

9. Garantizar el derecho a la atención de la salud

1. El derecho a la salud

El derecho a la salud es un concepto que emana de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ya sea que consideremos su artículo 3, donde se incluye el derecho a la vida, o el artículo 25, que expresa:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Pueden informarse sobre los derechos humanos mirando el documental *Historia de los derechos humanos con perspectiva de género*, disponible en n9.cl/sigloxxi. En el área de salud mental, la violación de los derechos humanos acompañó el encierro en manicomios. En la provincia de Buenos Aires, se implementó una reforma psiquiátrica que se llamó “desmanicomialización”. Si les interesa profundizar en el tema, pueden ver el documental *El porvenir de la vida en común* en el siguiente enlace n9.cl/mds_001.

El **concepto de derecho a la salud** ha sido objeto de fuertes debates, al igual que los derechos humanos en general. Desde distintas posiciones éticas y distintas teorías de la justicia se ha intentado estimar su alcance o directamente justificar su supresión. En la literatura bioética no existe acuerdo en cuanto al estatus que debiera otorgarse al derecho a la salud, no obstante, no se trata solamente de discusiones éticas, ya que este derecho está condicionado por el carácter constitucional del país donde se aplica. Ética y justicia poseen un vínculo muy estrecho.

Los autores liberales más radicales lo consideran un **derecho negativo** derivado del derecho a la integridad física; por lo tanto, desde esta perspectiva, la obligación del Estado debe limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de otros que pudieran dañar su salud.

Desde esta concepción, si una persona atropella a otra, deberá pagar su recuperación, a cuenta del daño producido. Todo derecho negativo protege el daño producido y es ahí donde el sistema jurídico actúa.

En cambio, los derechos positivos son aquellos respecto de los que el Estado debe ser activo para protegerlos y no solamente esperar el daño para garantizarlos. Así, los autores que no dudan en considerarlo un derecho positivo lo llaman **derecho a la atención de la salud**, expresión que marca claramente el accionar de terceros en pos de garantizarlo (Vidiella, 2000).

El estatus que cada país le asigna al derecho a la atención de la salud aportará elementos a los distintos modelos de ciudadanía imperantes en los sistemas jurídicos, sociales y políticos. Dicho estatus va a ser la resultante de un gran número de ideas provenientes del campo de la justicia, de la justicia distributiva, de la justicia social y la equidad (igualdad en el acceso), y aludirá a concepciones éticas dentro del campo de la filosofía.

Si la salud es considerada un derecho positivo, debería haber servicios financiados por el Estado para garantizar en forma continua que se cumpla; en cambio, si se considera un derecho negativo, quien produce el daño paga por ello.

El **paradigma liberal**, marco económico de los Estados europeos y americanos hasta la Gran Depresión de los años treinta, tiene su origen en las ideas de Adam Smith. En su obra, enmarcada en la llamada corriente de la economía clásica (siglo XVIII), Smith expresa que la solución al funcionamiento económico de la sociedad descansa en las leyes del mercado y en la interacción del interés individual y la competencia.

Este autor planteaba que el libre mercado estaba dominado por la ley de dios (Godínez Terrones, 2023). Adam Smith fue el gran defensor del *laissez faire*, es decir, de la no intervención del gobierno en los asuntos económicos, ya que, a su juicio, los gobiernos son “derrochadores, fáciles de corromper, ineficaces e inclinados a otorgar privilegios en detrimento de la sociedad en su conjunto” (Mochón Morcillo y Beker, 1993).

Los autores que, dentro de las corrientes liberales y su variante neoliberal (liberalismo poscrisis de los años treinta, en el contexto de una economía global y con gran aceptación del monopolio), desarrollan posiciones con relación al derecho a la atención de la salud, oscilan entre dos extremos fundamentales: la negación del derecho y la aceptación de que se trata de un derecho igualitario.

