

# **LA SALUD**

## **COMO**

### **CONFLICTO SOCIAL**

- **Recorrido conceptual**
- **Polos antagónicos**
- **Tentativas integralizadoras**
- **Un interrogante (dudas, incertidumbres, certezas) sobre las demandas del futuro**

# I

- **El individuo**
- **El Estado**
- **Sistemas sanitarios y control (5 períodos)**
- **Lo Científico-Médico versus el PODER**
- **Culpabilizar a las víctimas**

**Buenos Aires**  
**06 . 12. 07**

**Yo y el Estado**

**Debemos administrar nuestra salud? O es el Estado quien se debe hacer cargo de nuestras enfermedades y de las terapéuticas (remedios) requeribles. Si el Estado es responsable y dejamos a nuestro**

cuerpo en manos de Especialistas, la salud entonces deja de ser salud y se convierte en

## SANIDAD

Lo que sucede en nuestro cuerpo deja de ser un proceso natural que debemos comprender y respetar y se convierte en un trastorno patológico que debe ser tapado

escondido

camuflado

trastocado

o simplemente extirpado.

Así será siempre dependiente del dictamen de los expertos que a su vez en su dictamen estarán fundados en una serie de manipulaciones, análisis y pruebas, cada vez mas automatizadas, es decir DESHUMANIZADAS... las propias de la medicina de la EVIDENCIA, administrada en gran parte por la Empresa de la tecnociencia, ligadas al capital lucrativo.

... -- ...

## SISTEMAS SANITARIOS Y CONTROL

Es oportuno pensar a la Atención de la salud en esta periodización, al menos en occidente.

Primer periodo: la conquista sobre las enfermedades infecciosas del siglo XIX se produjeron antes de los avances tecnológicos médicos.

Segundo periodo: se advirtió que el nivel de salud de la población depende cada vez más de su conducta y del control del medio ambiente.

Tercer periodo: se evidencia que una serie de enfermedades crónicas no responden a los esfuerzos sanitarios.

Cuarto periodo: hay expertos que consideran a la Medicina en análisis profundos, como una amenaza para la sociedad y los pacientes.

Quinto periodo: se responsabiliza en importantes medios especializados, al sistema sanitario como “medicalizante” y creador de

**juicios morales en torno a la población, sirviendo sobre todo como un mecanismo de**

### **Control social**

... -- ...

**Ivan Illich, en Nemesis Médica en 1975 decía que la medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. Muertes innecesarias o inexplicadas. Como por ejemplo con el HIV-SIDA (el despropósito exagerado de la infección, exclusivo y mortal, frente a la desmesura de la pobreza), el reconocimiento de propiedades mágicas de los fármacos... el negocio de los protocolos de investigación...**

**Todo parece conducir que mas que una cuestión científica, estamos ante una cuestión de PODER. El tema verdadero se instala en cambiar cada una y cambiar la sociedad, poniendo en cuestión la salida comprometida de la MEDICALIZACION EXTREMA sin participación autentica de las victimas.**

... -- ...

### **CULPABILIZAR A LAS VICTIMAS**

- **Propuesta de amputar las glándulas mamarias a mujeres, para evitar su cáncer de mama**
- **Obesidad**
- **Fumar**
- **Comer grasas**
- **Alcohol**
- **Sedentarismo hogareño**
- **Manejo imprudente del automóvil**
- **Practicar deportes riesgosos**
- **Drogarse (cocaína, mariguana, paco, ansiolíticos, etc)**
- **Analgésicos en dosis elevadas**
- **Trabajos excesivos, etc, etc.**

**Todo eso es incorrecto y así Ud es culpable de sus enfermedades ¿y la sociedad que las produce, o las impulsa..., o las cobija?**

**Esa sociedad es la que aprovecha del incremento de los gastos sanitarios, los ingresos de las empresas multinacionales, de la medicalización impuesta.**

**Nos obsesionan y nos obsesionamos con la SALUD y no aprendemos a aceptar o convivir con la vida, los conflictos, el malestar, el dolor, la enfermedad y la incapacidad, la angustia y la muerte.**

... -- ...

# **II**

## **Barreras para la salud**

- **No siempre mas medicina es mas salud**
- **Mas prestaciones no significa mas salud**
- **El uso del medicamento y sus implicancias en la salud**
- **La tecnocracia se corrige con participación**

**BARRERAS PARA LA SALUD**

**Es sabido que con frecuencia el progreso de la Atención de la salud (técnico-científico-practico), no siempre se traduce en mayor niveles de bienestar, placer, felicidad, etc para la población.**

**1) No siempre mas medicina es salud**

**Se acepta que el conocimiento para la Atención de la salud se duplica cada quinquenio.**

**Este progreso se produce tanto por el empuje de las investigaciones clínico-quirúrgicas, como también por las innovaciones en campos como los de la química y la microelectrónica y ahora de la genética extrema.**

**Estos avances están ofreciendo la posibilidad de diseñar programas prestacionales que están siendo capaces de disminuir, cada vez mas certeramente, los riesgos de enfermar, al menos en áreas específicas y alejar los tiempos de la muerte.**

**Se señala que a pesar de este enfoque optimista, aun se persiste en el diseño de verdaderos seguros contra la enfermedad, en lugar de seguros de salud. Se trata así de brindar todos los medios a mano para ofrecer las prestaciones requeribles frente a la enfermedad, en lugar de utilizar el conocimiento disponible para evitar decididamente la enfermedad.**

**2) Mayor numero de prestaciones no implica mas salud**

**Con alguna exactitud sustentable, puede advertirse que el incremento de la oferta medica, producirá también un incremento de las consultas en las especialidades que se observen sus conductas, pero con alguna sorpresa, habrá de evidenciarse, que no por eso habrá de disminuir necesariamente las patologías prevalentes de los campos médicos donde se refiera ese incremento de la oferta de prestaciones (consultas por ejemplo).**

