

## CAPÍTULO 4

<b>EJEMPLOS SOBRE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 EJEMPLO 1. BIENESTAR SUBJETIVO EN MÉXICO Y SU RELACIÓN CON INDICADORES OBJETIVOS.....</b>	<b>73</b>
4.1.1 <i>El enfoque.....</i>	74
4.1.2 <i>La información y la medición .....</i>	75
4.1.3 <i>Indicadores de bienestar subjetivo.....</i>	76
4.1.4 <i>El bienestar subjetivo y los indicadores objetivos de nivel de vida.....</i>	77
4.1.5 <i>El bienestar subjetivo y algunas características sociodemográficas.....</i>	84
4.1.6 <i>Demarcación de los dominios de vida .....</i>	86
<b>4.2 EJEMPLO 2. HACIA UN NUEVO SISTEMA DE INDICADORES DE BIENESTAR.....</b>	<b>90</b>
4.2.1 <i>Índice de calidad de vida para México .....</i>	92
4.2.2 <i>Análisis de resultados.....</i>	95
<b>4.3 EJEMPLO 3. LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EUROPA .....</b>	<b>104</b>
4.3.1 <i>Modelo conceptual de la calidad de vida .....</i>	105
4.3.2 <i>Metodología.....</i>	106
4.3.3 <i>Análisis de los indicadores ISCVo+s e ISCVo .....</i>	107
4.3.4 <i>El papel de los indicadores subjetivos .....</i>	110
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>133</b>

---

## Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre bienestar subjetivo e ingreso familiar en porcentajes.....	58
Tabla 2. Bienestar subjetivo y satisfacción en dominios de vida. Coeficientes de correlación ..	59
Tabla 3. Las cuatro calidades de vida de Veenhoven .....	60
Tabla 4. Índice basado en las cuatro calidades de vida de Veenhoven.....	61
Tabla 5. Dimensiones e indicadores del Índice de Marginación CONAPO .....	65
Tabla 6. Distribución de la muestra de acuerdo a deciles nacionales de ingreso .....	76
Tabla 7. Frecuencia para el bienestar subjetivo .....	77
Tabla 8. Relación entre bienestar subjetivo e ingreso familiar en porcentajes.....	78
Tabla 9. Relación entre posición socioeconómica y bienestar subjetivo en porcentajes .....	80
Tabla 10. Relación entre bienestar subjetivo y acceso a servicios públicos .....	81
Tabla 11. Relación entre gasto personal (quintil) y percepción de pobreza .....	82
Tabla 12. Relación entre gasto personal y bienestar económico percibido .....	83
Tabla 13. Relación entre gasto personal y la percepción de capacidad de ingreso para satisfacer las necesidades materiales .....	83
Tabla 14. Bienestar subjetivo por género, escala ordinal del 1 a 7 .....	84
Tabla 15. Bienestar subjetivo por grupos de edad ordinal del 1 a 7.....	85
Tabla 16. Bienestar subjetivo por estado civil escala ordinal del 1 a 7 .....	85
Tabla 17. Bienestar subjetivo por nivel educativo escala ordinal del 1 a 7 .....	86
Tabla 18. Bienestar subjetivo y satisfacción en dominios de vida .....	87
Tabla 19. Bienestar subjetivo y satisfacción en dominios de vida, coeficiente de correlación...	88
Tabla 20. Paraíso de Michalos.....	91
Tabla 21. Dominios del INCAVI y los subdominios correspondientes .....	94
Tabla 22. Estadísticas descriptivas.....	96
Tabla 23. Valor del INCAVI para México .....	98
Tabla 24. Clase social de los encuestados .....	99
Tabla 25. Análisis correspondiente a los niveles de ingreso .....	99
Tabla 26. Comparaciones en relación con el género de la población .....	100
Tabla 27. Relación con el estado civil de las personas .....	102
Tabla 28. Relación con el nivel de educación.....	103
Tabla 29. ISCVo+s .....	108
Tabla 30. Estructura del ISCVo+s.....	109
Tabla 31. ISCVo .....	110
Tabla 32. Estructura del ISCVo.....	112
Tabla 33. Correlaciones por grupos de países .....	113



## INTRODUCCIÓN

El concepto calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única, ya que es un concepto multidimensional formado por una variedad de dominios o componentes los cuales son difíciles de precisar. Esto debido a la gran diversidad de perspectivas teóricas involucradas en torno a la idea de calidad de vida.

No existe un consenso acerca de cómo debe medirse dicho concepto, sin embargo, existen diversos indicadores, que utilizan medidas tanto objetivas como subjetivas, que arrojan información sobre el nivel que tiene la gente de satisfacción con su vida, en los diferentes dominios que la componen.

La calidad de vida, se refiere al bienestar de los individuos, incluyendo por un lado las condiciones de vida objetivas en las que las personas se desarrollan, y por otro, la valoración de éstas desde la perspectiva de los propios sujetos.

Desde un punto de vista metodológico, la calidad de vida no puede ser meramente descrita por el gran peso que tiene el modo en cómo se sienten y evalúan los individuos sus formas de participación e integración.

El objetivo de esta tesis es tratar de analizar el concepto de calidad de vida, así como recopilar indicadores para su medición. Estos muestran resultados importantes que serán comparados al final de este trabajo, con la finalidad de dar un panorama descriptivo a la discusión generada alrededor de este concepto.

El presente trabajo se realizó sobre este tema, debido a la gran controversia que existe alrededor del concepto **calidad de vida**, intentando recopilar algunas de las conceptualizaciones más importantes, así como hacer notar el gran impacto que tiene su medición. Por esta razón son tomadas en cuenta dimensiones tanto objetivas como subjetivas, ya que este término está vinculado directamente con la percepción que tiene cada persona sobre su vida y la calidad de ésta.

La calidad de vida es un término usado a nivel mundial, ya que es, o debería ser indispensable, para el gobierno de cada país, intentar siempre mejorar el nivel de

bienestar de las personas, tomando en cuenta la mayor parte de las variables involucradas en la vida cotidiana de los seres humanos.

En el primer capítulo, se presenta una revisión de las diversas definiciones que existen sobre calidad de vida, seguida de una pequeña síntesis acerca de las diferentes ramas en las que se puede hablar de ella, como por ejemplo: calidad de vida infantil, calidad de vida en enfermos terminales, calidad de vida relacionada con la salud, en enfermos mentales y en la vejez. Se podrá apreciar además, que existen diferencias notables en la forma de medición en las ramas señaladas anteriormente.

En el segundo capítulo, se tratan algunos de los indicadores más importantes que existen a nivel mundial, desarrollando algunas metodologías de éstos.

En el tercer capítulo, se expone la calidad de vida en México, con los diferentes indicadores que se utilizan en el país.

En el cuarto capítulo, se describen algunos ejemplos de estas mediciones. Se desarrolla la metodología de algunos indicadores que incluyen factores sociales, económicos y personales y se analizan resultados obtenidos de dichos indicadores.

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían entre personas, grupos y lugares; así ésta consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por cada individuo.

El concepto de calidad de vida ha estado vinculado a otros, como los de satisfacción, bienestar y felicidad, en donde las condiciones objetivas se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre.

Este trabajo es un estudio un tanto descriptivo, en cuanto a la revisión que se hizo sobre el concepto de calidad de vida. Así como también es un estudio explicativo, ya que se expusieron algunos de los resultados obtenidos de distintos instrumentos de medición de la calidad de vida, igual que las causas o fenómenos que pudieran verse involucrados en dichos resultados.

Esta tesis aspira a contribuir a la discusión y reflexión sobre este tema.

# CAPÍTULO 1

## CALIDAD DE VIDA

En este primer capítulo se plantean algunos antecedentes que deben ser tomados en cuenta para la conceptualización de calidad de vida, de la misma forma se trata la evolución del concepto y las diversas disciplinas que han usado el término calidad de vida para llegar a una mejor definición y medición del término.

Se presentan también varias de las definiciones que han realizado diversos autores alrededor de este término.

Después se hace una pequeña revisión a las diferencias que existen entre medir la calidad de vida infantil, la calidad de vida en enfermos terminales, en personas con trastornos mentales y la calidad de vida en la vejez.

### ***1.1 Antecedentes***

El término calidad de vida es reciente, se remonta a las décadas de los años 50 y 60 del siglo XX y tiene su gran expansión a lo largo de los 80's, ajustado en un principio a un contexto popular y referido a problemas de polución medioambiental. Su origen proviene principalmente de la medicina, después se extendió a la sociología y psicología, desplazando otros términos más difíciles de conceptualizar como bienestar y felicidad.

Una de las principales referencias que afecta la definición de calidad de vida es cuando Aristóteles apunta que la mayoría de las personas conciben la "buena vida", como lo mismo que "ser feliz", ya que él destaca que la felicidad significa cosas distintas, para cada persona y en momentos diferentes (Fayers y Machin, 2000).

El origen académico de la idea de calidad de vida surge alrededor del movimiento de indicadores sociales, desarrollado a partir de las actividades de la Escuela de Chicago

(Noll H. 2002; Sirgy 2001; Veenhoven 1996). El auge de este movimiento coincidió con un clima político y social de cuestionamiento del crecimiento económico como principal objetivo político e indicador social de primer orden.

Bajo este contexto, el concepto de calidad de vida nació como una alternativa a la cuestionada sociedad de la opulencia, con el tiempo, derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales, hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como relaciones sociales o la salud (Noll, 2002). Durante las décadas de los 70 y 80 la calidad de vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. Esto hace referencia a todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad.

Las condiciones objetivas de vida son destacadas en la llamada *aproximación escandinava* al bienestar. Esta aproximación es que existen las llamadas necesidades básicas y que satisfacerlas determinará el bienestar de la población (Delhey, 2002).

Una segunda aproximación, es la tradición anglosajona de bienestar como calidad de vida, se apoya en la investigación americana sobre salud mental. Esta perspectiva enfatiza el bienestar subjetivo, aunque también utiliza indicadores objetivos, y tiene que ver con la experiencia de los individuos sobre sus vidas (Noll, 2002). Los indicadores más importantes de éste son medidas de satisfacción y felicidad.

La tercera aproximación, basada en la *noción germana* de calidad de vida, integraría las dos anteriores, centrándose en la combinación de condiciones objetivas de vida y bienestar subjetivo en diferentes dominios, incluyendo componentes cognitivos y afectivos (Noll, 2002)

En 1970 se estableció un Programa de Desarrollo de Indicadores Sociales, de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), donde se plantea que los éstos deben ser considerados como una etapa hacia la medida de la calidad de vida; cabe señalar que la OCDE aún adoptaba el término de bienestar social, ya que era el que se utilizaba más y de forma independiente de cualquier disciplina particular.

El desarrollo de la definición de calidad de vida tiene dos fases delimitadas: la primera, surge con las civilizaciones tempranas, se extiende hasta finales del siglo XVIII, básicamente se preocupa por la salud privada y pública. La segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del Estado y la instauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y bienestar social del ciudadano (Harris, D. 1990).

A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación. De forma reducida podría considerarse que inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por ésta y la higiene pública. Posteriormente se extiende a la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, cotidiana y de su propia salud.

### ***1.2 Conceptos y definiciones***

Actualmente existen consensos respecto a que la calidad de vida tiene que ver con la consideración de las condiciones de ésta y las evaluaciones subjetivas. Esta expresión ha llegado a ser ampliamente usada, no sólo por profesionales de diversas disciplinas, sino también por políticos, medios de comunicación, planificadores y por la sociedad. Esto conlleva a una utilización imprecisa del término, pretendiendo llegar a la mejor definición del concepto acompañadas de un sinnúmero de elaboraciones académicas. También ha sido utilizado como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos, esto ha derivado en la acuñación del término "calidad de vida relacionada con la salud".

Así, la investigación en calidad de vida requiere considerar tanto las condiciones objetivas (por ejemplo; ingreso familiar, vivienda, y varios factores económicos y materiales) de la vida de las personas, como las evaluaciones subjetivas (¿Qué tan felices son las personas?, percepción de su salud, la familia, ambiente laboral, etc.), que éstas realizan. No se puede obviar lo subjetivo, ya que se mostraría una imagen incompleta de la realidad y es necesario conocer la medida de satisfacción global con la vida, para poder valorar el éxito de las políticas sociales (Veenhoven, 2002).



En primer lugar, se debe señalar que es un concepto global, inclusivo y multidimensional y en menor medida que se trata de una valoración subjetiva de la realidad material. Se emplea para especificar las características propias de los individuos y los factores extrínsecos de tipo social, económico, medioambiental que influyen en su bienestar.

El segundo elemento de la definición es incluir los aspectos objetivos y los subjetivos. Levi y Anderson (1980) la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada grupo e individuo, asumiendo una propuesta de las Naciones Unidas, donde enumeran los siguientes componentes:

1. Salud,
2. Alimentación,
3. Educación,
4. Trabajo,
5. Vivienda,
6. Seguridad Social,
7. Vestido,
8. Ocio
9. Derechos Humanos.

El acervo objetivo de todos estos componentes constituye el nivel de vida de los pueblos y las personas. De forma global Lawton (1984) la define como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Shin y Johnson (1978) la definen como: La posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria de los demás, todos estos aspectos dependen de la experiencia y conocimiento previo del sujeto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como “la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. A ésta se puede añadir el hecho de que es dinámica y temporal, pues la importancia de cada dimensión puede variar si cambian las circunstancias de vida.

Calman (1984) ha definido la calidad de vida como la diferencia entre las expectativas y las ganancias de un individuo, es decir, que básicamente es un concepto subjetivo. Sin embargo, los “logros” dependen no solo de los factores subjetivos sino también de las posibilidades que el entorno ofrece.

La calidad de vida es una idea compleja y abstracta (Bergner, 1989); se presenta como un concepto multidimensional (Cella, 1994) y se relaciona fuertemente con la percepción de bienestar, siendo ésta más individualizada que generalizable, puesto que las personas suelen reaccionar de manera diferente a situaciones idénticas (Diener y Suh, 1997).

La definición de calidad de vida ha sido tratada en muchas investigaciones. De acuerdo a Cervera et al., (1997), la falta de consensos se debe a que la calidad de vida, es por definición, subjetiva, encontrándose relacionada con percepciones culturales y personales, y el grado en que los aspectos objetivos e indicadores subjetivos, pueden ser utilizados como una forma efectiva de medición, a través de situaciones culturales e individuales específicas.

La psicología cognoscitiva<sup>1</sup> ha pretendido explicar el funcionamiento del concepto calidad de vida, así como el de bienestar subjetivo; sin embargo, sus modelos han estado basados, de acuerdo con Myers y Diener (1985), más en la descripción de los estados negativos (de la percepción inapropiada hasta la consecución del bienestar) que en los positivos (desde el bienestar mismo).

---

<sup>1</sup> La psicología cognitiva estudia los procesos de pensamiento, la elaboración de información de ideas, llamando a éstas, percepción.

Existen otros modelos que, siendo más descriptivos que explicativos, han encontrado diferentes dimensiones que han pretendido subcategorizar al concepto. Dentro de estos intentos se puede citar a Stones y Kozama (1985), quienes incluyen dentro del bienestar subjetivo grandes dimensiones totales: reacciones emocionales, satisfacción con las áreas de personal incumbencia y grado de dominio de las actividades que se realizan.

Por otra parte, calidad de vida, en un sentido más operacional, puede entenderse como la evaluación de la medida en que las circunstancias de la vida son satisfactorias o susceptibles de mejora (Dorsch, 1985). Esto presupone una secuencia explicativa:

1. Percepción de las circunstancias,
2. Una evaluación de las mismas,
3. Una evaluación personal sobre satisfacción
4. Una evaluación de la posibilidad de mejora.

El que pretende evaluar su propia calidad de vida percibe primero las circunstancias de su vida, después evalúa si estas son satisfactorias o no, y finalmente establece posibilidades de mejora.

Al intentar evaluar la calidad de vida se toman en cuenta factores como el empleo, la vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad e influyen en el estado de bienestar

Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida es la que presenta Katschnig (2000), quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital y el nivel de vida en el que se utilizan

indicadores normativos objetivos y subjetivos de estas funciones de los individuos. Sin embargo, se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a 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 importantes del medio ambiente.

Hornquist (citado en Sacristán, Badía, & Rovira, 1995) combina factores externos e internos, postulando que en lo central en la calidad de vida sería la percepción global de satisfacción por parte del individuo, su bienestar. Desde esta perspectiva se tornan relevantes factores tales como los económicos, político, educativos, del sistema de salud, entre otros, que actúan como agentes externos y afectan el estado de salud de cada persona.

A pesar de las diferencias de conceptualización, Cervera et al., (1997), plantea la posibilidad de extraer características comunes a la mayor parte de las definiciones de calidad de vida:

- Refieren a la relación del individuo con su vida.
- Enfoque multidimensional o global.
- Atención a la valoración subjetiva de la propia persona.
- Utilidad de la medida de calidad de vida para estudiar el impacto de cierta enfermedad para un individuo, sugiriendo las posibles áreas que se beneficiarían de la atención sanitaria, y evaluando los efectos del tratamiento.

Lehman (2000), por otro lado, añade como dimensiones globales necesarias en toda definición de calidad de vida:

- Aquello que la persona es capaz de hacer (estado funcional).
- El acceso a los recursos y las oportunidades para usar estas habilidades.
- La sensación subjetiva de bienestar.

Si bien existen autores que rechazan la posibilidad de que los indicadores subjetivos permitan evaluar de manera válida y/o confiable la calidad de vida, hay otros investigadores, como Warw et al., (1961), que postulan que la utilización de medidas subjetivas permitiría niveles de discriminación más finas sobre el estado de salud de los individuos, que las medidas objetivas. La tendencia actual se orienta a la consideración de ambos tipos de indicadores como complementarios e igualmente válidos, ante la falta de evidencia significativa a favor de una u otra postura.

El significado del término calidad de vida desde un punto de vista estrictamente semántico hace pensar en un nivel de excelencia referido a los aspectos esenciales de la existencia humana. Históricamente se ha tomado la valoración de la satisfacción personal con aspectos de la propia vida como una medida de la calidad de vida. Sin embargo, a la luz de los desarrollos que ha experimentado el concepto a lo largo de las últimas décadas, los investigadores coinciden en señalar que además es necesario comprender y valorar los factores contextuales, especialmente cuando se define, la discapacidad, la deficiencia física o el envejecimiento como ajustes problemáticos entre la persona y su entorno (Shalock, 2000).

La calidad de vida puede aparecer como la intersección de áreas subjetivas y objetivas, incapaz de ser evaluada a partir de uno de sus dos polos. En la parte objetiva, pasa necesariamente por el “espacio vital” de las aspiraciones, de las necesidades, de las expectativas, las referencias vividas y conocidas, y es a través de él como se convierten en bienestar subjetivo. Derivado de esto, se obtienen problemas para determinar quien debe evaluar la calidad de vida, ya que existen varias discrepancias en los campos que la estudian. Desde esta perspectiva, y en el campo de la psicología, es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Es decir, aunque recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

En este sentido calidad de vida sería un concepto o idea general pero también un constructo social o formulación que ayudaría a comprender esta idea creada.

Algunas definiciones implican que la calidad de vida es individual, ya que algunos aspectos importantes para una persona, pueden no serlo para otra, es decir “el individuo determina que es”, debido a que la evaluación de ésta, resulta de la influencia de varios factores, incluyendo, expectativas y experiencias de las personas. El autor Cummins (1997) señala que la calidad de vida es: un constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los subjetivos incluirían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo.

Recientemente, se ha producido mayor conciencia sobre la importancia de un enfoque fenomenológico del estudio de calidad de vida mediante el cual se pregunta a las personas que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos (Bowling, 1998). En esta dirección, la calidad de vida no solo es multidimensional, sino que también tiene en cuenta la experiencia vital de las personas así como la interpretación que tienen éstas sobre sus propias vidas.

En el ámbito relacionado con el modelo de estudio a seguir en la investigación de calidad de vida, también existen algunas discrepancias. Para Barge-Shaapveld, Nicolson, Delespaul y De Vries (2000), la condición intrínseca de subjetividad que caracteriza a la calidad de vida implica que puede ser abordada atendiendo diferentes parámetros.

El enfoque de calidad de vida diaria de Brandstatter et al., (2000), plantea que un importante determinante del bienestar sería la capacidad de adaptación de cada individuo a su entorno, por lo que a la base de cualquier estado de satisfacción, estarían las motivaciones y logros de cada persona, en combinación con la gratificación adecuada y la aportada en el entorno en sus aspectos conductuales específicos.

Existe un acuerdo generalizado en lo que concierne a que el concepto de calidad de vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componente diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación

o interrelación de todos ellos (Lawton, 1991; Garland, 1993; Sétien, 1993; Fernández-Ballesteros, 1997; Seed y Lloyd, 1997; Rojo et al., 2002). De manera que las diversas defunciones coinciden en reconocer la multidimensionalidad del concepto y, en menor medida, que se trata de una valoración subjetiva de la realidad material, sin existir conformidad respecto al número o la naturaleza de las dimensiones o dominios por tratar (Rapley, 2003), y circunscribiéndose a aquellos aspectos que los investigadores consideran relevantes para los objetivos concretos de sus investigaciones (Birren y Dieckmann, 1991). El examen de bibliografía científica más reciente revela un amplio listado de componentes de la calidad de vida, y confirma la complejidad del término, las múltiples aproximaciones a su estudio, definiciones y métodos de medida (Gilhooly et al., 2005).

La falta de acuerdos sobre los componentes de la calidad de vida a incluir en estudios globales, refuerza la perspectiva individual y la atención sobre aproximaciones hermenéuticas<sup>2</sup> que tengan en cuenta la opinión de los individuos sobre los cuales son los aspectos que ellos consideran más importantes de sus vidas, tanto positivos como negativos (Bowling, 1999). En el mismo sentido, se enfatiza la necesidad de que sean las personas quienes ponderen su satisfacción según la importancia que otorguen a cada dominio (Cummins, 1998), con anterioridad a la valoración de la calidad de vida global, pues la satisfacción con áreas altamente valoradas tendrá una influencia mayor que la de aquellas con igual satisfacción pero menor importancia (Frisch, 2000).

Por ello, se entiende que calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (Nieto et al., 1998).

Entonces, no se ha podido encontrar una definición homogénea de lo que es calidad de vida, ya que dependen de muchísimos factores, así como también de la percepción

---

<sup>2</sup>La hermenéutica es la pretensión de explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el que acontece.

que tiene cada persona sobre la evaluación de ésta, en función de sus valores deseos y experiencia, de modo que se debe abordar el análisis de una gran diversidad de atributos y factores explicativos en la aproximación a la definición.

Se han desarrollado definiciones específicas de calidad de vida de acuerdo a las áreas de investigación y su especialidad, siendo uno de los mejores ejemplos el de la medicina, sin escapar del debate objetivo-subjetivo (Rapley, 2003).

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales, como la habilidad para cuidar de sí mismo, la situación financiera, por ejemplo tener una pensión o renta, las relaciones sociales, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y culturales. Las variables sociodemográficas y de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar al bienestar subjetivo (Moreno y Ximénez, 1996).

Así, el concepto de calidad de vida ha estado vinculado a otros, como los de satisfacción, bienestar y felicidad, en donde las condiciones objetivas se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre. Es decir, de factores personales, valorativos y emocionales, a través de las apreciaciones del bienestar subjetivo, proceso por el cual se perciben, estiman y valoran los factores objetivos de la vida.

### ***1.2.1 Sobre la multidimensionalidad***

Existen algunos acuerdos en lo que concierne al concepto de calidad de vida, uno de ellos es el constructo **multidimensional** formado por una variedad de dominios o componentes diversos, que se explica por la combinación de todos ellos. Sin embargo, es difícil encontrar precisión sobre las dimensiones que deben ser consideradas, ya que el desarrollo de una gran variedad de perspectivas teóricas, ha sido la consecuencia de complejidad del concepto. Por ejemplo, la salud, es uno de los pocos dominios o dimensiones sobre el que pareciera existe un acuerdo en cuanto a



su participación en la calidad de vida, ya que la misma definición de salud es considerada como un estado de completo bienestar físico, mental y social. La influencia del estado de salud suele ser sobre-estimada en estudios enfocados en ésta y la calidad de vida, por lo que, en tanto se amplíe la riqueza y diversidad del conjunto de predictores de la calidad de vida global, probablemente disminuya el impacto relativo del estado de salud (Michalos, 2001). El marco conceptual puede constituirse para que los temas relacionados con la salud puedan ser revisados positivamente y de múltiples formas.

En el contexto de los dominios de la calidad de vida, el autor Lassey (2001), establece una síntesis de los factores influyentes, en dos conjuntos:

- *Micronivel o individual*, donde se incluyen la herencia biológica/genética, el estado de salud, la personalidad, la integración social, la satisfacción con la familia y el vecindario, la clase social y el estilo de vida.
- *Macronivel o comunitario*, donde se incluyen, el entorno residencial donde viven, el sistema de salud, de apoyo social, la seguridad financiera y las oportunidades de estilo de vida.

Investigaciones más recientes están contribuyendo a analizar qué factores influyen en la calidad de vida individual, ya que cada persona la evalúa de forma diferente. Algunos ejemplos de dichos factores son; la salud, la situación laboral, la situación económica, religiosidad, espiritualidad, valores y actitudes.

Aunque se desea una aproximación teórica unificada al estudio de la calidad de vida, el uso de los términos como *bienestar*, *felicidad* o *satisfacción* lo han dificultado, ya que al *bienestar* lo miden a través de juicios de satisfacción y felicidad que el individuo experimenta con su vida o con determinadas facetas de la misma y lo aluden como un indicador subjetivo. La *satisfacción con la vida*, se refiere a la evaluación del conjunto de condiciones de la existencia, que se deriva de la comparación entre las aspiraciones y logros actuales. Y la *felicidad* puede definirse como la gratificación que resulta de la realización de un potencial y refleja la sensación de las personas hacia su estado actual, el grado en que los sentimientos positivos sobrepasan los

sentimientos negativos. Ambos conceptos, *satisfacción* y *felicidad*, son globales, y son indicadores subjetivos, esto es lo que hace que la definición de calidad de vida sea más difícil de unificar. Se refieren a la vida como un conjunto y comparten significados comunes (Michalos y Zumbo, 1999, 2002), pero se deben analizar sus componentes separadamente ya que las medidas de dichos conceptos no tienen idénticas connotaciones.

Sobre las dimensiones subjetivas, se encuentra al bienestar que está determinado por la evaluación que hace cada persona con relación a su vida. Ésta se puede dividir en dos elementos, uno enfocado a los aspectos afectivo-emocionales<sup>3</sup> y otro a los cognitivo-valorativos<sup>4</sup>. Los estados de ánimo se consideran aspectos afectivo-emocionales, mientras que la satisfacción por la vida es más de tipo cognitivo.

A través del tiempo se ha observado que la variable ingreso es cada vez más inexacta cuando se trata del bienestar, pero existe una relación positiva entre ambas. Se ha encontrado que cuando aumenta el Producto Interno Bruto (PIB) de los países, la felicidad que reportan los ciudadanos aumenta en la misma proporción. No existe una relación perfecta entre ellos, ya que existen lugares donde no es proporcional el incremento del PIB y la felicidad, esto puede deberse a las condiciones geográficas de cada país. El bienestar subjetivo se relaciona positivamente con el grado en que la sociedad cubre las necesidades básicas y provee oportunidades para lograr las metas personales. Puede aportar elementos de análisis que no son previstos por las medidas económicas.

