

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

EL Objeto de la Justicia Sanitaria [The object of the Health Justice]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Rodríguez del Pozo,Pablo
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-11 16:57:27
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215620

EL OBJETO DE LA JUSTICIA SANITARIA

Pablo Rodríguez del Pozo

Consultor Programa Regional de Bioética O. P. S., Buenos Aires. Argentina

BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS

*A*l hablar de bioética y derechos humanos, suele resultar útil tipificar estos derechos, clasificándolos en tres niveles: primarios, secundarios y terciarios.

Los derechos primarios estarían vinculados a la restitución de la integridad física o psíquica perdida, y su paradigma sería el derecho

a la asistencia sanitaria, derecho de prestación por el cual el individuo estaría facultado para exigir de los poderes públicos asistencia sanitaria en la enfermedad.

Los derechos secundarios se referirían a la calidad de la asistencia a recibir. Serían los derechos a recibir unas prestaciones médicas técnicamente correctas. Este tipo de derechos sería corolario del derecho a la asistencia sanitaria; pero, del otro lado, se situarían en la órbita de los ordenamientos civil y penal, en donde se dirimen las cuestiones suscitadas por una asistencia sanitaria incorrecta, sea por impericia, imprudencia o negligencia.

Los derechos terciarios, finalmente, estarían en esta clasificación vinculados al respeto por la dignidad individual y al ejercicio de la propia autonomía frente a las intervenciones biomédicas. Estos derechos tienden sobre todo a la protección específica de las personas enfermas, al hallarse ellas en una situación más débil. No se trata de que los enfermos tengan unos derechos diferentes a los del común de la población. Se trata, en cambio, de la necesidad de contar con unas instituciones jurídicas más específicas, para conseguir una protección eficaz en situaciones de mayor vulnerabilidad. Son, siguiendo a Norberto Bobbio, *ius singulare* con respecto a un *ius comune* que son los derechos humanos de la generalidad. Estos derechos comprenden un amplio catálogo, que abarca, entre otros, el derecho a recibir información veraz, a consentir o a rechazar el tratamiento, a la intimidad, a la confidencialidad, al bienestar, etcétera.

A veces, más de la cuenta, se piensa la bioética como una disciplina centrada en los llamados derechos terciarios. El *Oxford English Dictionary*, por ejemplo, define la bioética como “la disciplina que se ocupa de los problemas morales que surgen a partir de los avances

de la ciencia y de la técnica en el terreno de la medicina", palabra más, palabra menos. Así, muchas veces, al tratar la cuestión de la medicina y los derechos humanos, nos centramos en el derecho a la información, al consentimiento y rechazo del tratamiento, a morir con dignidad, a no ser objeto de investigaciones inconducentes y no consentidas, al secreto médico, a la integridad del patrimonio genético, al secreto del patrimonio genético. Temas apasionantes, por cierto. Pero en nuestra región, en donde tal vez el mayor problema sea *el acceso* a la asistencia sanitaria, esta aproximación puede ser vista como una frivolidad. No del todo.

Los derechos de las personas frente a la medicina y las ciencias biomédicas tienen por fin especificar y proteger mejor los derechos humanos en sentido clásico, en situaciones de especial vulnerabilidad, como recién se dijo. Cuesta creer que existan personas más vulnerables, en el sentido de más dispuestas a soportar con resignación cualquier atropello que, precisamente, los indigentes y olvidados que casi por milagro han conseguido acceder a un hospital. Los enfermos cuyo acceso a los servicios de salud es muy limitado, son los más vulnerables, los que requieren mayor protección y los que más obligan a los profesionales.

Los problemas de acceso a la asistencia sanitaria no son, por su propia naturaleza, solucionables a través de la acción individual. Es seguro que ningún médico puede individualmente resolverlos, ya que para ello se requiere la acción colectiva, a través de los poderes públicos. Los médicos estamos obligados, como ciudadanos, a trabajar por que exista un apropiado acceso a la asistencia sanitaria. Pero el éxito o el fracaso no dependen exclusivamente de la acción personal, sino del sistema político, del Estado o de la sociedad en su conjunto.

