

## De las necesidades (básicas y culturales), demandas y satisfactores

Claudio Staffolani

En el mundo de la vida, influenciado por el devenir cultural, se han diferenciando dos tipos de necesidades, unas referidas a las más básicas y elementales, sin cuya satisfacción total o parcial los seres humanos no podrían continuar con su vida, y otra que llamaremos culturales. Forman parte de las primeras: la alimentación, el afecto, el abrigo corporal satisfecho por la vestimenta y el de hábitat por la vivienda, el cuidado de la enfermedad y la comunicación. Podríamos decir que esta serie de necesidades forman parte de nuestra condición humana y se transmiten genéticamente de generación en generación, sin variaciones a lo largo de la historia y sin modificaciones por efectos de la cultura. En cambio, lo que ha variado es la forma de ser satisfechas esas necesidades básicas, tanto a través del tiempo como desde las diferencias que marca cada civilización. Ha variado la comida tradicional francesa, italiana española, etc.; también la forma de demostrar el afecto, las características de la vestimenta, el perfil de las viviendas, la terapéutica y las nuevas formas de comunicación (teléfono, internet, etc.).

El segundo tipo de necesidades denominadas culturales, son las producidas por el hombre a través de la interacción social y repercuten desde lo grupal en los individuos. Estas necesidades culturales no inciden directa e inmediatamente sobre el tránsito de la vida a la muerte al no ser satisfechas total o parcialmente, pero sí repercuten en los procesos de salud-enfermedad, ya que al no ser atendidas por el grupo de referencia más inmediato (familia o comunidad) o por la organización social (el Estado) a través de sus múltiples efectores como son los servicios de salud, de acción social, de producción, de consumo, de trabajo, etc., las personas corren gran riesgo de inclinarse en el desarrollo de procesos patológicos, tanto desde el punto de vista psíquico como somático.

Habitualmente, las necesidades culturales son valores o características éticas (comportamientos) y materiales que las personas incorporan como requisito, presionados por ciertos imaginarios sociales (Díaz, 1998: 13), para poder integrarse dentro de grupos que, a su vez, intentan diferenciarse de otros estratos de la población.

Con la intención de hacer una presentación más ilustrativa del concepto de necesidad cultural, a continuación se desarrollan algunos ejemplos:

Un día en la peluquería  
a un cliente pude escuchar

siempre iba a caminar  
a un gimnasio en el centro  
porque había estacionamiento  
de coche particular.

Entonces que me di cuenta  
lo que se debe sentir  
por el status de ir  
no pensaba ese detalle  
que caminar en la calle  
lo podían confundir.

Vestirse de deportista  
la indumentaria formal  
para que no se vea mal  
cada actividad un espacio  
hacer del ir al gimnasio  
una actividad social (Elena, 2004: 206)

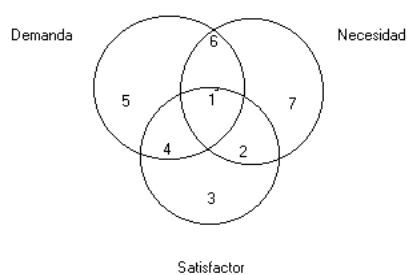
Este ejemplo que relata la reflexión del autor sobre un suceso real, nos muestra la contradicción que, desde el sentido común, implica el hecho de ir en automóvil a un gimnasio para caminar sobre la cinta mecánica. Sin embargo, en la situación relatada, se juegan valores propios de nuestra cultura, tradiciones y modas que se expresan en las necesidades creadas por la pertenencia a determinado estrato de la población. Se vuelve una necesidad tener un automóvil (no cualquier automóvil), ir a determinado gimnasio (no cualquier gimnasio) a caminar sobre una cinta mecánica, y también hacer determinada gimnasia para que el ejercicio sea más redituable corporalmente.

Otro ejemplo mucho más serio por sus consecuencias, es la necesidad de muchos jóvenes, e incluso niños, de adquirir el hábito de fumar para poder pertenecer a determinado grupo de pares, o para llamar la atención del sexo opuesto, o para soportar situaciones angustiosas (Enria et al; 2003).

Por último, para un grupo amplio de la sociedad se ha hecho muy importante poder ir a la cancha todas las semanas a presenciar partidos de fútbol, contar con un servicio de atención médica lo más cercano posible de su casa, ver un programa de televisión, o comprar ropa y calzado de marcas reconocidas.