---

<sup>3</sup> La capacidad medular que opera aquí es el acceso a la propia vida sentimental, gama propia de afectos o emociones: la aptitud para efectuar al instante discriminaciones entre los sentimientos, darles nombre y utilizarlos como un modo de comprender y guiar la conducta propia.

<sup>4</sup> Comprenden la gran capacidad que tienen los seres humanos para relacionarse, actuar, analizar crear, y transformar la realidad, permitiendo la construcción del conocimiento, basados en las experiencias y vivencias, en los intereses y necesidades y en la visión del mundo interior y exterior.

### ***1.3 Calidad de vida relacionada con la salud***

El concepto calidad de vida, que inicialmente fue monopolizado por economistas y políticos para referirse al bienestar material, ha sido utilizado como medida de resultados en la salud (Fayers y Machin 2000).

Una de las aproximaciones a la calidad de vida con mayor desarrollo ha sido desde la investigación en la salud. Sirgy (2001) la describe como: perspectiva centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud como definición de calidad de vida.

Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y / o las políticas de salud.

Se ha considerado a la salud como uno de los principales dominios de la calidad de vida. Se puede creer esto por la definición misma. “estado de completo bienestar físico, mental y social”, (Wolth Health Organization, 1947).

De acuerdo a los planteamientos de Albert & Fitzpatrick (citado en Katschning, 2000), la utilidad de la evaluación de la calidad de vida en salud esta principalmente en los siguientes usos:

- Planificación de la asistencia sanitaria.
- Forma de valoración de las necesidades sanitarias de una población.
- Para optimizar la distribución de recursos.
- Medida de resultado en ensayos clínicos y en la investigación de servicios sanitarios.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción que tienen las personas respecto a su bienestar, estado físico, psicológico, social, etc. depende en su mayoría de sus propios valores y creencias, su contexto cultural o su historia personal.

Como se ha planteado anteriormente, el concepto de calidad de vida no puede ser independiente de las expectativas de cada individuo, sin embargo es frecuente que las investigaciones relacionadas con la salud dejen de lado los aspectos antropológicos y culturales, asumiendo así un sistema único globalizado de valores.

La transición del término calidad de vida desde las ciencias sociales, a la investigación en salud se ha visto acompañando por una prioridad pragmática: la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida. La búsqueda de medidas se intensificó en los años 80 y el concepto de salud se expandió hasta llegar a contener completamente la idea de calidad de vida. En ocasiones, esta contribución se ha realizado más en términos metodológicos (elaboración, comprobación y análisis estadísticos) que de reflexión conceptual sobre la propia noción de este término (Bullinger, 1999).

Los métodos actuales de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación.

- La investigación de la felicidad, definida como un constructo psicológico posible de analizar (Jones, 1953). La primera indagación en los E.U. en 1960 (Gurin) mostró que la “felicidad y bienestar” no podía reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado. La demostración por parte de los psicólogos de que las respuestas subjetivas (sentimientos y deseos) podían evaluarse de modo confiable y válido, a través de tests, contribuyó a jerarquizar este campo del conocimiento.
- La investigación de indicadores, provenientes de las ciencias sociales, que se centro en los determinantes sociales y económicos del bienestar. En 1930 se realizó la primera evaluación del bienestar material y en los años 50 aparece por primera vez en términos de calidad de vida (Ordway, 1953), los estudios posteriores comenzaron a mostrar la relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas.

- En el área de la salud, la OMS fue pionera en el futuro desarrollo de calidad de vida relacionada con ésta, al definirla en 1948. Sin embargo, las evaluaciones poblacionales de salud fueron alejándose cada vez más del concepto de calidad de vida.

Si se acepta la amplia definición de salud de la OMS, y el sujeto tiene un completo bienestar físico, mental y social, entonces la calidad de vida sería excelente, ya que un resultado ideal de salud sería igual a un resultado magnifico de calidad de vida.

El problema es que no existen normas sobre lo que debería o no incluirse dentro de las nociones de bienestar físico, mental y social (Michalos, 2004).

Desde el ámbito de la salud, calidad de vida se ha definido como: término popular que expresa un sentido global o de bienestar, incluyendo aspectos de felicidad y satisfacción con la vida como un conjunto.

Aunque la salud es un importante dominio<sup>5</sup> de la calidad de vida global existen otros a considerar, como el barrio, la vivienda, la escuela o el trabajo. Otros aspectos importantes de la calidad de vida global que añaden complejidad a su medida, tienen que ver con la cultura, los valores y la espiritualidad (Centers for Disease, Control and Prevention, 2000).

Calidad de vida no puede ser equiparada con estado de salud, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, más bien es un concepto multidimensional (WHOQOL Group, 1995).

Las investigaciones en calidad de vida relacionada con la salud argumentan o aceptan imparcialmente, que es un concepto multidimensional y que ésta debe ser preservada en su análisis e interpretación (Mesbah, 2002).

---

<sup>5</sup> Un dominio, en este sentido, es un aspecto o componente de la vida que se toma en cuenta para la medición de ésta.

### ***1.4 Calidad de vida infantil***

Como ya se mencionó el campo de la calidad de vida se ha desarrollado rápidamente en los últimos años, especialmente en lo que se refiere a los métodos de evaluación e implementación de programas de cuidado de la salud (Bullinger et al., 2002). Sin embargo, la mayoría de los estudios, se refieren a adultos.

En la práctica pediátrica, el tema de calidad de vida es central principalmente en casos de enfermedades incurables, pues es necesario examinar cómo el tratamiento a largo plazo puede comprometer el futuro de estos pacientes (Bullinger et al., 2002, Eiser & Morse, 2001).

Se puede atribuir el aumento en el interés sobre este tema en la infancia, fundamentalmente a los cambios en la epidemiología de las enfermedades infantiles, ya que ha habido un aumento en las tasas de supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas o que reciben cuidados paliativos.

Cuando se hace referencia a la calidad de vida relacionada con la salud en la población pediátrica, se tiene que considerar su concepto multidimensional a partir de la percepción del propio niño, de su familia (padres) y/u otras personas de su entorno (Bullinger et al., 2002). Al mismo tiempo, es de suma importancia atender al nivel de desarrollo del infante y su comprensión sobre su salud para identificar los dominios de la calidad de vida que ellos consideran importantes (Wallander, Schmitt & Koot, 2001).

Por razones prácticas, la mayor parte de los estudios sobre calidad de vida infantil incluyen la participación de la madre y raramente incluyen la percepción del padre o hermanos del paciente (Bullinger et al., 2002). Los estudios que evalúan la percepción del niño y de sus padres sobre su calidad de vida permiten verificar en qué medida las percepciones de éstos corresponden a la percepción del niño (Jakovic, s/f).

Hughes y Hwang (1996) recomiendan la utilización de métodos de triangulación y múltiples fuentes de información de los estudios sobre la calidad de vida infantil.

Eiser (1996) reporta que las principales dimensiones de la calidad de vida de la infancia consideradas por los profesionales de salud e investigadores son:

- Estatus funcional: se refiere a la habilidad del niño para desempeñar actividades diarias apropiadas de su edad, y está íntimamente relacionado con la sintomatología física.
- Funcionamiento psicológico: incluye la evaluación del estado afectivo del paciente.
- Funcionamiento social: se relaciona con la habilidad del niño para mantener relaciones íntimas con su familia y amigos.

Existen tres maneras de evaluar la calidad de vida infantil relacionada con la salud: (Eiser & Morse, 2001).

1. Medidas objetivas o índices clínicos
2. Desempeño funcional
3. Evaluación del paciente acerca de su capacidad para mantener una actividad.

Para Landgraf et al., (1998), los instrumentos para evaluar la calidad de vida de niños y adolescentes tiene tres aspectos fundamentales:

- La especificidad del instrumento (si es para una enfermedad específica o de uso en general).
- La modalidad del instrumento (si es de autoinforme o si son necesarios entrevistadores para aplicarlo).
- La identificación de la persona que responde al cuestionario (si el instrumento debe ser contestado por el propio niño o por los padres u otras personas).

Además de estos aspectos, Heal y Sigelman (1996), consideran que las medidas de calidad de vida pueden ser desarrolladas por el investigador como instrumentos específicos de medida, así como también, realizarse a partir de técnicas no estructuradas, como la observación participante, que aclara la visión de los sujetos sobre sus sistemas de valores y perspectivas.

Por todo ello, la calidad de vida relacionada con la salud en la infancia puede ser definida como un efecto multidimensional de la percepción del paciente pediátrico sobre su enfermedad y consecuente tratamiento (Ronen, Rosebaum, Law & Streiner, 2001).

### ***1.5 Calidad de vida en personas con trastornos mentales***

La salud mental es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar de forma tal que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales.

Los trastornos mentales severos se definen como enfermedades de evolución crónica, caracterizada por generar discapacidad en diferentes ámbitos de quienes lo sufren. En general, se define a esta población como: personas que sufren ciertos trastornos graves que dificultan o impiden el crecimiento de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, tales como higiene personal, autocuidado, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas, trabajo, etc., además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos, (Godman, Gatozzi & Tambe 1981).

Los desordenes mentales constituyen un problema que genera discapacidad en quienes la padecen y un impacto negativo en su calidad de vida, afectando a ellos y a quienes los rodean.

Dentro de esas patologías (más severas) se encuentran; la esquizofrenia, los trastornos afectivos bipolares y algunas depresiones mayores.

En este sentido, la calidad de vida en las personas es uno de los aspectos que se ve más afectado por enfermedades mentales. Esto permite dimensionar el impacto de un trastorno o el efecto de un tratamiento a partir de la valoración subjetiva que el propio sujeto hace de su vida, ya que el concepto de calidad de vida, vinculado con la



relación del individuo con su vida desde un enfoque global, alude a la posibilidad que tiene la persona, con una enfermedad mental, de reflexionar sobre sí mismo.

Se ha criticado que la investigación en la calidad de vida hasta el momento se ha preocupado en exceso por los aspectos de la medición y por la psicometría a expensas del desarrollo teórico y conceptual (Cox y cols. 1992; Hunt 1997).

Este déficit teórico se pone especialmente en manifiesto cuando se trata de valorar la calidad de vida en los trastornos mentales, dado que la postura ampliamente aceptada de concentrarse en la perspectiva subjetiva del paciente (Gil y Feinstein, 1994; Schipper y cols., 1996) tiende a distorsionar las mediciones, muestran de forma convincente que en psiquiatría esta valoración subjetiva debe complementarse con una objetiva.

En psiquiatría, los estudios sobre bienestar subjetivo tienden a reflejar simplemente estados psicopatológicos alterados, en la depresión (Katsching y cols., 1996).

El estudio de la calidad de vida para los problemas psiquiátricos se inicia con posterioridad dentro de las ciencias sociales, en el contexto de procesos tendientes a promover la desinstitucionalización de estos pacientes. Para lograrlo se han construido una serie de instrumentos, los cuales, a través de la integración de criterios subjetivos y objetivos, han tenido como finalidad proporcionar una manera más completa, segura y eficaz de valorar la calidad de vida de individuos o poblaciones.

Las bases teóricas de la evaluación de la experiencia subjetiva de los pacientes psiquiátricos se establecieron por primera vez a principios de los años ochenta, al introducirse consideraciones teóricas de la calidad de vida en general y en el campo de la salud mental en particular (Angermeyer y Kilian 2000).

De acuerdo a Cervera y cols. (1997), entre los instrumentos específicos más utilizados en el estudio de la calidad de vida en pacientes con trastornos mentales severos se encuentran:

- ❖ QOLI (Entrevista de la calidad de vida) de Lehman, consta de 143 ítems (preguntas), los cuales evalúan aspectos como lugar de residencia,

relaciones sociales, ocio, actividades cotidianas, finanzas, seguridad y problemas legales, trabajo y salud. Entregaría información sobre indicadores subjetivos y objetivos de calidad de vida a la vez que datos patológicos que permiten medir la evolución del paciente.

- ❖ SLDS (Escala de satisfacción con la vida) de Baker e Intagliata. Conformado por 15 ítems, evalúa cuatro áreas: necesidad de seguridad, de estimulación, de pertenencia y de realización; las cuales son interpretadas como indicadores subjetivos de la satisfacción del paciente. Se asocia calidad de vida con autonomía (directa) y con permanencia en la comunidad (indirecta).
- ❖ QOLC (Listado de calidad de vida) de Malm y Dencker. Se constituye por 94 ítems y 9 dimensiones: vida y entorno, educación, relaciones, dependencia, experiencia, salud mental, ocio, trabajo y religión. En este instrumento la baja calidad de vida estaría relacionada con las relaciones sociales, la educación y el trabajo, y una calidad de vida abundante se asocia a la vivienda, el alojamiento y el funcionamiento de la seguridad social.
- ❖ SF-36 (Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey) de Ware y Sherbourne. Se trata de un instrumento genérico, conformado por 36 ítems, que miden 8 dimensiones: funcionamiento físico y social, rol instrumental, dolor corporal, tanto salud mental, como general, rol emocional y vitalidad. Se trabaja con la opinión de los pacientes, que permite comprender su situación desde su propia perspectiva.

Las personas que tienen una enfermedad mental tienen dañado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas.

Una de las enfermedades mentales considerada el paradigma de los trastornos mentales severos (Cantero, Pérez y Casado, 2003), es la esquizofrenia. Quiriendo

significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y de comportamiento, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil.

La prevalencia, es decir, la probabilidad de que una persona padezca este trastorno es 0.5%, mientras la incidencia es 1 por cada 10 000 habitantes. En este país existen aproximadamente 500 mil personas con esquizofrenia (Dr. Wascar Verduzco)<sup>6</sup>.

La importancia de estudiar esta enfermedad es por la distorsión de pensamientos y sentimientos que experimenta la persona, lo cual influye directamente con las medidas subjetivas que se llegan a tomar en cuenta cuando se quiere medir la calidad de vida.

Afirma el Dr. Verduzco que es sumamente importante dar a conocer los síntomas del padecimiento, los cuales se pueden dividir de la siguiente forma:

- Síntomas positivos: corresponden a la locura como tal, es decir, signos psicóticos o de comportamiento extraño del paciente.
- Síntomas negativos: se relacionan con el estado de ánimo y se caracteriza por tristeza, depresión, y dificultad para disfrutar las actividades cotidianas.
- Funciones cognoscitivas: tiene que ver con el funcionamiento global del sujeto, lo que se traduce en merma en su capacidad de concentración, atención, aprendizaje y fluidez verbal. Independientemente de las características, los síntomas, nivel de compromiso y duración de todos los trastornos, así como, enfermedades mentales, implican un conjunto de dificultades funcionales para quienes la sufren. Ejemplos de estos son: la alteración en los vínculos en todos los ámbitos de interacción, así como de roles socialmente asignados según sexo y edad: incapacidad para satisfacer necesidades personales (como sobrevivencia, proyección vital y autoestima) y la pérdida de derechos sociales.

Esta enfermedad se caracteriza por distorsiones fundamentales a nivel perceptual, cognitivo y afectivo, comprometiendo las funciones esenciales que dan a la persona

---

<sup>6</sup> Dr. Wacar Verduzco Fragoso, coordinador clínico de educación e investigación en salud del Hospital psiquiátrico Héctor Hernán Tovar Acosta perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma (OMS 2002).

Dicho trastorno se caracteriza por la pérdida de contacto con la realidad (psicosis) y la presencia de alucinaciones, delirios, pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social.

Estas dificultades, entre muchas otras posibles, conforman la condición de discapacidad, que en conjunto con la gravedad de la problemática, varían, desde aquellas personas que tras una crisis psicótica tienen una completa remisión psicopatológica y mantienen un nivel de funcionamiento que les permite llevar una vida normal independiente, hasta las que cuya gravedad en su psicopatología y un gran deterioro personal, hará necesaria una atención intensa y una supervisión constante. En algunos casos, ocurre que hay personas con crisis periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento y que requieren programas especiales de rehabilitación, así como, apoyo social que les permita mantenerse en la comunidad o ser internados por lapsos cortos de tiempo (Rodríguez 2003).

Se puede agregar que todas estas dificultades no son propias sólo de la persona que las presentan, sino que sería además una consecuencia directa e inevitable de las enfermedades mentales, en un contexto de interacción con el medio social de quien padece el trastorno.

Con esto no se afirma que la interacción del paciente con su medio sea la única fuente de discapacidad, pues en muchas ocasiones las alteraciones funcionales en si son determinadas directamente por el trastorno, pudiendo ser parte de su sintomatología. Sin embargo, a esta discapacidad inherente al trastorno se le sumaría un factor social, producto del rechazo, la estigmatización, que por temor o ignorancia de su entorno, recibe el paciente mental (Finzen & Hoffmann-Richter 2000).

Por ello, es evidente la necesidad de elaborar políticas de salud adecuadas para mejorar la calidad de vida en los pacientes con este padecimiento, ya que la discapacidad llega a ser una condición que forma parte de la vida cotidiana de quien padece el trastorno mental. La importancia de crear estas políticas públicas, es que se

integran elementos tanto teóricos como prácticos y encamina al perfeccionamiento del actuar gubernamental.

La calidad de vida se identifica cada vez más como una medida clave de resultado para evaluar los servicios de salud mental comunitarios, pero su uso en este contexto destaca la importancia de definir y medir de una forma precisa sus determinantes y de conocer de qué modo los pacientes perciben este aspecto de sus vidas.

La necesidad de una conceptualización teórica más coherente de la calidad de vida en los pacientes crónicos se evidencia por el hecho de que muchos de los aspectos básicos aún están mal definidos, lo que limita su utilidad en la aplicación práctica.

### ***1.6 Calidad de vida en los enfermos terminales***

Un enfermo terminal es aquella persona que sufre una afección avanzada, progresiva e incurable y que tiene una esperanza de vida inferior a seis meses. La mayor parte de estos pacientes, sufren algún tipo de cáncer (OCU-Salud N°33), (una cuarta parte de los enfermos son tratados con cuidados paliativos) aunque también pueden ser personas con grave insuficiencia renal, hepática o cardíaca, enfermos de sida, etc.

Los factores que merman su salud, son múltiples, intensos y variables. La presencia explícita o no de la muerte tiene un gran impacto emocional, tanto en el paciente como en su familia.

Recordando que el concepto de calidad de vida es complejo, extenso y que engloba: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (OMS 1999), se puede hacer la siguiente pregunta, ¿Se puede hablar de calidad de vida en un enfermo terminal? Para esto, se debe saber manejar la tecnología a favor del paciente, donde el principal objetivo sea aliviar sus males.

Los principales indicadores de calidad de vida en la enfermedad oncológica han variado desde los puramente fisiológicos y físicos hasta complejos cuestionarios basados en las repercusiones psicológicas de la enfermedad y en las actividades

sociales de los pacientes. Algunas de las primeras medidas utilizadas en sanidad se diseñaron para cuantificar el “estado de salud” de estas personas, desde el impacto de la enfermedad (Bergner, Bobitt y Pollard, 1976), función física (Mahoney y Barthel, 1965), hasta el grado de satisfacción de los pacientes (Lough, Lindsey, Shinn y Stotts, 1985). Así se deduce la calidad de vida a partir de numerosos indicadores, muchos de los cuales informan acerca de la vida que llevan éstos, pero no acerca de su calidad.

En cualquier caso, muchos de los instrumentos considerados adecuados para evaluar este constructo se emplean en fases iniciales de la enfermedad, no existiendo aún instrumentos válidos, que evalúen calidad de vida durante el proceso terminal de la enfermedad (Salek y Finlay, 1999).

Los estudios sobre la calidad de vida en pacientes terminales, se han centrado básicamente en el alivio de síntomas, más que en una evaluación formal de su satisfacción, y las valoraciones son realizadas más por los cuidadores que por los pacientes mismos (Carnrike y Carey 1990).

Cuando se mide la calidad de vida en relación con enfermedad se atiende a unos aspectos genéricos con un carácter multidimensional (Ware y cols., 1981):

1. Problemas físicos; sensaciones somáticas, síntomas de enfermedad, efectos colaterales, cumplimiento del plan de vida y medicación.
2. Problemas psicológicos; ansiedad, depresión, estado cognitivo y modo de vida.
3. Interacción social; cantidad y calidad de la relación con los otros, apoyo social, satisfacción sexual y laboral.
4. Estado funcional; actividad e integración laboral.

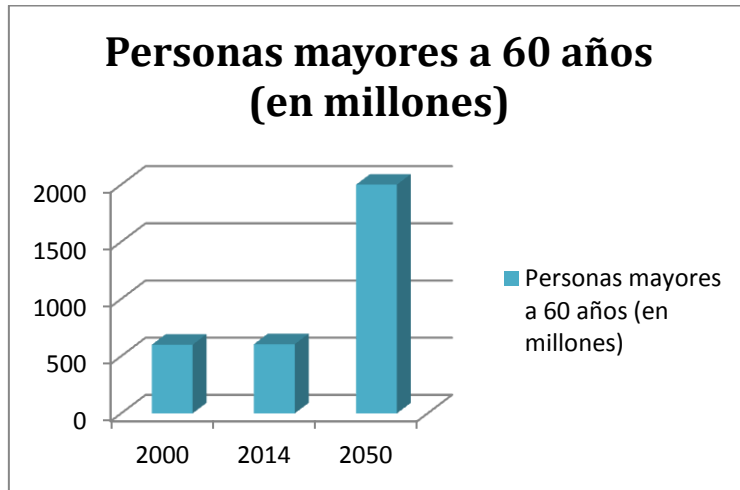
Los autores señalan que junto con estas dimensiones sería útil incluir también una evaluación global de la calidad de vida.

### ***1.7 Calidad de vida y vejez***

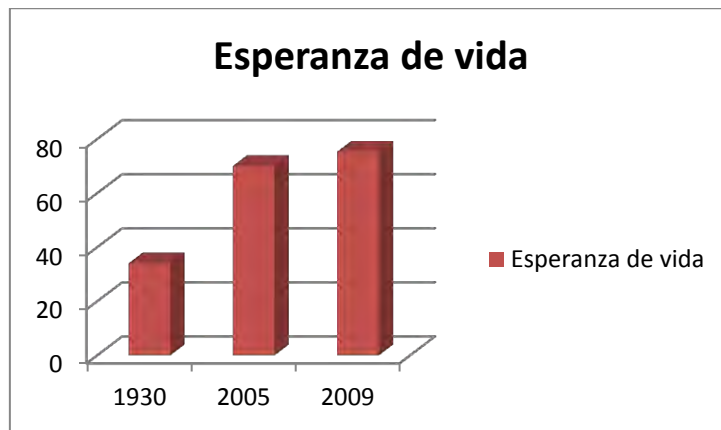
El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más representativos de las sociedades avanzadas, cuya irreversibilidad ya nadie pone en duda (Abellán et al., 1990). Resultado directo de la acelerada caída de la fecundidad y de la reducción de la mortalidad, el proceso ha sido definido como el incremento de la representación de personas de 60 y más años, sobre el conjunto de la población (Abellán et al., 1996).

En el ámbito de la vejez, la expresión calidad de vida tiene un origen relativamente más reciente para describir las circunstancias de la población mayor. Pero, aunque el término es relativamente nuevo, bajo la forma de preocupación individual, por mejorar las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad.

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un incremento mayor, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representaba el 10% de la población del planeta. Actualmente son aproximadamente 605 millones. Para el 2025 se duplicará esta cifra, y en el 2050 se llegará casi a 2 mil millones, lo que significa que entre el año 2000 y 2050 la población pasará a ser aproximadamente del 11 al 22% de la población del planeta (OMS). Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia, a la medicina, la higiene, la nutrición, las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, se debe garantizar que dicho crecimiento se vea compensado con una calidad de vida mejor, es decir, que las personas vivan más años y vivan mejor (ver la siguiente gráfica).



Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo, que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; así, para el caso de México, mientras que en 1930 era de 34 años, para 2005 aumentó a más de 70 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2005). Y, según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la esperanza de vida de la población mexicana en 2009 fue de 75.3 años; con 77.6 en las mujeres y 72.9 en los varones, por lo que la estructura en la pirámide poblacional se ha visto modificada (ver la siguiente gráfica).



De acuerdo con las proyecciones de población (CONAPO, 2004), en 2004 había cerca de 7.9 millones de adultos de más de 60 años, que representaban 7.5% del total de la población. Para 2010 había 10 055 379, lo que representa el 9.06% de la población total del país, para el 2020 habrá 15 millones (12.5%), poco más de 22 millones en 2030 (17.5%) y se espera que para 2050 aumente a 36.5 millones (28%). De ahí que



se estime para ese año que poco más de una de cada cuatro personas serán adultos de más de 60 años, representando para ese grupo etario el mayor crecimiento demográfico.

Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de ésta haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (González-Celis, 2002).

Cuando se intenta definir el estado de salud global en los mayores, se pueden encontrar ciertas dificultades, ya que el envejecimiento lleva asociadas numerosas patologías y situaciones de riesgo. Al momento de estudiar este grupo poblacional se deben tomar en cuenta alteraciones funcionales, físicas, psíquicas o sociales, no basta solo con analizar la incidencia de enfermedad o mortalidad.

Además de que la conceptualización de la calidad de vida en los ancianos podría tener peculiaridades no muy bien contempladas hasta el momento (lo que se suele denominar calidad de vida en el anciano, está demasiado ligado a la autonomía y satisfacción de necesidades), existen también dificultades específicas para medirla en este grupo de edad. De entre éstas se pueden destacar que:

1. La frecuencia de deterioro cognitivo -trastorno de audición y lenguaje, alteraciones visuales, deterioro mental- en los ancianos es mayor que en los sujetos más jóvenes.
2. Por otra parte, en el estudio de la salud de los mayores se debe contemplar que éstos en absoluto constituyen un grupo poblacional homogéneo, sino que presentan grandes diferencias entre ellos en cuanto a nivel socioeconómico, nivel de estudios, lugar de residencia e incluso edad, por lo que es necesario apreciar muy bien cuál es el grupo de población a estudiar.
3. Dado que una proporción no despreciable de personas mayores no viven en domicilios particulares, sino en instituciones, las estrategias de muestreo deben ser diferentes a las de los individuos más jóvenes. Además se debe considerar que las personas institucionalizadas difieren en sus condiciones de salud de las

que residen en domicilios particulares; por ello, los estudios poblacionales suelen estar destinados, o bien a población institucionalizada, o bien, a la no institucionalizada, pero rara vez a ambas.

4. Otro problema a solventar es que, dada la gran proporción de personas mayores con alto grado de deterioro cognitivo, al momento de medir los niveles de salud de este grupo poblacional es necesario administrar los cuestionarios a personas cercanas a los mismos que puedan otorgar información de interés.

Algunas otras peculiaridades a considerar (Stewart y Sherbourne, 1996; Williams, 1996) son:

1. Entre los adultos mayores existen grandes diferencias individuales que abarcan todas las dimensiones (física, mental, psicológica, socioeconómica), lo que obliga a individualizar las conclusiones.
2. La definición de los dominios puede diferir de la utilizada para adultos jóvenes, como consecuencia de cambios en el rol y en otras situaciones vitales.
3. Muchas personas mayores continúan sanas y con buen rendimiento funcional. Esto obliga a definir los retos para mantener una calidad de vida satisfactoria.
4. Es característica una mayor complejidad de los problemas de salud.
5. La discapacidad funcional tiene que redefinirse, sustituyendo el rol ligado a la actividad laboral por otros aspectos (por ejemplo, actividades recreativas, voluntariado, etc.)
6. Es necesario distinguir entre función física y capacidad de autocuidado y automantenimiento, ya que ésta requiere, además, capacidad mental para realizar tareas complejas (por ejemplo, ir de compras, manejar electrodomésticos, etc.).
7. Muchas personas mayores siguen contribuyendo al bienestar familiar y social (por ejemplo, cuidando nietos y enfermos, manteniendo su entorno, etc.).