Los derechos terciarios de nuestros pacientes, en cambio, sí que dependen de nosotros mismos, y no ya de los poderes públicos. De allí que, en este sentido, las obligaciones de los profesionales son mucho más fuertes, ya que son directa e inmediatamente exigibles a cada uno, y no se diluyen en la -siempre más vaga- responsabilidad colectiva. Por esta razón, creo que el estudio, la formación y la acción sistemática en materia de *derechos terciarios*, dista de ser una frivolidad. Esto, por lo demás, no releva a nadie de sus obligaciones como ciudadano.

Esta presentación, sin embargo, se va a centrar en los antes mencionados *derechos primarios*; esto es, el derecho a la asistencia sanitaria y los problemas de justicia.

JUSTICIA SANITARIA

El gasto en asistencia sanitaria crece aceleradamente en casi todas las naciones modernas. Sin embargo, no parece haber una mejora paralela, ni de los indicadores vitales, ni del acceso de los más pobres a los servicios de salud. Nos enorgullece salvar las vidas de algunos niños, gracias a la tecnología, y a la pericia y el esfuerzo de nuestros profesionales. Pero debería avergonzarnos saber que la mayoría de las muertes infantiles es causada por patologías evitables, como la diarrea infantil o las enfermedades infecciosas. Mientras tanto, se han elaborado numerosas teorías sobre la justicia sanitaria. Sin embargo, la búsqueda ha resultado, hasta ahora, bastante desesperanzadora, sin haberse llegado a dar, al respecto, con una teoría definitiva en su fundamentación y plenamente operativa en su implementación práctica. En este artículo se plantea que tal vez el desajuste no se encuentre en el componente intelectual de las teorías de justicia, sino

en su componente material, esto es, en su objeto o, si se prefiere, en la cosa a distribuir; y se proponen algunos elementos a tener en cuenta para reconstruir tal objeto.

Derechos humanos, necesidades humanas y justicia

La teoría dualista de los derechos fundamentales, desarrollada por Gregorio Peces-Barba, considera que en el concepto de derechos fundamentales existen dos planos concurrentes: el axiológico y el jurídico-positivo. El primero de ellos está referido a la existencia de unos valores al servicio de la persona humana y de su dignidad, y sobre él se erige la denominada “pretensión moral fundante” de tales derechos: por ejemplo, la igualdad ante la ley, o la potestad individual de fijarse autónomamente los propios planes de vida, sin otra interferencia que la ley. El plano jurídico-positivo se refiere a la inserción de tales valores en normas de derecho positivo, y consiste en la plasmación normativa de aquella “pretensión moral fundante”. Esta aproximación, expuesta aquí muy esquemáticamente, no requiere mayores explicaciones cuando se estudian los derechos civiles y políticos, “derechos de contenido negativo”, centrados en las libertades y garantías individuales, que se materializan por lo general mediante normas que establecen la abstención del Estado (de allí el contenido “negativo”) de interferir en la esfera de los derechos y libertades individuales: “Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”, dice, por ejemplo, el artículo 19 de la Constitución Argentina.

Pero desde hace poco más de un siglo, junto a los derechos de contenido negativo, existen los denominados “derechos fundamentales de contenido positivo”, o derechos de prestación. Estos, como su

denominación lo sugiere, no se satisfacen ya mediante una mera abstención del Estado, sino que su materialización exige de aquél la prestación de servicios, por sí o a través de terceros. Este es el caso del derecho a la educación. Aquí la teoría dualista sí que requiere un análisis adicional. En estos derechos, la pretensión moral fundante no consta de un único elemento de tipo genérico (v.gr. la igualdad de oportunidades), sino que a su estructura constitutiva se añade un segundo componente, esta vez de tipo concreto, material, referido a los bienes o servicios pretendidos (v.gr. la enseñanza). Este último estará directamente vinculado a las necesidades de los individuos que deben ser satisfechas, como exigencia para la materialización del derecho de que se trate. Los bienes y servicios pretendidos quedarán plasmados en la ley y constituirán el objeto del derecho en cuestión (v.gr. la educación primaria y secundaria gratuitas). Como se trata de distribuir bienes y servicios o, si se prefiere, recursos escasos entre los titulares del derecho, aquí aparecen los problemas de justicia, y la necesidad de pensar en una distribución justa. El objeto de cada derecho será también el objeto de la justicia, entendido como “la cosa material” que aquélla pretende distribuir equitativamente, dando a cada uno lo que le es debido.