**Podemos referir el fenómeno, mas concretamente de esta forma: mas hospitales, mas equipamiento, mas médicos, mas enfermeras, en fin mas prestaciones de salud, no aseguran inexorablemente, mas salud.**

**3) El acontecimiento del uso del medicamento**

**Los medicamentos son los recursos sanitarios, terapéuticos de mayor uso en el sector de la Atención de la salud. Con frecuencia se observan a los medicamentos, como datos imprescindibles, insustituibles, sin tomar en cuenta la ponderación de la población que**

**la presenta y así nos encontramos, con un recurso valioso, extremo, e infaltable, pero para pocos y la significación como prestación terapéutica no debe faltar, pero supe requerimientos de escasa significación poblacional.**

**En todo caso, el medicamento esta sujeto a serias determinaciones especulativas, promocionales interesadas y de hondas repercusiones deformantes, sobre su demanda, de esta manera pueden ser y lo son, mal utilizadas y esa irracionalidad somete a la comunidad que lo demande, o en fin, que lo utilice, daños y gastos, costos para la atención integral de mas demandantes.**

**Esta irracionalidad sobreprestacional medicamentosa, también puede enfrentarse, por el contrario con la indisponibilidad de medicamentos requeridos para una demanda racional con la consiguiente insatisfacción de la población sometida a esa falta.**

**Un razonamiento apropiado de estas barreras, de estos obstáculos para la obtención de más salud, enfocados desde ese trazado técnico, debe ser advertido exigentemente, como teñido por un ensombrecimiento tecnocrático.**

**Pasa salir de tales sombras y aun más, de todo juego metonimizado que empequeñece y hasta oculta las soluciones socio-comunitarias esperables, se hace infaltable el juego eficaz de la variable insoslayable de la participación de los componentes totales de la comunidad. Sin esa participación, toda solución de salud será insuficiente y no estará en condiciones de superar la limitación seria, asfixiante e insostenible de tal tecnocracia.**

... -- ...



# **III**

**Obras Sociales**

**Alguna historia**

Obras Sociales

**Domingo Mercante y la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios**

**Decreto168/44  
9604/44  
22549/44**

**Ratificados en 1946 por la ley 12921 (cerca del 75% de la población Argentina serán beneficiadas)**

**Recordemos Mayo 1946 creación Secretaría de Salud Pública  
R.Carrillo**

**Concepción Regionalizadora de la Salud.**

**Carrillo y el Fondo Nacional de Salud Publica ley 13012**

**A la protección sano sanitaria de los Ferrocarriles se suma**

**Trabajadores del Vidrio  
Trabajadores de la Carne  
Trabajadores Bancarios  
Trabajadores Seguros  
Trabajadores del Congreso Nacional  
Trabajadores del Ministerio. De Guerra**

**En 1954 se inaugura el Hospital policlínico Ferroviario en Puerto Nuevo**

**Peron dice allí:**

**“No queremos que los trabajadores reciban asistencia en los Hospitales Públicos, queremos que tengan sus propios hospitales, no es lo mismo pedir albergue en un hospital de beneficencia, que atenderse en su propia casa”**

**Parece sucumbir el Hospital Publico y nacer crecientemente el Poder Sindical en el ámbito de la Salud.**

**Pensar en Carrillo- Eva**

**el Hospital es del Estado o del Pueblo...**

**(Belmartino alude al clientelismo político y los Hospitales de la Fundación E. Peron...)**

**Se suma al panorama la potencia de las Obras Sociales**

**EL SALARIO DIFERIDO  
(Stafforini)**

**SALARIO AMPLIADO**

**RENTA BASICA**

**1995 La Revolución Libertadora con la descentralización institucional se va a producir**

**a) la pérdida del Poder Sindical y de la ampliación de su capacidad**

**Instalada sanitaria**

**b) la contratación y creación creciente del sector privado**

**Recordar a**

**R. Carrillo  
Héctor Noblía  
Arturo Oñativia**

**Los sectores corporativos médicos**

**Confederación de clínicas y sanatorios de la RA  
(Confeclisa)**

**La ley 18610 y el INOS.**

**La demanda inducida por la oferta**

**Nomenclador nacional y el estímulo de la tecnología.**

**El crecimiento de la oferta de medicamentos**

**(mas del 30% del gasto en salud)**

**(el tercer pagador y la sobre prestación)**

**Coseguros.**

**El plus medico la corporación anestesistas y urólogos.**

**El Coseguro y el derecho individual del medico a fijar sus honorarios y establecer la ley del libre mercado...**

**Plantear**

**1) Servicio Nacional de Salud**

- 2) **Universalidad de la cobertura con igualdad de accesibilidad**
- 3) **Pluralista**
  - a) **Obras Sociales con servicios propios**
  - b) **Sector privado con concertación de precios**
  - c) **Control prestacional**
- 4) **Ampliación de los seguros privados, en el libremercado (?)**

... -- ...

## **Los Organismos Internacionales**

**BM**

**FMI**

**(pagos modulados-capitas, por acto medico)**

### **BM**

- a) **Libertad de elección Obra Social**
- b) **Libertad de contratación entre organismos financieros de salud y proveedores de servicios**
- c) **Obligatoriedad de las Obras Sociales de pagar los servicios brindados por el subsistema público**

**Con un Estado débil o desinteresado por la salud y la regulación de sistema. Se favorecen las condiciones sectoriales del pacto corporativo.**

... -- ...