8. La ausencia más frecuente de pareja debe ser tomada en cuenta al planear la evaluación de áreas como la actividad sexual o la relación familiar.
9. Muchos adultos mayores necesitan de forma continua o fluctuante ayuda de otros. Es necesario proporcionarla respetando su individualidad y autonomía.
10. Los acontecimientos que amenazan la calidad de vida de los mayores suelen sobrevenir aglomerados y sobre un fondo de reservas limitadas. Pequeños problemas en edades más tempranas pueden suponer graves trastornos en ésta etapa.
11. La institucionalización modifica el marco conceptual para valorar la calidad de vida global y relacionada con la salud, incrementando la importancia de factores como autonomía, control, seguridad, etc., y anulando otros (tareas domésticas, compras, desplazamientos).

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en los ancianos complementa el método geriátrico de evaluación de los pacientes y promoción de la salud.

La calidad de vida en la vejez debe ser pensada de manera multidimensional, que considere factores personales como: la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales, y los socio ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores, (Aranibar s/f).

La calidad de vida en el adulto mayor para Veandía 1994 es la resultante de la interacción entre las diferentes características de existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), cada una contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial, el cual se da en forma individual y diferente; adecuación que influye en su

salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la independencia o la invalidez.

Krzejmen (2001) sostiene que la calidad de adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de las relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

Otro elemento significativo de la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa. Consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una labor conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa (Martin, 1994).

Eamon O'Shea (2003) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor es vivir satisfactoriamente, tener bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal, que se debe integrar, preguntando al adulto mayor, sobre como da sentido a su propia vida, en el contexto cultural y en relación a sus propios objetivos de ésta.

En la práctica, el enfoque más común al momento de medir la calidad de vida de las personas mayores, ha sido utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria (Neugarten et al. 1961). Estos índices exploran dimensiones absolutas y relativas de ésta. En consecuencia, todo análisis cuantitativo debe complementarse con uno cualitativo para dar sentido a este estudio. Si se quiere dar entendimiento a la noción de la calidad de vida a nivel individual, es necesario saber qué es lo que le preocupa a la gente, aunque desde luego, es un ejercicio que requiere de tiempo.

Se cuenta ya con una serie de hechos, que pueden ser usados para poner en marcha nuevas políticas para la medida de la calidad de vida:

- La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.
- Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.
- Los factores psicológicos, tales como los rasgos de personalidad, la sociedad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.

- Una vivienda y un entorno adecuado tiene una influencia positiva en la calidad de vida.
- Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en ésta.
- La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad.

El objetivo general de las personas que desarrollan las políticas públicas (ver anexo 5) debería ser la identificación y la eliminación de los factores que están fuera del control de los individuos y que minan sus capacidades y la posibilidad de realizarse en todos los aspectos de la vida. En términos prácticos, se trata de un enfoque multifacético, multidisciplinario y global centrado en toda la vida de los individuos y que directamente les incluye en la planificación e implementación de las estrategias de apoyo y cuidado.

Existen algunos factores a considerar para la evaluación de la calidad de vida en los adultos mayores: (Roció Fernández Ballesteros, 1993)

Los factores que componen la multidimensionalidad de la calidad de vida son:

- Salud.
- Apoyo social.
- Actividades de ocio.
- Condiciones económicas.
- Satisfacción vital.
- Servicios sociales y sanitarios.
- Interacción social.
- Calidad ambiental.
- Habilidades funcionales.

- Factores culturales.

Los factores objetivos y subjetivos que definen la calidad de vida son:

- Entorno físico.
- Salud objetiva.
- Redes sociales.
- Factores culturales
- Salud percibida.
- Satisfacción social.
- Necesidades culturales.
- Percepción de los servicios sociales y sanitarios.
- Evaluación del contexto.

La calidad de vida no es sólo un concepto descriptivo sino que tiene un sentido normativo y evaluativo (Lolas, 2002) acerca de *cómo se vive y cómo se gustaría vivir*. Aplicado a la población adulta mayor, este concepto adquiere un significado novedoso ya que se sitúa en la experiencia cotidiana de hombre y mujeres que han tenido trayectorias vitales marcadas por las desigualdades de género y que se encuentran en una etapa de reorganización de su propia identidad (Osorio, 2007).

### ***1.7.1 Variables asociadas a la calidad de vida en la vejez***

González- Celis se ha dado a la tarea de evaluar el impacto de algunas variables asociadas a la calidad de vida de los ancianos mexicanos en escenarios diferentes:

En el primer estudio se analizó la asociación de las variables jubilación (Mercado, 2005), espiritualidad (García, 2006), bienestar subjetivo y actitud ante su propio envejecimiento (Barrón, 2006) con la calidad de vida.

En el segundo estudio las variables asociadas a la calidad de vida fueron: enfermedad (Padilla, 2006; González-Célis y Padilla, 2006), soledad (Vera, 2006), tipo de actividades que realizan los adultos mayores (Acuña, 2006), comportamientos saludables (Rodríguez y Pérez, 2006), bienestar subjetivo (Vera, 2006; Acuña, 2006) y autoeficacia (Acuña, 2006; Rodríguez y Pérez, 2006; Vera, 2006).

Mientras que en el tercer estudio las variables relacionadas con la calidad de vida fueron espiritualidad y soledad (Flores, 2007; García, 2007; González-Celis y Lázaro, 2007).

En los resultados del primer estudio, resaltó la espiritualidad como elemento importante en el funcionamiento de la calidad de vida, concordando así con Viamonte (1993) sobre la inclusión de dicho aspecto como uno de los cinco para mantener un equilibrio dentro del bienestar del individuo, posiblemente como estrategia de afrontamiento utilizada por los adultos mayores.

En cuanto a la relación entre calidad de vida y jubilación, se halló que los ancianos que se encontraban laborando obtuvieron mejor puntuación de calidad de vida, que aquellos que eran jubilados, lo que indica que este proceso deberá ser contemplado como un cambio importante a afrontar, pues el retiro exige como condiciones especiales dicha anticipación, así como la planeación del futuro, tanto en el sentido económico, como en lo referente a la salud, nuevas actividades, planes y desarrollo de relaciones personales.

Por otra parte, se encontró una correlación real entre bienestar subjetivo y calidad de vida, así como entre nivel de escolaridad, hecho que es de esperar, pues en otros estudios se ha visto que la formación escolar tiene una relación positiva con el bienestar y negativa con la depresión y se asocia con mejores resultados en el afrontamiento (Adams et al., 1998; Clark et al. 1992; Johansson et al. 2001; Pelechano y De Miguel, 1994; Pikler y Winterowd, 2003).

Los resultados arrojados en el segundo estudio fueron tales a pesar de que poco más de la mitad de la muestra se ubicó dentro de categorías de calidad de vida aceptables (56%), dado que los integrantes del grupo estudiado asistían regularmente a uno de

los cuatro centros recreativos y culturales en la Ciudad de México, de ahí los puntajes moderados y altos en el nivel de calidad de vida; sin embargo, es importante considerar que 27 y 17% de ellos se autopercibe con una calidad de vida regular o pobre, respectivamente, lo que debe seguir siendo motivo de interés para las diferentes disciplinas de la salud, ya que una considerable proporción manifiesta una percepción de baja calidad de vida.

En el estudio se comprueba lo documentado por Rivera Ledesma (2003) en el sentido de que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos, y que los déficits de ésta constituyen el primer problema para ellos, pues un alto porcentaje de la muestra sufría de alguna afección, reflejando así lo dicho por Burke y Walsh (1998) de que la incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, lo cual a su vez afecta su capacidad funcional, su sentimiento de autoeficacia y su calidad de vida.

En cuanto a las preocupaciones, la situación familiar es una de las principales, ya que la familia es un recurso de apoyo básico en la vejez, debido a que con la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura de ésta; en este caso, el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa. Además, es una importante red de apoyo social en la vejez; por ejemplo, cuando el cuidado de los nietos está a cargo de los abuelos, éstos esperan ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especie (González-Celis, 2003).

### **Conclusiones**

La revisión del concepto resulta ser indispensable para este trabajo, ya que la medición del mismo depende directamente de cómo se define y de cuales parámetros deben ser tomados en cuenta.

Como resultado de la subjetividad del término se encuentra la discusión entre las diferentes definiciones en las diferentes disciplinas que se usa el concepto **calidad de vida**.



Desde el punto de vista del autor Dorsch (1985), cuando las personas desean evaluar su calidad de vida, pueden pensar en los factores que influyen directamente ésta, y luego, notar si dichos factores son satisfactorios o no. De aquí se puede derivar un rechazo (para otros autores) a medir la calidad de vida a partir de indicadores subjetivos, ya que se pone en duda la confiabilidad de los datos obtenidos por las personas que están siendo evaluadas, esto debido a que, en muchas ocasiones, los encuestados, no responden con la verdad acerca de cómo se perciben o simplemente entienden de manera distinta las preguntas que se les realizan.

Por otra parte, no se puede dejar de lado la percepción que el individuo tiene respecto a su vida, ya que de no ser tomadas en cuenta, no habría forma de saber si los cambios realizados para mejorar la calidad de vida, están o no, funcionando de manera correcta.

Finalmente se pueden encontrar algunas diferencias en relación a la calidad de vida infantil, calidad de vida en enfermos terminales, en personas con trastornos mentales y en la calidad de vida relacionada con la vejez. Es decir, no se pueden ni deben tomar en cuenta los mismos factores cuando se quiere medir la calidad de vida de un niño, o cuando se quiere medir la calidad de vida de un enfermo terminal, etc.

En cada caso se deben tomar en cuenta distintas variables, de acuerdo a las necesidades de la población en cuestión.

## CAPÍTULO 2

### MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA A NIVEL INTERNACIONAL

Durante este capítulo se planteará la medición de la calidad de vida, desarrollando la metodología de algunos índices usados a nivel internacional, así como también se describirán los índices que son usados como instrumentos relacionados directamente con la salud.

#### ***2.1 Antecedentes***

Se ha intentado en diversos trabajos medir la calidad de vida de las personas a partir de los llamados, indicadores sociales<sup>7</sup>.

Uno de los principales problemas que motivó al surgimiento de los primeros estudios, fue que los tradicionales informes emitidos por el gobierno sobre este tema, que no eran indicativos de tal, pues sólo se basaban en criterios de carácter económico y cuantitativo (eran meramente descriptivos de lo que ellos denominaban estado de calidad de vida de un país). Era necesario incorporar elementos subjetivos, psicológicos, sobre como las personas percibían y valoraban sus propias condiciones en el trabajo, la salud, la vivienda, o en la vida en general. Un grupo de trabajo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) señala, “la forma en que los individuos y los grupos perciben los aspectos fundamentales de su bienestar es un elemento necesario e importante del programa de los indicadores sociales”. Así surgieron como complemento indispensable para la medición de la calidad de vida.

Uno de los principales problemas con los que se enfrentó esta temática era el de la objetividad contra subjetividad de los indicadores sociales. La naturaleza, múltiple y

---

<sup>7</sup> Un indicador social es la medida estadística de un concepto o de una dimensión, basado en un análisis teórico o integrado en un sistema coherente de medidas semejantes, que sirva para describir el estado de la sociedad y la eficacia de las políticas sociales, (José Antonio Carmona, 1977).

CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional compleja de dichos indicadores impone a sus medidas diversos criterios en función de la opción efectuada.

Si bien es cierto, resulta bastante complicado medir sentimientos, percepciones, actitudes etc., no obstante, es importante incluir estos criterios subjetivos en los indicadores de calidad de vida. Se trata de estudiar, la actitud del sujeto hacia su vida en general o en ciertos aspectos como la salud, el trabajo, la vivienda, el ocio, etc.

Levi y Anderson (1980) ofrecen una exposición muy clara al hecho de que no exista necesariamente una concordancia, aparentemente paradójica, es que por encima de cierto nivel mínimo de vida, el determinante fundamental de la calidad de vida individual es el “ajuste” o la “coincidencia” entre la características de la situación y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal y como las percibe él mismo.

## ***2.2 Algunas medidas de calidad de vida global***

Sirgy (2001), realiza una clasificación de las medidas de calidad de vida basada en el nivel de análisis (individual, familiar, regional, nacional), en los indicadores utilizados (subjetivos, objetivos o ambos), en la consideración de factores unitarios o compuestos, y en el carácter global o dominio-específico de las medidas.

En contraposición, la investigación en ciencias sociales suele adoptar medidas multidimensionales, incluyendo junto a la salud otros aspectos como satisfacción con la vida, entorno residencial, redes sociales, recursos económicos, etc. (Smith, 2000).

Se tienen dos enfoques dominantes, el primero de ellos más centrado en las variables objetivas, externas al sujeto, por ejemplo; indicadores del entorno físico, nivel de renta, características residenciales, nivel de dotaciones y accesibilidad a servicios sociales del área de residencia, etc.), y el segundo dedicado a analizar los aspectos subjetivos (como lo es el bienestar percibido) de la calidad de vida. Ambos necesitan, suponen y requieren ser ejecutados detalladamente para cuantificar la realidad, así como también requieren de la construcción de modelos conceptuales que permitan esa operativización.

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

El primer enfoque, fundamentalmente sociológico y económico, ha tratado de establecer el bienestar social de una población a partir de los datos cuantitativos, utilizando la metodología de los indicadores sociales (Bauer, 1996). Este enfoque elabora modelos teóricos que sirvan para mostrar los aspectos cualitativos. El uso de éstos permite establecer comparaciones entre diferentes estratos de una población.

Los indicadores sociales (ver Anexo2) expresan datos y hechos vinculados al bienestar social de una población, pero no reflejan necesariamente el grado de satisfacción y felicidad de la que puede gozar esa población.

Desde la perspectiva de la psicología, la medida de la calidad de vida tiene como objetivo principal medir los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud entendida de forma global y positiva, y estudiar las causas y consecuencias de estatus de ésta (Ware J.E., Brook R.H., y Lohr K.N., 1981).

El estudio y el desarrollo de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida, se ha efectuado principalmente desde dos perspectivas: el análisis de la satisfacción global y la investigación sobre la felicidad.

Entre las medidas de calidad de vida global a escala individual, posiblemente la de mayor potencial es la **Comprehensive Quality of life Scale (ComQol)** (Rapley 2003), es un instrumento auto administrado que teoriza la calidad de vida como constructo multidimensional, descrito en términos objetivos y subjetivos. Selecciona siete dominios:

1. Bienestar material,
2. Salud,
3. Productividad,
4. Intimidad,
5. Seguridad,
6. Lugar en la comunidad,
7. Bienestar emocional.

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

Cada dominio comprende tres medidas objetivas y dos subjetivas (satisfacción con él e importancia del mismo).

Por agregación se obtiene una medida unitaria de bienestar objetivo. El producto de la puntuación en satisfacción y la puntuación en importancia, da una medida subjetiva de calidad de vida para cada dominio. La suma de los 7 productos resulta en un tamaño único de bienestar subjetivo (Cummins, 1997).

$$P_i = \text{Satisfacción del dominio por la importancia del dominio}$$

Entonces,

$$ComQoL = \sum_{i=1}^7 P_i$$

Ejemplos de medidas de calidad de vida global a escala nacional serían las del United Nations Development Programme's Quality of Life Measures o la del World Bank Measures of Societal Quality of Life.

Una clasificación de las medidas en el dominio de calidad de vida relacionada con la salud es la que diferencia entre genéricas y específicas a una condición. Son diseñadas para ser aplicadas a una amplia variedad de poblaciones. Éste es el caso de las medidas de salud como; **Sickness Impact Profile** (Berger et al., 1982), **Nottingham Health Profile** (Hunt et al., 1982), **EuroQoL-5D** (Euroqol Group, 1990) o **del Medical Outcome Study Short Form 36** (Ware y Sherbourne, 1992).

Los instrumentos de medida deben cumplir una serie de propiedades:

- **Validez**, esto es, que contenga las mediciones adecuadas; hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada el rasgo para cuya evaluación ha sido diseñado. Es la proporción de la varianza verdadera que es relevante para los fines de la prueba, es decir, que es atribuible a la variable, características o dimensiones que mide la prueba.

Fórmula general del coeficiente de validez:

$$\sigma_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N \sum X^2 - (\sum X)^2)(N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Donde: puntuaciones obtenidas en:

*X*: el test

*Y*: la variable criterio

- **Sensibilidad** al cambio o que refleje verdaderas variaciones en la puntuación en el tiempo; indica la capacidad del estimador para dar como casos positivos los casos realmente enfermos; proporción de éstos correctamente identificados. Es decir, caracteriza la capacidad de la prueba para detectar la enfermedad en sujetos en cuestión.

La sensibilidad se define como:

$$S = \frac{VP}{VP + FN}$$

Donde:

*VP*: verdaderos positivos

*FN*: falsos negativos

- **Fiabilidad**, que la cantidad de error de medición sea estadísticamente pequeña; El concepto central de la teoría de la fiabilidad es el estudio de la distribución del tiempo hasta que tiene lugar un suceso puntual que se llama fallo. Como las distintas unidades de un producto no fallan todas al mismo tiempo, se puede considerar a ésta como una variable aleatoria, y estudiar su función de probabilidad, esto es:

La probabilidad de que una unidad, escogida al azar, no haya fallado en un tiempo  $t$ , denotada por  $R(t)$ . Además, si  $f$  y  $F$  son las funciones de densidad y de distribución de probabilidad de la variable aleatoria, existe la siguiente relación:

$$R(t) = P(T \geq t) = \int_t^{\infty} f(x)dx = 1 - F(t)$$

Donde:  $T$  es el instante en el que falla una unidad

Es decir, la función de fiabilidad en un tiempo  $t$  representa la probabilidad de que un individuo experimente un fallo con posterioridad al momento  $t$ .

## ***2.3 Instrumentos de medida relacionados con la salud***

### **2.3.1 Sickness Impact Profile (Berger et al., 1982)**

El Sickness Impact Profile fue desarrollado por Berger en 1976, con objeto de disponer de una medida de salud que pudiera utilizarse en la asignación de servicios sanitarios, la planificación y la formulación de las políticas de salud, así como servir de valoración de resultados sanitarios en la evaluación. El instrumento mide la disfunción y se basa en los cambios de conducta relacionadas con la enfermedad.

Una de las versiones más extendida en la actualidad contiene 130 ítems, existen otras de 235, 146, 64 y 66 ítems derivada de la versión del Reino Unido (Functional Limitation Profile). Éstas varían porque valoran selectivamente el dolor. Se encuentra validado en este país por Badía y cols., (1994).

La versión más difundida consta de 136 ítems, que hacen referencia a cambios en el comportamiento del individuo, relacionados con la enfermedad. Las cuestiones se agrupan en 12 categorías: sueño y descanso (ítems 1 a 7), trabajo (111-119), nutrición (128-136), tareas domésticas (40-49), ocio y pasatiempos (120-127), desplazamiento (128-136), movilidad (50-59), cuidado y movimiento corporal (17-39), relaciones sociales (60-79), actividad intelectual y emocional (92-101), (8-16) respectivamente, y comunicación(102-110). Cada ítem dependiendo de la respuesta, tiene una cierta puntuación. La puntuación de cada categoría es la suma de los puntos de todos los ítems contestados, dividido por la mayor puntuación disfuncional posible de esa área y multiplicado por 100. El paciente sólo debe marcar los ítems con los que se siente identificado y que considera debidos a su enfermedad. Cada ítem posee un peso específico (un valor ponderado) que es distinto en cada caso y que se obtiene por consenso entre expertos.

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

$$P_c = \frac{\sum P_i}{P_d} \cdot 100$$

Donde:

*P<sub>c</sub>*: puntuación de cada categoría

*P<sub>i</sub>*: puntos de cada ítem contestado

*P<sub>d</sub>*: puntuación disfuncional

*i*: número de ítems, corre de 1 a 136, puede variar, depende de la versión que se esté usando

La puntuación global o total se obtiene del mismo modo que las anteriores, sumando los valores de los ítems contestados en las 12 categorías, dividido por la máxima disfunción posible y multiplicada por 100.

Se puede utilizar en diversas ocasiones:

- Como medidas de salud, para conocer el nivel general de ésta en una comunidad.
- Como una medida del resultado sanitario, en la evaluación de diversos tratamientos e intervenciones.
- Para medir la evolución de la calidad de vida de pacientes en estudios longitudinales de distintas enfermedades.
- Como medida del resultado sanitario para evaluar propuestas alternativas de provisión de estos servicios.

Se ha sugerido que debería acortarse el número de ítems y categorías por considerarse poco relevantes. Posee escasa sensibilidad para detectar cambios pequeños en cortos periodos de tiempo y en estos casos deberían valorarse más las categorías que la puntuación total.



### **2.3.2 Nottingham Health Profile (Hunt et al., 1982)**

El Nottingham Health Profile fue diseñado en Gran Bretaña para medir la percepción de la salud y evaluar en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas relacionados a ésta. Su diseño está influido por los contenidos del cuestionario Sickness Impact Profile.

Sus autores lo consideran útil para la valoración de las intervenciones médicas o sociales, como medida de resultado de comparaciones entre grupos, como encuesta en poblaciones seleccionadas, para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y para ensayos clínicos en grupos escogidos.

Se trata de un cuestionario autoadministrado. Consta de dos partes; la primera está formada por 38 ítems de respuesta SI o NO, que exploran seis dimensiones de salud. La segunda, consta de siete preguntas sobre la existencia de limitaciones, a causa de su salud, en siete actividades funcionales de la vida diaria: trabajo, áreas domesticas, vida social, familiar y sexual, aficiones y tiempo libre.

Las puntuaciones para cada área se obtienen multiplicando las respuestas positivas con un valor ponderado, obtenido por el método de comparación de pares de Thurstone. Estas puntuaciones se transforman en una escala que oscila de 0 (no padecen ningún problema de salud) a 100 (los padecen todos).

Es un excelente instrumento para medir salud percibida, especialmente en grupos seleccionados, aunque también se emplea en población general.

El cuestionario resulta, en un principio, más adecuado para pacientes con una cierta afectación de su estado de salud, ya que carece de ítems de salud positiva.

Las puntuaciones obtenidas en cada área de la primera parte indican el grado en que padece problemas de salud, reflejados en una escala que tiene un recorrido de 0 (ningún problema) a 100 (todos los problemas). En la segunda parte se indican cuantas categorías, de las siete exploradas, se ven afectadas por sus problemas de salud.

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

Es poco sensible a problemas de salud menores y debe ser usado con precaución en jóvenes y población general sana, por la elevada proporción de resultados de cero puntos.

Se ha recomendado su utilización en estudios clínicos descriptivos, así como en población general para la valoración de la necesidad de servicios sanitarios (evitando el sesgo de la clase social que se produce al utilizar indicadores de morbilidad) y en estudios de evaluación de intervenciones médicas:

### **2.3.3 Medical Outcome Study Short Form 36 (Ware y Sherbourne, 1992)**

El Medical Outcome Study Short Form 36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el estudio de los resultados médicos. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y mental.

Consta de 36 temas, que exploran ocho dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones de problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- A) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud.

B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

El cuestionario no está diseñado para proporcionar un índice global. Detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca tanto población general como pacientes, y se emplea en estudios descriptivos así como de evaluación.

#### **2.3.4 EuroQoL-5D (EuroQol Group, 1990)**

El **EuroQoL-5D (EQ-5D)** es el único instrumento que produce un valor para ser usado en estudios coste-efectividad<sup>8</sup>, el propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento.

El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud:

- movilidad,
- cuidado personal,
- actividades cotidianas,
- dolor/malestar,
- ansiedad/depresión.

Y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad:

---

<sup>8</sup> El análisis de coste-efectividad, es una técnica de evaluación económica más utilizada en farmacoeconomía, que trata de comparar el coste y el efectivo clínico de 2 o más intervenciones alternativas, potencialmente competidoras y, en general, mutuamente excluyentes, para determinar, cuál de ellas es mejor desde un punto de vista económico y clínico.

Los costos se expresan en unidades monetarias concretas y referidas a un período determinado (año).

Las eficacias o efectividades que sirven como medida de las consecuencias se expresan en términos de:

1. Cambios en la mortalidad: vidas salvadas o años de vida ganados.
2. Cambios en la morbilidad: nuevos casos prevenidos, enfermos precozmente diagnosticados o prevalencia reducida.
3. Cambios en parámetros clínicos: enfermedades crónicas controladas, casos exitosamente tratados o reacciones adversas reducidas.
4. Actividades cuantificables mediante salidas o productos intermedios: casos tratados, pacientes atendidos, pruebas de diagnóstico realizadas.

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

- sin problemas,
- algunos problemas o problemas moderados,
- problemas graves.

En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que lo resuelva. En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas».

La combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones estados de salud posibles, que pueden utilizarse como perfiles.

La segunda parte del EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.

La tercer parte está pensada para obtener valores individuales de preferencia por los estados de salud definidos por el sistema descriptivo del EuroQol: el entrevistado puntúa, también sobre una EVA, 14 estados de salud que incluyen “el mejor”, “el peor”, “el estado inconsciente” y “el estado de muerte” (EuroQol Group, 1990).

Varios son los problemas conceptuales y metodológicos que se han descrito sobre las medidas de calidad de vida. Tanto las objetivas como las subjetivas parten de una actitud normativa, esto es, hacen intervenir un sistema preestablecido de dominios a explorar, que quizá no representen la libre elección del individuo sobre aquello que es evaluado como calidad de vida (Hickey, et al., 1999). Se ha puesto también en duda que algunos de los instrumentos o índices desarrollados para medir el estado de salud sean realmente apropiados para medir la calidad de vida (Smith et al., 1999; Bradley, 2001).

Se ha argumentado que la calidad de vida depende de la interpretación y percepciones del individuo, y que el método de citar aspectos en escalas de medida es insatisfactorio, ya que se desconoce si todos los dominios pertinentes están incluidos, sin contener la subjetividad humana. De acuerdo a este espíritu, se han desarrollado algunas medidas que, aunque altamente cuantificadas en la tradición positivista, son intentos de adoptar una aproximación hermenéutica (Bowling, 1999).

#### ***2.4 Índice Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)***

Es un instrumento de evaluación de la calidad de vida individual que permite obtener respuestas espontáneas de los sujetos, y les posibilita ofrecer su propia selección de aquellos aspectos más importantes en su vida, valorando su nivel de satisfacción o funcionamiento en cada uno de ellos, e indicando la ponderación o importancia relativa que les adjudican (Hickey et al., 1996).

Es uno de los diez métodos listados por la Organización Mundial de la Salud para evaluación de la calidad de vida y es el único que lo hace desde la perspectiva individual. Se administra en forma de entrevista estándar semiestructurada con tres pasos:

1.- *Selección de áreas*: el individuo debe nombrar aquellas cinco áreas que considera centrales para su calidad de vida. En esta etapa, el significado de cada aspecto que mencione el entrevistado debe estar documentado en un formulario de registro de definiciones de dimensiones. Esto es clave para la comprensión subsiguiente del significado de la etiqueta de la dimensión<sup>9</sup>, así como para resumir las dimensiones de un número de entrevistados en forma de datos agrupados. Para ello, se elaboró una guía, clasificada en 12 epígrafes:

---

<sup>9</sup> Es el significado de cada señal (dimensión) para que el entrevistado resuma en el formulario de registro, junto con la etiqueta que el demandado utiliza para cada señal. Por ejemplo; diferentes personas pueden utilizar "religión" como una etiqueta de referencia, pero puede tener varios significados: una actividad espiritual; una actividad social; actividad física; y lo que refleja la movilidad (ser capaz de caminar a los servicios).