Este esquema es aplicable al derecho a la asistencia sanitaria. En este terreno, equivocadamente, las más recientes teorías de justicia han tendido a centrarse casi de manera exclusiva en la asistencia sanitaria curativa tal y como se ha desarrollado en los últimos decenios de este siglo, estimando que toda la oferta diagnóstica y terapéutica, actual y futura, compone el objeto de este derecho. Las diversas teorías sobre la justicia sanitaria parecen considerar implícitamente que la actual oferta médica es expresión de las necesidades a satisfacer en razón del componente material de la pretensión moral fundante.

El razonamiento seguido parece ser: (a) existe una pretensión moral fundante de un posible derecho al cuidado de la salud, y tal pretensión tiene un componente material; (b) este componente material se vincula directamente a las necesidades a ser satisfechas a los titulares de aquél derecho; (c) la oferta médica actual, con todo su impresionante despliegue diagnóstico y terapéutico, es una respuesta a aquellas necesidades, y constituye la mejor manera de reconocerlas (si bien de modo indirecto); luego, (d) los bienes y servicios pretendidos por los individuos en función de sus necesidades coinciden exactamente con la oferta médica actual y, por ello ésta constituye el objeto del derecho a la asistencia sanitaria y, por lo tanto, el objeto de la justicia en materia de salud.

En las páginas que siguen, se intentará ahondar sobre el problema del objeto de la justicia sanitaria, procurando señalar que hay algo que no cuadra en la fórmula recién presentada. Para ello se expondrá, en primer lugar, una teoría de las necesidades humanas en general y, en particular, de las necesidades humanas vinculadas a aquellas pretensiones morales, en su componente material, que sirven de base a los derechos fundamentales de prestación. Más adelante se entrará directamente en la teoría de la necesidad asistencial, presentando sus posibles elementos constitutivos. A partir de estos elementos se pretenderá llegar a la conclusión de que las necesidades asistenciales a satisfacer por el derecho a la asistencia sanitaria, o al cuidado de la salud, más que probablemente no coincidan con todo el despliegue diagnóstico y terapéutico ofrecido por la medicina actual. Será este un intento de desvirtuar aquella la visión que considera toda aquélla como el objeto de la justicia sanitaria. Se tratará, en suma, de llegar a la conclusión de que la oferta médica actual, tomada *in toto*, está lejos de constituir el objeto único de la justicia sanitaria. En particular, se

intentará reflexionar sobre la necesidad de reconstruir tal objeto a partir de la teoría de las necesidades propuesta, si no queremos que la búsqueda de la justicia en materia sanitaria sea una tarea tan descorazonadora como lo ha sido hasta ahora.

Las necesidades humanas

Muchas cosas son llamadas “necesidades”, aunque tal vez pocas cosas realmente lo sean. Es que con este término nos referimos, por lo general, a cualquiera de los medios que requerimos para alcanzar fines, más allá de la relevancia de estos. Así, hablaremos de cosas que necesitamos para sobrevivir, para obtener placer, o para satisfacer nuestros deseos y preferencias. No todas las cosas que decimos necesitar son, empero, estrictamente necesidades conectadas al objeto material de un derecho fundamental, aún cuando los bienes capaces de satisfacerlas se encuentren en el mismo terreno, ni aunque tales bienes formen parte de nuestras preferencias y deseos. Parece conveniente, entonces, establecer pautas para reconocer las necesidades moralmente relevantes, en tanto vinculadas al elemento material de la pretensión moral fundante del derecho en cuestión.