## **La Atención Médica Argentina en el siglo XX**

**Susana Belmartino**

**Siglo XXI**

### **El sector salud en Argentina (1960-1985)**

**S. Belmartino y Carlos Bloch**

**OPS/OMS pub N° 40**

**Hospital**  
**en el**  
**Mundo capitalista**  
  
**La pobreza**

**Hospital**

**Hay que tener claro, que el hospital del futuro, debe estar inserto, casi sin reparos, en el régimen capitalista, el de la propiedad privada, el de la mercancía el lucro inevitable e imprescindible y desde tal localización producir alguna estrategia tendiente a producir los cambios de paradigma que lo hagan, al hospital público digno de los requerimientos y esperanzas de sus demandantes, es decir de pobre, desamparados, explotados y otros parecidos.**

### **Sepamos esto**

- a) el 19/20% de la población del mundo vive en extrema pobreza
- b) Se se suman los que viven con menos de dos dólares al día, entonces se llega al 40% de la población mundial (2500 a 3000 millones de personas)
- c) Alrededor de 800 millones de personas sufren hambre en el mundo
- d) 1100 millones no tiene agua potable
- e) 1200 niños mueren por hora en el mundo por enfermedades evitables
- f) El presupuesto que permitiría al África entera cumplir con el objetivo del milenio seria de 25000 millones de dólares y al mismo tiempo EEUU gasta 180000 millones de dólares en la guerra contra IRAQ.  
Es un mundo que construyen otros y otras constituyen y contra esa construcción... debe pasar

### **Pero sepamos mas**

- a) el 98% de las riquezas de la tierra están en manos de los seres humanos
- b) de los 2500 millones de pobres el
  - 80% son mujeres
  - 90% de las victimas de la prostitución infantil son mujeres
  - 3/5 partes de los menores que no reciben educación estando en edad escolar son mujeres
  - 2/3 de los 876 millones de adultos analfabetos son mujeres

**Pero la pobreza no es solo, esto... no es solo el hambre..., que lo es, pero así solo es un reduccionismo biológico**

Entonces

hablemos de explotación mas que de marginalidad,  
vulnerabilidad,  
exclusión,  
discriminación por Raza, Etnia, Genero.

Se hace necesario entender, comprender la Relación de Poder al interior de cada sociedad que determinan el posicionamiento de visiones del fenómeno de la pobreza y diferenciando las dominaciones-explotaciones hegemónicas de los dueños del poder.

... -- ...

El concepto de pobreza debe ser problematizado para abordarlo en su posible y abarcadora magnitud.

Entonces es además de la objetividad cuantitativa, la incorporación de la subjetividad de quienes la conceptualizan y de quienes la padecen .

Subjetividad como potencia revolucionaria.

Entonces en su MULTIDIMENSIONALIDAD POBREZA

- a) ausencia o bajos ingresos
- b) insuficiencia de acceso a bienes y servicios provistos por el Estado en

Seguridad Social

Salud

Educación

Vivienda

Disponibilidad de tiempo libre

Recreación

Descanso

Falta de autonomía

Limitadas redes familiares y sociales.

Pero además agregar los **FACTORES SUBJETIVOS** para participar en la solución del problema y agregar en la Integración de su percepción como factor relevante para luchar contra la POBREZA

sin olvidar la evidente

## **Feminización de la POBREZA**

**La pobreza es un fenómeno relacional que vincula a los sujetos a una estructura de poder dominante.**

## **HOSPITALES**

**Los hospitales requieren mayor inversión, en infraestructura edilicia y en equipamiento, acorde con su complejidad...**

**Pero es urgente una ola generalizada de comprensión, afecto y solidaridad. En ambos casos la mano del Estado es esencial, pero el influjo del trazado cognitivo que exige el hospital veraz, tiene que ser paralelo con una oleada también poderosa de obtener una felicidad advertible de la relación con el otro (Bifo. Pag. 18) vía de la edificación de un vínculo positivo, claro, singular, que apunte a un devenir de comprensión, solidaridad y afecto, de íntima pertenencia institucional-multitud, de humanización de la oferta y de apertura franca del requerimiento de afecto de la demanda.**

**Esta última circunstancia tiene aun una batalla abierta contra el modelo médico hegemónico, claro está, convertido en el verdadero dominio del poder social reinante, del capitalismo funcional, frente a la obediencia establecida para los explotados de esa sociedad, que en carácter de pobres y explotados, aun y a pesar de todo, siguen experimentando la violencia seriamente en el ejercicio del poder objetivo, que exhala la subsunción real palpable en la escena primaria del poder esencial sanitario, advertible en la relación paciente médico, ahora claramente extendida a la relación paciente-equipo sanitario, completo, salvo raras y honrosas excepciones.**

... -- ...



**El hospital del futuro habrá de ser desarraigado del concepto de la democracia burguesa, en tanto ella es inspiradora e impulsadora, de dos categorías que la Atención de la Salud progresista sostiene como propias.**

**Se trata del**

**Modelo Medico Hegemónico**

**y**

**La Medicina de la Evidencia  
(no la de la herencia de la ilustración y la ciencia  
racionalista ...)**

**claro, entre otras cosa insoportables de tal Democracia que parece caerse a pedazos...**

# **Hölderlin y** **Heidegger**

**Para retener en**  
**Clave heggeliana**

**Hölderlin-Heidegger**

**Ser pobre es ser de tal manera, que no carecemos de nada, salvo de lo mas necesario.**

**La esencia de la necesidad (apremiante), de lo más necesario es precisamente la coacción social.**

**Lo no necesario, no viene de lo apremiante, de la coacción, sino de lo LIBRE.**

**La necesidad no es lo contrario de la libertad, como lo entiende lo metafísico, sino que solo la libertad es en si la necesidad (apremiante) convertida.**