La gran tensión radica en torno al valor de las libertades individuales de los diferentes sistemas sociales. Si los intereses colectivos se ubican valorativamente por sobre los individuales, las personas resignan libertades a cambio de igualdad. Si la libertad individual está por encima de los intereses colectivos, se piensa únicamente en el bienestar propio, sin pensar en el bienestar colectivo.

1.1. La negación del derecho a la salud

La negación del derecho a la salud se sustenta en el **principio liberal de autonomía**, que plantea que, dado que es muy valiosa la libre elección individual de planes de vida, el Estado y otros individuos no deben interferir con esa elección. Este principio no analiza quién tiene más oportunidades en la vida para elegir mejores bienes. Se trata de un principio meritocrático y que conforma la base de lo que se expresa como darwinismo social. Esta filosofía fue desarrollada por Herbert Spencer en el siglo XVIII (Coelho, 2022) y predicaba la selección de los más aptos en el plano social.

Robert Sade, académico norteamericano, niega el derecho a la salud argumentando que “La salud es un bien de consumo como otros y debe estar regulada por el libre mercado” (Vidiella, 2000). Por su parte, Tristram Engelhart, filósofo norteamericano, también plantea la negación del derecho a la salud, pero desde otros enunciados. El autor expresa que los derechos que posibilitan reclamos hacia terceros (como en este caso) pertenecen a la esfera de la justicia, por lo tanto, si se considera el derecho a la atención de la salud dentro de esta línea, se estima que la enfermedad es una injusticia. Para el autor, esto se vincula al desconocimiento del funcionamiento de las leyes del azar en la vida de las personas. En consecuencia, la enfermedad no entraría dentro de la categoría de justicia, sino que sería parte de la falta de fortuna o el resultado de lo que él llama *la lotería natural*.

1.2. La tesis del mínimo decente: la restricción del derecho

Charles Fried, abogado estadounidense, comparte con los autores precedentes la idea de negación del derecho a la atención de la salud. Sin embargo, se diferencia al considerar que esta **debe estar garantizada por un mínimo decente de asistencia sanitaria** (Vidiella, 2000). Su teoría se fundamenta en la noción de humanidad. La salud no es considerada un derecho, pero, como debemos ser caritativos, podemos garantizar un mínimo decente de atención. De aquí viene el concepto de

La aplicación del principio mínimo decente determina que quien mejor se ubique en el mundo del trabajo, más posibilidades tendrá de acceder a la protección de su salud. Si fuera una sociedad de iguales, sería otro escenario, pero, en nuestros países, las condiciones socioeconómicas del nacimiento y la infancia determinan el acceso a la educación y a la salud, y esto es fundamental para poseer herramientas que permitan buscar buenos planes de vida. Es preciso poner en cuestión la idea de que todo depende de la voluntad, porque, en sociedades con altos índices de desigualdad, no todos tienen las mismas herramientas para elegir los mejores planes de vida. Si aplicamos este principio, quienes queden rezagados deben arreglárselas con peor salud y peor acceso a bienes sociales y de consumo. Cuando los intereses colectivos no forman parte de la preocupación social, grandes colectivos poblacionales se ven expuestos a mecanismos de exclusión social. Estas personas comienzan a armar una vida por fuera del sistema, pero queriendo pertenecer, ya que la oferta de consumo no las distingue. De esta manera, hacen valer sus necesidades básicas de vida encontrando nichos de subsistencia que operan como amenaza para los incluidos. Si no se las integra, la experiencia nos muestra que se las mantiene alejadas con políticas duras de seguridad acompañadas por discursos de odio y crecimiento de población carcelaria. El resultado es más odio y más inseguridad. Los sistemas sociales que no integran generan gran tensión social. O se integra con políticas sociales o se vive, como es el caso de algunos países de Centroamérica, o incluso de los Estados Unidos, con un arma en el bolsillo y gran inseguridad por la vida.

canasta básica de servicios utilizado por el liberalismo cuando describe el de **subsidio a la demanda o seguro de salud**.