Para tal fin, se ha propuesto a veces la distinción entre dos tipos de necesidades: (a) necesidades básicas; y (b) instrumentales. Las primeras estarán caracterizadas por ser fundamentales (en tanto su origen no está referido a otra necesidad) y constitutivas (en tanto no se vinculan a una circunstancia en particular). Las necesidades instrumentales, a su vez, serán derivadas (en tanto su origen está vinculado a otra necesidad) y circunstanciales. Puede sostenerse que las necesidades básicas tienen las siguientes propiedades:

a) Son adscribibles objetivamente. Esto significa que podemos adscribirlas a una persona inclusive si ella no repara en que las tiene, y hasta si niega tenerlas, porque sus preferencias son diferentes de las necesidades adscriptas. Como dice Carlos Nino, las necesidades adscribibles objetivamente “son aquellas que están supeditadas a fines que no dependen de los deseos o preferencias de los agentes”.

b) Son objetivamente importantes. Esto quiere decir que empíricamente les asignamos un peso especial a las reclamaciones basadas en ellas, y lo hacemos así de manera independiente de la importancia que les otorguen los individuos. De Lucas y Añón sostiene que “estamos en presencia de una necesidad humana básica (...) cuando podemos razonar y analizar una situación tal que su no satisfacción causa un daño o perjuicio (...) grave, tanto con relación a la supervivencia como al desarrollo de la persona como tal”.

c) Son universales, significando esto que son iguales para todos, son características empíricas invariables de las personas, aun cuando la forma de provisión que se requiera en cada caso para su satisfacción pueda ser variable.

d) Son cambiantes, en el sentido de que si son empíricas es difícil pensar que puedan ser descubiertas todas ellas para todos los contextos, hasta formar una lista cerrada. De esta manera, algunas necesidades reputadas como básicas pueden a la postre, cambiando las circunstancias, venir a resultar derivadas.

Con estos caracteres, las necesidades básicas se pueden definir, con Ruth Zimmerling, diciendo que “N es una necesidad básica para X si y sólo si, bajo las circunstancias dadas en el sistema socio-cultural S en el que vive X y en vista de las características personales P de X,

la no satisfacción de N le impide a X la realización de algún fin no contingente -es decir que no requiere justificación ulterior- y, con ello, la persecución de todo plan de vida”.

El cuidado de la salud, evidentemente, cumple con todos los requisitos para ser considerada como una necesidad básica. Cualesquiera sean las metas escogidas por un individuo, y cualesquiera los caminos elegidos para alcanzarlas, se necesita de la salud para ello. Por esta razón la lucha contra la enfermedad, la liberación del proceso patológico o sus manifestaciones constituye una necesidad básica, y la necesidad por excelencia. Mario Bunge la considera como la única necesidad básica que no requiere justificaciones adicionales. Pero esta caracterización, así en crudo, si bien resulta convincente para pensar en los servicios para la salud como un derecho de prestación, nada nos dice con relación a los contenidos específicos de aquellas necesidades ni, por lo tanto, cuál sería en concreto el objeto de tal derecho. Las diversas teorías de justicia se limitan a considerar -al menos implícitamente- que la oferta médica actual no es otra cosa que la expresión cabal de las necesidades asistenciales, con lo cual toda aquella oferta vendría a constituir el objeto del derecho a la asistencia sanitaria y, por ende, el objeto de la justicia sanitaria.

En la sección siguiente se analizarán, en primer lugar, los conceptos de salud y enfermedad, para mostrar que una idea equivocada sobre ellos llevará, indefectiblemente, a equivocar también la idea de necesidad asistencial. Luego se recordará la teoría causal de la salud y de la enfermedad, demarcando allí el papel de la asistencia sanitaria actual, para hacer notar que ésta tiene efectos más bien restringidos en cuanto a la salud y la enfermedad. Se sostendrá que, si esto es así,

tal asistencia mal puede ser vista como el objeto que primariamente satisface la necesidad relativa al cuidado de la salud, no pudiendo constituir, si no es reformulada críticamente, el objeto de la justicia sanitaria. En tercer término, se estudiará la estructura de la demanda asistencial, poniendo de manifiesto la diferencia, a veces abismal, existente entre demandas y necesidades, con el fin de poder señalar que el objeto de la justicia sanitaria resultará falso si es concebido sobre la base de las demandas y no de las necesidades. Por último, se plantearán algunas conclusiones.