**De allí que la libertad del que actúa, se conoce como expresión particular de la necesidad apremiante.**

**Por ello ser pobre es no carecer de nada, salvo de lo no necesario.**

**De lo que carecemos no nos pertenece como propio, es entonces verdad, que nos importa que pueda pertenecernos como propio.**

**Eso de lo que carecemos no lo tenemos, pero es lo que nos tiene.**

**Cuando la esencia humana carece de lo no necesario entonces el hombre se ha vuelto pobre en sentido propio cercano y difícil de captar, el dios!**

**Pero donde esta el peligro crece también lo que salva.**

**(Hölderlin, El único , Patmos)**

**Por eso:**

**“Todo se concentra sobre lo espiritual, nos hemos vuelto pobres para llegar a ser ricos”**

**Heidegger “La pobreza”, Amorrortu**

**Colegio de Médicos  
Dto. IVº**

**Asambleas**

**Participación**

**y**

**Poder**

## LAS ASAMBLEAS Y LA PARTICIPACION

**17.10.45** Su aporte fue la participación de los sectores populares (los trabajadores) en el espacio político y un papel de cierto protagonismo en la distribución de la riqueza.

**29.5.1969** El cordobazo, un paso mas adelante, disputar el poder por parte de los sectores populares. No era cuestión de participar en el poder de las clases dominantes, sino la voluntad de apoderarse del poder verdadero, para edificar una nueva sociedad y derrumbar el dominio de unas clases sobre otras. Era el punto de observación más cercano al proyecto de una Patria Socialistas.

... -- ...

### LA REBELION DEL 19-20 DE DICIEMBRE DEL 2001

La disputa del poder verdadero, ahora por la imposición del “método asambleario” un cambio teórico esencial.

- a) Antes se quiso tomar el poder, empujados por la organización revolucionaria previamente organizada
- b) Ahora se plantea el apoderamiento de las formas institucionales y la construcción del poder real en tanto se ordenan y constituyen las potencias de las clases populares.

Su teoría consiste en saber que nada es completamente nuevo, nada comienza de cero. Todo en la realidad se re-crea, lo que se coloca, se recoloca; lo que se pone se re-pone.

El método asambleario descubre, reafirma, que el poder no está en ninguna parte. El poder no es, las cosas son.

Entonces... el poder se edifica, el mismo tiempo que se construyen, los sujetos y con ellos, o desde ellos, las

**Relaciones intersubjetivas que son las relaciones sociales.**

**Desde nuevos sujetos, nuevas relaciones sociales y desde estas, nuevos sujetos sociales.**

**Las asambleas han de ser las constructoras, el ir haciendo, la nueva sociedad.**

**El gran desafío, la deuda que aun tienen por delante los movimientos asamblearios, es la superación como organización política, que se disponga a disputar realmente el poder, mediante su propia construcción verdadera del mismo...**

**Es un proceso, que nació de un acontecimiento, que ahora debe encadenar sus singularidades de los acontecimientos, que le permitan crear ese proceso, que ha de engendrar la composición ardua y compleja de un poder político que se constituye sobre la base del o de los movimientos populares, insustituible del nuevo poder político construible y concretable.**

**17.12.08**

**(en base a documento de Ruben Dri)**

**I**

**Demandas**

**Del**

**Futuro**

**La atención de la salud**

**Los costos, la calidad y el acceso, serán en los próximos años, las próximas décadas, las causas que llevarán a los sistemas de Atención Médica, de la Atención de la salud, a las crisis.**

**De todas maneras resulta advertible que en cada país la Atención de la Salud, muestra una constancia en el incremento de la demanda, que es mucho mas evidente que la voluntad de lograr mejoras en dicha Atención y sobre todo y mas preocupante, que la posibilidad de hacer frente económicamente y con eficacia a los costos que esa Atención de la Salud exigirá.**

**Así se pueden pronosticar**

- a) mayor demanda y búsqueda de mejores servicio**
- b) mayores costos de Atención**
- c) mayores dificultades para enfrentar esos costos**
- d) incremento del numero de la población con déficit de Atención de la Salud**

**Si no se actúa con precisión, rigor y estrategias adecuadas se experimentara ineludiblemente**

- a) presiones ostensibles económicas**
- b) demandas de servicios crecientes para poblaciones generales, pero en especial para las poblaciones envejecidas, o para las poblaciones de niños y jóvenes de los países pobres, con reducidas condiciones de satisfacción**
- c) el impacto capitalista de un consumismo imparable**
- d) el golpe intensivo de una tecnificación desmedida, que además de servir a la Atención de la Salud, es estrictamente funcional al sistema capitalista que la edifica**
- e) el ineludible resultado de tratamientos cada vez mas costosos y entonces de mayores dificultades para su oferta prestacional**
- f) la creciente carga de patologías crónicas y sus múltiples y pesados presupuestos, que implican sus tratamientos interminables y de alta complejidad**
- g) la inexcusable necesidad de cubrir los también complejos y humanos requerimientos de los cuidados paliativos, convertidos en la cuarta etapa del curso natural de la salud-enfermedad**
- h) los inevitables requerimientos de la inmensidad de las Atenciones de Salud que exigen y tienen derecho social**



**ineludible, de las Discapacidades, transformadas en un mundo de demanda arrasadora para la sociedad contemporánea y la del devenir de los tiempos programables.**

- i) Y quedan en la cuenta los trastornos de salud que ocasionan y ocasionarán en creciente magnitud, los cambios del clima y la presencia del significado sanitario de la Genética Extrema, la pérdida de la biodiversidad, la desertificación de los territorios y en particular y específicamente la alimentación con elementos biogénéticos, transgénicos, los cereales biogénicamente modificados, y ahora, la utilización masiva de los biocombustibles.**
- j) Y no podrán olvidarse los efectos degradantes que a la salud le ofrezcan los materiales y sistemas bélicos que puedan utilizarse en guerras venideras que multipliquen la patologías ya conocidas y cuyos efectos mas persistentes, como las de las radiaciones atómicas, el efecto del uranio empobrecido, las guerras bacteriológicas, se sumen a nuevas y dramáticas patologías. Que también recrudecerán en los efectos infernales del hambre y las hambrunas.**