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

- Salud.
- Situación laboral.
- Situación económica.
- Calidad del medio ambiente.
- Entorno residencial.
- Ocio y Cultura.
- Relaciones sociales.
- Apoyo social.
- Estado emocional.
- Espiritualidad.
- Valores sociales.

2.-*Determinación del estado de cada área*: el entrevistado valora el estado de cada área en su vida, en términos de funcionamiento o satisfacción. En esta etapa se utiliza un formulario de registro de niveles de muestra de las dimensiones, con una escala estándar desde “lo peor posible” hasta “lo mejor posible”, pasando por niveles intermedios de valoración. Esta escala, de 0 a 100 milímetros, debe aplicarse para cada una de las 5 dimensiones mencionadas o nominadas por los entrevistados. Las cinco puntuaciones, pueden ser analizadas usando métodos estadísticos paramétricos.

3.-*Ponderación*: para presentar datos agrupados, puede calcularse un índice, multiplicando el peso por la evaluación de cada área y sumando los productos de las cinco. Esta puntuación es una medida continua que oscila entre 0 y 100 y puede ser analizada usando estadística paramétrica.

$$I = \sum_{i=1}^5 P_i E_i$$

Donde:

*i*: son las áreas que seleccionó el individuo

*P<sub>i</sub>*: peso de cada área *i*

*E<sub>i</sub>*: evaluación de cada área *i*

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

Finalmente, y para realizar comparaciones de grupo, se calcula un índice global de calidad de vida, denominado **SEIQoL**, que puede ser usado en diseño de estudio <intra-sujeto><sup>10</sup> o <entre-sujetos>. Como éste es una medida continua que puntúa entre 0 y 100, pueden aplicarse métodos de estadística paramétrica (Hickey et al., 1999). El índice se calcula de manera siguiente: para cada dimensión se multiplica su nivel por su ponderación o peso, sumándose luego los productos obtenidos de las 5 dimensiones. Esto es:

$$ISEIQoL = \sum_{i=1}^5 Ni Pi$$

Donde:

*i*: 1,...,5 dimensiones

*Ni*: nivel de cada dimensión *i*

*Pi*: peso de cada dimensión *i*

Esta medida de calidad de vida global ha sido utilizada como variable dependiente para evaluar las diferencias de calidad de vida que se pueden encontrar de acuerdo, con las condiciones sociodemográficas.

Un procedimiento desarrollado para individuos con problemas cognitivos es el SEIQoL-DW o de procedencia directa. Esta medida mantiene los mismos pasos que la anterior pero reemplaza el método de *análisis de juicio*, de derivación de ponderaciones relativas, por una forma explícita de asignación de pesos a cada área por parte del entrevistado. Ambos procedimientos son reproducibles y tienen una elevada validez, aunque el segundo no es completamente intercambiable con el análisis de juicio, básicamente, es la transformación de las cinco áreas de la vida más citadas, tantas variables como dimensiones diferentes hayan sido nominadas.

---

<sup>10</sup> Un diseño intra-sujeto, se definen como una forma de estudiar el comportamiento de un mismo grupo de personas bajo distintas condiciones. Es aquel en el que:  
Existe una variable independiente, la variable dependiente puede ser una o más, se crean varias unidades de observación en función de sus niveles, los grupos experimentales están formados por los mismos sujetos.

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

En la actualidad, algunos investigadores utilizan técnicas cualitativas, como *análisis de contenido*<sup>11</sup> usualmente se centra en dominios particulares más que en la calidad de vida global. El método consiste en identificar temas recurrentes en el discurso verbal, sin que el entrevistado sea preguntado directamente sobre su valoración de la calidad de vida. La validez de la aproximación depende del grado en que los individuos sean capaces de expresar espontáneamente sus estados interiores y transformarlos en respuestas verbales.

Otra técnica cualitativa es el *análisis conversacional*<sup>12</sup> es un método, que igual que el anterior, analiza el contenido de lo que se dice, pero pone especial atención en el modo en que se dice.

En calidad de vida las técnicas cualitativas son esenciales en etapas de diseño de cuestionario y construcción de escalas, y muy importante para explorar nuevos campos de estudio

### **2.4.1 Registro del SEIQoL**

Formulario de registro de la entrevista:

- ✓ Longitud del tiempo que tomó responder la entrevista.
- ✓ Evaluación del entrevistador acerca del entendimiento por parte del demandado (entrevistado) sobre el método.
- ✓ Si el entrevistador siente que el entrevistado comienza a fatigarse o aburrirse durante la entrevista.
- ✓ Valoración global por parte del entrevistador de la validación de la información obtenida.
- ✓ Puntaje de los pesos asignados por SEIQoL-DW por cada nivel.

Los datos de cada individuo encuestado se pueden presentar en forma de tabla dando las señales, los niveles y los pesos (McGee et al., 1991, O'Boyle et al., 1992).

---

<sup>11</sup>Es un conjunto de instrumentos metodológicos, aplicado a "discursos", extremadamente diversificados (Bardi, 1986). Es una técnica para estudiar y analizar la comunicación objetiva, sistemática y cuantitativa (Berelson, 1971). El análisis de contenido difiere de las técnicas clásicas de estudio de documentos, en las que tiende a mediatizar la subjetividad personal del investigador.

<sup>12</sup> Describe las prácticas de interacción verbal como actividades básicas que regulan la vida social. La palabra, desde este punto de vista, reproduce y explica los papeles sociales que desempeñan los miembros de una determinada sociedad y la forma como esta se estructura.



### ***2.5 Personal Wellbeing Index (PWI)***

El centro australiano de calidad de vida describe más de 1200 instrumentos que pretenden medirla de alguna forma. Notablemente, muchos de estos instrumentos han sido desarrollados para grupos muy seleccionados de la población.

El Índice de Bienestar Personal se creó a partir de Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol). Éste comprende tanto medidas objetivas como subjetivas de la calidad de vida. Los dominios se identificaron inicialmente a través de una revisión de los nombres de dominio utilizado en la literatura. Posteriormente se realizó un proceso de tres fases (Cummins et al., 1994) y la validación empírica para generar los siete grandes ámbitos que componían la escala.

En 2001, el ComQol fue abandonado debido a dos grandes defectos. Uno de ellos era que, a pesar de repetidas modificaciones, la escala objetiva nunca factorizaba en siete dominios no complejos como era debido. El otro era que se multiplicaba importancia y satisfacción del dominio.

Después de haber sido abandonado el ComQol surgió el Índice de Bienestar Personal. Esta escala conserva sólo las preguntas sobre la satisfacción, y seis de los siete dominios. Se eliminó el dominio de la “felicidad” para cumplir con el principio de PWI construcción de la escala real del dominio, que es, que cualquiera tiene que ser susceptible de medición subjetiva y objetiva.

La calidad de vida tiene una composición compleja, por lo que no resulta sorprendente que no exista una forma de medida estándar. El centro australiano de calidad de vida describe más de 1200 instrumentos que pretenden medirla de alguna forma. Notablemente, muchos de éstos han sido desarrollados para grupos muy seleccionados de la población

Por otra parte, la mayoría de las escalas ideadas para su uso con la población en general, no se pueden usar con todo tipo de población, como por ejemplo, personas con deterioro cognitivo y los niños. Estas son limitaciones importantes ya que significa que la calidad de vida experimentada por los grupos minoritarios no puede ser con referencia a normas de nuevo a la población general.

Un problema adicional, es que los instrumentos de calidad de vida no hacen una clara distinción entre las dimensiones objetivas y subjetivas de ésta. Con estos problemas, el Índice de Bienestar Personal, ha sido desarrollado para medir las dimensiones subjetivas de la calidad de vida.

### ***2.5.1 Definición y medición del bienestar subjetivo***

En general se acepta que el bienestar subjetivo se puede medir, aunque se refiera a cuestiones de satisfacción dirigidas a los sentimientos de las personas acerca de sí mismos.

Existen dos formas de medir dichos sentimientos:

1. Un solo punto (a single ítem): la gente puede pedir que se califique su satisfacción de vida global. Esto es normalmente de la forma; ¿Qué tan satisfecho está usted con su vida en general?
2. Multi-ítem: Hay dos enfoques para esta forma de escala;
  - Escala de un constructo: Este enfoque combina varios elementos, cada uno se nutre de la satisfacción de vida global. Los elementos individuales no están destinados a tener un significado distinto en el bienestar subjetivo.
  - Escalas de dominio de la vida: este enfoque adopta una representación del nivel de dominio de la satisfacción de vida global. En esta escala algunos ítems se refieren a ámbitos específicos de la vida y las puntuaciones se promedian para producir un grado de bienestar subjetivo.

### ***2.5.2 Medidas de dominio***

Para la elección de dominios, existe una variedad de técnicas, tales como análisis factorial, que se puede emplear para reducir los casi infinitos dominios putativos a un conjunto manejable. Sin embargo el índice de bienestar personal es el único que emplea el principio teórico de “deconstrucción” para este propósito. Utilizando dicho

CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional principio, el bienestar subjetivo es medido por el conjunto mínimo de dominios que representan la deconstrucción de primer nivel de satisfacción con “la vida como un todo”.

### ***2.5.3 Escala del Índice de Bienestar Personal***

La escala PWI contiene siete artículos de la satisfacción, cada uno correspondiente a un dominio de la calidad de vida como: nivel de vida, el logro ésta, la salud, las relaciones, la seguridad, la comunidad-conectividad y la seguridad futura. Estos dominios son teóricamente incorporados, como que representa el primer nivel de la deconstrucción de la cuestión mundial: “¿Qué tan satisfecho está usted con su vida en general?”

Los siete dominios constituyen el primer nivel de la deconstrucción de "La vida como un todo". Esto se verifica, mediante el criterio de que cada dominio debe contribuir varianza única cuando éstos se regresan colectivamente contra la satisfacción con la vida en su conjunto. La combinación de ambos (varianza única y compartida) por los siete dominios normalmente explica alrededor del 40 al 60 por ciento de la variación en la satisfacción con la vida en su totalidad.

### ***2.6 National Index of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing index***

Este índice ha sido diseñado como un nuevo barómetro de satisfacción de los australianos con su vida y de la vida en Australia. Es basado y desarrollado en el modelo teórico de bienestar subjetivo, y compara dos subescalas; el Índice Nacional y el Índice Personal.

En la década de 1930 el economista Simon Kuznets, ideó el término Producto Nacional Bruto (PNB) para describir el valor de la producción de una nación. Una variante de PNB es el Producto Interno Bruto (PIB), ahora es más comúnmente utilizado, representa el valor de todos los bienes y servicios producidos dentro de una nación. Es común asumir que, un país con alto PIB es mejor que uno con menor PIB.

## CAPÍTULO 2. Medición de la calidad de vida a nivel internacional

La ciencia de la economía lo describe como “más cercano al núcleo” de cualquier problema relativo a la calidad de vida porque, “la calidad de vida de cualquier persona o comunidad, puede en una directa y sencilla forma estar relacionada con los ingresos” (Wilson, 1972). Hasta cierto punto, esto puede ser demostrable. Los países con un alto PIB se pueden permitir un mejor cuidado de la salud, bienestar y educación, que unos con un bajo PIB (Lai, 2000). Pero cuando se aplica esta comparación entre los países occidentales, se hace evidente que falla como un índice relativo de bienestar de la población.

A partir de la toma de conciencia, acerca de que el PIB no es suficiente para el propósito de la medición de la calidad de vida, varios índices económicos alternativos se han creado. Por ejemplo: el indicador de progreso genuino (Halstead, 1998; Hamilton, 1998) y el Índice de Desarrollo Humano (ver Lai, 2000).

### **Conclusiones**

Todos los índices presentados en este capítulo son utilizados a nivel internacional, aunque no todos funcionan para todo tipo de población, son bastante útiles cuando se trata de medir la calidad de vida en las personas. Cabe destacar que algunos de éstos comprenden medidas tanto subjetivas como objetivas.

También es importante notar el proceso de validación que debe tener cada uno de estos indicadores. Así como la amplitud de estos, es decir, que algunos son índices individuales y otros globales.

Algunas de las diferencias entre todos estos indicadores, son: los dominios que comprenden cada uno de estos, las preguntas o ítems realizados, la forma de evaluar las respuestas, incluso la forma en que se aplican los cuestionarios y las escalas de medición, entre otras.

Es indispensable la implementación de estos, ya que es la mejor aproximación que se tiene para medir la calidad de vida.



## **CAPÍTULO 3**

### **CALIDAD DE VIDA EN MÉXICO**

Como se ha revisado a lo largo del capítulo 1, no existe un consenso acerca de qué es y cómo se mide la calidad de vida, pero se puede abordar como un concepto teórico basado en la pregunta de lo que significa una buena vida y los medios para lograrla. Normalmente este concepto se asocia a las condiciones de vida de una persona con mayor peso en las dimensiones objetivas. No obstante, es importante señalar la necesidad de contemplar dimensiones subjetivas, como las reacciones de las personas a circunstancias objetivas, o el grado de satisfacción hacia éstas, para así poder hacer una evaluación de la calidad de vida.

En este capítulo se desarrollará la metodología de algunos de los índices que se usan en México para medir la calidad de vida, así como algunos resultados obtenidos de autores que realizaron estudios en México

#### ***3.1 Antecedentes***

Existen diversos indicadores sobre condiciones de vida, cuyo acercamiento ha sido tomar como espacio de análisis las carencias o los logros desde un plano objetivo, tal es el caso de los índices de marginación y de rezago social del Consejo Nacional para la evaluación de la política de desarrollo social (Coneval) y por otro lado el índice de desarrollo humano, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). De esta manera, la respuesta tradicional a la pregunta de qué es vivir bien, se planteaba en términos de indicadores objetivos de tipo económico.

La idea subyace al afirmar que: un país puede vivir mejor que otro si su ingreso per cápita es mayor o una familia vive mejor que otra si su ingreso familiar es mayor, ya que éste es un mecanismo a través del cual es posible adquirir una serie de bienes para satisfacer las necesidades de una persona, por ejemplo, alimentación, vestido,

salud, etc. Posteriormente, se agregan también indicadores sociales como nivel educativo, condiciones de salud, entre otros.

### **3.2 Bienestar subjetivo en el caso de México**

El estudio de bienestar subjetivo considera que tanto los indicadores económicos como sociales, son insuficientes para determinar la calidad de vida de una persona. Desde esta perspectiva, es necesario obtener las percepciones de las personas acerca de su vida, y por tanto poder juzgar que tan bien viven éstas.

Para el caso de México, Rojas (2008) analiza la relación entre el ingreso y el nivel de bienestar medido como la respuesta a la pregunta: “¿Qué tan feliz se considera?”

**Tabla 1. Relación entre bienestar subjetivo e ingreso familiar en porcentajes**

Decil de ingreso	No feliz	Algo feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Total
1	9.0	15.7	39.6	35.8	100
2	5.9	5.9	51.2	37.1	100
3	3.6	7.1	47.1	42.2	100
4	5.7	5.7	40.6	48	100
5	8.0	4.6	44	43.4	100
6	2.9	2.9	33.1	61.2	100
7	4.4	8.7	36.2	50.7	100
8	2.0	4.6	31.6	61.7	100
9	3.2	2.7	26.2	67.9	100
10	5.3	1.1	19.2	74.5	100

Fuente: Mariano Rojas, “El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos”, en Garduño, Salinas y Rojas (coord.), Calidad de vida y bienestar subjetivo en México, UDLA, CECAVI, Plaza y Valdés, 2005.

Existe una clara relación positiva entre ambas variables, también un alto porcentaje de personas en los primeros deciles que reportan ser muy felices y así como un porcentaje considerable en los deciles más altos, que dicen ser no felices o algo felices.

La medida de ingreso puede considerarse inexacta ya que el bienestar está relacionado con diferentes dominios de la vida, como; salud, situación familiar, lugar donde residen, situación laboral, entre otras.

Rojas encontró que las correlaciones entre el bienestar subjetivo y la satisfacción en los diferentes dominios de la vida, es positiva para todos los dominios, aunque las correlaciones no son muy altas.

**Tabla 2. Bienestar subjetivo y satisfacción en dominios de vida. Coeficientes de correlación**

<b>Dominio</b>	<b>Coefficiente de Correlación</b>
Salud	0.30
Consumo	0.30
Laboral	0.21
Familia	0.35
Pareja	0.35
Hijos	0.31
Resto familia	0.24
Amistad	0.18
Personal	0.25

Fuente: Mariano Rojas, "El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos", en Garduño, Salinas y Rojas (coord.), Calidad de vida y bienestar subjetivo en México, UDLA, CECAVI, Plaza y Valdés, 2005.

El autor interpreta estos resultados como que ningún dominio es determinante en el bienestar subjetivo de forma aislada, pero todos ellos son muy importantes.

El bienestar subjetivo puede aportar elementos de análisis que no son provistos por las medidas económicas.



### 3.3 Formas de medir y conceptualizar dimensiones

#### Las cuatro calidades de vida de Ruut Veenhoven

Es una teoría desarrollada especialmente para entender la complejidad del concepto. El autor hace una distinción en dos planos. El primero, en oportunidades para una buena vida y resultados de la vida. El segundo, es entre calidades externas e internas:

**Tabla 3. Las cuatro calidades de vida de Veenhoven**

Dimensiones	Calidad Externa	Calidad Interna
<b>Oportunidades de la vida</b>	Habitabilidad de ambiente para la persona.	Habilidad para la vida de la persona.
<b>Resultados de la vida</b>	Utilidad de la vida de una persona.	Satisfacción de la persona con su vida.

Fuente: Veenhoven, 2006

En el plano de las oportunidades, las condiciones del ambiente pueden ser definidas con el término *livability*<sup>13</sup>, donde se pueden encontrar dimensiones económicas, sociales, políticas comunitarias y ambientales. En las capacidades personales se puede usar la palabra *life-ability*<sup>14</sup> donde se ubican las dimensiones de salud, como la presencia de enfermedades, la cantidad y calidad de educación.

Veenhoven (2006), estima que la calidad de vida en los países no puede medirse usando índices que incluyan indicadores de cada uno de los cuadrantes (ver tabla 3), ya que cada uno de éstos representa dimensiones diferentes que no pueden ser combinadas en un indicador común.

Considera también que ante la pregunta de si la vida es mejor en las sociedades modernas, la respuesta debe darse por el lado de los resultados, de tal forma que el desarrollo de la sociedad no se confunda con una mejor vida.

En el enfoque de las cuatro calidades de vida, es necesario mantener índices por separado para cada uno de ellos ya que, entre otras cosas, combina variables para

<sup>13</sup> *Livability*: se refiere, en el plano de las oportunidades, a las condiciones del ambiente, por ejemplo la estabilidad macroeconómica, el acceso a la atención de salud, los derechos civiles y políticos y el nivel de contaminación. El término puede traducirse como "habilitabilidad".

<sup>14</sup> *Life-ability*: se refiere a las capacidades personales y el término se puede traducir como "capacidad o habilidad para la vida".

diferentes unidades de análisis. Está determinada por la utilidad de la vida y la apreciación de ésta.

### 3.4 Indicadores de la calidad de vida en México

En México existen diversas mediciones sobre las condiciones de vida de la población, las cuales utilizan indicadores de tipo objetivo. Su propósito principal ha sido caracterizar las condiciones de vida de la población con mayores carencias. Ninguno de los índices busca analizar las situaciones de vida en sus diferentes aspectos y se refieren principalmente a indicadores económicos y sociales. Algunos de éstos se desarrollarán a continuación.

#### 3.4.1 Índice basado en las cuatro calidades de vida de Veenhoven

Mariano Rojas (2008), propone una medición de la calidad de vida basada en el marco teórico de las cuatro calidades de vida de Veenhoven. Señala que es posible hacer una agregación de todas las dimensiones, pero propone construir índices para cada una de ellas. Rojas hace un ejercicio exploratorio de construcción de éstos para los países latinoamericanos. No se ha corroborado si éste índice se aplica en México específicamente, como los índices que se explicaran posteriormente.

**Tabla 4. Índice basado en las cuatro calidades de vida de Veenhoven**

Oportunidades externas	Oportunidades internas	Resultados externos	Resultados internos
<p><b>Situación Macroeconómica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inflación anual</li> </ul>	<p><b>Salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Morbilidad</li> <li>Autocuidado</li> <li>Actividades usuales</li> <li>Dolor/incomodidad</li> <li>Ansiedad/depresión</li> </ul>	<p><b>Ingreso:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingreso per capital del hogar en dólares americanos</li> </ul>	<p>Satisfacción con la vida</p>
<p><b>Riqueza y su distribución:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personas viviendo por debajo de la línea de pobreza</li> </ul>	<p><b>Educación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alfabetismo</li> <li>Asistencia a la escuela a los doce años</li> </ul>	<p><b>Bienes relacionales:</b></p> <p>“si usted estuviera en problemas, ¿tiene familiares o amigos en los que pueda contar para que le ayuden cuando lo necesite?”</p>	<p>Apreciación de la vida</p>

<p><b>Gasto social:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto público en salud y educación</li> <li>• Contribuciones sociales.</li> </ul>		<p><b>Comportamiento filantrópico:</b></p> <p>Donar dinero, ser voluntario, etc.</p>	
<p><b>Político y legal</b></p>			
<p><b>Gobernanza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio de la ley</li> <li>• Control sobre la corrupción</li> <li>• Estabilidad política</li> </ul>			

Fuente: Rojas, 2008

México es un país que tiene todavía grande rezagos en materia de pobreza y desigualdad, tanto económica como social. Por tanto, las dimensiones consideradas de la calidad de vida deberán tomar en cuenta su estado de desarrollo y los factores culturales.

### 3.4.2 Índice de Desarrollo Humano

La discusión que llevó al progreso del Índice de Desarrollo Humano (IDH) tiene sus orígenes en la literatura sobre economía del bienestar. Por mucho tiempo estuvo inclinada a identificar el bienestar de una persona con su posesión de bienes y servicios.

El IDH surge como una forma de poner en práctica el desarrollo teórico de las capacidades de Sen. El índice se calcula y es publicado cada año en los informes sobre desarrollo humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Anteriormente, el IDH tenía una forma de media aritmética de índices dimensionales obtenidos de los indicadores correspondientes mediante una normalización<sup>15</sup>. La clasificación de cada país según este índice se basa en tres medidas resumidas de funcionamiento: la esperanza de vida o el funcionamiento básico de vivir larga y

<sup>15</sup> La normalización se refiere a la transformación de indicadores expresados en diferentes unidades a cantidades sin unidad, tomando valores entre 0 y 1.

saludablemente; el alfabetismo y la matriculación escolar o la habilidad de leer, escribir y adquirir conocimientos y finalmente, el ingreso (Producto Interno Bruto (PIB) per cápita ajustado por paridad y poder de compra (PPC)), que refleja el estándar económico de vivir o la habilidad para comprar los bienes y servicios que uno desea.

La fórmula para calcular el IDH consiste en un promedio simple de las tres fuentes:

$$IDH = \frac{1}{3}(IEV) + \frac{1}{3}(IE) + \frac{1}{3}(IPIB)$$

Donde:

*IEV*: Índice de esperanza de vida

*IE*: Índice de educación

*IPIB*: Índice de PIB

En el 2010 se presentó un IDH en forma geométrica de índices dimensionales obtenidos de los indicadores mediante una normalización basada en mínimos y máximos observados del nivel de ingresos per-cápita a lo largo del período para el que se ha computado y recogido el índice. Adoptando esta media se obtiene valores IDH más bajos y los mayores cambios se observan en países con desarrollos desiguales en distintas dimensiones.

La media geométrica reduce el nivel de sustituibilidad entre las dimensiones, es decir, obtener malos resultados en una dimensión ya no queda linealmente compensado si se obtiene un mejor resultado en otra dimensión.

$$IDH = \sqrt[3]{IEV \cdot IE \cdot IPIB}$$

Donde:

$$IEV = \frac{Ev - 20}{63.2} \text{ Índice de esperanza de vida}$$

$$IE = \frac{\sqrt{IAPE \cdot IAEI}}{0.951} \text{ Índice de educación}$$

$$IAPE = \frac{APE}{13.2} \text{ Índice de años promedio de escolaridad}$$

$$IAEE = \frac{AEE}{20.6} \text{ Índice de años esperados de escolaridad}$$

Donde:

*APE*: número de años promedio de escolaridad

*AEE*: número de años esperados de escolaridad

$$II = \frac{\ln(PIBpc) - \ln(163)}{\ln(108,211) - \ln(163)} \text{ Índice de ingresos}$$

Donde:

*PIBpc* es el Índice de Producto Interno Bruto per – cápita

**Parámetros:**

63.2: esperanza de vida al nacer

0.951: índice de alfabetización de adultos

13.2: años promedio de escolaridad máxima (para personas de 6 a 24 años de edad)

20.6: años esperados de escolaridad máxima

163: Ingreso Nacional Bruto

108,211: índice per-cápita máximo

El IDH llena un “hueco” importante en el conjunto de medidas de desarrollo humano utilizadas sistemáticamente de manera institucional en México. Se compone básicamente de cuatro alternativas: el Índice de Marginación (IM) desarrollado por el Consejo Nacional de Población (Conapo), el Índice de Bienestar (IB) propuesto por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Índice de Masas Carenciales (IMC) plasmado en la Ley de Coordinación Fiscal y los Índices de Pobreza (IP)

recientemente desarrollados por el Comité Técnico de Medición de la Pobreza convocado por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol).

El PNUD clasifica los países en tres grandes grupos:

- País con desarrollo humano alto:  $IDH \geq 0.8$
- País con desarrollo humano medio:  $0.5 \leq IDH < 0.8$
- País con desarrollo humano bajo:  $IDH < 0.5$

Algunos resultados del IDH 2013, se encuentran en el anexo 6.

### 3.4.3 Índice de Marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Este índice realizado por la CONAPO, utiliza la técnica de componentes principales (ver anexo1) para obtener una medida que agregue las cuatro dimensiones consideradas; vivienda, ingresos por trabajo, educación y distribución de la población, incluidas en nueve indicadores. Ha sido utilizada para identificar geográficamente aquellas partes del país que tienen mayores rezagos en las carencias consideradas.

**Tabla 5. Dimensiones e indicadores del Índice de Marginación CONAPO**

<b>Vivienda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Porcentaje de ocupantes en viviendas particulares sin agua entubada.</li> <li>b) Porcentaje de ocupantes en viviendas sin drenaje ni sanitario exclusivo.</li> <li>c) Porcentaje de ocupantes en viviendas sin energía eléctrica.</li> <li>d) Porcentaje de ocupantes en viviendas con piso de tierra.</li> <li>e) Porcentaje de ocupantes en viviendas con algún nivel de hacinamiento.</li> </ul>
<b>Ingresos por trabajo</b>	f) Porcentaje de la población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos.
<b>Educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>g) Porcentaje de la población de 15 años o más que es analfabeta.</li> <li>h) Porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa.</li> </ul>
<b>Distribución de la población</b>	i) Porcentaje de población que vive en localidades de menos de 5000 habitantes.

Fuente: CONAPO

### 3.4.4 Índice de Masas Carenciales en la Ley de Coordinación Fiscal

Desde 1996, el artículo 34 de la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) incluye el mandato a la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) de publicar cada año las normas básicas y valores para estimar la masa carencial de cada uno de los estados de la

república mexicana, de manera que se puedan distribuir fondos para infraestructura social con una fórmula progresiva basada en el nivel de bienestar de cada entidad. Éstos se establecen en el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS) que se asigna a cada entidad.