TEORÍA DE LA NECESIDAD ASISTENCIAL

El concepto de salud

Parece evidente, para muchos, que las intervenciones médicas están encaminadas a la protección y recuperación de la salud o, si se prefiere, a evitar y eliminar la enfermedad. Pero no es menos evidente que cuesta ver algunas de aquellas intervenciones, tales como la cirugía embellecedora, o el uso de los llamados “psicofármacos cosméticos”, como directamente vinculadas a la salud de las personas. A muchos hoy, nos mueve a risa saber que, hasta no hace mucho, la masturbación juvenil era considerada una enfermedad; y nos avergüenza enterarnos de que en los EE.UU., a los esclavos que, pese al castigo, se escapaban una y otra vez de las plantaciones, nuestros colegas les diagnosticaban “drapetomanía”, enfermedad consistente en la necesidad compulsiva de huir de aquella vida de perros.

Hoy parece estar aceptado que la masturbación adolescente está relacionada con la (saludable) experiencia del propio cuerpo; y es palmario que cualquier persona mínimamente valerosa, sana y cuerda,

tratará de saltar a la libertad si se ve esclavizada. Estos ejemplos nos conducen a lo obvio: (a) que hay intervenciones médicas que, al menos a primera vista, no están directamente ligadas a la salud; o al menos no según el concepto más divulgado que de ella se tenga; y (b) que cada diagnóstico de enfermedad, formulado en un lugar y en un tiempo determinado, responde -en todo o en parte- a las pautas culturales propias de ese tiempo y lugar; y que, por lo tanto, los conceptos de salud y enfermedad, aún los más divulgados, no siempre están vinculados a la necesidad básica de asistencia sanitaria, capaz de dar sustento a un derecho humano fundamental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostuvo en 1946, en su documento fundacional, que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o impedimento”. Esta definición de salud ha recibido pocos elogios y muchas críticas. Se ha dicho que constituye un concepto demasiado amplio de salud, porque equipara ésta al bienestar y, casi, a la felicidad; que medicaliza cuestiones que pertenecen al terreno de la filosofía social, y que amplía excesivamente las metas de la medicina, creando falsos objetivos sanitarios, cuya prosecución sería una perversión del arte. Se ha sostenido, igualmente, que esta definición imputa a los profesionales sanitarios responsabilidades de imposible cumplimiento. Son todas críticas bastante acertadas. Pero la definición de la OMS, con ser importante, es probable que no haya tenido mayor impacto en el desarrollo del aparato médico actual, como no lo han tenido la mayoría de sus recomendaciones.

Es, en cambio, seguro que sí lo han tenido los conceptos que hoy parecen poseer nuestras sociedades sobre la salud y la enfermedad. Un concepto tal vez dominado por el culto a la juventud y la belleza,

por la tendencia a medicalizar aspectos de la vida antes considerados “naturales” (p.ej. el embarazo, el duelo, la falta de talentos, inteligencia o curiosidad, la rebeldía juvenil, el envejecimiento del cuerpo, etcétera), por la negación de la muerte como hecho de la vida y por idea de que la muerte es un fracaso de la ciencia médica. El diagnóstico, en definitiva, es tanto un acto médico como social. El médico diagnostica desde sus conocimientos anátomo-fisiológicos. Pero también lo hace desde sus categorías, prejuicios y sentimientos, que no son otros que los de la sociedad en la que vive, en el momento en que le toca vivir. Por esto antes y ahora se han diagnosticado, y se siguen diagnosticando, “masturbaciones” y “drapetomanías”.

Los conceptos de salud y enfermedad son centrales en la definición de la necesidad asistencial. Y, si bien las necesidades humanas y su satisfacción no son ahistóricas, cuando se trate de definir la necesidad básica a cuya satisfacción estará vinculada el objeto del derecho a la asistencia sanitaria, habrá que hacer un gran esfuerzo para desenmarañar aquellos conceptos de sus componentes puramente contingentes. Un falso concepto de salud nos llevará a establecer una noción equivocada sobre la necesidad asistencial y, por ende, sobre el objeto de la justicia sanitaria.