# **Resumen**

## **Demanda del Futuro**

### **Demanda del futuro**

- a) mayor demanda general y específica**
- b) mayor demanda por envejecimiento de la población**
- c) mayor demanda por poblaciones de niños y jóvenes pobres**
- d) el avance de un consumismo inducido e incontenible**
- e) mayor tecnificación lógica y provocada**
- f) creciente carga de patologías crónicas, pesados presupuestos**
- g) la carga de los cuidados paliativos**
- h) el peso creciente e incesante de las discapacidades**
- i) las patologías propias en los cambios climáticos**
- j) las imposiciones crecientes por genética extrema**
- k) las pérdidas de la biodiversidad y su peso sobre la salud; como la desertificación, la alimentación con transgénicos**
- l) la utilización masiva de los cereales y otros alimentos naturales para biocombustibles**
- m) las guerras, las patologías de los efectos del uranio empobrecido; la bacteriología como arma de guerra**
- n) el hambre, las hambrunas**
- o) el peso de los RRHH**

# II

El campo

Deseante

**A partir de los años 2000/2001, se percibe un cambio en las fuerzas que dan forma a las subjetividades colectivas.**

**También en nosotros y como consecuencia de la profundización de la globalización, se instaura un relanzamiento de la colonización del mundo que impulsa la racionalización imperial. Desde allí volveremos a partir de otro mundo.**

**Esa fuerza es hoy más ciega, más ignorante que otra y por eso más peligrosa, pero más vulnerante,**

**Por ella, por tal fuerza, también puede influir la formulación subjetiva, que como enseña y perciben Deleuze y Guattari, forman parte de la capacidad deseante, como potencia de excelencia que antagoniza con la explotación y el dominio imperial.**

**En ese territorio del deseo (que Franco Berardi “Bifo”) titula “el campo del deseo”, con tintes y efluvios de BOURDIEU, pero de mayor militancia transformadora, en ese campo del deseo, esta lo central de la historia construible frente a la explotación. Es decir, allí se interrelacionan, se mezclan, entran en conflicto las fuerzas decisivas en la edificación de la mente colectiva, de la subjetividad militante, es decir de dirección predominante del proceso social que augura la transformación profunda que este siglo XXI habrá de construir.**

**Es necesario advertir que las corporaciones de la imagineering (la TV, los medios de comunicación) todavía siguen apoderados del campo deseante del territorio del deseo como fuerza subjetiva dominante, explotadora, desencadenando**

**La ignorancia**

**La violencia**

**La banalidad esclavizadora**

**El conformismo masivo**

**colonizando el territorio deseante.**

**Sobre ese campo debe actuar el movimiento antagónico subjetivo, deseante; ese campo del deseo colectivo que edifique su propio deseo revolucionario, en la dinámica social.**

**Ese campo de deseos, ese territorio deseante también se ubica, esta, en el Hospital Público. Allí también se instala la fábrica deseante, desde donde también intervenir.**

**III**

**IBM**

**Los desafíos**  
**transformadores**

Una mirada empresaria

IBM

91100 mill. U\$S = 330000 (2005)

Atención de la salud en el 2015

IBM 2015

Para una transformación exitosa

Desafíos transformacionales comunes

Para 190 países

1) Expandir su foco actual en el Estado de cuidados episodios agudos para abarcar las Enfermedades crónicas, buscar mayor expectativa de vida y la prevención de la enfermedad requiere:

Atención centrada en el paciente cuidadosamente ejecutadas por INFORMEDIARIOS de salud (profesionales) para ayudar a los consumidores a optimizar su salud y transitar el Sistema de A de la S, proporcionados por equipos de clínicos integrados por proveedores de nivel medio.

Para apoyar esta provisión expandida de cuidados se requiere SISTEMAS INFORMATICOS ELECTRONICOS y nuevos lugares físicos y virtuales de Atención.

2) Los consumidores deben transformarse asumiendo la responsabilidad personal por su salud.

Debe abandonarse la actitud simple, lineal, ingenua y liviana de que

“Alguien debe pagar y lo hará si algo va mal conmigo, mas allá de causa, costa o beneficio social”

3) Las expectativas y normas sociales deben cambiarse, al unísono con los cambios de conductas del consumidor.

Los ciudadanos deben determinar cuanta Atención de la Salud será un derecho social y cuanta será un servicio de mercado.



Las normas deben cambiar, como los estilos de vida no saludables serán inaceptables como p. e., el alcohol y fumar en lugares públicos.

4) Transformar la voluntad de los gobiernos reconociendo la crisis de la Atención de la Salud.

Se requiere la acción de apoyo de los gobiernos con una visión de largo plazo sobre corto plazo y los grupos especiales de interés.

(El gobierno y no el mercado?.. los grupos especiales aparte... y no el apoyo a todos... El Consenso de Washington)

### La responsabilidad de todos

La responsabilidad es la fuerza para la transformación global para Sistemas de Atención de la Salud sostenibles.

- a) Gobiernos, responsabilidad por el financiamiento y la política.
- c) Los profesionales, responsabilidad por el desarrollo y seguimiento de estándares clínicos.

Basados en la Evidencia y entregando cuidados de calidad

- d) Los ciudadanos como responsables de su propia salud... El individuo... en una sociedad que conducen otras potencias IBM sabe del desaliento de estas responsabilidades mencionada las posiciones atrincheradas por los grupos de intereses claves... Hospitales, Aseguradoras privadas, médicos consumidores.