El concepto de mínimo decente podría conducir a una atención deficitaria para poblaciones sin recursos; sin embargo, los autores justifican la presencia de este riesgo argumentando que, de otra forma,

demandaría un gasto excesivo a expensas de otros bienes sociales igualmente importantes. La tesis del mínimo decente refleja los alcances inequitativos de la propuesta, ya que introduce la posibilidad de pagar como condición para acceder a los servicios que superen el límite fijado (Vidiella, 2000). Allen Buchanan es otro de los intelectuales contemporáneos que apoya la tesis del mínimo decente, pero la característica saliente es que no considera el problema en términos de derecho, sino que lo plantea como un acto concerniente a la beneficencia o caridad de la sociedad (Vidiella, 2000). En los Estados Unidos, el modelo de los seguros públicos de salud está basado en la tesis del mínimo decente, ya que los servicios que financia el Estado se ofrecen a través de organizaciones de caridad o privadas y están limitados a poblaciones carentes o pobres, o sea, se niega absolutamente el concepto de derecho. En la medida en que la persona acceda a otros bienes, se le recortan esos servicios sin plantearse el dilema de que aun así no podría pagar un seguro privado.

Lo contrario al derecho (que corresponde) es la caridad (el que tiene da al que no tiene como acto humanitario o de altruismo).

Los invitamos a ver *Sicko*, documental dirigido por Michael Moore sobre diferentes sistemas de salud que se basan en valores totalmente contrapuestos. Está disponible en <n9.cl/mds_002>.

1.3. El derecho a la salud como igualitario y necesario para todos

Cuando el concepto de igualdad se impone por sobre el de libertad individual y se desarrollan políticas redistributivas en función de poder garantizarla entre humanos, el derecho a la salud adquiere una connotación diferente. Entender esta concepción implica aceptar que nuestras sociedades no son igualitarias y que, por lo tanto, debemos aplicar principios de igualdad generales para que cada uno pueda construir sus planes de vida.

John Rawls, filósofo de la corriente igualitaria del derecho, plantea que una sociedad es una asociación de personas que reconocen ciertas

normas obligatorias (pacto social) y que actúan de acuerdo con ellas (Rawls, 2003). Si bien este autor se enmarca dentro del liberalismo, su interés por que se alcance la igualdad de condiciones para ejercer el derecho a elegir libremente lo ubica dentro de la lógica del igualitarismo. Rawls sostiene que la igualdad de oportunidades para todos los miembros de la sociedad constituye un bien básico. Desarrolla una concepción de justicia y la enmarca exclusivamente en el terreno de lo social, como producto de un pacto entre individuos, por eso se lo llama también contractualista. Para este autor, la sociedad es un conjunto de individuos con intereses específicos en el que la cooperación social tiene por objetivo el bien común. Pero también existen conflictos de intereses, dado que los individuos no son indiferentes a la manera en que los bienes sociales se distribuyen en dicha sociedad.

Para delinear su idea de justicia, Rawls parte del precepto de que las sociedades existentes no están bien ordenadas, puesto que no se encuentran reguladas por una concepción de justicia compartida por todos los miembros de la sociedad. Para él, la estructura básica de la sociedad contiene varias posiciones sociales y, dependiendo de la posición en la que cada uno se encuentre, variarán los modos de vida e intereses sociales. Algunas instituciones pueden favorecer algunas posiciones sociales por sobre otras, y estas desigualdades provocan que las distintas personas no tengan las mismas oportunidades iniciales de vida. Por esta razón, para este autor, es necesario **crear una teoría de justicia** que, manteniendo la libertad de elegir de cada individuo, otorgue similares oportunidades iniciales para que cada uno pueda hacer uso del derecho de elegir (Rawls, 1971).