Este índice se calcula en dos etapas y es utilizado para la distribución de recursos públicos federales a estados y municipios.

Para la primera etapa (de identificación):

- a) Del total de hogares se identifica a aquellos que no satisfacen sus necesidades básicas en cinco rubros (ingreso, educación, espacio habitacional, drenaje y combustible utilizado).
- b) Se calculan, por hogar, brechas para cada rubro, que miden la distancia entre la situación observada y una norma predeterminada.<sup>16</sup>

Se definen 5 variables que representan los rubros considerados anteriormente:

*I: Ingreso de cada individuo del hogar*

*E: Educación*

*(número de grados escolares de cada integrante de la familia mayor a 7 años).*

*EH : Espacio habitacional (número de cuartos dormitorios)*

*D : Drenaje*

*C: Combustible utilizado*

Después se definen los rubros por hogar de la siguiente manera:

---

<sup>16</sup> Específicamente, la brecha de ingreso se mide como la diferencia del ingreso de cada individuo del hogar respecto a la línea de pobreza. La de la educación es la diferencia entre el número de grados escolares de cada integrante de la familia, mayor a siete años y el número de grados escolares que deben haber sido aprobados por cada individuo de acuerdo con su edad si tienen más de siete años.

En cuanto a la acumulación o amontonamiento en la vivienda, se compara el número de cuartos dormitorio por persona con la norma de tres personas por cuarto dormitorio. Para el caso del servicio de drenaje, se adjudica un valor a cada hogar dependiendo de si está conectado a red pública, si se cuenta con fosa séptica, si está orientado a una barranca, río, lago o mar, o si no está disponible. Para la variable de combustible, se atribuye un valor distinto dependiendo de si el hogar utiliza leña, carbón, petróleo, gas o electricidad.

$$Hogar_1 = (I_1, E_1, EH_1, D_1, C_1)$$

$$Hogar_2 = (I_2, E_2, EH_2, D_2, C_2)$$

⋮

$$Hogar_n = (I_n, E_n, EH_n, D_n, C_n)$$

- c) Los resultados se establecen dentro de una sola escala para poder agregar las cinco brechas de todos los hogares.

Para calcular las brechas por cada rubro se definen las siguientes variables:

*LI: línea de pobreza*

*LE: número de grados escolares que deben haber sido aprobados por cada individuo de acuerdo a su edad*

*LEH: número de cuartos dormitorios (norma de tres personas por cuarto dormitorio)*

*LD: variable de vivienda (valor adjudicado a cada hogar)*

*LC: variable combustible (valor atribuido a cada hogar)*

Las brechas para cada hogar se calculan de la siguiente manera:

$$BrechaHogar_1 = (f(LI - I_1), f(LE - E_1), f(LEH - EH_1), f(LD), f(LC))$$

⋮

$$BrechaHogar_n = (f(LI - I_n), f(LE - E_n), f(LEH - EH_n), f(LD), f(LC))$$

Se definen las siguientes variables para distinguir cada una de las brechas en el hogar *i*

$$\begin{aligned} BrechaHogar_1 &= (f(LI - I_1), f(LE - E_1), f(LEH - EH_1), f(LD), f(LC)) \\ &= (x_{1,1}, x_{1,2}, x_{1,3}, x_{1,4}, x_{1,5}) \end{aligned}$$

⋮



$$\begin{aligned} BrechaHogar_n &= (f(LI - I_n), f(LE - E_n), f(LEH - EH_n), f(LD), f(LC)) \\ &= (x_{n,1}, x_{n,2}, x_{n,3}, x_{n,4}, x_{n,5}) \end{aligned}$$

Donde  $x_{i,j}$  la brecha correspondiente al hogar  $i$  en el rubro  $j$

Por otro lado, para agregar las variables en un sólo índice, se realiza un promedio ponderado. Para construirlo, se toma como punto de referencia el gasto público y/o privado necesario para satisfacer las normas establecidas, dichas variables se definen como sigue:

$W_1$ : En el caso del ingreso, se utiliza como referencia el valor de la línea de pobreza.

$W_2$ : Para la vivienda, se calcula el costo promedio nacional de adquirir una unifamiliar de interés social de 45 m<sup>2</sup> en terreno urbanizado de 90 m<sup>2</sup> a una tasa fija de interés a veinte años.

$W_3$ : En el caso del drenaje, se estima el costo promedio de instalación por hogar. agua potable, electricidad y urbanización a una vivienda de interés social.

$W_4$ : Para la variable de educación se toma el costo por alumno en el nivel primaria con base en información publicada por SEP e INEGI.

$W_5$ : Se estima el costo promedio por hogar, para el concepto de combustible.

Para los promedios ponderados se hace lo siguiente:

$$\bar{X}_i = \frac{\sum_{j=1}^5 X_{ij} W_j}{\sum_{j=1}^5 W_j}$$

Donde  $i=1, \dots, n$  es el número de hogar

En la segunda etapa, se obtiene la masa carencial por hogar, elevando al cuadrado el valor de la brecha que presenta cada uno de éstos para atribuir mayor peso a los hogares más pobres y se multiplica por el tamaño del hogar.

$$Mc = (\bar{X}_i)^2 \cdot T_{hi}$$

Posteriormente, se obtiene la masa carencial a nivel estatal sumando la de los hogares para cada estado. La relación que cada estado represente respecto al total nacional, determina la proporción de recursos del FAIS que se asignará a cada entidad. Este método permite calcular el peso relativo de cada estado en la masa carencial total.

#### ***3.4.5 Índice de Rezago Social del Coneval***

Este índice se dio a conocer en el 2006 por el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), el cual se basa en los derechos incluidos en la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), por lo cual incluye indicadores de activos en el hogar, educativos, de acceso a servicios de salud y a la seguridad social, calidad de vida y espacios en la vivienda. Para la generación del índice se utiliza la técnica de componentes principales. Se emplea la información desagregada a nivel estatal y municipal. Entre los objetivos de este indicador está el establecimiento de criterios para la determinación de las zonas de atención prioritaria, tal como lo dispone la LGDS.

Es una medida que en un sólo índice agrega variables de educación, de acceso a servicios de salud, de servicios básicos en la vivienda, de calidad y espacios en la misma, y de activos en el hogar. Es decir, proporciona el resumen de cuatro carencias sociales de la medición de pobreza del CONEVAL: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, a los servicios básicos en la vivienda, la calidad y espacios en la vivienda.

No se trata de una medición de pobreza, ya que no incorpora los indicadores de ingreso, seguridad social y alimentación, permite tener información de indicadores sociales desagregados hasta nivel localidad, con lo que CONEVAL contribuye con la generación de datos para la toma de decisiones en materia de política social, especialmente para analizar la desigualdad de coberturas sociales que subsisten en el territorio nacional.

### ***3.4.6 Índice de pobreza de la Sedesol***

En el 2002, la Sedesol convocó a un grupo de expertos nacionales a formar el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza en México, con el objetivo de que plantearan una metodología de medición que sirviera como punto de referencia para la identificación de las carencias que manifiestan los grupos de población más desfavorecidos del país.

El objetivo de este método era identificar a los hogares que fueran susceptibles de recibir los apoyos del Programa de Educación, Salud y Alimentación. Ésta se dio en dos niveles. En el primero se hizo una selección geográfica considerando el índice de marginación. En el segundo se hicieron entrevistas en los hogares a partir de los cuales se evaluó la condición de bienestar de cada uno de ellos en las localidades seleccionadas.

### ***3.4.7 Índice de bienestar***

En 1994, con base en los resultados preliminares del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, el INEGI dio a conocer una estratificación jerarquizada de las entidades federativas y municipios del país cuyo objetivo era caracterizar las divisiones político administrativas, a través de una metodología que sintetizara una diversidad de variables socioeconómicas captadas por el censo.

El IB parte de la idea de que el bienestar proviene de una diversidad de satisfactores, entre los cuales se encuentra la educación, vivienda y disponibilidad de bienes y servicios con que cuente el hogar. El número de variables y su multiplicidad aumenta la complejidad del análisis y la selección de un método de agregación. Por lo tanto, igual que en el caso del IM, el IB utiliza la técnica de componentes principales para solucionar el conflicto existente entre buscar mayor simplicidad y evitar la pérdida de información relevante.

Una vez realizada la selección de indicadores por componentes principales, el INEGI empleó la metodología de estratificación multivariada para encontrar 7 distintos grupos homogéneos de entidades federativas y municipios que fueron clasificados y

ordenados jerárquicamente. De esta forma, el indicador de niveles de bienestar ofrece un análisis sencillo a un problema multidimensional que concierne al nivel global de tranquilidad de los habitantes de las regiones político administrativas de México.

### **Conclusiones**

La calidad de vida busca evaluar lo que se considera una buena vida. El tener buenas condiciones para lograrlo, es sin duda, un elemento determinante, ya que no se puede hablar de calidad de vida si no se pueden satisfacer las necesidades básicas.

En su mayoría, los indicadores aplicados en México utilizan dimensiones objetivas, es decir, evalúan las condiciones de vida de las personas, con base en sus condiciones materiales, el nivel de estudio de cada entrevistado, los servicios a los que tiene acceso, espacios de vivienda, etc.

En algunos casos, se compara lo que reportan las personas, con lo que “deberían” tener, para así obtener resultados de la situación de éstas (en la mayoría de los casos se hace por hogar) y así, detectar las diferentes carencias que pueden presentar las personas o los hogares. El análisis de éstos puede basarse en la corroboración de necesidades, más que en los bienes que lo permiten, o en las dimensiones que lo componen.

No obstante, se puede señalar que existen algunos elementos deseables en estos indicadores de calidad de vida. Como por ejemplo, construir series de tiempo que permitan conocer la evolución de la calidad de vida, también puede ser la utilización de dominios que puedan medirse tanto de forma objetiva como subjetiva.

En el estudio que realizó Rojas (2008), se observó la relación entre el ingreso y el bienestar subjetivo, el cual aporta elementos de análisis en el campo de la percepción. Esto resulta muy importante, ya que la información obtenida (al emplear información subjetiva), puede proporcionar un panorama más amplio de la situación de las personas, cosa que no necesariamente sucede cuando se emplean sólo medidas económicas. De aquí pueden derivarse lecciones de políticas públicas para mejorar la calidad de vida.

### CAPÍTULO 3. Calidad de vida en México

## CAPÍTULO 4

### EJEMPLOS SOBRE LA MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Durante este capítulo se desarrollarán algunos ejemplos que fueron realizados en México y Europa, acerca de la aplicación de índices para medir la calidad de vida, así como la comparación de los resultados obtenidos. Los estudios se llevaron a cabo en algunas zonas del país, en el caso de México, y en algunos países de la Unión Europea.

El objetivo de ambos estudios es analizar la calidad de vida de los ciudadanos, así como reflexionar si existen diferencias del concepto, al emplear o no información subjetiva.

#### ***4.1 EJEMPLO 1. Bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos***

La política pública tiene como propósito, la búsqueda de un mayor bienestar de la población. Para lograrlo, se deben basar, tanto el diseño como la evaluación de ésta, en un grupo de indicadores objetivos. Dentro de los cuales se pueden destacar: el nivel de ingreso y su tasa de crecimiento anual, la posesión de bienes duraderos, y el acceso a ciertos servicios públicos.

La suposición de que hay una relación estrecha entre el bienestar e indicadores de ingreso y riqueza no ha sido corroborada empíricamente. El auge que ha tenido la investigación del bienestar subjetivo, permite proponer un nuevo criterio de medición de éste: la felicidad de la vida. Dicho criterio se basa en la respuesta declarada por la persona cuando se le pregunta sobre su felicidad o satisfacción de su vida.

#### **4.1.1 El enfoque**

El concepto de bienestar subjetivo ha sido ampliamente utilizado en disciplinas como la psicología (Kahneman et al., 1999; Argyle, 2002) y la sociología (Venhoveen, 1992, 1995 y 1997), en ambas, el bienestar subjetivo se asocia al concepto de felicidad o de satisfacción con la vida, que es, lo declarado directamente por las personas y que se mide con base en preguntas directas (Ferrer, 2002, Cummins, 1997). Veenhoven (1984) afirma que el bienestar subjetivo solo puede medirse mediante la pregunta directa al sujeto, y que no hay espacio para especular sobre éste, con base en las posesiones de las personas, en su expresión facial o en su comportamiento.

En este ejemplo se utiliza el enfoque de felicidad para medir el bienestar de una persona.

- i. El bienestar de la persona: al ser declarado por el individuo, constituye una evaluación integral de su calidad de vida, incorporando así todos los aspectos, vivencias, aspiraciones, logros, fracasos y emociones de un ser humano. Los conceptos de bienestar disciplinarios son inherentemente parciales, ya que cada disciplina destaca únicamente aquellos aspectos del ser humano que considera relevantes.
- ii. Enfoque inferencial: el estudio del bienestar adquiere carácter deductivo en vez de doctrinario. Esto se debe a que con el enfoque de bienestar subjetivo éste es declarado por la persona y no asumido por el investigador. El sujeto únicamente evalúa su situación de satisfacción de la vida o felicidad.
- iii. Subjetividad inherente: el bienestar personal es correspondientemente subjetivo. En la declaración que una persona hace de éste se incorporan todas sus vivencias (expectativas, aspiraciones, condiciones de vida, percepciones y demás).
- iv. Transdisciplinariedad: para lograr un acercamiento de este tipo se requiere que el investigador tenga una actitud abierta y tolerante, y que esté en disposición de buscar y obtener inspiración en otras disciplinas, debido a que el conocimiento ya se encuentra organizado en disciplinas académicas claramente demarcadas, por esta razón es conveniente seguir un enfoque interdisciplinario en el estudio del bienestar.

#### **4.1.2 La información y la medición**

El estudio se basa en información obtenida mediante la aplicación de una encuesta en cinco estados del centro-sur de México: Puebla, Oaxaca, Veracruz, Tlaxcala y Estado de México, así como en la ciudad de México. El cuestionario se aplicó en octubre y noviembre de 2001 a 1540 personas en regiones urbanas, semiurbanas y rurales. La muestra es aleatoria balanceada por nivel de ingreso, por género y por región urbana-rural. El 50% de las encuestas se realizó visitando la vivienda del entrevistado; 35% se hizo en sitios públicos como parques, centros comerciales y terminales de autobús; y el 15% se llevó a cabo en sitios laborales.

La encuesta recopila información sobre un grupo grande de variables. El bienestar subjetivo se mide con base en la siguiente pregunta: “tomando todo en cuenta en su vida, ¿Qué tan feliz es?”. El entrevistado tenía una escala ordinal de siete categorías para responder, la cual va desde *muy infeliz* hasta *extremadamente feliz*. En consecuencia, la variable felicidad es categórica. En algunos casos ésta se maneja como ordinal con valores de 1 a 7.

Por conveniencia en el manejo de la información, se construyó una escala simplificada que reagrupa las siete categorías originales en cuatro categorías: *no feliz* (contiene las tres primeras), *algo feliz* (contiene la cuarta categoría), *bastante feliz* (contiene la quinta) y *muy feliz* (contiene la sexta y séptima).

#### **Representatividad por estrato de ingreso**

Se preguntó directamente a los entrevistados por su ingreso familiar<sup>17</sup>, luego se utilizó la información de la encuesta nacional de ingreso y gasto del 2001, realizada por el INEGI, para definir los rangos que demarcan los deciles nacionales de ingreso familiar.

La tabla 6 muestra la distribución de la población muestral con respecto a los deciles de ingreso nacional.

---

<sup>17</sup> También se calculó información sobre el ingreso personal y el ingreso familiar per cápita. Las pruebas realizadas indican que el ingreso familiar está más estrechamente vinculado al bienestar, que el ingreso personal y el ingreso familiar per cápita.



**Tabla 6. Distribución de la muestra de acuerdo a deciles nacionales de ingreso**

<b>Decil nacional</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1	9.0	9.0
2	11.5	20.5
3	9.5	30.0
4	11.8	41.8
5	11.8	53.6
6	9.5	63.1
7	4.7	67.8
8	13.2	81.0
9	12.6	93.7
10	6.3	100.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	

Se tiene más de 53.6% de personas que, de acuerdo con su ingreso familiar, se catalogarían como pobres o en condición económica crítica en conformidad con la Secretaria de Desarrollo Social (ubicadas en los deciles 1 a 5 de acuerdo a la distribución del ingreso nacional). Esta población ha constituido la preocupación de la política social del país, ya que se presume que su nivel de bienestar es muy bajo.

#### ***4.1.3 Indicadores de bienestar subjetivo***

Con base en la felicidad declarada por la persona se elaboró la siguiente tabla. La cual revela la distribución de la muestra en distintos niveles de felicidad de acuerdo a la escala original, la cual tiene siete categorías. También se presenta la simplificada.

**Tabla 7. Frecuencia para el bienestar subjetivo**

<b>Escala simplificada</b>	<b>Escala original</b>	<b>Porcentaje</b>
	Muy infeliz	<b>0.2</b>
No feliz	Algo infeliz	<b>1.1</b>
	Ni feliz, ni infeliz	<b>3.6</b>
Algo feliz	Algo feliz	<b>6.0</b>
Bastante feliz	Bastante feliz	<b>37.4</b>
	Muy feliz	<b>46.3</b>
Muy feliz	Extremadamente feliz	<b>5.5</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Se observa que solo 5% de las personas entrevistadas manifiestan tener un nivel de felicidad bajo (categorías 1, 2 y 3, de la escala original). La mayoría declaran ser *bastante o muy feliz*. Las categorías *bastante, muy y extremadamente feliz* agrupan 89.2% de las personas de la muestra. Este resultado sorprende ya que si se considera que la muestra contiene 53% de personas que son consideradas como pobres, con base en los estándares objetivos de ingreso familiar, sugiere entonces, que la relación entre ingreso y bienestar subjetivo pareciera no ser muy estrecha.

Este resultado pone en duda la capacidad de los indicadores objetivos (como el ingreso) para reflejar el bienestar de la población ya que, en general, se observa que lo declarado por los mexicanos es mucho mayor que lo que los indicadores objetivos parecieran reflejar.

#### **4.1.4 El bienestar subjetivo y los indicadores objetivos de nivel de vida**

Los indicadores objetivos que se utilizan comúnmente para medir el bienestar son el nivel de ingreso, la posesión de ciertos bienes de consumo y el acceso a algunos satisfactores básicos.

### El bienestar subjetivo y el nivel de ingreso

La siguiente tabla representa la situación de bienestar subjetivo para cada estrato (decil) de ingreso. Se mide con la escala simplificada de cuatro categorías.

**Tabla 8. Relación entre bienestar subjetivo e ingreso familiar en porcentajes**

Decil de ingreso	No feliz	Algo feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Total
1	9.0	15.7	39.6	35.8	100
2	5.9	5.9	51.2	37.1	100
3	3.6	7.1	47.1	42.2	100
4	5.7	5.7	40.6	48.0	100
5	8.0	4.6	44.0	43.4	100
6	2.9	2.9	33.1	61.2	100
7	4.4	8.7	36.2	50.7	100
8	2.0	4.6	31.6	61.7	100
9	3.2	2.7	26.2	69.9	100
10	5.3	1.1	19.2	74.5	100

La tabla 8 muestra la relación entre ingreso familiar y bienestar subjetivo, pero ésta no es determinante, lo cual puede significar que el ingreso no es un buen indicador de bienestar personal, ya que si fuera así, se tendrían únicamente personas infelices en los deciles de bajo ingreso (decil 1) y personas muy felices en los deciles altos (decil 10). Conforme se pasa a niveles de ingreso más altos el porcentaje de personas *no felices* y *algo felices* tiende a disminuir, mientras que el porcentaje de personas *bastante felices* y *muy felices* tiende a aumentar. Para las personas en el estrato de menor ingreso en la muestra se tiene que 9% se declara *no feliz*, casi 16% dice ser *algo feliz*, la cifra de *bastante feliz* alcanza casi 40%, y los *muy felices* superan 35%.

Las cifras correspondientes para las personas de ingreso mayor son; de 5%, 1%, 19% y casi 75%, respectivamente. Se puede notar el hecho de que en los estratos de ingreso bajo hay porcentajes elevados de personas que manifiestan ser *bastante* y *muy felices*, y en los altos hay personas *no felices*.

Por lo anterior, se puede concluir que el ingreso debe ser considerado como un instrumento para lograr el bienestar de las personas, pero la política pública no debería utilizarlo como única medida de bienestar, y mucho menos centrar solamente su atención en incrementarlo.

### **El bienestar subjetivo y las condiciones socioeconómicas**

Para estudiar la relación entre la condición socioeconómica de una persona y el bienestar subjetivo, se construyó una variable que aproxima la posición socioeconómica relativa de las personas.

Se tomaron en cuenta las siguientes características socioeconómicas:

- Número de recámaras en la casa que habita.
- Número de focos en la casa que habita.
- Posesión de radio, computadora, calentador de agua, horno de microondas y refrigerador.
- Acceso a televisión por cable o satélite.
- Material de construcción de la casa.

Con la información anterior se utilizó la técnica de análisis factorial<sup>18</sup> para construir un componente principal que resume en un valor unidimensional la posición socioeconómica de las personas. Éste ordena a las personas desde aquellas que tienen condiciones socioeconómicas más desfavorables, hasta aquellas que tienen las más favorables. Con base en este ordenamiento se construyeron quintiles poblacionales.

---

<sup>18</sup> El análisis factorial es una técnica de reducción de datos que sirve para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de éstas. Estos grupos se forman con las variables que correlacionan mucho entre sí y procurando inicialmente, que unos grupos sean independientes de otros. Su propósito consiste en buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos.

**Tabla 9. Relación entre posición socioeconómica y bienestar subjetivo en porcentajes**

Quintil socioeconómico	No feliz	Algo feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Total
1	8.5	10.8	45.4	35.3	100
2	4.6	5.6	44.4	45.3	100
3	4.0	5.3	36.9	53.9	100
4	3.0	3.3	31.9	61.5	100
5	3.6	4.4	26.4	65.6	100

El quintil 1 incluye 20% de las personas en condición socioeconómica más desfavorable, mientras que el 5 incluye el 20% de las personas con condiciones más favorables. La tabla 9 muestra que el porcentaje de los individuos *no felices* tiende a disminuir, al tener condiciones socioeconómicas favorables, así como el porcentaje de las personas *felices* se incrementa sustancialmente al aumentar las condiciones favorables, se puede observar la relación directa entre el bienestar subjetivo y las condiciones socioeconómicas. Sin embargo, cabe señalar que hay personas *bastante* y *muy felices* en todos los estratos socioeconómicos, incluso en el más desfavorable, en donde más de 80% de las personas manifiestan ser *bastante* o *muy felices*. Por tanto, la posición socioeconómica, por si sola, no es una buena referencia para evaluar el nivel de bienestar de las personas.

### **Bienestar subjetivo y acceso a servicios públicos**

Se presume que el acceso a servicios públicos aumenta el bienestar de las personas. Una función primordial para los gobiernos es la provisión de más y mejorarlos. Para la exploración de este tema se construyó una variable que aproxima la disponibilidad y calidad percibida de los servicios públicos en la colonia donde la persona habita. Los servicios considerados son:

- Recolección de basura,
- Calidad del transporte público,
- Disponibilidad de alumbrado eléctrico, drenaje y agua potable,

- Pavimento de calles y
- Percepción de seguridad en el vecindario.

Se utilizó también la técnica de análisis factorial, igual como se uso en la variable socioeconómica, para construir un componente principal que permita ordenar a las personas de acuerdo al acceso y calidad percibida de los servicios públicos. Con base en esta variable se construyeron quintiles poblacionales, donde el quintil 1 incluye 20% de la personas con menos disponibilidad y/o calidad de servicios públicos, y el 5 incluye 20% en condiciones más favorables.

**Tabla 10. Relación entre bienestar subjetivo y acceso a servicios públicos**

Quintil	No feliz	Algo feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Total
1	9.6	10.3	42.3	37.9	<b>100</b>
2	6.0	6.7	35.8	51.6	<b>100</b>
3	13.2	1.9	34.0	51.0	<b>100</b>
4	2.6	4.3	37.5	55.5	<b>100</b>
5	2.4	3.7	32.9	61.0	<b>100</b>

Igual que con los otros indicadores objetivos, se puede afirmar que el acceso a los servicios públicos influye en el bienestar; sin embargo, ni su relación ni su impacto son determinantes.

Se puede concluir entonces, que condiciones objetivas materiales, tienen un ligero impacto en el bienestar de las personas

Sin embargo, es incorrecto utilizar los indicadores objetivos como medida de bienestar, ya que no hay una relación estrecha entre éstos. También es un error asumir que mejoras en los indicadores objetivos necesariamente se reflejan en un aumento en el bienestar de las personas.

La relación no estrecha entre los indicadores objetivos y el bienestar declarado tiene una explicación parcial en la percepción que el individuo tiene de sus condiciones objetivas. Esto es porque, son asimiladas de manera distinta por algunos, aunque

#### CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

sean situaciones similares, y viceversa. Para estudiar esto, se preguntó a los entrevistados sobre su percepción de pobreza (“¿Se considera una persona pobre?”), sobre su percepción en el aspecto económico (“¿Cómo diría que es su bienestar económico?”) y sobre su percepción de necesidades materiales (“¿Cuál es la capacidad de su ingreso para satisfacer sus necesidades materiales?”).

En las siguientes tablas se presentarán (en porcentajes) las relaciones contempladas anteriormente.

**Tabla 11. Relación entre gasto personal (quintil) y percepción de pobreza**

Quintil de gasto personal	Pobre	No pobre	Total
1	47.4	52.6	100
2	27.7	72.3	100
3	27.8	72.2	100
4	27.7	72.3	100
5	16.2	83.8	100

Es interesante observar que muchas personas, en los quintiles de gasto inferior, no se consideran a sí mismas como pobres. Por ejemplo, 72% de las personas en el quintil 2, que desde un enfoque objetivo serían consideradas como pobres, no se perciben a sí mismas en esta situación. También sorprende notar que 16% de las personas en el quintil de gasto superior se perciban a sí mismas como pobres.

**Tabla 12. Relación entre gasto personal y bienestar económico percibido**

Quintil de gasto personal	Muy malo	Malo	Bueno	Muy bueno	Total
1	2.2	25.8	64.7	7.3	100
2	1.8	12.5	77.1	8.6	100
3	1.5	17.5	71.5	9.5	100
4	0.9	15.6	75.5	8.1	100
5	0.4	4.9	72.4	22.4	100

En todos los quintiles la mayoría de las personas manifiesta tener un bienestar económico bueno. Se observa que la percepción de éste es sensitiva a la capacidad de compra de las personas, pues al aumentar el gasto personal tiende a reducirse el porcentaje que se perciben en situación económica mala o muy mala.

En la siguiente tabla Fuentes y Rojas (2001) encontraron que la percepción de necesidades materiales insatisfechas es una importante variable explicativa del bienestar subjetivo.

**Tabla 13. Relación entre gasto personal y la percepción de capacidad de ingreso para satisfacer las necesidades materiales**

Quintil de gasto personal	Muy insuficiente	Algunas	Bastantes	Mayoría	Todas	Total
1	30.4	49.2	4.2	10.7	5.5	100
2	20.5	41.3	9.2	16.5	9.5	100
3	19.3	37.4	10.7	23.0	9.6	100
4	18.7	39.9	13.4	19.3	8.7	100
5	12.6	26.6	15.5	28.1	17.3	100

En la tabla anterior se observa que hay personas en los quintiles inferiores de gasto que consideran que sus ingresos son suficientes para satisfacer la mayoría o incluso



todas sus necesidades materiales. También se encuentran personas que estando ubicadas en el quintil superior manifiestan que su ingreso es insuficiente. Por lo tanto, el que una persona tenga una alta capacidad de compra no garantiza que considere que su ingreso sea suficiente para satisfacer sus necesidades materiales.