Para ello

Reconciliar intereses mas allá de las conductas actuales donde

### Compradores y consumidores

De productos y servicios de la salud definen independientemente el valor y casi siempre conflictualmente.

En el futuro (IBM), en la sociedad competitiva (?) el valor debe ser compartido, sistémico y de aprobación de todos los grupos.

## **Desafíos transformadores**

**IBM**

## Desafíos transformadores

- 1) Atención centrada en el paciente
- 2) Los INFORMEDIARIOS de salud, ayudaran a los consumidores
- 3) Apoyados por proveedores (equipos clínicos de nivel medio)
- 4) Provisión de Sistemas Informáticos Electrónicos
- 5) Los consumidores asumirán la Responsabilidad personal por su salud
- 6) Los ciudadanos deben determinar cuanta Atención de la Salud será un derecho social y cuanta un servicio de mercado
- 7) Reconocer oficialmente la crisis de la A de la S. Acción de apoyo para el largo y corto plazo y sobre los grupos especiales.
- 8) Responsabilidad de todos
  - a) Gobiernos. Por la política y el financiamiento
  - b) Profesionales: desarrollo y seguimiento de estándares clínicos basados en la evidencia
  - c) Los ciudadanos, como responsables de su propia salud
  - d) Las posiciones atrincheradas

De los Intereses claves  
Hospitales  
Aseguradoras privadas  
Médicos – Consumidores

- 9) Reconciliar intereses. Compartir los costos aprobados por todos los grupos

# **IV**

**Conductores**

**Del**

**Cambio**

## **1) Globalización**

**La globalización aparece como un conductor histórico del cambio.**

**El universo se ha transformado en una red de alta velocidad (computarización, software, conectividad de banda ancha) de posibilidades ilimitadas, siendo la cadena de ofertas globales en la fabricación una realidad intensa y el sector servicios, con el trabajo intelectual, cognitivo y el capital disponible se expande casi sin límites, afectando a todos o casi todos en el mundo.**

**Se advierte casi sin fallas que la globalización es capaz de elevar expectativas sociales y una demanda creciente en salud, clara y destacable en los países desarrollados que también se experimenta, aunque en otros niveles en nuestros países en desarrollo.**

**Retengamos estos datos, en EEUU, el gasto en salud fue en el 2005, un 16% del PBI, en Argentina . Solo llegó al 4,50 del PBI.**

## **2) Consumismo**

**En Atención de la Salud el consumismo, la demanda de servicios esta produciendo “compradores” que cada vez hacen valer sus derechos.**

**Es notable hoy la influencia en el consumo de “los activistas ilustrados de la salud”, quienes con información en su poder exigen mayores elementos y servicios ante sus médicos para su salud (son buena parte de los consumidores impulsados por la publicidad, un rubro de “compradores” crecientes y militantes por sus derechos...?)**

**Estos consumidores exigentes, elevan notoriamente la curva del gasto total en A de la S y son terreno fértil para los empujes empresarios por una mayor demanda de salud.**

## **3) Envejecimiento y sobrepeso en la población**

**Otros cambios conductores para la A de la S pueden incluir:**

**a) el envejecimiento de la población**

La población mundial en el 2005 de más de 60 años es del 10,4% del total en tanto que los niños menores de 4 años son el 9,5%

El dato significativo es el incremento de los costos totales en atención al crecer la demanda.

También importa el señalado aumento del n° de personas con sobrepeso y de allí con notorio aumento de pedido de Atención. Se trata de un conductor demográfico de elevada significación económica para la salud.

Para el 2015 se estima que mas de 1500 millones de personas tendrán sobrepeso.

#### **4) El cambio de la enfermedad**

Un conductor profundo de cambio en la A de la S es la incidencia creciente de las enfermedades crónicas

- Alrededor del 60% de las 58 millones de muertes anuales en el mundo suceden en enfermos crónicos y así en los países desarrollados el 75% de los recursos de salud son consumidos por esas enfermedades crónicas

- Este fenómeno creciente ya se evidencia en países en desarrollo y aun en menos desarrollados.

En los próximos 10 años las enfermedades crónicas aumentaran un 17% de su incidencia global.

Otro dato de importancia es ahora las enfermedades infecciosas que se han vuelto resistentes a las drogas utilizables para ellas (TBC-malaria, p. e...)

Así mismo el SIDA p. e. puede mantenerse bajo control largo tiempo, sin lograr su cura.

Otras enfermedades infecciosas, como la gripe aviar también inciden...

## **5) Nuevas tecnologías medicas y de tratamiento**

**Ellas seguirán siendo preocupantes para la atención de la salud, como el uso de la genómica**

- a) la genómica para el diagnostico molecular monogeneticos, pruebas cromosomitas, de investigación prenatal p. e.**

**Diagnóstico del Down  
Espina bífeda  
Drepanocitosis  
Fibrosis quística. Etc**

**Para 2015 es probable que una sola prueba de U\$S 1000 analice millones de fragmentos de ADN para la búsqueda de enfermedades**

- b) La farmacogenómica. Se esperan análisis farmacogenéticos para determinar la respuesta de pacientes individuales a tratamientos con drogas y el riesgo de uso.**
- c) Terapias dirigidas. Para tumores, artritis, osteoporosis.**

**Los usos de los monoclonales y últimamente las medicaciones en el plano de la NANOTECNOLOGIA y de las células madres en el campo de la medicina regenerativa.**

**Sintesis**

**Conductores**  
**Del**  
**Cambio**



## Conductores del cambio

- 1) La Globalización
- 2) Los consumidores (los ilustradores de la salud)
- 3) Envejecimiento y sobrepeso de la población