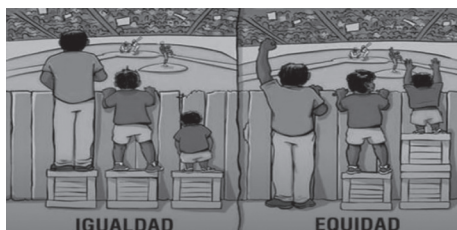
En efecto, contrario a algunas interpretaciones del liberalismo que sugieren que las personas tienen derecho intrínseco a ciertos bienes, Rawls argumenta que los bienes de una sociedad, tales como oportunidades y recursos, no deben considerarse propiedad de algunos por naturaleza. En cambio, estos bienes sociales deben distribuirse de forma tal que todos tengan las mismas libertades fundamentales. Sin embargo, Rawls también reconoce que existen desigualdades económicas y sociales reales y propone que, para lograr una sociedad justa,

los que tienen menos deberían recibir más apoyo. A este concepto lo denomina “equidad”.

1.4. La equidad

La **equidad** se encuentra íntimamente ligada a las ideas de justicia y derecho, y puede entenderse como “lo que es justo para todos”. Como la idea de justicia se corresponde con significados bastante disímiles, esta noción también refleja estas diferencias. Desde la perspectiva del liberalismo, podría pensarse que es equitativa o justa aquella sociedad en la cual la economía de mercado distribuye los bienes sociales. Sin embargo, como veíamos, para Fried, la equidad es la provisión de un “mínimo decente” para que los individuos sin recursos puedan transitar una “vida tolerable”; los servicios que superen este mínimo quedarán librados a la oferta y la demanda del mercado. En *Teoría de la justicia*, Rawls no desarrolla

expresamente el concepto de equidad, pero sí plantea el de justicia social. Sostiene el autor: “Una concepción de la justicia social ha de ser considerada como aquella que proporciona, en primera instancia,



una pauta con la cual evaluar los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad” (Rawls, 2001). El argumento dado por el autor para justificar que haya una distribución desigual de las riquezas es que esta redunde en beneficio de todos, desde el punto de vista de quienes se encuentran peor situados en la sociedad.

Margaret Whitehead, referente del concepto de inequidades en el campo de la salud, define equidad en salud: “Idealmente cada uno debería tener una oportunidad justa de obtener su potencial de salud total y, más pragmáticamente, nadie debería tener desventajas para obtener este potencial si pueden ser evitadas” (Whitehead, 1991). Basado en este concepto, el objetivo de la política de equidad en salud

sería reducir o eliminar aquellos obstáculos que resultan de factores considerados tanto evitables como injustos (Whitehead y Dahlgren, 2007). Esta definición se acercaría a la teoría de Rawls.

1.5. Cobertura, accesibilidad al sistema de salud y utilización de servicios

La idea de **acceso** es compleja: muchas veces se usa de manera poco precisa, y otras, poco clara, en cuanto a sus límites respecto de otros conceptos, especialmente el de cobertura y el de utilización de servicios de salud.

El concepto de **cobertura** (que ya desarrollamos en capítulos anteriores) señala el primer paso para el acceso. La cobertura es la garantía de una oferta disponible de servicios para que use la población. Sin cobertura no hay acceso, porque no tendrían cómo usarlo. En ocasiones, la cobertura se entiende como la disponibilidad y acceso a los servicios, y en otras, como la oferta para un potencial acceso. La falta de oferta de servicios para la población es falta de cobertura; no obstante, si existe un tercer pagador, la cobertura es el financiamiento de la demanda del usuario o de la oferta para acceder a esa cobertura.

El acceso implica llegar hasta el servicio y utilizarlo; entonces, ya estamos en el ámbito de la **utilización de servicios**. Sin acceso no hay utilización, pero si no se llega a utilizarlo, no hay acceso. Para salir de este dilema, hay autores que definen un acceso potencial (para el potencial encuentro con los servicios), ligado a determinantes sociales y un acceso efectivo ligado a la utilización, satisfacción de los usuarios y calidad (Mejía-Mejía y otros, 2007).