Las causas de la salud y de la enfermedad

En la Antigüedad Clásica dos divinidades simbolizaban la lucha contra la enfermedad: Higeia y Asclepio. La primera de ellas era probablemente una emanación personificada de Atenea, diosa de la sabiduría y de la razón. Aunque identificada con la salud, Higeia no estaba relacionada con el tratamiento de los enfermos. Más bien su papel era el de guardiana de la salud, y simbolizaba la creencia de que

los hombres pueden mantenerse sanos si viven de acuerdo con la razón. Por su parte Asclepio, hijo de Apolo, y de quien Hipócrates era tenido por descendiente, era el dios que curaba a los enfermos.

En un principio el culto a Higeia era predominante, pero a partir del siglo V a.C., cuando la medicina se convirtió en *tekné iatriké*, se racionalizó y obtuvo sus primeros éxitos, progresivamente se fue extinguiendo para ceder su puesto a Asclepio. Desde entonces, y hasta nuestros días, el predominio de la orientación terapéutica, alimentó a lo largo de toda la historia el desarrollo de una ciencia médica más preocupada en curar que en prevenir, centrada en el individuo, más que en la población. Sin embargo, la orientación curativa de las ciencias médicas, especialmente impresionante en esta última mitad del siglo, parece no ser la causa directa e inmediata del mejoramiento de los indicadores de salud. Esto último estaría relacionado con otras causas.

Se ha demostrado que el mejoramiento de la salud de la población, depende de factores diferentes de la atención sanitaria, como el mejoramiento del medio ambiente, la alimentación, la vivienda, la educación y la promoción sanitaria; factores que están alejados de los simples éxitos clínicos asistenciales terapéuticos. Decía William Beveridge (1879-1963), el autor del *Informe* de 1949 que dio lugar a la creación del *National Health System* Británico: para lograr un adecuado nivel de salud en una sociedad es necesario erradicar la ignorancia, la falta de higiene, la indigencia, el desempleo y la enfermedad. En ese orden. La erradicación de las cuatro primeras llevaría a minimizar la necesidad de luchar contra la enfermedad.

La OMS, por su parte, en el *Informe* Grundy-Mackintosh, de 1975, ha sostenido que “la mejoría de la salud [en este siglo] le debe más a los cambios en el ambiente externo (...) no nos enfermamos por

la falta de una terapia específica protectora, sino debido a que vivimos en un medio ambiente más saludable. En su preocupación por la minucia del diagnóstico y la patogénesis de la enfermedad, la medicina está en peligro de denegar lo que más acusadamente la ha provisto de su más poderoso recurso, la manipulación medioambiental." En otras palabras, como dice el profesor de Stanford, Victor Fuchs, "cuando el resto de las variables determinantes del nivel sanitario permanecen constantes, la contribución adicional de la asistencia médica es, para ese nivel sanitario, muy pequeña en las naciones modernas".

Esto sugiere que la asistencia sanitaria típica de la oferta médica de nuestros actuales sistemas de salud posee, en general, un alcance limitado en cuanto al mejoramiento de la salud de los individuos de una determinada población.

Esto ya lo demostraron Thomas McKeown (1976), John Knowles (1977), Lester Breslow (1983) y A. Milio, entre otros (por no mencionar a Ivan Illich y a Richard Carlson, desde visiones menos empíricas y más intuitivas y, sobre todo, bastante nihilistas).

Más inclusive, Evans y Stoddart (1990), en un trabajo ya clásico, demostraron que el inmenso gasto en salud distrae bienestar de otros terrenos (la vivienda, la educación, el esparcimiento, el nivel de empleo), en un grado tal que tiene efectos negativos sobre el nivel de salud, el cual depende, precisamente, de aquellos otros terrenos que ven disminuidos sus recursos a causa del creciente gasto en medicina curativa.