Podríamos además, en el caso de los requerimiento grupales, hacer una diferencia entre lo que sería la demanda, pedido, o solicitud de la comunidad hacia otros grupos, organizaciones u organismos del Estado, y la necesidad que se oculta detrás de esa demanda para encontrar el satisfactor adecuado. Para establecer la relación que se establece entre la demanda de la población y su necesidad disimulada, que en ocasiones pueden confundirse, debe mediar una interpretación de quienes son responsables de su calidad de vida y de la misma población, interpretación que sirve para identificar con mayor precisión esa necesidad, para luego evaluar el satisfactor adecuado.

Con la ayuda del diagrama que se presenta a continuación, modificado levemente del original (Piedrola Gil et al, 1991: 1384), podemos pensar la forma en que se relacionan los conceptos de demanda, necesidad y satisfactor, para operar con más efectividad sobre la comunidad en beneficio de su salud.



1. Adecuación entre el satisfactor, demanda y necesidad (situación deseable).
2. Hay necesidad y satisfactor pero no hay demanda expresada por la comunidad.
3. Hay satisfactor pero no hay ni demanda ni evaluación de la necesidad.
4. Hay un satisfactor que cubre una demanda que no se corresponde a una necesidad.
5. Hay una demanda que no corresponde a una necesidad ni tampoco se organiza un satisfactor.
6. Hay una demanda que corresponde a una necesidad pero no se satisface.
7. Hay una necesidad sobre la que no hay una demanda y que no se satisface.

Habitualmente, algunos grupos poblacionales suelen demandar a las autoridades estatales de salud la construcción de un Centro de Salud (CS) en un lugar más cercano, debido a la alta frecuencia de patologías que se presentan dentro de esa comunidad y que además satura las posibilidades de atención médica del CS al que acuden normalmente (el cual debería haber

sido organizado siguiendo los estándares internacionales de Atención Primaria de la Salud-APS-) en relación con las características y la cantidad de población atendida. Podríamos interpretar que la demanda es justa y debería ser satisfecha cumpliendo con el pedido de organizar el nuevo CS. Pero también podríamos pensar que el aumento de la frecuencia de las enfermedades de la comunidad se debe a que el CS original no desarrolla estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, basando su tarea solamente en la atención de los problemas de salud que llegan a la consulta. En el primer caso, estaríamos frente a un seudosatisfactor puesto que no atacaríamos los determinantes de los procesos de salud-enfermedad y se seguiría permanentemente atendiendo enfermos tanto en el CS original como en el nuevo. En el segundo caso, la demanda de la población sería interpretada y transformada en la necesidad de atender los determinantes que actúan para aumentar la frecuencia de patologías, organizando los satisfactores (estrategias de promoción y prevención) para retraer la frecuencia de las enfermedades a estándares aceptables. En este último caso, estaríamos en el punto número uno del diagrama, mientras que en la primera opción estaríamos en el número cuatro, ya que el satisfactor no es el apropiado para la necesidad de atención que se oculta detrás de la demanda de un nuevo CS.

Otra situación podríamos describirla a partir de un CS, donde existen estrategias de promoción de la salud y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) con el propósito de generar conciencia sobre los riesgos, informar sobre prácticas saludables y otorgar preservativos en forma gratuita (satisfactores). Podríamos también especular que hay una necesidad de la población a partir de la detección de un aumento de la frecuencia de dichas enfermedades por los pedidos de atención médica en el CS. Por último, podríamos inferir que la comunidad no expresa su necesidad de recibir preservativos, presionada por el cumplimiento fiel de preceptos religiosos que no autorizan su uso por propender al aumento de situaciones pecaminosas. En este caso, estaríamos en el punto número dos del diagrama, ya que la población no hace efectiva su demanda, más allá de que se haya evaluado correctamente la situación (necesidad) e implementado las acciones adecuadas (satisfactor). Podríamos ejemplificar un nuevo escenario a partir de evaluar la cantidad de tomógrafos existentes en las grandes ciudades. Por dar un ejemplo, la localidad de Rosario en el año 2000 contaba con doce, cantidad que excede largamente los recomendados. Según los estándares internacionales, se aconseja que debe haber un tomógrafo por cada quinientos mil a millón de habitantes (según la fuente) para favorecer la salud de la población. La ciudad de Rosario, según el Censo 2001 (Indec, 2002), tenía 900.000 habitantes, por lo que habría un tomógrafo por cada setenta y cinco mil habitantes. En este caso, estaríamos ante el punto número tres del diagrama, puesto que tendríamos satisfactor para una necesidad y demanda ficticia.