La noción de **acceso** plantea que no es suficiente contar con un derecho a la salud igualitario en la estructura jurídica si no se garantizan otras condiciones, como la cobertura y la accesibilidad. No tiene sentido proclamar el derecho a la salud igualitario y luego carecer de oferta disponible. La cobertura debe ser explícita para luego evaluar la existencia de acceso a los servicios de salud.

Barbara Starfield, una de las precursoras en incluir el concepto de accesibilidad, sostiene que en los servicios de salud se debe contar con una puerta de entrada que sea fácilmente accesible. Asocia la accesibilidad a las mayores probabilidades de atención en el primer contacto y una continuidad con el médico de atención primaria. Identifica en la accesibilidad barreras geográficas, financieras y organizacionales (Starfield, 2002).

El médico Avedis Donabedian también describe la accesibilidad como la facilidad de cada persona para obtener cuidados. Este concepto abarca factores espaciales, como la distancia y costos de transporte, factores organizacionales, económicos y sociales, y culturales, como las preferencias religiosas y características étnicas (Andrade Zamora y otros, 2018).

Para Penchansky y Thomas (1981), el acceso es un concepto general que engloba un conjunto de dimensiones específicas que describen la adecuación entre los usuarios y los sistemas de cuidado. Estas dimensiones incluyen la disponibilidad (oferta o cobertura explícita), la accesibilidad geográfica, la recepción o trato, por parte de los servicios; la accesibilidad económica, la aceptación o aceptabilidad de los servicios, por parte de la población, es decir, la dimensión cultural del acceso.

Sánchez Torres (2017), por su parte, define la accesibilidad como el eslabón que, en salud, conecta la oferta y la demanda y sostiene que existen determinantes, elementos básicos en los que se ha centrado el debate teórico. Entre ellos, las barreras económicas, las barreras geográficas y las cuestiones culturales de la población. Más allá de esto, para esta autora la accesibilidad debe existir en el marco del derecho a las personas a recibir atención y la disponibilidad de las instituciones y de los medios para lograrlo.

La **accesibilidad**, entendida como las posibilidades de obtener servicios de salud cuando hay disponibilidad de oferta, se posiciona como el brazo operativo del derecho a la salud, mientras que la utilización garantiza el cumplimiento del acceso. Cuando no hay acceso, están operando barreras que pueden ser:

- **Barreras económicas:** se producen cuando la población carece de recursos para llegar o completar el proceso de atención o cuidados; por ejemplo, personas que no tienen dinero para transportarse hasta un servicio de salud o para comprar medicamentos que el sistema no cubre.
- **Barreras geográficas:** se producen cuando los servicios están lejos o presentan dificultades geográficas en el acceso; por ejemplo, no se puede acceder cuando llueve se debe cruzar un río, no existe línea de transporte cercana o hay muchos kilómetros de distancia y es difícil conseguir transporte particular (automóvil).
- **Barreras organizacionales:** se originan cuando la organización de los servicios es compleja de comprender para la población. O cuando existen obstáculos para conseguir turnos o concretar derivaciones para la atención, debido a procesos de trabajo burocratizados; por ejemplo, los mecanismos para conseguir turnos a veces implican varias horas de espera, incluso durante la noche, con frío o con niños a cargo porque no existe otra posibilidad, a veces los horarios son reducidos y no coinciden con los del descanso laboral, o bien se imponen trámites administrativos que dificultan el uso del sistema.
- **Barreras culturales:** se definen como la falta de entendimiento entre los profesionales y los usuarios ya sea que no comparten universos simbólicos similares o que los profesionales no se adaptan al compartido por los usuarios; una situación que llama la atención en personas que se vinculan con los servicios de salud a lo largo de su vida es que su propia experiencia o sentido común es la que va a determinar cuándo lo va a usar, cuándo no y para qué.