La débil relación entre indicadores objetivos y bienestar se explica en parte por el hecho de que son las percepciones las que tienen mayor influencia en el bienestar subjetivo y a que éstas no guardan una relación estrecha con los indicadores objetivos.

#### **4.1.5 El bienestar subjetivo y algunas características sociodemográficas**

En las siguientes tablas se presentará información sobre la relación entre el bienestar subjetivo y algunas características sociodemográficas, la felicidad se manipula como una variable ordinal con valores que van desde 1 para *muy infeliz* hasta 7 para *extremadamente feliz*. Estas tablas fueron realizadas por Fuentes y Rojas (2001), donde la variable felicidad es categórica, como se explicó al inicio del ejemplo. Es necesario advertir que estos resultados no pueden considerarse como definitivos, pues las tendencias observadas pueden originarse en correlaciones erróneas o ficticias.

**Tabla 14. Bienestar subjetivo por género, escala ordinal del 1 a 7**

	Promedio	Desviación estándar
<b>Hombres</b>	5.37	0.99
<b>Mujeres</b>	5.42	0.88

Fuente: Rojas, M. 2003

Se observa que, en promedio, las mujeres manifiestan tener un nivel de bienestar ligeramente superior al de los hombres.

En la tabla 15 se observa una pequeña tendencia del bienestar subjetivo a disminuir conforme aumenta la edad de las personas.

**Tabla 15. Bienestar subjetivo por grupos de edad ordinal del 1 a 7**

	Promedio	Desviación estándar
<b>18 a 29 años</b>	5.44	0.96
<b>30 a 44 años</b>	5.43	0.85
<b>45 a 64 años</b>	5.28	0.96
<b>65 años y más</b>	5.22	1.04

Fuente: Rojas, M. 2003

En la tabla 16 se presentan resultados bastante comunes en la literatura, sobre el bienestar subjetivo: las personas casadas son más felices, mientras que los viudos y los divorciados tienen, en promedio, un menor nivel de bienestar.

**Tabla 16. Bienestar subjetivo por estado civil escala ordinal del 1 a 7**

	Promedio	Desviación estándar
<b>Solteros</b>	5.40	0.99
<b>Casados</b>	5.49	0.86
<b>Unión libre</b>	5.34	0.84
<b>Viudos</b>	4.74	0.98
<b>Divorciados</b>	5.12	0.90

Fuente: Rojas, M. 2003

Finalmente, en la tabla 17 se observa que la educación tiene una relación directa con el nivel de bienestar de una persona.

**Tabla 17. Bienestar subjetivo por nivel educativo escala ordinal del 1 a 7**

	Promedio	Desviación estándar
<b>Sin estudios</b>	4.79	1.14
<b>Primaria</b>	5.14	1.04
<b>Secundaria</b>	5.31	0.85
<b>Bachillerato</b>	5.53	0.78
<b>Comercial o técnica</b>	5.47	0.98
<b>Universitaria</b>	5.57	0.89

Fuente: Rojas, M. 2003

#### **4.1.6 Demarcación de los dominios de vida**

Pueden establecerse desde un número pequeño de dominios de vida hasta un número grande, dependiendo del detalle con que se quiera trabajar. El constructo de éstos es útil para estudiar la complejidad del bienestar humano, independientemente de la demarcación que se haga.

Con base en un ejercicio de análisis factorial, se definieron seis dominios de vida. Se utilizó la técnica de componentes principales con suplantación de variables para crear indicadores de la satisfacción personal en cada dominio de vida. Se definieron como sigue:

- *de salud*, asociado a la situación de salud percibida de la persona y a su acceso a servicios médicos.
- *de consumo*, relacionado a la capacidad de adquirir bienes y servicios, a la posesión de vivienda y a la situación financiera de la persona.
- *de laboral*, asociado a la situación que la persona experimenta en su ambiente laboral.
- *familiar*, que se divide en tres subdominios: relación de pareja, relación con los hijos, y con el resto de la familia.

- *de amistades*, aunado a la situación de relaciones interpersonales y de acceso a una red de soporte social.
- *personal*, asociado a la posibilidad de desarrollar los intereses y pasatiempos personales.

**Tabla 18. Bienestar subjetivo y satisfacción en dominios de vida**

Dominio	Promedio	Desviación estándar
Salud	5.07	1.02
Consumo	4.45	1.21
Laboral	4.65	2.23
Familiar		
• Pareja	5.14	2.44
• Hijos	5.53	2.80
• Resto familia	5.24	1.12
Amistades	4.69	1.18
Personal	4.43	1.33
<b>Bienestar subjetivo</b>	<b>5.40</b>	<b>0.95</b>

Fuente: Rojas, M. 2003

De acuerdo con lo reportado por el autor de este estudio, se observa que en los dominios de vida familiar los mexicanos manifiestan estar, en promedio, más satisfechos.

El bienestar subjetivo general es, en promedio, superior al nivel de bienestar de casi todos los dominios, excepto en el dominio de vida de hijos, y muestra mucho menos dispersión en la muestra. Este hecho puede sugerir que el bienestar es un fenómeno complejo, el cual no puede ser estimado como un simple promedio de la situación en los distintos dominios de vida.

**La relación entre el bienestar en cada dominio de vida y el bienestar subjetivo**

La siguiente tabla presenta los coeficientes de correlación<sup>19</sup> entre el bienestar subjetivo y la satisfacción en cada dominio de vida.

**Tabla 19. Bienestar subjetivo y satisfacción en dominios de vida, coeficiente de correlación**

Dominio	Coeficiente de correlación
Salud	0.30
Consumo	0.30
Laboral	0.21
Familiar	0.35
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pareja</li> <li>• Hijos</li> <li>• Resto familia</li> </ul>	0.35
Amistad	0.31
Personal	0.24
	0.18
	0.25

Fuente: Rojas, M. 2003

Se pueden resaltar los siguientes hechos: Todos los coeficientes de correlación son positivos, lo cual puede sugerir que un aumento en la satisfacción en cualquier dominio de vida contribuye a aumentar el bienestar de la persona, pero esto no es determinante ya que los coeficientes de correlación son muy pequeños. Por tanto, aunque la satisfacción en cada dominio de vida es importante para el bienestar, ningún dominio, de forma aislada, es determinante en el bienestar subjetivo. No todos los dominios de vida son igualmente importantes en su impacto en el bienestar subjetivo.

<sup>19</sup> El coeficiente de correlación mide el grado de intensidad de la posible relación entre variables.

### **Comentarios**

Esta investigación utilizó el enfoque de bienestar subjetivo para medirlo en las personas, tal y como ellas lo perciben. Se encontró en dicha investigación que el bienestar subjetivo no está estrechamente relacionado con los indicadores objetivos de nivel de vida. Por esta razón, provee información adicional que es de gran utilidad para medir y entender el bienestar de los seres humanos. En consecuencia, el diseño y evaluación de la política pública debe incorporar indicadores de bienestar subjetivo.

En este estudio se analizaron tres tipos de factores que hacen que el bienestar subjetivo no guarde una estrecha correlación con los indicadores objetivos: las percepciones que las personas tienen de sus condiciones objetivas, el papel que juega la heterogeneidad en propósitos de vida, y el hecho de que el bienestar depende de la satisfacción en muchos dominios de vida y no solo en el dominio del consumo.

Las percepciones de las personas no guardan una relación estrecha con las condiciones objetivas de nivel de vida. Hay grandes diferencias entre lo que dicen los indicadores objetivos y lo que las personas perciben como su condición socioeconómica.

La capacidad de los indicadores objetivos para explicar el bienestar es muy limitada, ya que depende de su situación en muchos dominios de vida. La política pública sería más eficiente en la generación de bienestar si se diseñara con base en la satisfacción en todos los dominios de vida y no solo en el de consumo, ya que los seres humanos son mucho más que simples consumidores. Si bien es cierto que, existe una relación entre los indicadores de nivel de vida y la satisfacción en el dominio de consumo, pero ésta no es determinante.

La búsqueda de una sociedad donde las personas tienen un alto bienestar personal y donde están satisfechas con la vida que llevan debe ser un objeto fundamental de la acción gubernamental, de la estrategia de desarrollo, e incluso de la organización social.

#### **4.2 EJEMPLO 2. Hacia un nuevo sistema de indicadores de bienestar**

En el desarrollo de este artículo se propone utilizar la calidad de vida como medida de bienestar, se presenta un índice nacional para México. Éste es construido utilizando la percepción de bienestar de las personas y destaca la importancia de combinar indicadores objetivos y subjetivos.

Un mayor bienestar para la población implica un progreso en las condiciones de vida de la misma.

En la actualidad, se pueden encontrar algunas iniciativas a nivel mundial que buscan avanzar en el tema de la medición del avance de las sociedades. Por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) inició hace tiempo el proyecto *Measuring Progress*, que busca desarrollar medidas claras de progreso para poder definir acciones de política pública que coadyuven a mejorar el bienestar de la población.

Es necesario explorar el significado de bienestar y calidad de vida ya que ambos conceptos son los más importantes para las personas. El bienestar es un estado ideal al cual aspiran todos los seres humanos.<sup>20</sup>

Por otro lado, como se ha visto a lo largo de la investigación, el concepto de calidad de vida es mucho más complicado, ya que no existe un consenso en la definición.

La controversia que se genera al intentar medir la calidad de vida es natural ya que surge de precisar cuáles son las condiciones necesarias que se requieren en una sociedad.

Existen estudios que optan por los aspectos materiales para el avance de la sociedad, eligiendo así medidas como el PIB per cápita o índices de pobreza. Por otro lado, también se pueden encontrar algunos orientados hacia medidas subjetivas, por ejemplo, la incidencia de enfermedades psicológicas o simplemente la felicidad.

---

<sup>20</sup> El diccionario Merriam-Webster define el bienestar como la situación de ser feliz, saludable y próspero.

#### CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

Los estudios que se basan en los aspectos materiales han sido criticados debido a que utilizan, por excelencia, el PIB como indicador de progreso en una sociedad, es decir, un incremento en éste implica un mayor progreso para las sociedades, lo cual ha comenzado a ser cuestionado por algunas organizaciones internacionales, como OCDE, el Banco Mundial e incluso la ONU.

Inicialmente el PIB no fue creado para medir el bienestar de la población, aunque con mucha frecuencia se usa para este fin, debido a que es uno de los pocos indicadores con aceptación a nivel universal y se puede comparar con otros países con facilidad.

Por otro lado, se encuentran los indicadores subjetivos de bienestar, que han ganado credibilidad a nivel mundial gracias a las encuestas acerca de felicidad y satisfacción con la vida, que se han realizado en varias naciones. Sin embargo, no se han adoptado como fuente de indicador serio y confiable de bienestar social, y es entonces cuando surge la alternativa de cambiar indicadores objetivos y subjetivos para medir el progreso de las sociedades.

Un planteamiento que integra elementos tanto objetivos como subjetivos es el de Alex Michalos. Para él, un individuo puede ubicarse en uno de los cuatro cuadrantes generados al realizar una matriz que considera las condiciones objetivas de la vida y el provecho que estas personas obtienen de estas condiciones.

**Tabla 20. Paraíso de Michalos**

	<b>Condiciones de vida escasas</b>	<b>Condiciones de vida plena</b>
<b>Percepción negativa</b>	Infierno real	Infierno de los tontos
<b>Percepción positiva</b>	Paraíso de los tontos	Paraíso real

Cada cuadrante tiene sus características propias. Una persona se ubica en el infierno real si sus condiciones de vida son escasas y las percibe negativamente. Sin embargo, si alguien capta en forma positiva sus escasas condiciones de vida y se siente feliz con ellas, Michalos lo coloca en el área del paraíso de los tontos. Por otro lado, si un



individuo tiene condiciones de vida plenas y su percepción es negativa de la realidad y se siente infeliz, se ubica en el infierno de los tontos. Por último, está el cuadrante del paraíso real, lo que pareciera ser el objetivo de toda sociedad, en el cual una persona tiene condiciones de vida plenas, las percibe positivamente y posee una convicción de aprovecharlas al máximo.

En este artículo se propone la calidad de vida como alternativa para la medición del progreso y el bienestar de las personas.

#### ***4.2.1 Índice de calidad de vida para México***

Una de las noticias que mayor impacto ha tenido en el ámbito de mediciones de indicadores alternativos de progreso, es el reporte de la llamada también Comisión Stiglitz (Comisión sobre la Medición del Desempeño Económico y progreso Social) convocada en el año 2008 por Nicolás Sarkozy, presidente de Francia.

La publicación del reporte sobre la medición del desempeño económico y progreso social generó gran cantidad de comentarios (positivos y negativos) pero logró que varios gobernantes y académico tomaran en cuenta el tema de los indicadores de bienestar.

En términos de lo que se debe considerar para su medición, el reporte señala que el bienestar de la población requiere una definición multidimensional y los dominios clave identificados por esta comisión son:

1. Estándares de vida material (ingreso, consumo y riqueza).
2. Salud.
3. Educación.
4. Actividades personales, incluyendo la del trabajo.
5. Vos política y buen gobierno.
6. Conexiones y relaciones sociales.
7. Medioambiente.
8. Inseguridad, de naturaleza económica y física.

#### CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

Los elementos que integran el índice nacional de calidad de vida (INCAVI) para México consideran, en su mayoría, los dominios contemplados en la *Comisión Stiglitz*.

La construcción de un índice compuesto como el INCAVI tiene sus opiniones en contra. Algunos especialistas del tema argumentan que los elementos comprendidos dentro del concepto de calidad de vida son tan diversos que es un error conjuntarlos en un solo índice para medirla.

Todo índice posee un grado de subjetividad y la composición del mismo siempre estará sujeta a críticas. Tal vez su mayor aportación es la posibilidad de dar información para la toma de decisiones. Al evaluarse en intervalos regulares, permite señalar la dirección del cambio a través del tiempo y en el ámbito de la política pública (OECD and European Commission, 2008). La construcción del índice de calidad de vida para México fue realizada de acuerdo con las siguientes etapas:

- a. Conformación de un equipo de investigadores de la tarea.
- b. Realización de un seminario internacional de calidad de vida.
- c. Revisión de la literatura relevante.
- d. Discusión de los dominios a considerar dentro de la calidad de vida.
- e. Definición de las preguntas que integran cada dominio de calidad de vida.
- f. Aplicación de un cuestionario que sea a nivel nacional.
- g. Análisis de la información y generación de resultados.

El equipo a cargo de la coordinación de la construcción del índice fue el grupo de investigadores del Centro de Estudios sobre el Bienestar de la Universidad de Monterrey.

Producto del seminario fueron las ideas que sirvieron de base para la definición de los dominios de calidad de vida a integrar en el índice propuesto. Esta información fue complementada con una revisión de la literatura, principalmente, por Robert Cummins en Australia, el *Canadian Wellbeing Index*, el índice de *The Economist* y el creado por Mercer.

Los dominios de calidad de vida considerados en esta etapa fueron los siguientes:

- a. Salud.

- b. Economía.
- c. Educación.
- d. Seguridad.
- e. Buen gobierno.
- f. Vida comunitaria.
- g. Bienestar personal.

Para la composición de los índices, en cada dominio de vida se escogieron una serie de preguntas que representaran el nivel de cada uno de ellos. Es importante señalar que el enfoque que se usa en este artículo requiere de la validación de las personas para las cuales se construye el índice. Esta fase de la investigación aún no se lleva a cabo, de modo que los resultados deben interpretarse tomando en cuenta dicha situación. En la siguiente tabla se pueden observar los subdominios que integran cada dominio de calidad de vida.

**Tabla 21. Dominios del INCAVI y los subdominios correspondientes**

<b>Salud</b>	Estado de salud <ul style="list-style-type: none"> <li>· Veces que ha ido al doctor (en seis meses)</li> <li>· Servicio médico adecuado</li> </ul>
<b>Economía</b>	Si el dinero cubre necesidades básicas de alimentación <ul style="list-style-type: none"> <li>· Facilidad para conseguir casa habitación adecuada</li> <li>· Facilidad para conseguir trabajo adecuado</li> </ul>
<b>Educación</b>	Nivel académico de las escuelas <ul style="list-style-type: none"> <li>· Acceso a buena educación</li> <li>· Acceso a eventos culturales y deportivos</li> </ul>
<b>Seguridad</b>	Seguridad en la comunidad <ul style="list-style-type: none"> <li>· Víctima de la inseguridad</li> <li>· Capacidad de las autoridades para enfrentar la inseguridad</li> </ul>

#### CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

<b>Buen Gobierno</b>	Honestidad de los gobiernos <ul style="list-style-type: none"><li>· Eficiencia de los gobiernos</li><li>· Calidad de los servicios públicos</li></ul>
<b>Vida comunitaria</b>	Clima <ul style="list-style-type: none"><li>· Calidad del medio ambiente</li><li>· Facilidad para moverse alrededor de la ciudad</li></ul>
<b>Bienestar Personal</b>	Disponibilidad del tiempo libre <ul style="list-style-type: none"><li>· Percepción de su calidad de vida</li><li>· Deseo de pasar el resto de la vida en la comunidad</li><li>· Facilidad para convivir con familiares y amigos</li></ul>

Las ponderaciones otorgadas a cada subíndice son iguales, partiendo de la idea de que todavía es necesario definir si los dominios elegidos son los que la población considera más importantes en su calidad de vida. Por otro lado, el INCAVI fue construido con percepción de los ciudadanos, tratando de incluir algunas medidas objetivas, como: el número de veces que ha ido al doctor o cuántas ocasiones ha sido víctima de la inseguridad.

El cuestionario resultante fue aplicado del 17 al 20 de octubre del 2008 a una muestra nacional de 1200 personas. La población sujeta al estudio fueron ciudadanos en viviendas particulares de la República Mexicana y el muestreo se realizó de manera que se escogieron 120 secciones electorales: de cada una se tomaron dos manzanas; por manzana fueron cinco viviendas y en cada vivienda se consideró a una persona.

#### **4.2.2 Análisis de resultados**

En la siguiente tabla se presentan algunas estadísticas descriptivas de las variables utilizadas para la construcción del índice.

**Tabla 22. Estadísticas descriptivas**

	<b>Promedio</b>
<b>Dominio Salud</b>	
Percepción del estado de salud	8.03
Veces que ha ido al doctor en los últimos seis meses	0.87
Calidad de servicios médicos	7.24
<b>Dominio Económico</b>	
Si el dinero cubre necesidades básicas de alimentación	6.88
Facilidad para conseguir casa habitación adecuada	6.85
Facilidad para conseguir trabajo adecuado	5.66
<b>Dominio Educación</b>	
Nivel académico de las escuelas	7.24
Acceso a buena educación	7.00
Acceso a eventos culturales y deportivos	7.13
<b>Dominio Seguridad</b>	
Seguridad en la comunidad	7.38
Víctima de la inseguridad	0.64
Capacidad de las autoridades para enfrentar la inseguridad	6.40
<b>Dominio Buen gobierno</b>	
Honestidad del gobierno municipal	6.32
del federal	6.40
del estatal	6.49
Eficiencia del gobierno municipal	6.51
Eficiencia del gobierno federal	6.60

#### CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

del estatal	6.60
Calidad de los servicios públicos	7.21
<hr/>	
Dominio Vida comunitaria	
Clima	7.71
Calidad del medio ambiente	7.46
Calidad de los servicios no gubernamentales	7.54
Facilidad para moverse alrededor de la ciudad	7.62
<hr/>	
Dominio Bienestar personal	
Disponibilidad de tiempo libre	6.48
Percepción de su calidad de vida	7.54
Deseo de pasar el resto de la vida en la comunidad	7.57
Facilidad para convivir con familiares y amigos	7.82
<hr/>	

En la tabla anterior destaca el alto valor que los mexicanos le dan a la percepción de sus estados de salud (8.03 en una escala del 1 al 10), mientras que el aspecto que más bajo consideran es el relativo a la facilidad para conseguir un trabajo adecuado (5.66 puntos de 10 posibles). Los elementos de la vida cotidiana y del bienestar personal alcanzan calificaciones relativamente altas, con excepción de la disponibilidad del tiempo libre.

En la tabla siguiente se presenta el valor INCAVI para México, los subíndices del mismo y una comparación en términos de tamaño de la comunidad.

**Tabla 23. Valor del INCAVI para México**

Tam.pob.	INCAVI	Sal.	Eco.	Educ.	Seg.	Gob.	Com.	Bien.
Pob.1	7.48	7.88	6.51	7.23	8.06	7.16	7.78	7.71
Pob.2	7.16	7.81	6.19	7.01	7.50	6.64	7.66	7.27
Pob.3	6.98	7.76	6.23	7.10	6.96	6.47	7.26	7.06
Pob.4	7.25	7.89	6.81	7.17	7.37	6.64	7.52	7.34
<b>Total</b>	<b>7.23</b>	<b>7.84</b>	<b>6.46</b>	<b>7.12</b>	<b>7.50</b>	<b>6.73</b>	<b>7.58</b>	<b>7.35</b>

Si se desean consultar las abreviaturas, ir al anexo 7.

El valor encontrado del INCAVI para México es de 7.23.

El INCAVI de mayor magnitud es para las comunidades muy pequeñas (de menos de 1500 personas) con un valor de 7.48. Le sigue el resultado obtenido para las comunidades grandes (de más de 100 mil personas) con un valor de 7.25. Luego las poblaciones pequeñas (de 1500 a 15 mil personas) con 7.16. Y, al final, las medianas (de 15 mil a 100 mil personas) con un nivel de 6.98.

Se pueden observar algunos resultados interesantes. Por ejemplo, el índice de salud es muy uniforme entre todos los tamaños de la población, pero en el económico, las poblaciones grandes tienen un nivel muy superior (6.81) al promedio general obtenido en este subíndice. Por otro lado, las comunidades pequeñas presentan una ventaja considerable, en seguridad, bienestar personal y buen gobierno.

En la tabla siguiente se muestran las comparaciones resultantes de considerar la clase social de los encuestados. Esta clasificación se realizó con base en la percepción de éstos buscando captar las condiciones objetivas observadas, que en teoría, no siempre coinciden con los ingresos declarados por las personas encuestadas.

**Tabla 24. Clase social de los encuestados**

Clase soc.	INCAVI	Sal.	Eco.	Edu.	Seg.	Gob.	Com.	Bien
Baja	7.12	7.77	6.18	7.00	7.46	6.57	7.60	7.27
Media baja	7.34	7.83	6.60	7.18	7.71	6.97	7.59	7.48
Media	7.18	7.89	6.55	7.10	7.35	6.58	7.51	7.30
Media alta	7.31	8.03	6.79	7.38	7.26	6.79	7.64	7.26
Alta	7.09	8.42	6.46	7.58	6.25	5.60	8.03	7.28

Bajo dicho criterio de clasificación, la clase media baja es la que registra un INCAVI superior. Sorprendentemente, la clase alta presenta el menor nivel (7.09). En los índices de educación y salud, así como en el comunitario, el nivel social alto tiene resultados superiores al promedio. Por otro lado, en términos de seguridad y buen gobierno, la clase social alta obtiene valores muy por debajo de la media.

La tabla anterior se puede comparar con la siguiente (25) ya que corresponde al análisis de niveles de ingreso de la población. Donde salta a la vista que los grupos con mejores índices son los de los niveles más altos (mayores de 8450 pesos mensuales) y los de los más bajos (menores de 2400) con un valor similar al índice de calidad de vida de 7.40.

**Tabla 25. Análisis correspondiente a los niveles de ingreso**

Niv.Ing.	INCAVI	Sal.	Eco.	Edu.	Seg.	Gob.	Com.	Bien
1-2	7.40	7.71	6.21	7.00	7.90	6.86	7.62	7.38
3-4	7.17	7.77	6.43	7.03	7.36	6.73	7.49	7.36
5-6	7.20	7.94	6.63	7.12	7.26	6.46	7.58	7.42
7-	7.40	8.14	6.81	7.52	7.32	6.78	7.70	7.24

Se pueden comparar las dos tablas anteriores, observando que, en el análisis correspondiente a los niveles de ingreso, las personas con menor ingreso presentan un índice de calidad de vida mayor que al registrado en la tabla donde se analiza por



#### CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

clases sociales (7.40 y 7.12 respectivamente). Para los que presentan un nivel de ingreso mayor, en la tabla 25 se observa un alto índice de calidad de vida, mientras que en la tabla 24, la clase alta no presenta el INCAVI más alto. En el resto de los dominios se pueden ver más diferencias tanto en las clases sociales como en los niveles de ingreso.

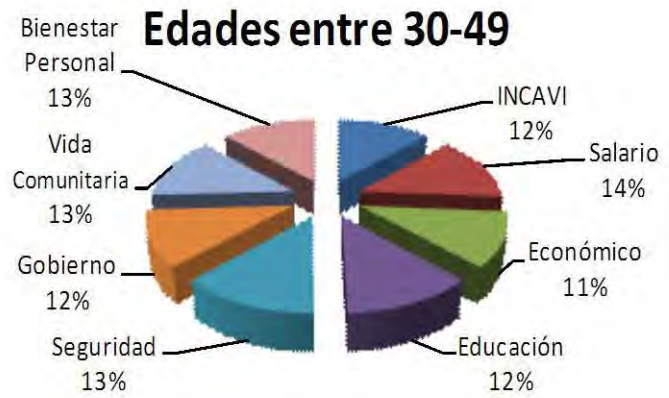
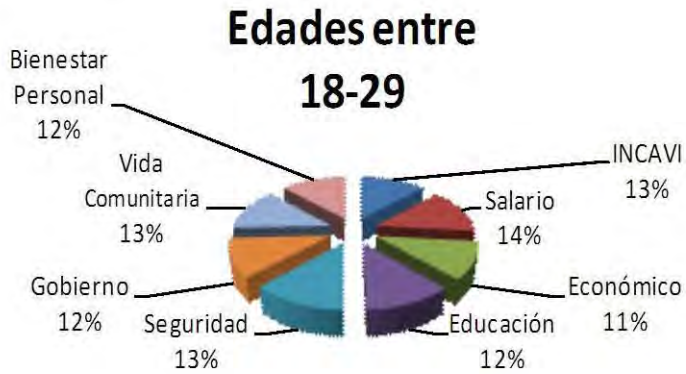
En la tabla 26 se muestran las comparaciones en relación con el género de la población.

**Tabla 26. Comparaciones en relación con el género de la población**

Sexo	INCAVI	Sal.	Eco.	Edu.	Seg.	Gob.	Com.	Bien
Hombres	7.26	7.93	6.48	7.14	7.48	6.76	7.65	7.39
Mujeres	7.19	7.76	6.45	7.10	7.51	6.69	7.52	7.32

Tanto en el índice general como en todos los subíndices, los hombres parecen tener mejores resultados que las mujeres, con excepción del índice de seguridad, donde las éstas presentan una ligera ventaja.

Con referencia a la edad, el grupo mayor (de más de 50 años) es el que presenta un menor índice general (7.12).



CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

En el grupo de mayor a 50 años de edad, se registra un mejor resultado en educación y bienestar personal, que el promedio. Los más jóvenes (18-29) y de edad intermedia (30-49) presentan un índice general muy similar, igual que en los subíndices económico, seguridad y gobierno.

En la tabla 27 se presentan las diferencias respecto al estado civil.