Para ejemplificar el punto número cinco, podríamos hacer referencia al pedido de integrantes de una comunidad que debieron abandonar el servicio de atención médica pre-paga por causa de la crisis económica, para que se incorporen en los CS cercanos a sus casas, médicos con las especialidades acostumbradas a consultar sin la evaluación previa de un médico clínico. Esta demanda no se corresponde con una necesidad real de atención, sino con una práctica creada desde el mercado médico, basada fuertemente en la atención de la enfermedad, práctica que no es solidaria con las características de satisfacción que se organizan desde el ámbito público a través del sistema de APS, en los términos que esa parte de la población demanda, sin que haya satisfactor para ella y una necesidad evaluada.

Para el punto seis, se puede utilizar como ejemplo la demanda de los Adultos Mayores (AM) de ser atendidos en su Obra Social, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilado y Pensionados (INSSJP), por Médicos con formación Geriátrica. Demanda que se corresponde con una necesidad basada en el precepto científico de que su situación de adulto mayor debe ser evaluada por médicos con la formación adecuada para comprender sus problemáticas, de la misma manera que los médicos lo hacen con los niños. Esta demanda no es satisfecha, o satisfecha en un porcentaje despreciable, ya que la gran mayoría de los Especialistas que atienden a los Adultos Mayores en el INSSJP no han complementado su especialidad en Geriátrica, por lo que la demanda se corresponde con una necesidad, sin que tenga aún la satisfacción que la ciencia estipula.

Por último, podríamos citar el caso de uno de los tantos consejos dados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), expresado en la meta de "Salud para todos en el año 2000" del año 1979, donde se exhortaba a las naciones a proveer de agua potable al 100 % de la población para alcanzar el fin mencionado. En nuestro país, todavía en el año 2010, el dieciocho por ciento de las viviendas no tenían esta necesidad básica e indispensable para promover la salud (Indec, 2012). Además, la gran mayoría de ese porcentaje de la población Argentina que carecía de agua potable desconocía los efectos negativos de esta situación para su salud, por lo que no ejercía una demanda de satisfacción fuerte hacia los gobiernos (municipal, provincial o nacional). Tampoco los gobiernos, aún sabiendo las consecuencias que esta falta trae para la población, no satisficieron adecuadamente esta necesidad. En este caso, estaríamos en el punto número siete del diagrama, puesto que existe una necesidad que no tiene satisfactor ni tampoco demanda para el grupo definido anteriormente.

Como hemos visto a través de los ejemplos, tanto las necesidades básicas como las culturales se encuentran presentes de alguna manera en cada decisión -individual o grupal- que se toma respecto de la salud, por lo que su evaluación (necesidad) a través de la emergencia de las demandas y cómo se justifican? las formas apropiadas de satisfacerlas, se vuelve una

actividad prioritaria dentro del campo de las Ciencias de la Salud para promover la salud, prevenir la enfermedad, e incluso, si las primeras no han podido ser efectivas, atender las patologías y rehabilitarlas.

### **Bibliografía:**

Díaz, E. (1998). *La ciencia y el imaginario social*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Elena, M. (2004). *Diagnóstico por estrofas*. Rosario: Editorial Universidad Nacional de Rosario.

Enria, G.; Staffolani, C.; Dolce, N. & Roitman, D. (2003). *Hábito de fumar en estudiantes universitarios de la ciudad de Rosario*. Rosario: Anuario de la Fundación Dr. J.R. Villavicencio.

INDEC (2001). Censo Nacional de Población, hogares y viviendas 2001 (Serie 5 N°2).

Recuperado de

[http://www.indec.gov.ar/micro\\_sitios/webcenso/publicaciones/publicaciones.asp](http://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/publicaciones/publicaciones.asp)

INDEC (2012). *Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010* (Resultados definitivos, Serie b N° 2). Buenos Aires: Publicación del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Recuperado de [http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010\\_tomo1.pdf](http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf)

Piedrola Gil, G. et al (1991). *Medicina preventiva y salud pública* (9ª edición). Barcelona: Editorial Masson - Salvat.