La **accesibilidad simbólica** es un componente del acceso basado en la relación entre ciudadanos y servicios de salud. Las personas deciden utilizar servicios y superar barreras según sus experiencias y percepciones culturales sobre la salud y la enfermedad y la percepción del riesgo. Las acciones de los servicios y sus trabajadores generan discursos que determinan la accesibilidad, de aquí la importancia de la claridad a la hora de informar cómo funcionan los servicios. Existe

Algunas mujeres que decían “si vas a esa salita sos fiambre”, no la pisaban ni por casualidad, aun teniéndola cerca, y preferían ir al hospital aunque tuvieran que pagar. Cuando se les preguntaba por qué pensaban eso, sus argumentos estaban basados en relatos de alguna experiencia fatídica conocida. Algunas personas que pensaban que el hospital cobraba, solo iban por casos considerados urgentes y, cuando no pagaban, lo justificaban diciendo que eran tan pobres que el hospital hacía beneficencia con ellas (Comes y Stolkner, 2004).

una jerarquización cultural de situaciones de salud-enfermedad según la cual las más cercanas al riesgo de vida movilizan acciones tendientes a derribar las barreras de accesibilidad y, en cambio, en las consideradas de menor riesgo, no se atraviesan. Por otro lado, la “fama” que tengan los servicios conocidos también aporta lo suyo para tomar decisiones.

La accesibilidad es una construcción simbólica (Comes y otros, 2006) que, como dijimos, depende del vínculo que se establezca entre ciudadanos y servicios de salud. Si las personas saben cómo usar los servicios y son bien tratados, si los servicios son claros en términos de sus normas de funcionamiento, si no es ambiguo el concepto de cobro en servicios estatales, si los discursos circulantes sobre los servicios son positivos, seguro que construirán un concepto diferente que si no son bien tratados o si no saben si tienen que pagar o no, o si no conocen las normas de acceso y utilización, o si en los medios salen notas de tono negativo hacia los servicios estatales.

En relación con la lógica que usan las personas para definir si utilizan servicios de salud y vencen barreras de acceso, existen dos posiciones teóricas: una centrada en la toma de decisiones y el comportamiento individual y la otra centrada en modelos en los que la utilización es producto del vínculo que se establece entre los usuarios y los que prestan los servicios de salud (Travassos y Martins, 2004).

Mais Médicos es un programa implementado por el gobierno brasileño en el que médicos cubanos ofrecían atención en zonas de alta vulnerabilidad. Sobre este programa, algunos usuarios declararon un trato mucho más humanizado (Comes y otros, 2007) que el que habían sentido en su historia con los servicios de salud: alto grado de satisfacción con la atención (Comes y otros, 2016a) y hasta hubo indicios de empoderamiento de las mujeres (Comes y otros, 2020) a partir de que las miraran de igual a igual en una relación médico-paciente que ellas habían definido en el pasado como desigual (el médico brasileño no las miraba ni las tocaba).

El modelo asentado en la toma de decisiones y el comportamiento individual sostiene que las creencias de los individuos explican los problemas de adhesión terapéutica (creencias, intenciones y percepciones de riesgo individual y familiar). El comportamiento para la utilización va a depender de que se analice que la atención puede traer beneficios. La vivencia de susceptibilidad individual o familiar se relaciona con la percepción del riesgo de la enfermedad, y la gravedad está referida a los sentimientos y preocupaciones sobre esa enfermedad y sus consecuencias en la salud y las condiciones de vida. La probabilidad de que una persona demande un servicio de salud, según esta teoría, depende de tres componentes: la propensión a la acción, la evaluación de las ventajas e inconvenientes y los estímulos internos y externos para adoptarla. El balance entre barreras y beneficios (al estilo del modelo costo-beneficio) es el que prima a la hora de elegir utilizar servicios. En este sentido, se define que la decisión de utilizar un servicio es producto de factores individuales, del sistema de salud y del contexto social en interacción y de la experiencia pasada en la utilización de servicios (Andersen y Newman, 2005).