De esta manera, no debería suponerse que las necesidades relativas al cuidado de la salud coinciden con aquella oferta, dada su capacidad

limitada para satisfacerlas, por muy espectacular e impresionante que aquella sea. Si la salud y la enfermedad se vinculan a otro tipo de intervenciones, parece equivocado pensar que el objeto del derecho al cuidado de la salud es la oferta médica actual. Reconocer el papel más bien secundario que desempeña la actual oferta asistencial en nuestra salud, y reformular críticamente sus patrones y contenidos es, con toda nitidez, indispensable para reconstruir el objeto de la justicia sanitaria.

La estructura de la demanda asistencial

Los economistas suelen definir la demanda como “la cantidad total de un determinado bien o servicio que el consumidor desea y puede comprar a cada precio posible durante un determinado período de tiempo”. En esta definición, hay al menos dos elementos bien diferenciados: (a) las necesidades o deseos del consumidor; y (b) el potencial económico del consumidor. En los mercados de bienes y servicios, la demanda tenderá a incrementarse toda vez que aquellos dos elementos crezcan. Pero en materia sanitaria-asistencial, la demanda presenta algunas características especiales.

La demanda individual de asistencia sanitaria se derivaría de la idea de la existencia de un nivel óptimo de salud, el cual cada uno compara con su estado de salud presente. Si como resultado de tal comparación se pretende alcanzar un mejor nivel de salud, la persona va en busca de atención médica. No obstante: (a) es normal que las personas realmente ignoren tanto su estado presente de salud, y el que podrían realmente alcanzar, cuanto los tratamientos disponibles y el diferente grado de eficacia de cada uno de ellos; y (b) serán los profesionales quienes tengan a su cargo establecer lo uno e informar

sobre lo otro. Para comprender la estructura de la demanda asistencial es necesario, entonces, analizar –en primer lugar– el problema del desconocimiento del paciente sobre su salud y sobre las posibilidades de la medicina y, sobre todo, centrarse en el papel de las expectativas del paciente sobre la medicina moderna. En segundo término, es preciso abordar el fenómeno de la relación de “agente” entre el profesional y el paciente, y el problema de la llamada “demanda inducida”.

El paciente ignorante y sus expectativas

Dentro del consultorio, existe una muy desigual relación de poder y conocimientos. El paciente cuenta (si puede) sus síntomas, y el médico diagnostica e indica el tratamiento. Empero, el paciente no sabe, ni se atreve, a efectuar sus propias elecciones entre los diversos tratamientos disponibles. No está, sin embargo, libre de expectativas.

Los logros, a veces asombrosos, de la medicina moderna, generan en los pacientes una inmensa fe en su eficacia. Así, ponen ilusiones irrealmente altas en la capacidad de la asistencia médica para mejorar la salud y, muchas veces, demandan servicios, atribuyéndoles la eficacia que no poseen. Más aún, los pacientes tienden a pensar que en tanto más costoso, complicado o inclusive riesgoso o doloroso resulte un procedimiento diagnóstico o terapéutico, más eficaz será. Como dicen John y Barbara Ehrenreich, “la tecnología médica (...) es tan compleja y mitificada como la tecnología espacial. Y el paciente ha sido educado mediante todas las noticias sobre las ‘hazañas espaciales’ de la medicina –trasplantes de corazón, diálisis renal, medicamentos maravillosos, terapia nuclear, etc.– para esperar algún pequeño milagro en su propio caso: una nueva y prodigiosa droga u operación. Y los milagros, por

su misma naturaleza no son ni explicables ni entendibles.” En definitiva pues, “la exigencia del profano es la medida de su creencia ingenua en las posibilidades ilimitadas de la medicina”.

Existe, pues, en los pacientes, una tendencia a demandar bienes y servicios diagnósticos y terapéuticos, casi exclusivamente en razón de las expectativas creadas acerca de la eficacia de la medicina curativa y por la fe, a veces ciega, que los usuarios depositan en esa ciencia. Pero las expectativas no reflejan necesariamente necesidades. Si buena parte de la demanda está basada en aquéllas, no es difícil concluir que la demanda total de bienes y servicios médicos no es expresión directa de las necesidades de servicios para el cuidado de la salud. Sobre esta base, el concepto de necesidad asistencial será, pues, más restringido que el de demanda. Y el objeto del derecho a la salud será menos extenso que la demanda total de bienes y servicios para su cuidado.