En el 2015 mas de 1500 millones de personas tendrán sobrepeso

- 4) El cambio de la enfermedad
  - a) Las crónicas

El 75% de los recursos los consumen las enfermedades crónicas
  - b) Las enfermedades infecciosas resistentes al tratamiento

TBC-malaria  
Sida
- 5) Nuevas tecnologías, incremento de la oferta

Genómica extrema la farmacogenómica
- 6) Terapias dirigidas

Monoclonales  
Nanotecnología  
Células madres

**Conductores**

**del**

**Cambio**

### Gasto público % del PBI

Item	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
Salud total	3,18	3,97	3,09	3,12	3,42	3,49	4,04	4,20	4,06	3,59	4,21
Aten. Pub. De la salud	1,16	1,27	0,93	0,99	1,21	1,24	1,52	1,56	1,42	1,33	1,42
Os Ss	1,60	2,20	1,73	1,65	1,69	1,69	1,90	2,05	2,06	1,80	2,15
INSSJ y P	0,44	0,51	0,43	0,48	0,52	0,56	0,62	0,59	0,59	0,46	0,64

Item	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
Salud total	4,36	4,46	4,63	4,89	4,97	4,62	4,53	4,61	5,14	4,96
Aten. Pub. De la salud	1,58	1,75	1,84	1,91	1,88	1,78	1,77	1,86	2,11	2,01
Os Ss	2,04	1,90	1,97	1,99	2,04	1,94	1,92	1,96	2,14	2,14
INSSJ y P	0,74	0,81	0,82	0,99	1,04	0,90	0,85	0,79	0,88	0,81

Item	01	02	03	04	05	06
Salud total	5,11	4,47	4,34	4,35	4,50	4,58
Aten. Pub. De la salud	2,12	1,89	1,87	1,87	1,90	1,90
Os Ss	2,18	1,91	1,88	1,93	2,04	2,10
INSSJ y P	0,81	0,67	0,58	0,55	0,56	0,58

# **Medicamentos**

**RA**

## Medicamentos

**Facturación Industria Farmacéutica a precios corrientes de salida en Fábrica sin IVA Rep. Arg.**

**Primer cuatrimestre en niveles de pesos**

<b>Primer Trimestre Año</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Total Trimestre</b>	<b>1090766</b>	<b>1171526</b>	<b>1336466</b>	<b>1267943</b>	<b>1769305</b>
<b>Total Anual</b>	<b>4757390</b>	<b>5238266</b>	<b>5520031</b>	<b>6320237</b>	<b>-----</b>
<b>Segundo Trimestre</b>	<b>1250632</b>	<b>1289912</b>	<b>1369531</b>	<b>1739069</b>	<b>-----</b>

**V**

**INHIBIDORES**

**DEL**

**CAMBIO**

## **INHIBICIONES DEL CAMBIO**

**Son las fuerzas que apoyan, sostienen y/o ayudan a mantener el status quo, previenen todo cambio y/o crean barreras a las fuerzas conductoras del cambio.**

**Son p. e.**

- 1) apremios economicos financieros: los fondos disponibles no son ilimitados por el contrario la salud compite casi siempre con otras necesidades significativas: Educación; Vivienda; Infraestructura; Agua.**
- 2) Expectativas sociales y normas**

**Tales condiciones**

**expectativas sociales  
normas sociales  
políticas, sanitarias  
especialmente respecto a  
derechos y estilos de vida  
y comportamiento  
también pueden inhibir el cambio.**

**Es fácil sumar acciones de salud consideradas como un derecho SOCIAL:**

**Atención de la Salud Personalizada, derecho al agua potable, limpia y sin restricciones, a sistemas cloacales, a la seguridad alimentaria, etc...**

**Pero p.e. gastos irrestrictos en medicamentos, en estudios de diagnóstico y tratamiento, como cirugía estética, acciones de tratamientos en discapacidades, etc tienen límites económicos e institucionales, como servicios de "mercado electivos".**

**Los sistemas de Salud están tratando hoy con opciones que son discutibles y rechazables...**

**Frente al derecho irrestricto a todas las acciones y prácticas de salud a las que en teoría puede aspirar toda persona en una sociedad organizada suceden las limitaciones que inhiben las mismas y con ellas, el cambio extremo y/o ideal, completo...**

**Son estilos de vida... (un tenista de alta competencia y de 65 años p. e.) que requiera una cirugía especial del hombro para seguir su estilo deportivo...?**

**El consumo de tabaco y alcohol pueden inhibir las responsabilidades personales.**

**Las creencias religiosas pueden inhibir el avance del cambio en la A de la S.**

**Utilización de transformaciones, cirugía de corazón con bomba corazón pulmón, vacunas, células madres, ingeniería genética, vacunación contra el cáncer cervical.**

**La garantía de la seguridad y la privacidad de la información personal, de los registros médicos**

### **3) Falta de incentivos en la Atención**

**Restricciones en las listas per capita, en las Atenciones de Salud Capitadas.**

**La sobreprestación incentivada e Hosp. Públicos para disminuir la significación de las dificultades de las contrataciones profesionales per capita, o tiempos fijos de Atención (China p. e)**

**Ven en China, también su papel frente a la provisión paga de medicamentos, reciben hasta el 45% de sus ingresos, por venta de remedios.**



# **VI**

**El Fantasma**

**De la**

**Malapraaxis**

**La judicialización del Acto Médico y la generación de nuevos conflictos.**

... -- ...

**Carlos Gherardi y Natalia Gherardi**

... -- ...

**Medicina 2007-67**

... -- ...