Factores relacionados con la oferta podrían inducir una demanda de servicios, aunque pocos estudios analizan el comportamiento médico o de otras profesiones de la salud como factor interviniente. El trato

de los profesionales y trabajadores podría influir el contacto con los servicios a lo largo de la vida de las personas, de ahí la importancia de que sea profesional y de acuerdo a criterios que generen satisfacción en los usuarios (Travassos y Martins, 2004).

1.6. Satisfacción del usuario y responsividad de los servicios de salud

La **satisfacción del usuario** es un concepto relacionado con la calidad de atención. Si bien entendemos que es un concepto subjetivo en el que se entremezclan factores individuales y colectivos, en la medida en que los usuarios están satisfechos, se puede decir que existe un nivel de mayor calidad. Los trabajadores y profesionales deberían saber cómo dirigirse a los usuarios para generar esa satisfacción.

La **satisfacción con los servicios** también se relaciona con la idoneidad de los equipos que los ofrecen. El concepto de satisfacción hace alusión a aspectos médicos del modelo de atención en salud (Comes y otros, 2016a). Viene a valorar atributos que se consideran importantes para el proceso de atención, como la agilidad (tiempos de espera razonables), la dignidad (respeto de los derechos de los usuarios), la confianza en la confidencialidad de las informaciones de la consulta y la privacidad en el momento de atención.

Además de estas características, existen aspectos de las instituciones y los servicios de salud que, sin decirlo explícitamente, transmiten mensajes. Espacios limpios, ventilados, con muebles confortables hablan sobre el cuidado de los usuarios. El acceso a redes de apoyo social para usuarios que lo necesiten o la libertad para elegir un servicio también son importantes para que las personas se sientan satisfechas. Estas cuestiones no médicas pero relacionadas con el modo en que el sistema responde a las expectativas de los que lo utilizan se conocen como atributos de la **responsividad de los servicios**. Por ejemplo, el estado de las instalaciones o el acceso a información clave para el uso de servicios son características de la responsividad (Hollanda y otros, 2012). El concepto alude a las respuestas relativas al cuidado que ofrece el sistema en términos de aspectos no médicos.

1.7. Necesidades, demanda y oferta

Las nociones de **necesidades**, **oferta** y **demanda** fueron adaptadas de la economía liberal clásica al campo de la salud. La demanda implica estar dispuesto a comprar y la oferta significa estar dispuesto a vender. En salud, esto se interpreta como la oferta de servicios disponible para el uso de la población y lo que la población está dispuesta a usar. Esta interacción determina la cantidad que se debe producir de cada bien o servicio.

En una economía de mercado, la renta individual es producto de las transacciones de bienes y servicios y no considera las necesidades de los individuos. De aquí que la distribución de la renta en nuestro país sea desigual y no acorde con el criterio de necesidad.

En particular y desde un punto de vista ético y de justicia social, las necesidades en salud no se deberían relacionar con el estatus socioeconómico sino con la supervivencia de la especie.

No obstante, los mercados crean nuevas necesidades que las personas asimilan como propias y creen que el consumo de un determinado bien o servicio es un aporte positivo a la salud, cuando a veces no existe evidencia clínica para eso.

Las necesidades en salud dependen de cada sociedad y las respuestas a ellas también varían conforme a la intensidad de esa manifestación, la organización de la comunidad, el nivel de percepción de esa necesidad por parte de la población y la importancia que esa necesidad tiene para el bienestar (Campos, 1969).

Las necesidades a veces son inducidas por la industria farmacéutica a través de profesionales médicos a quienes se les otorgan beneficios si ofrecen determinada tecnología. Esto ya fue descrito en capítulos anteriores.

En ocasiones, la colonialidad del poder/saber impone necesidades de los países más ricos del planeta, generalmente situados en el norte.