**Tabla 27. Relación con el estado civil de las personas**

<b>Edo. civil</b>	<b>INC AVI</b>	<b>Sal.</b>	<b>Eco.</b>	<b>Educ.</b>	<b>Seg.</b>	<b>Gob.</b>	<b>Com.</b>	<b>Bien</b>
<b>Nunca casado</b>	7.27	8.19	6.57	6.90	7.46	6.70	7.70	7.39
<b>Casado</b>	7.28	7.81	6.50	7.22	7.57	6.81	7.62	7.42
<b>Divorciado</b>	7.19	7.60	6.70	7.28	7.44	6.78	7.51	7.01
<b>Viudo</b>	6.67	7.16	6.12	6.64	6.54	6.10	6.92	7.20
<b>Vive c/pareja</b>	7.05	7.83	5.86	6.87	7.61	6.58	7.45	7.14
<b>Separado</b>	6.69	8.13	6.73	6.86	7.05	6.01	7.38	6.58

Notablemente quienes presentan un menor índice general son aquellos que han quedado viudos o los que viven separados. Con un valor por debajo del promedio se encuentran los que viven con pareja sin casarse y quienes se han divorciados. Mientras que los que presentan los valores más altos son aquellos que nunca se han casados.

En la tabla 28 se presenta un análisis del índice de calidad de vida para los diferentes grupos de personas, divididas en términos de su nivel de educación.

**Tabla 28. Relación con el nivel de educación**

<b>Niv. Est.</b>	<b>INCAVI</b>	<b>Sal.</b>	<b>Eco.</b>	<b>Educ.</b>	<b>Seg.</b>	<b>Gob.</b>	<b>Com.</b>	<b>Bien</b>
<b>sin estudios</b>	7.26	7.85	5.57	7.30	7.66	7.01	7.81	7.43
<b>primaria</b>	7.22	7.68	6.28	7.08	7.64	6.72	7.66	7.51
<b>secundaria</b>	7.19	7.79	6.44	7.05	7.56	6.73	7.50	7.23
<b>prep. y tec.</b>	7.21	7.90	6.66	7.09	7.29	6.65	7.55	7.32
<b>lic. y posg.</b>	7.38	8.21	6.74	7.43	7.49	6.77	7.63	7.41

Se observa que quienes registran el más bajo índice son aquellos con nivel de estudios de secundaria, seguido por los que tienen terminada preparatoria o carrera técnica. Causa sorpresa que aquellos que no cuentan con estudios se ubican por arriba del promedio. Los que obtienen el valor más alto son aquellos que han alcanzado una licenciatura o posgrado.

### **Comentarios**

Los indicadores de progreso son necesarios para corroborar si una sociedad se mueve en dirección correcta o no. Las medidas típicas de crecimiento como el PIB o el índice de desarrollo humano, ya no satisfacen la necesidad de constatar los avances en el bienestar social, ya que, como se pudo notar en esta investigación, no es estrictamente proporcional que, cuando se incrementa el ingreso o el PIB, el índice de calidad de vida o de bienestar también crece.

### **4.3 EJEMPLO 3. La medición de la calidad de vida en Europa**

El estudio de la calidad de vida en la Unión Europea (UE) ha cobrado un especial interés en la segunda mitad de los años ochenta y en la década de los noventa ante la necesidad por parte de los políticos de disponer de una información de calidad que resulte útil en la toma de decisiones políticas y en su valoración.

El objetivo de este artículo es analizar la calidad de vida de los ciudadanos de la Unión Europea reflexionando sobre si existen diferencias al emplear o no información de tipo subjetiva. El concepto a investigar es descompuesto en diversas dimensiones, que así mismo están integradas por indicadores sociales, de forma que la calidad de vida, se obtiene como una combinación de la información de estos indicadores. Este estudio propone utilizar la medida de distancia  $DP_2$  (ver anexo 3) como método para construir indicadores sintéticos.

La reciente ampliación de la UE los sitúa en un marco geográfico en la que las diferencias en las condiciones de vida y las tradiciones culturales son más acusadas que nunca y la diversidad cultural hace que la cohesión social sea una de las principales prioridades. Existirán profundas diferencias entre los países tradicionales de la Europa de los 15 (EU15) y los Nuevos Estados Miembros (NEM)<sup>21</sup>.

Los objetivos de esta investigación son:

- El análisis de la calidad de vida en Europa a partir de una amplia batería de indicadores para un total de 24<sup>22</sup> países de la UE. Para ello se empleó información tanto objetiva como subjetiva, con el fin de ofrecer una visión lo más completa posible del concepto de calidad de vida, a dicho indicador se le denominó ISCVo+s.
- El estudio del papel de la información subjetiva en este análisis. Para lo cual se suprimió de la batería de indicadores todos aquellos que tuvieran que ver con las valoraciones o percepciones de los individuos respecto a su calidad de

---

<sup>21</sup> EU15 (Bélgica, Dinamarca, España, Austria, Alemania, Irlanda, Portugal, Finlandia, Francia, Reino Unido, Suecia, Italia, Holanda, Luxemburgo, Grecia).

NEM (Rep. Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Eslovaquia, Eslovenia, Chipre).

<sup>22</sup> El análisis se realizó para 24 del total de países (25) quitando a Chipre dada la falta de cobertura para gran parte de los indicadores empleados en el estudio.

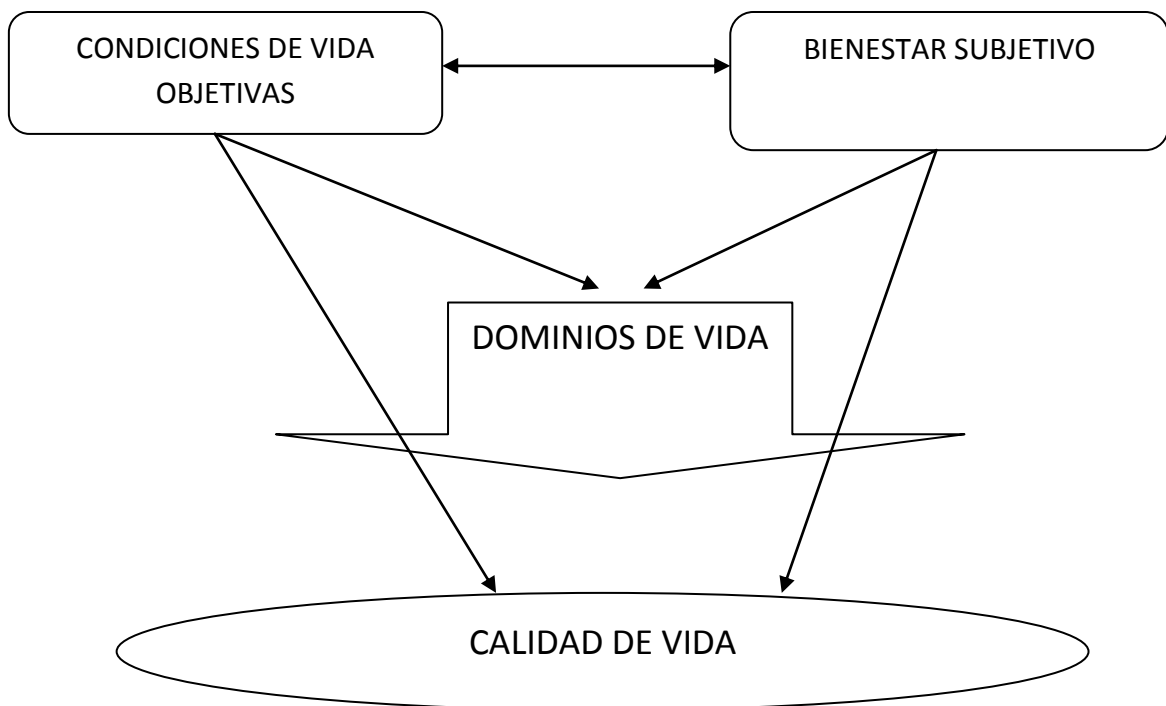
vida. Al suprimir la información de este tipo, se permitirá determinar el papel que juega la información subjetiva en el análisis de la calidad de vida. A este segundo indicador se le denominó ISCVo.

Se presentará un modelo conceptual a partir del cual se estudiará la calidad de vida de los ciudadanos de la UE, analizando el papel de la información subjetiva en los resultados obtenidos. Después se aplicará el método de la distancia  $DP_2$  a la obtención de indicadores sintéticos de la calidad de vida con información objetiva y subjetiva.

#### 4.3.1 Modelo conceptual de la calidad de vida

El siguiente modelo es el pilar de este estudio para la clasificación de los indicadores.

**Figura 1. Modelo conceptual de calidad de vida**



El modelo conceptual que se propone posee dos componentes diferenciadas:

## CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

- Condiciones objetivas: Un conjunto de indicadores de tipo objetivo que reflejen las restricciones bajo las cuales el individuo desarrolla su vida.
- Bienestar subjetivo: Una segunda colección de indicadores que intenta captar lo que se conoce como bienestar subjetivo, que recoge las actitudes, valores y percepciones que el individuo tiene sobre las diferentes parcelas que integran su vida.

Sobre este marco conceptual se pretendió trabajar por medio de un conjunto de 10 dominios, que abarcan todos los ámbitos de la vida humana.

1. Salud
2. Renta
3. Empleo
4. Seguridad
5. Educación
6. Vivienda y medio ambiente
7. Familia
8. Vida social
9. Política
10. Ocio-tiempo libre

Al momento de la elaboración del sistema se recurrió a un gran número de fuentes estadísticas.

### **4.3.2 Metodología**

Las medidas de distancia, en general constituyen una alternativa muy habitual en el diseño de indicadores sintéticos. Como medida representativa de este grupo se seleccionó el índice  $DP_2$  (ver anexo 3) ya que verifica una serie de propiedades muy interesantes.

El indicador  $DP_2$  devolverá las distancias de cada país respecto a uno teórico que se toma como referencia, que en este caso es el que alcanza los mejores valores de las

variables, por ello, un valor más elevado de la medida de la distancia estará indicando que se está más alejado de ese valor máximo de calidad de vida.

A partir de la medida anterior se procede a calcular la  $DP_2$  por componentes (dominios) y con estos nuevos indicadores resultantes se calcula un indicador sintético total. Esto permite obtener información detallada por componentes.

La lógica de esta forma de proceder es la siguiente: si el objetivo a buscar se descompone en varias dimensiones (salud, educación, etc.) y se dispone de una medida adecuada para cada dominio, el indicador sintético puede obtenerse al aplicar la metodología al conjunto de medidas de cada dominio, a este proceso se le denomina  $DP_2$  por etapas.

Para el cálculo de la  $DP_2$  por etapas crearon, en Matlab, una función para esto, que para una matriz de datos  $X$  que contiene  $n$  variables y  $m$  unidades geográficas proporciona el indicador de distancia para los diferentes países. Asimismo devuelve los factores correctores y los coeficientes de correlación de cada variable con la  $DP_2$  obtenida en la iteración anterior a alcanzar la convergencia.

#### **4.3.3 Análisis de los indicadores ISCVo+s e ISCVo**

Como se señaló anteriormente el ISCVo+s incluye tanto información objetiva como subjetiva mientras el ISCVo incluye solo información objetiva.

En el cuadro siguiente, se recoge el resultado del indicador ISCVo+s. en la segunda columna aparece información del valor numérico de la  $DP_2$  por etapas y en la siguiente columna la posición del ranking de los diferentes países. Con el objetivo de facilitar el análisis, se ha agrupado a los países a los que se denotó con letras de la A-D, ordenados en función de los cuartiles del valor del indicador, tal y como se recoge en la quinta columna, donde en la región A son los que obtienen un mejor resultado en el ISCVo+s, mientras que los ubicado en la región D son los que obtienen el peor.



CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

**Tabla 29. ISCVo+s**

País	ISCVo+s	Ranking	Año de ingreso	Regiones mapa	Valores estandarizados
<b>Dinamarca</b>	3.962	1	1995	A	0.000
<b>Suecia</b>	4.080	2	1995	A	0.010
<b>Irlanda</b>	5.124	3	1973	A	0.095
<b>Malta</b>	5.629	4	2004	A	0.137
<b>Holanda</b>	6.444	5	1957	A	0.204
<b>Luxemburgo</b>	6.552	6	1957	A	0.213
<b>Finlandia</b>	6.895	7	1995	B	0.241
<b>Austria</b>	7.380	8	1995	B	0.281
<b>Reino Unido</b>	7.697	9	1973	B	0.307
<b>España</b>	7.973	10	1986	B	0.329
<b>Bélgica</b>	8.678	11	1957	B	0.387
<b>Eslovenia</b>	8.701	12	2004	B	0.389
<b>Francia</b>	9.295	13	1957	C	0.438
<b>Italia</b>	9.573	14	1957	C	0.461
<b>Alemania</b>	9.643	15	1957	C	0.467
<b>Portugal</b>	11.216	16	1986	C	0.596
<b>Grecia</b>	11.890	17	1981	C	0.651
<b>Eslovaquia</b>	12.060	18	2004	C	0.665
<b>Rep. Checa</b>	12.095	19	2004	D	0.668
<b>Polonia</b>	12.388	20	2004	D	0.692
<b>Hungría</b>	12.916	21	2004	D	0.736
<b>Estonia</b>	14.996	22	2004	D	0.906
<b>Letonia</b>	15.675	23	2004	D	0.962
<b>Lituania</b>	16.135	24	2004	D	1.000
<b>EU24</b>	9.320				0.440
<b>EU15</b>	8.689				0.388

CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

La última columna recoge los valores estandarizados del indicador que estarán comprendidos entre 0 y 1. Para su determinación se utilizó la siguiente fórmula:

$$X_{est} = \frac{X - \min}{\max - \min}$$

Este valor estandarizado valdrá 1 cuando el indicador tome el máximo valor y 0 cuando tome el valor mínimo. Por lo que los valores más próximos a cero indicarán una mayor proximidad al objetivo de alcanzar el máximo valor de calidad de vida.

A continuación se presenta un cuadro con la estructura del indicador sintético por componentes:

**Tabla 30. Estructura del ISCVo+s**

$(1 - R^2) *$	ISCVo+s	$ \gamma ^{**}$
1	Familia	0.8696
0.4381	Felicidad	0.8342
0.3931	Política	0.8185
0.3126	Renta	0.7438
0.2694	Empleo	0.7285
0.5027	Ocio	0.7264
0.5482	Vivienda	0.5534
0.2139	Vida social	0.5309
0.6513	Seguridad	0.509
0.3644	Educación	0.4238
0.404	Salud	0.28

Fuente: Noelia Somarriba, Estudios de economía aplicada, 2009.

\* se encuentran definidos en el anexo 3.

\*\* se explica en el anexo 3.

En este análisis en concreto son familia, felicidad y política por encima de la tradicional componente renta. La quinta posición de este indicador sintético la ocupa el empleo, al

que le sigue el ocio que retiene un volumen importante de información del 50% una vez eliminado el efecto de las variables ya incluidas.

#### 4.3.4 El papel de los indicadores subjetivos

Para estudiar el papel que juega la información subjetiva en la medición del concepto de calidad de vida, se realizó un comparativo con los resultados anteriores y los obtenidos para el ISCVo.

En general, al suprimir la información subjetiva del indicador, se muestra un escenario similar, pero con algunas diferencias. Los cambios más fuertes en el ranking los presentan: Bélgica que gana 4 posiciones, España que pierde 5 posiciones y Eslovaquia gana 5.

Países Nórdicos como Finlandia y Suecia, al suprimir la información subjetiva ven empeorada su situación, lo mismo ocurre con los del sur de Europa como son España, Grecia y Portugal.

**Tabla 31. ISCVo**

País	ISCVo	Ranking	Ranking diferencia subjetiva	Regiones mapa	Valores estandarizados
Irlanda	5.69	1	2	A	0.00
Malta	7.26	2	1	A	0.16
Suecia	7.26	3	0	A	0.16
Dinamarca	7.49	4	-3	A	0.19
Luxemburgo	7.89	5	1	A	0.23
Holanda	8.82	6	-1	A	0.33
Bélgica	9.10	7	4	B	0.36
Reino Unido	9.43	8	1	B	0.39
Austria	9.53	9	-1	B	0.40
Finlandia	9.66	10	-3	B	0.41

CAPÍTULO 4. Ejemplos sobre la medición de la calidad de vida

Italia	9.72	11	3	B	0.42
Eslovenia	11.05	12	0	B	0.56
Eslovaquia	11.21	13	5	C	0.58
Francia	11.34	14	-1	C	0.50
España	11.40	15	-5	C	0.59
Alemania	11.83	16	-1	C	0.64
Portugal	12.97	17	-1	C	0.76
Rep. Checa	13.51	18	1	C	0.82
Hungría	14.08	19	2	D	0.87
Grecia	14.32	20	-3	D	0.90
Lituania	14.34	21	3	D	0.90
Polonia	14.57	22	-2	D	0.93
Letonia	15.20	23	0	D	0.99
Estonia	15.28	24	-2	D	1.00
EU15	10.60				0.51
UE24	10.62				0.51

Fuente: Noelia Somarriba, Estudios de economía aplicada, 2009.

En cuanto a la estructura del indicador sintético, presenta ciertas similitudes con el ISCVo+s. De nuevo la variable más importante en acceder al indicador es la componente familia y los dos últimos son educación y salud.

**Tabla 32. Estructura del ISCVo**

$(1 - R^2)$	ISCVo+s	$ \gamma $
1	Familia	0.7229
0.7229	Renta	0.7201
0.3804	Vivienda	0.6827
0.5357	Vida social	0.6527
0.5246	Empleo	0.6329
0.6041	Política	0.5132
0.5437	Seguridad	0.5091
0.3633	Ocio	0.4978
0.6093	Educación	0.2587
0.2641	Salud	0.1769

Fuente: Noelia Somarriba, Estudios de economía aplicada, 2009.

Una de las principales diferencias en la estructura de ambos indicadores sintéticos, es el papel que juega la componente renta, ya que al suprimir la información subjetiva pasa a ocupar la segunda posición, reteniendo en este caso un volumen importante de información de 72% una vez eliminado el efecto de la variable familia ya incorporada al indicador.

En términos generales, al suprimir la información subjetiva el coeficiente de correlación lineal Pearson presenta un valor elevado de 0.91 igual que el de correlación de rangos de Spearman que toma en este caso un valor de 0.94. Se calcularon esas correlaciones atendiendo a los grupos de países constituidos por EU15 y nuevos estados miembro (NEM), se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 33. Correlaciones por grupos de países**

	Coeficiente de correlación de Pearson entre ISCVo e ISCVo+s	Coeficiente de correlación de Spearman entre ISCVo e ISCVo+s
EU15	0.9	0.911
NEM	0.91	0.85

**Comentarios**

Se observó cierta relación entre el año de acceso de los países a la UE y su nivel de calidad de vida, lo que puede hacer pensar que los países de la UE de los 15 tienen en general niveles de calidad de vida más elevados que los NEM.

En general los países nórdicos obtienen mejores resultados que los países del sur de Europa.

En presencia de información subjetiva se aprecia un empeoramiento de los resultados de los indicadores al ampliar el conjunto de países estudiados de la tradicional EU15 a la Europa ampliada con un total de 24 países.



## CONCLUSIONES

Calidad de vida es un concepto multidisciplinario y multidimensional que requiere ser evaluado objetiva y subjetivamente. Desde estos puntos de vista, es necesario utilizar instrumentos, adicionales a los existentes, más confiables, más fidedignos, críticos, profundos, que revelen la percepción que tienen las personas de su vida, así como los indicadores objetivos que expliquen un poco la situación material de los individuos.

El uso de términos como *bienestar*, *felicidad* o *satisfacción* han dificultado hacer una aproximación teórica unificada al estudio de la calidad de vida, ya que el bienestar lo miden a través de estos juicios, y éstos se alude como componentes de la calidad de vida. Por esta razón existen diversos indicadores que pueden llegar a utilizar aspectos tanto como objetivos y subjetivos.

En México existen diversos indicadores que muestran resultados sobre las carencias o logros que tiene las personas, al responder la pregunta “¿Qué es vivir bien?”, pero desde un punto de vista objetivo. Esto por la idea de que, si en una familia existe un ingreso mayor, entonces, su nivel de vida o satisfacción con ésta, es mucho más alto.

Por esta razón, los índices desarrollados en el capítulo 2, muestran en su mayoría, dimensiones y variables objetivas.

Un primer resultado importante es notar que, el estudio realizado por Mariano Rojas, en México, sobre la relación que existe entre el ingreso de las personas y qué tan felices se consideran, muestra la relación positiva entre dichas variables, sin embargo, existen casos en los que ésta no es estrictamente proporcional, por ejemplo; hay personas que se encuentran en un nivel de ingreso bajo y reportan ser muy felices. De igual manera hay personas con ingreso alto que reportan ser no felices o algo felices.

Uno de los problemas principales, entre los indicadores, es la objetividad contra la subjetividad, ya que resulta bastante complicado medir los sentimientos, percepciones, actitudes, etc. de las personas. Sin embargo, existe una medida global a escala individual que engloba dominios tanto objetivos como subjetivos.



En el primer ejemplo desarrollado en este trabajo, se tomaron en cuenta algunos indicadores y el bienestar subjetivo, de esta manera se propuso un nuevo criterio de medición, ya que la relación estrecha entre indicadores de ingreso y bienestar no ha sido corroborada empíricamente.

Al tomar en cuenta el bienestar subjetivo en este primer ejemplo, necesariamente se consideró lo declarado por la persona, sin que el investigador asumiera nada.

La pregunta usada fue, tomando todo en cuenta en su vida, “¿Qué tan feliz es?”.

Un primer resultado fue notar que no existe una relación muy estrecha entre el bienestar subjetivo de los encuestados y su ingreso, ya que el 89.2% de las personas de la muestra están en las categorías de *bastante*, *muy* y *extremadamente feliz*, y de acuerdo con los estándares objetivos el 53% de las personas son consideradas pobres, lo que lleva a pensar que las personas consideradas pobres no son necesariamente infelices.

Con este primer resultado, se puede afirmar que, en un estudio sobre bienestar subjetivo, los indicadores objetivos, pueden ser útiles pero no determinantes, ya que se pueden encontrar personas de alto ingreso que se declaran *no felices*, o personas con un bajo ingreso que se declaran *muy felices*.

Después de haber definido los dominios de vida, un resultado importante es, que, para los mexicanos, la familia es bastante importante ya que presenta uno de los más altos promedios de bienestar, por encima del promedio general de bienestar subjetivo. Sin embargo, es importante contemplar que los indicadores objetivos tienen una capacidad muy limitada para explicar el bienestar, ya que éste depende de la situación de muchos dominios de vida.

Para el segundo ejemplo<sup>23</sup> desarrollado en este trabajo, también se construyó un índice (INCAVI) tomando en cuenta la percepción de bienestar de las personas, intentando destacar la importancia de utilizar indicadores objetivos y subjetivos éstas.

Uno de los principales resultados que arrojó dicho estudio es la percepción del estado de salud de las personas, ya que le dan un alto valor a este dominio, mientras que el

---

<sup>23</sup> La muestra fue de 1200 personas, a nivel nacional.

valor más bajo, es el relativo a la facilidad para conseguir un trabajo adecuado. Este tipo de resultado está directamente relacionado con la participación del gobierno en materia de empleo, ya que es conocido por todos, que el nivel de éste no es satisfactorio o suficiente para todos.

Durante el desarrollo de éste índice nacional de calidad de vida, también se observó la relación que existe entre la clase social de los encuestados y el INCAVI que registran. En esta muestra, sorprende notar que la que se clasificó como *clase social alta* fue la que tuvo el INCAVI más bajo, mientras que el más alto INCAVI lo registran las personas de la denominada *clase social media baja*.

Al compara el resultado anterior con el INCAV registrado, ahora para el nivel de ingreso, se pueden notar las grandes diferencias. Para las personas que tienen un ingreso mayor a 8450 pesos mensuales, que se colocan en los niveles más altos, se declara un INCAVI de 7.40, el cual es mayor que el registrado en la clasificación por clases sociales, ya que en la tabla 24 se observó como las personas de clase alta, registran el INCAVI más bajo de todas las clases sociales. La diferencia entre estos índices puede deberse a la percepción que tienen los encuestados, ya que la clasificación de las clases sociales se hizo justamente tomando en cuenta la percepción de las personas e intentando captar las condiciones objetivas observadas, pero éstas no siempre coinciden. Contrario a lo que se pudiera imaginar, las personas con ingreso alto, no son necesariamente las más satisfechas o felices con su vida.

En cuanto al género, se registra un INCAVI ligeramente mayor para las mujeres, en comparación con el ejemplo 1, donde éstas tenía un mayor índice de bienestar. En los subíndices restantes del ejemplo 2, se muestran por encima los hombres, excepto en el subíndice de seguridad, donde las mujeres están ligeramente por encima de los hombres.

En lo referente al estado civil de las personas que intervinieron en la muestra, en el ejemplo 2, las personas casadas son las que presentan un INCAVI mayor, esto puede deberse a la idea de que se es “más feliz” cuando se comparte la vida con otra persona.

En el nivel de educación, la diferencia notable es que en el ejemplo 2, los encuestados que registraron un INCAVI menor, son las que tienen sólo la secundaria, a diferencia del ejemplo 1, donde las personas con un promedio menor, son las que no tienen estudios. El resultado en común fue el registrado por los que tienen licenciatura y posgrado, que arrojaron niveles de bienestar más altos. Éste podría considerarse como un contraejemplo a la idea de que entre más ignorante se es, la felicidad aumenta.

Con respecto a las edades, se clasificaron en tres grupos de edades (18-29, 30-49, >50), los que registraron un mayor índice de educación y de bienestar, fueron las personas que pertenecen al grupo de más de 50 años de edad. Mientras que en el ejemplo 1, el índice de bienestar más alto lo registraron las personas entre 18 y 29 años de edad. Y conforme se incrementaba la edad, el índice promedio de bienestar disminuía. La diferencia de resultados, puede ser un tema a discusión ya que no se pueden obviar las razones por las cuales los adultos mayores presentan un nivel de bienestar más alto en el segundo estudio.

Por muchos años la medición se ha centrado en los aspectos materiales de bienestar de los individuos y se ha dejado de lado el bienestar subjetivo. Al medir y monitorear un índice donde se incluyen aspectos de tipo subjetivo, se permite marcar tendencias y áreas de oportunidad a nivel nacional al mostrar la percepción de los mexicanos en los diferentes subdominios del índice. Al medir por zonas geográficas, es posible identificar los aspectos más relevantes y así enfocar la asignación de recursos necesarios para poder subsanar las carencias de cada región.

En el ejemplo 3, se desarrolló un indicador para medir la calidad de vida en la Unión Europea, se encontró diferencia al emplear información de tipo subjetiva y al omitirla.

Los resultados arrojados después de haber establecido los diferentes dominios (componentes) fueron que, la variable más importante es la componente familia, resultado que es similar al de México. Mientras que la última posición la ocupa la componente salud.

Al suprimir la información subjetiva, se obtuvieron resultados similares, con pequeñas diferencias.

En el caso de la clasificación por dominios, la componente familia sigue siendo la más importante para los países. Mientras que, la componente renta cambia a la segunda posición, y salud sigue siendo la última componente.

Resulta complicado comparar los índices registrados por la Unión Europea con los arrojados por México, ya que existe una gran diferencia en las magnitudes del estudio, es decir, para México, se hizo el estudio para algunas zonas del país, mientras que para la Unión Europea, se habla de países enteros.