**La falta de normas claras y precisas, el mismo progreso en la A de la S científicamente enmarcado ha instalado**

*Una medicina defensiva que  
resulta perjudicial para la sociedad*

**Se trata de las nuevas situaciones especiales en el comienzo, transcurso y final de la vida p. e.**

**Fertilización artificial (in Vitro)  
Diagnósticos genéticos  
El soporte vital  
Comorbilidades severas  
Estados vegetativos  
El derecho a morir por los pacientes**

**Derecho al aborto aun frente a diagnósticos tecnológicamente posible de trastornos genéticos y malformaciones advertidos durante la gestación**

.

Un nuevo imperativo tecnológico para la sociedad dice:

- b) Mas medicina es mejor medicina
- c) Todo lo que se puede se debe y
- d) la pretensión de encontrar en su misma su propia legitimación

más allá de toda consideración sobre el principio

- A) la calidad de la vida
- B) Derecho a vivir y o a morir

Así

Debatir acerca de

Como vivir

Como morir

Respeto a la decisión de cada uno protegiendo la libertad de cada uno

Si no se acepta la limitación de los absolutos y de la santidad de la vida los hechos conducen a una impensada nueva moralidad de la medicina.

Todo esto en la desmesura del descontrol arrastra a una corriente de pensamiento sobre la EVITABILIDAD de la MUERTE que es ajena a la Mesura y a la Razón.

## LA MEDICINA

El bienestar de los pacientes  
La solución de los conflictos  
Alivio del dolor y del sufrimiento

Así se abre el camino hacia el PATERNALISMO MEDICO y su HEGEMONIA profesional frente al legítimo respeto de la Autonomía del paciente con una COLISION severa para con la Relación Médico-Paciente en marcada VULNERABILIDAD.

Observarlos así significa focalizar la interpretación y desconocer las condiciones de vida los modos de existencia, el entorno, el medio ambiente que forma parte del “campo” sociopoliticoeducacional económico etc que intervienen en el proceso salud enfermedad.

### MEDICINA DEFENSIVA

Frente al fantasma de la malap Praxis aparece esta medicina.

Son dos:

Positiva: una mejor condición medico – paciente: mas transparencia en el proceso diagnostico-tratamiento y ofrecimiento de información veraz al paciente

Negativa o defensiva incluye

- a) estudios invasivos (no siempre con un beneficio para el paciente)
  - b) potencialmente riesgosos
  - c) interconsultas de defensa
  - d) estudios superfluos defensivos.
- Desplazamiento de la responsabilidad hacia el pedido de autorización de estudios y procedimientos a los jueces.
- e) ejemplo contradictorio un juez autoriza la interrupción del embarazo y los médicos o instituciones no la realizan
  - f) el soporte vital (el respirador) la complejidad de su ejecución.

**Los jueces deciden**

**Enfrentamiento**

**Jueces**

**Médico**

**El mercado que ofrece una solución comercial, próxima para cada problema.**

**Vuelve al final la confianza mutua paciente medico-familia.**

# **VII**

## **Biocombustible**

**([www.monbiot.com/archives/2007/11/06.an-agricultura-crimen-against-humanity](http://www.monbiot.com/archives/2007/11/06.an-agricultura-crimen-against-humanity))**

## Biocombustibles

El 40% de la población de hoy en SWAZILANDIA esta sufriendo hambre con graves situaciones de falta de alimentos.

Pero... su Gobierno ha decidido exportar biocombustibles producidos a partir de la MANDIOCA para la cual se han destinado varios miles de Has. de tierra cultivable a la producción de etanol, además con la utilización de tierras desérticas que se restan a los campos alimentarios.

Este es uno de los ejemplos dado por JEAN ZIEGLER el informador especial de la ONU sobre alimentación y lo designa como “como un crimen contra la humanidad”.

ZIEGER había aceptado una petición formal de una moratoria de cinco años en todos los incentivos y propuestas gubernamentales para los biocombustibles y el comercio de los mismos debía suspenderse hasta que estuvieran disponibles comercialmente los combustibles de segunda generación a partir de madera, paja o desperdicios.

Sabia que si se mueven los automóviles con biocombustibles virgen, otras personas morirían de hambre.

El 3.11.07 la FAO organización de las NNUU para la Agricultura y la Alimentación anunció el nivel mas bajo de reservas mundiales de alimentos en los últimos 25 años, señalando lo que ha llamado “una crisis muy grave”

El arroz subio un 20%,  
El maiz un 50% y el  
Trigo un 100%

Los biocombustibles no tienen toda la culpa, al restar tierra que estaba dispuesta para los alimentos (y no para biocombustibles), pero ya el mundo advierte sobre esa expansión hacia los biocombustibles,

Sin embargo los gobiernos importantes los ignoran y las demandas del lobby del motor y sus grupos de presión son atendidas

**en tanto se sigue sin oír a las personas que son expulsadas de sus tierras y sufren hambre por falta de alimentos autoproducidos**

**Si los gobiernos que promueven biocombustibles no cambian sus políticas, el impacto humanitario será superior a la guerra de**

## **IRAQ**

**Millones de personas serán desplazadas de sus tierras y otros cientos de millones podrán pasar hambre.**

**Este crimen contra la humanidad, analizado por El Guardián el periódico británico, será decididamente atribuido a las autoridades del Reino Unido y si la gente muere de hambre por los biocombustibles tales autoridades los habrán matado.**

**Todos esos crímenes son perpetrados por los cobardes que atacan a los débiles para no tener que enfrentarse a los poderosos.**

**El Guardián 11.06.07**



## **Ciencia y Tecnología**

**El poder tecnocientífico como nueva forma de**

**Explotación  
Coacción  
Dominio esencial**

**Ahora el paradigma de la lucha obrera**

- 1) Salarios y condiciones de trabajo  
(vieja formula de y para las convenciones colectivos de trabajo)**
- 2) Ahora...**

**Control Administrativo  
Evaluación  
Ponderación de C y Tecnología**

... -- ...