Para complejizar aún más el problema, desde la filosofía, sabemos que las necesidades son ilimitadas y que dependen del punto de vista de quien las demanda. Por otro lado, los recursos de salud para satisfacerlas son limitados. Esto lleva a definir qué cartera de servicios se incluye en la garantía del derecho a la salud y qué otros servicios no se consideran porque no se relacionan con una necesidad de salud.

A esta situación se suma que algunas necesidades son sentidas y otras no. Ambas pueden estar social y técnicamente justificadas, pero a veces la población no sabe qué necesita: no se demanda un programa, servicio o práctica de salud porque no se sabe que eso existe. Las estrategias de programación, sensibilización y consejería dentro del sistema, realizadas con la población, a menudo sirven para transformar necesidades no sentidas en sentidas.

La salud y las respuestas que estructura el sistema de salud son temas de definición social en un contexto histórico determinado y no tienen nada de natural. La demanda hacia los servicios de salud no puede considerarse un tema de necesidades, ya que está atravesada por varios factores, entre ellos, la creación de necesidades por parte del mercado, la percepción de necesidad sentida del usuario y la oferta, consciente o no, que los profesionales de salud realizan para los usuarios.

¿Cómo definir, entonces, las verdaderas necesidades de salud? Para esto se recomienda el uso de encuestas de enfermedad, estudios epidemiológicos en la población y relevamientos desde la perspectiva de los profesionales y trabajadores involucrados. Sobre este diagnóstico se deberían fijar prioridades y establecer metas, es decir, planificar (Campos, 1969).

La **atención racional de los problemas de salud** está relacionada con la capacidad de la oferta confrontada por las necesidades. La oferta de servicios a su vez está influida por el presupuesto de salud, las condiciones de las instituciones y las actitudes de la comunidad frente a la salud (Campos, 1969).

En salud, la línea divisoria entre necesidades y preferencias es un obstáculo que no ha sido totalmente zanjado desde la ética, dado su relativismo, y puede entenderse como el problema fundamental para definir derechos y obligaciones.

La filósofa argentina Graciela Vidiella ha desarrollado en su tesis de doctorado su postura con relación a este tema. Plantea que las necesidades en salud, en un contexto en el que el bien salud ha sido convertido por el discurso y las prácticas hegemónicas en una mercancía, son difíciles de discernir, ya que los mercados crean, en

función de los intereses capitalistas, nuevas mercancías que tratan de introducir como necesarias. En este contexto propone: “La defensa del derecho igualitario a la salud implica abonar razones a favor de su exclusión del juego de mercado” (Vidiella, 2000). Ahora bien, esto únicamente es posible si se pueden distinguir necesidades de preferencias: las necesidades pueden entenderse, en el marco del derecho y las preferencias, como objetos que debe cubrir el mercado.

2. La construcción del cuidado común

2.1. Salud feminista

Los feminismos populares se instalaron en la escena pública después de tres décadas de encuentros de mujeres, de movilizaciones masivas del Ni Una Menos y de tres paros internacionales. Acompañando este proceso, surgió el debate acerca de la igualdad como objetivo de toda política sanitaria.

¿Es posible pensar en la soberanía sanitaria sin la soberanía de las personas sobre sus propios cuerpos? ¿Puede existir la equidad en salud sin la autonomía de las mujeres para que decidan sobre su reproducción y su destino o sin la autonomía de los varones para elegir cómo vivir sus emociones y vínculos e interpelar así las formas hegemónicas de la masculinidad y sus privilegios? ¿Podemos construir salud si no rompemos finalmente con el binarismo cis heteronormativo sobre el que se sostienen los modelos de atención dominantes?

Los feminismos han interpelado las bases del sistema de salud al cuestionar el modelo basado en la jerarquía del saber, en el biologicismo y en una concepción binaria (femenino/masculino) y heteronormativa de los cuerpos. Los colectivos feministas se han organizado para