Sin embargo, el concepto “calidad de vida” es un tema que compete a todos los países del todo el mundo, y el objetivo de estudio no puede ser otro más que, el aumento de los años de vida, y por supuesto, mejorar la calidad de éstos. Algunos elementos importantes para esto es la experiencia propia del sujeto, la participación del propio individuo en el control de su propia vida y de su estado de salud.

Existieron varias dificultades a lo largo de esta investigación, debido a la gran cantidad de información relacionada con el tema y a la complejidad del concepto. La polémica desarrollada alrededor de esto es tal, que es difícil incluso, tratar de dar conclusiones concretas sobre los resultados revisados a lo largo del trabajo.

Es un tema de interés común a nivel mundial, y el acuerdo que puede asegurarse a este nivel, es la dificultad de estudiar todo lo relacionado con la calidad de vida. Aunque se considera, en general, un concepto directamente vinculado con el bienestar, no deben dejarse de lado todos los factores influyentes en la vida de los seres humanos, así como la situación real que presentan cada uno de ellos.

Lo que resulta claro, es la necesidad de implementar algunas medidas de carácter político, ya que el tener o no, una buena calidad de vida, también depende de los gobernantes y del interés que éstos tengan en mejorar el bienestar del pueblo.

Lo que se busca es “No agregar años a la vida sino vida a los años”.



## ANEXOS

### **1. Técnica de componentes principales**

Un problema central en el análisis de datos multivariantes es la reducción de la dimensionalidad: si es posible describir con precisión los valores de  $p$  variables por un pequeño subconjunto  $r < p$  de ellas, se habrá reducido la dimensión del problema a costa de una pequeña pérdida de información.

El análisis de componentes principales tiene este objetivo: dadas  $n$  observaciones de  $p$  variables, se analiza si es posible representar adecuadamente esta información con un número menor de variables construidas como combinaciones lineales de las originales. Por ejemplo, con variables con alta dependencia es frecuente que un pequeño número de nuevas variables (menos del 20 por 100 de las originales) expliquen la mayor parte (más del 80 por 100 de la variabilidad original).

La técnica de componentes principales es debida a Hotelling (1933), aunque sus orígenes se encuentran en los ajustes ortogonales por mínimos cuadrados introducidos por K. Pearson (1901). Su utilidad es doble:

1. Permite representar óptimamente en un espacio de dimensión pequeñas observaciones de un espacio general  $p$ -dimensional. En este sentido, componentes principales es el primer paso para identificar las posibles variables *latentes*, o no observadas que generan los datos.
2. Permite transformar las variables originales, en general correladas, en nuevas incorreladas, facilitando la interpretación de los datos.

## **2. Indicadores sociales**

A lo largo de los años 60 del siglo pasado se desencadenó una gran revolución silenciosa que muchos autores denominaron el movimiento de los indicadores sociales. Se atribuye el origen de esta revolución a la obra *Social Indicators* editada por Bauer (ed., 1966), que, sin ser la primera que utilizó el concepto, tuvo un gran impacto científico, social y político (Casas, 1989).

Bauer definió los indicadores sociales como “medidas u otras formas de evidencia que nos permiten evaluar dónde estamos y a dónde vamos en relación con nuestros valores y objetivos sociales, así como valorar programas específicos de actuación social y su impacto”.

Esta definición conlleva muchas implicaciones:

- Los indicadores sociales nacen como nuevos instrumentos para evaluar el cambio social y, por tanto, al servicio de la toma de decisiones políticas para mejorar las condiciones de vida de una sociedad.
- Los indicadores sociales nacen en el seno de un debate en el que se defiende que las mediciones subjetivas de determinadas realidades sociales pueden ser tan útiles como las objetivas para la toma de decisiones.
- Los indicadores sociales nacen a la vez que la evaluación de programas, y coinciden con la aparición del concepto de calidad de vida. Esta emergencia conjunta de nuevos intereses científicos será atribuida por Inglehart (1977; 1990) a la situación contextual: el paso de la preponderancia de los valores materiales a la preponderancia de los valores post-materiales en las sociedades industriales avanzadas.
- Los indicadores adecuadamente seleccionados pueden resultar útiles para la evaluación de los resultados de programas sociales de intervención, así como para la evaluación de impactos sociales.
- Por definición, la evaluación de la calidad de vida conlleva la medición articulada de aspectos materiales y no materiales de la vida de conjuntos de

población. Plantea una ampliación de los datos necesarios para evaluar realidades sociales complejas; en ningún caso se plantea que los datos objetivos sean sustituidos por datos subjetivos. A finales de los años 70 cuajó la propuesta de definir las condiciones no-materiales (o psicosociales) de vida como percepciones, evaluaciones y aspiraciones de las personas (Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

- Los indicadores sociales son instrumentos epistemológicos (Casas, 1989) útiles para describir situaciones sociales (por definición, complejas) y para comparar: a) la situación de un mismo entorno social en dos momentos diferentes del tiempo (p.ej.: antes y después de una intervención política); b) la situación de entornos distintos, pero equiparables, en un mismo momento del tiempo (por ejemplo, varios países entre sí).

Sistema de Indicadores propuestos por el Inventario de Operaciones Estadísticas (IOÉ)

1. Índice sintético de renta y patrimonio.
2. Índice sintético de empleo.
3. Índice sintético de salud.
4. Índice sintético de educación.
5. Índice sintético de vivienda.
6. Índice sintético protección social.
7. Índice sintético de seguridad y justicia.
8. Índice sintético de medio ambiente.
9. Índice sintético de participación ciudadana.
10. Índice sintético de relaciones internacionales.
11. Índice sintético de igualdad de género.



### 3. Índice $DP_2$

Este indicador presenta como ventaja que resuelve un gran número de problemas: agregación de variables expresadas en distintas medidas, ponderación arbitraria y duplicidad de información. Estos problemas se solucionan a partir de este método de distancia, ya que el orden de entrada de los indicadores parciales, que condicionará el peso relativo de cada variable, se determina a través de un algoritmo que alcanza la convergencia cuando el indicador cumple una serie de propiedades deseables. Además, por medio de un mecanismo corrector tan solo se retiene de cada variable, la información nueva que esta incorpora, aprovechando la información útil y evitando la información duplicada.

La  $DP_2$  se define de la siguiente forma:

$$DP_2 = \sum_{i=1}^n \left\{ \left( \frac{d_i}{\sigma_i} \right) (1 - R_{i,i-1,\dots,1}^2) \right\} \text{ con } R_1^2 = 0$$

Donde:

$$d_i = |X_{\gamma i} - X_{*i}|$$

Y sean:

- $m$  el número de países
- $n$  el número de variables
- $X_{ij}$  el valor de la variable  $i$  en el país  $j$
- $\sigma_i$  la desviación típica de la variable  $i$
- $R_{i,i-1,\dots,1}^2$  Coeficiente de Determinación en la Regresión de  $X_i$  sobre  $X_{i-1}, X_{i-2}, \dots, X_1$
- $(1 - R_{i,i-1,\dots,1}^2)$  actúa a modo de un factor corrector que elimina la información duplicada

- $X_* = (X_{*1}, X_{*2}, \dots, X_{*n})$  la base de referencia

Se toma como referencia un país teórico que alcanza los peores o mejores valores de las variables objeto de estudio.

#### 4. Coeficiente de correlación de Pearson

El coeficiente de correlación de Pearson, pensado para variables cuantitativas (escala mínima de intervalo), es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente. Esto significa que puede haber variables fuertemente relacionadas, pero no de forma lineal, en cuyo caso no proceder a aplicarse la correlación de Pearson. Sus valores absolutos oscilan entre 0 y 1. Esto es, se tienen dos variables X e Y, y se define el coeficiente de correlación de Pearson entre estas dos variables como  $r_{xy}$  entonces:

$$0 \leq r_{xy} \leq 1$$

Se ha especificado los términos "valores absolutos" ya que en realidad si se contempla el signo el coeficiente de correlación de Pearson oscila entre -1 y +1. No obstante debe indicarse que la magnitud de la relación viene especificada por el valor numérico del coeficiente, reflejando el signo la dirección de tal valor. En este sentido, tan fuerte es una relación de +1 como de -1. En el primer caso la relación es perfecta positiva y en el segundo perfecta negativa. Se dice que la correlación entre dos variables X e Y es perfecta positiva cuando exactamente en la medida que aumenta una de ellas aumenta la otra. Esto sucede cuando la relación entre ambas variables es funcionalmente exacta. Se dice que la relación es perfecta negativa cuando exactamente en la medida que aumenta una variable disminuye la otra.

El coeficiente de correlación de Pearson viene definido por la siguiente expresión:

$$r_{xy} = \frac{\sum Z_x Z_y}{N}$$

Esto es, el coeficiente de correlación de Pearson hace referencia a la media de los productos cruzados de las puntuaciones estandarizadas de X y de Y. Esta fórmula reúne algunas propiedades que la hacen preferible a otras. A operar con puntuaciones estandarizadas es un índice libre de escala de medida. Por otro lado, su valor oscila, como ya se ha indicado, en términos absolutos, entre 0 y 1. Téngase en cuenta que las puntuaciones estandarizadas muestran, precisamente, la posición en desviaciones tipo de un individuo respecto a su media. Reflejan la medida en que dicho individuo se separa de la media.

## **5. Políticas Públicas**

Una política es un comportamiento propositivo, intencional y planeado. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido. Por su carácter propositivo, referido a la realización de objetivos, la política denota las intenciones de las fuerzas políticas, particularmente las intenciones de los gobernantes, y las consecuencias de sus actos (Rose, 1969). Es entonces una estrategia de acción colectiva, deliberadamente diseñada y calculada, en función de determinados objetivos.

Aguilar Villanueva (2000) ha sido un estratégico pionero que, para fortalecer y difundir la importancia sobre el estudio de las políticas públicas ha logrado compilar algunos de los más destacados escritos, pilares clave en el origen, desarrollo y expansión de la materia.

Las Políticas Públicas son “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos”. El autor Pallares señala: las Políticas Públicas deben ser consideradas como un “procesos decisivo”, un conjunto de decisiones que se llevan a cabo a lo largo de un plazo de tiempo. Dicho autor, al mencionar esa persuasión sobre la población no comenta si es de índole positiva o negativa, pero podemos decir que en ocasiones el bienestar se ve cuestionado en una política restrictiva o de imposición fiscal por ejemplo, logrando ciertamente esa

modificación conductual. Aunque la mayoría de las Políticas Públicas tienen un impacto directo en el bienestar de la población.

Las Políticas Públicas tienen que ver con el acceso de las personas a bienes y servicios. Consisten, precisamente, de reglas y acciones que tienen como objetivo resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades, intereses y preferencias de grupos y personas que integran una sociedad.

Dye menciona que una política pública es *aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer*. Frohock menciona que una política pública es: una práctica social y no un evento singular o aislado, ocasionado por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o, establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas.

Lynn (1980) define una política como: un conjunto específico de acciones de gobierno que producirán, por su diseño o por otras razones, una clase particular de efectos. Brewer y de León (1983) han considerado a estas como: las decisiones más importantes de una sociedad y que consta de un proceso conformado por sistemas y niveles, articulado en seis etapas: iniciación, estimación, selección, implementación, evaluación y terminación.

Aguilar Villanueva, en 1999, ofreció una definición consistente: es un proceso realizado por las autoridades legítimamente electas para resolver necesidades mediante la utilización de recursos públicos, mediante el cual también se vinculan decisiones de gobierno con la administración pública, teniendo siempre a la búsqueda de la racionalidad.

Una política pública es la decisión gubernamental plasmada en la resolución de un problema en la comunidad, si ésta no es implementada, el gobierno debe dar distintas soluciones a problemas que surjan en una sociedad, si no lo hace, entonces dejaría de cumplir con su función primordial, que es, atender los problemas de la comunidad.

La formulación de una política conduce a la elaboración de un producto de análisis, cuyo destino es un actor político.

La creación de una política pública y su consecuente implementación es siempre para corregir una falla en la administración pública y tomar la decisión gubernamental para satisfacer una demanda social. Siendo esto así, la elaboración de las políticas no es

nada fácil, se trata de un procedimiento realmente complicado. Carlos Ruiz Sánchez en su Manual para la elaboración de políticas públicas estipula seis pasos:

1. Identificar y definir los problemas.
2. Percibir la problemática actual o futura.
3. Seleccionar soluciones.
4. Establecer objetivos o metas.
5. Seleccionar los medios.
6. Implementarla.

Así pues, una política pública implica el establecimiento de una o más estrategias orientadas a la resolución de problemas públicos, así como a la obtención de mayores niveles de bienestar social resultantes de procesos decisionales tomados a través de la coparticipación de gobierno y sociedad civil (González Tachiquín, 2004).

## 6. Resultados IDH

Países en desarrollo seleccionados que ocupan los primeros puestos en la calificación de la reducción de déficit del IDH o el crecimiento en INB per cápita, entre 1990 y 2000.

País	IDH (valor)		Reducción en el déficit del IDH*		Promedio anual de crecimiento del ingreso nacional bruto per cápita	
	1990	2012	(%)	Clasificación	(%)	Clasificación
Corea, Rep. de	0,749	0,909	63,6	1	4,2	8
Irán, República Islámica del	0,540	0,742	43,9	2	2,5	32
China	0,495	0,699	40,5	3	9,4	1
Chile	0,702	0,819	39,4	4	3,8	13
Arabia Saudita	0,653	0,782	37,3	5	0,4	77
Argentina	0,701	0,811	36,9	6	3,5	18
Malasia	0,635	0,769	36,6	7	3,6	17
Túnez	0,553	0,712	35,6	8	2,9	29
Turquía	0,569	0,722	35,5	9	2,5	33
Qatar	0,743	0,834	35,3	10	3,2	22
México	0,654	0,775	35,0	11	1,3	58
Argelia	0,562	0,713	34,4	12	1,0	69
Panamá	0,666	0,780	34,3	13	3,9	11
Brasil	0,590	0,730	34,1	14	1,7	50
Brunéi Darussalam	0,782	0,855	33,4	15	-0,4	87
Vietnam	0,439	0,617	31,8	21	5,9	3
Mauricio	0,626	0,737	29,8	25	3,6	14
República Dominicana	0,584	0,702	28,3	28	3,9	12
Birmania	0,305	0,498	27,8	30	7,9	2
Sri Lanka	0,608	0,715	27,3	31	4,4	7
Guyana	0,502	0,636	26,7	36	5,3	4
República Democrática Popular Lao	0,379	0,543	26,5	39	4,4	6
India	0,410	0,554	24,5	45	4,7	5
Bangladés	0,361	0,515	24,1	47	3,9	10
Trinidad y Tobago	0,685	0,760	23,9	49	3,6	15

## Índice de Desarrollo Humano y sus componentes

	Índice de Desarrollo Humano (IDH)				Ingreso nacional bruto (INB) per cápita (PPA en US\$ de 2005)	Clasificación según el INB per cápita menos la clasificación según el IDH	
	Valor	Esperanza de vida al nacer (años)	Años promedio de escolaridad (años)	Años esperados de escolaridad (años)		IDH no referido a ingresos	Valor
	2012	2012	2010 <sup>a</sup>	2011 <sup>b</sup>		2012	2012
<b>DESARROLLO HUMANO MUY ALTO</b>							
1 Noruega	0,955	81,3	12,6	17,5	48.688	4	0,977
2 Australia	0,938	82,0	12,0 <sup>c</sup>	19,6 <sup>d</sup>	34.340	15	0,978
3 Estados Unidos	0,937	78,7	13,3	16,8	43.480	6	0,958
4 Países Bajos	0,921	80,8	11,6 <sup>e</sup>	16,9	37.282	8	0,945
5 Alemania	0,920	80,6	12,2	16,4 <sup>e</sup>	35.431	10	0,948
6 Nueva Zelandia	0,919	80,8	12,5	19,7 <sup>d</sup>	24.358	26	0,978
7 Irlanda	0,916	80,7	11,6	18,3 <sup>d</sup>	28.671	19	0,960
8 Suecia	0,916	81,6	11,7 <sup>e</sup>	16,0	36.143	6	0,940
9 Suiza	0,913	82,5	11,0 <sup>e</sup>	15,7	40.527	2	0,928
10 Canadá	0,912	83,6	11,6 <sup>e</sup>	15,3	32.545	11	0,942
11 Japón	0,911	81,1	12,3	15,1	35.369	5	0,934
12 República de Corea	0,909	80,7	11,6	17,2	28.231	15	0,949
13 Hong Kong, China (RAE)	0,906	83,0	10,0	15,5	45.598	-6	0,907
14 Islandia	0,906	81,9	10,4	18,3 <sup>d</sup>	29.176	12	0,943
15 Dinamarca	0,901	79,0	11,4 <sup>e</sup>	16,8	33.518	4	0,924
16 Israel	0,900	81,9	11,9	15,7	26.224	13	0,942
17 Bélgica	0,897	80,0	10,9 <sup>e</sup>	16,4	33.429	3	0,917
18 Austria	0,895	81,0	10,8	15,3	36.438	-5	0,908
19 Singapur	0,895	81,2	10,1 <sup>e</sup>	14,4 <sup>f</sup>	52.613	-15	0,880
20 Finlandia	0,893	81,7	10,6 <sup>e</sup>	16,1	30.277	4	0,919
21 Francia	0,892	80,1	10,3	16,9	32.510	2	0,912
22 Eslovenia	0,892	79,5	11,7	16,9	23.999	12	0,936
23 España	0,885	81,6	10,4 <sup>e</sup>	16,4	25.947	8	0,919
24 Liechtenstein	0,883	79,8	10,3 <sup>e</sup>	11,9	84.880 <sup>h</sup>	-22	0,832
25 Italia	0,881	82,0	10,1 <sup>e</sup>	16,2	26.158	5	0,911
26 Luxemburgo	0,875	80,1	10,1	13,5	48.285	-20	0,858
27 Reino Unido	0,875	80,3	9,4	16,4	32.538	-5	0,886
28 República Checa	0,873	77,8	12,3	15,3	22.067	10	0,913
29 Grecia	0,860	80,0	10,1 <sup>e</sup>	16,3	20.511	13	0,899
30 Brunéi Darussalam	0,855	78,1	8,6	15,0	45.690	-23	0,832
31 Chipre	0,848	79,8	9,8	14,9	23.825	4	0,869
32 Malta	0,847	79,8	9,9	15,1	21.184	9	0,876
33 Andorra	0,846	81,1	10,4 <sup>f</sup>	11,7	33.918 <sup>f</sup>	-15	0,839
34 Estonia	0,846	75,0	12,0	15,8	17.402	13	0,892
35 Eslovaquia	0,840	75,6	11,6	14,7	19.696	9	0,872

	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	Esperanza de vida al nacer	Años promedio de escolaridad	Años esperados de escolaridad	Ingreso nacional bruto (INB) per cápita	Clasificación según el INB per cápita menos la clasificación según el IDH	IDH no referido a ingresos
	Valor	(años)	(años)	(años)	(PPA en US\$ de 2005)		Valor
Clasificación según el IDH	2012	2012	2010 <sup>a</sup>	2011 <sup>b</sup>	2012	2012	2012
61 México	0,775	77,1	8,5	13,7	12.947	4	0,805
62 Costa Rica	0,773	79,4	8,4	13,7	10.863	12	0,816
63 Granada	0,770	76,1	8,6*	15,8	9.257	21	0,827
64 Libia	0,769	75,0	7,3	16,2	13.765	-8	0,791
65 Malasia	0,769	74,5	9,5	12,6	13.676	-7	0,791
66 Serbia	0,769	74,7	10,2*	13,6	9.533	16	0,823
67 Antigua y Barbuda	0,760	72,8	8,9	13,3	13.883	-12	0,776
68 Trinidad y Tobago	0,760	70,3	9,2	11,9	21.941	-28	0,743
69 Kazajistán	0,754	67,4	10,4	15,3	10.451	8	0,791
70 Albania	0,749	77,1	10,4	11,4	7.822	21	0,807
71 Venezuela (República Bolivariana de)	0,748	74,6	7,6 <sup>c</sup>	14,4	11.475	-2	0,774
72 Dominica	0,745	77,6	7,7 <sup>d</sup>	12,7	10.977	-1	0,771
73 Georgia	0,745	73,9	12,1*	13,2	5.005	37	0,845
74 Líbano	0,745	72,8	7,9 <sup>d</sup>	13,9	12.364	-5	0,762
75 San Cristóbal y Nieves	0,745	73,3	8,4*	12,9	12.460	-5	0,763
76 Irán (República Islámica del)	0,742	73,2	7,8	14,4	10.695	-1	0,769
77 Perú	0,741	74,2	8,7	13,2	9.306	6	0,780
78 Ex República Yugoslava de Macedonia	0,740	75,0	8,2*	13,4	9.377	2	0,777
79 Ucrania	0,740	68,8	11,3	14,8	6.428	22	0,813
80 Mauricio	0,737	73,5	7,2	13,6	13.300	-17	0,745
81 Bosnia y Herzegovina	0,735	75,8	8,3 <sup>d</sup>	13,4	7.713	13	0,787
82 Azerbaiyán	0,734	70,9	11,2 <sup>d</sup>	11,7	8.153	5	0,780
83 San Vicente y las Granadinas	0,733	72,5	8,6*	13,3	9.367	-1	0,767
84 Omán	0,731	73,2	5,5 <sup>d</sup>	13,5	24.092	-51	0,694
85 Brasil	0,730	73,8	7,2	14,2	10.152	-8	0,755
86 Jamaica	0,730	73,3	9,6	13,1	6.701	14	0,792
87 Armenia	0,729	74,4	10,8	12,2	5.540	16	0,808
88 Santa Lucía	0,725	74,8	8,3*	12,7	7.971	1	0,768
89 Ecuador	0,724	75,8	7,6	13,7	7.471	7	0,772
90 Turquía	0,722	74,2	6,5	12,9	13.710	-32	0,720
91 Colombia	0,719	73,9	7,3	13,6	8.711	-6	0,751
92 Sri Lanka	0,715	75,1	9,3*	12,7	5.170	18	0,792
93 Algeria	0,713	73,4	7,6	13,6	7.418	4	0,755
94 Túnez	0,712	74,7	6,5	14,5	8.103	-6	0,746
<b>DESARROLLO HUMANO MEDIO</b>							
95 Tonga	0,710	72,5	10,3*	13,7	4.153	26	0,807
96 Belice	0,702	76,3	8,0*	12,5	5.327	8	0,767
97 República Dominicana	0,702	73,6	7,2*	12,3	8.506	-11	0,726
98 Fiji	0,702	69,4	10,7*	13,9	4.087	24	0,794
99 Samoa	0,702	72,7	10,3 <sup>d</sup>	13,0	3.928	28	0,800
100 Jordania	0,700	73,5	8,6	12,7	5.272	8	0,766
101 China	0,699	73,7	7,5	11,7	7.945	-11	0,728

Fuente: Informe sobre desarrollo humano 2013 (PNDU)

## 7. Abreviaturas

- Tam. Pob: tamaño de la población
- Sal: salario
- Eco: economía
- Educ: educación
- Seg: seguridad
- Gob: gobierno
- Com: comunitario
- Bien: bienestar



- Clase soc: clase social
- Niv. Ing: nivel de ingreso
- Niv. Est: nivel de estudio

## Bibliografía

Alfonso, U. M. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* , 61-71.

Amérigo, C.-A. M. (1993). La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Psicología Social* .

Badia X Salamero M, A. J. (2002). *La medida de la salud: guía de medición en español*. Barcelona: Edimac.

Badia, X. A. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad. *Med. Clin* , 90-95.

Bergner, M. (1981). The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care* n°8 , 787-805.

Bowling, G. (1999). Individual Quality of Life and Population Studies. *Harwood Academic Publishers* .

C. A. O'Boyle, B. J. (1993). *The schedule of the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a Direct Weighting procedure for Quality of Life Domains*. Administration Manual. Departament of Psychology.

Cummins Robert, E. R. (2003). *Developing a National Index of Subjective Wellbeing: the Australian unity wellbeing index*. Klower Academic Publishers.

Cummins-Robert. (1997). *Comprehensive Quality of life scale*. Deakin University, Manual 5th edition.

Cummins-Robert. (2005). *Personal Wellbeing Index*. Manual.

Cummins-Robert. (2006). *Personal Wellbeing Index*. Manual 4ta Edición.

Cummins-Robert. (2013). *Personal Wellbeing Index*. deakin University 5th Edition.

Daniela, V.-C. (2009). *Los discursos sobre la calidad de vida de hombres y mujeres mayores, desde una perspectiva de género*. Chile: Tesis Universidad de Chile.

Delgado Pedro, S. T. *Aspectos conceptuales sobre los indicadores de la calidad de vida*. Centro de estudios de opinión.

Eamon, O. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. *Boletín sobre el envejecimiento*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

- Fernández, S. N. (s.f.). Fiabilidad estadística. *Departamento de matemáticas. Universidad de A Coruña* .
- Group, E. (1990). Euroqol-a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* n°3 , 199-208.
- Hickey, A. O. (1999). The Schedule for the evaluation of Individual Quality of Life. *Herwood Academic Publishers* .
- Hunt, S. M. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine*, n°3 , 221.229.
- Jesús, G. V. (2011). *Hacia un nuevo sistema de indicadores del bienestar*. INEGI Vol.2.
- Katsching Heinz, F. H. (2000). *La calidad de vida de los trastornos mentales*. Masson.
- Laura, S. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. Ciencia y enfermería IX.
- Luis López-Calva, L. R.-C. (enero 2004). Estudios sobre desarrollo humano. *PNUD México* .
- Luisa, G.-C. R. (2010). *Calidad de vida en el adulto mayor*. Instituto de Geriatria.
- María, O. L. (2008). *Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México*. Centro de estudios sociales y de opinion pública.
- Mariano, R. (2003). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores subjetivos. En R. Mariano, *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. (pág. 83).
- Martha, V. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Lima: Facultad de Medicina.
- McGee, H. J. (1999). The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. *Harwood Academic Publishers* .
- Moreno Jiménez Bernardo, X. G. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. Madrid: Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud.
- N., S.-A. (2009). *La medición de la vida en Europa, el papel de la información subjetiva*. Estudios de economía aplicada vol.27-2.
- Rapley, M. (2003). Quality of Life Research. A critical introduction.
- Rojas, M. (2005). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos. 106.

- Rojas, M. (2008). The measurement of quality of life: conceptualization comes first. A four-of-life conceptual framework and an illustration to Latin America.
- Rojo-Pérez Fermina, F.-M. G. (2011). *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Fundación BBVA.
- Rojo-Pérez Fermina, F.-M. G. (2005). *Calidad de vida y salud: Planteamientos conceptuales y métodos de Investigación*. Territoris.
- Sirgy, M. (2001). Handbook of quality of life research. An ethical marketing perspective.
- Smith, A. (2001). Researching Quality of Life of Older People: concepts, measures and findings. *Keele University, Centre for Social Gerontology, Working Paper n°7* .
- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research* , 1-58.
- Veenhoven, R. (2006). Quality of Life in Modern Society, Measured with Happy Life Years. *Happiness and Public Policy, Theory, Case studies and Implications, Palgrave, Macmillan* , 19-44.
- Veenhoven, R. (2002). Why social policy need subjective indicators. *Dordrecht, Kluwer* .
- Verdugo Alonso Miguel, G. S. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- Ware, J. E. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Medical Care*, n°6 , 473-483.
- X., B. (2001). *El EuroQoL-5D: una alternativa sencilla para para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria*. Barcelona: ELSEVIER.
- Yasuko Arita Beatriz, R. S. (2005). *Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida*. Enseñanza e Investigación en Psicología Vol.10, núm 1:93-102.