La relación de agencia y la demanda inducida

Pero no son solamente las expectativas de los individuos con respecto a las posibilidades de la ciencia las responsables de la disociación entre demanda de asistencia sanitaria, por un lado, y necesidades asistenciales, por el otro. Hay otros aspectos que caracterizan la formación de la demanda de asistencia sanitaria y que tienden a profundizar tal desconexión:

(a) que la más importante demanda sobre el uso de recursos sanitarios proviene principalmente del proveedor clave, el médico, más que de los usuarios;

(b) que los usuarios en muy poca medida pueden sopesar el tipo de asistencia que han recibido o están recibiendo; y

(c) que, como los pacientes frecuentemente desean los servicios médicos de manera urgente, ven limitada la posibilidad de establecer comparaciones entre varios proveedores.

Gavin Mooney sostiene que, para poder hablar de soberanía en una relación proveedor-cliente, las siguientes tres preguntas deben poder ser contestadas afirmativamente:

- (1) ¿Acepta el individuo que es él la persona más indicada para juzgar sobre su propio bienestar?;
- (2) ¿Es el individuo capaz de juzgar su propio bienestar?; y
- (3) ¿Desea el individuo realizar el juicio apropiado?

En el caso de la asistencia a la salud está claro que sólo en muy contadas ocasiones las tres respuestas serán afirmativas. Por esta razón se dice que el profesional es el agente del paciente para tomar por él las decisiones relativas a la demanda de asistencia sanitaria. Así, el proveedor de asistencia, el profesional, es a la vez el demandante, mucho más que el propio paciente. En este marco, resulta muy difícil distinguir entre las necesidades del paciente como demandante de bienes y servicios, y los pareceres personales o los intereses del médico como solicitante de ellos. Por no mencionar los intereses del denominado "complejo médico-industrial". Esto lleva comúnmente al fenómeno de la "demanda inducida", que se puede definir como "la solicitud, por parte de los médicos, de la prestación de sus propios servicios, o los de sus colegas y asociados, según sus criterios personales, sus preferencias e intereses".

Nuevamente, si una parte sustancial de la demanda de bienes y servicios para la salud está inducida por los criterios personales del

proveedor, sus preferencias, expectativas e intereses (al igual que los del complejo médico-industrial), es evidente que la demanda total de bienes y servicios médicos no es, tampoco por esta razón, expresión de las necesidades de servicios para el cuidado de la salud. Se puede llegar, por este otro camino, a que el concepto de necesidad asistencial resultará más restringido que el de demanda. Y a que el objeto del derecho a la salud, y de la justicia sanitaria, será menos extenso que la demanda total de bienes y servicios para su cuidado.

REFLEXIONES FINALES

Toda teoría sobre la justicia sanitaria debe poseer, como componente central, una noción clara sobre el objeto de la justicia, o la cosa a distribuir. Si tal noción es equivocada, difícilmente esa teoría puede estar acertada.

El objeto de la justicia sanitaria, esto es, aquellas prestaciones requeridas para la satisfacción del cuidado de la salud como derecho, está directamente vinculado a las necesidades humanas básicas en el terreno de la salud. Así, es menester establecer perfectamente cuáles son tales necesidades si se pretende identificar también el objeto de la justicia sanitaria.

Muchas veces se identifican las necesidades asistenciales con la demanda asistencial, pero en modo alguno son idénticas. La demanda asistencial aparece como la resultante no sólo de necesidades básicas, sino de un cúmulo de factores ajenos a ellas: un determinado concepto cultural de salud y de enfermedad viciado de sesgos y prejuicios, unas expectativas irreales de los pacientes (y los médicos) sobre las

posibilidades de la medicina, y unos criterios e intereses de los profesionales y de la industria que los llevan a inducir la demanda asistencial.