

Clase y salud

Giulio Maccacaro

La clase y la salud de las que queremos discutir son, naturalmente, la salud de la clase obrera; entendiendo esta cuestión como problema político y como problema médico. Luego veremos cómo este problema es asumido o negado en el tiempo y en el lugar en que se convierte en científico y didáctico, esto es, en universitario.

Nosotros ponemos la salud de la clase obrera en el centro de cada problema médico, científico y político. No creemos estar forzando las cosas al proponer la tesis de que en la sociedad capitalista la conservación y el consumo de esta salud —conservación a la medida del consumo programado— son el punto de esto que es política y el tema de aquello que es ciencia.

Simplemente nos referimos, aceptadas todas las implicaciones, a una conocidísima y límpida frase de Marx:

La clase obrera es la única que liberándose, libera también a los demás hombres,

para decir —con una paráfrasis pequeña pero correcta— que *la salud obrera es la única que liberándose, libera también la salud de los demás hombres.*

Si esto es cierto, como nosotros creemos, también es cierto —para retomar brevemente cosas que ya se han dicho y discutido muchas veces— que no se puede trabajar por la salud de los hombres sino poniéndose del lado —bien preciso— de una elección de clase. Y es cierto que cuando uno se mantiene —como médico, como político o como disertador sobre medicina y política— en el medio de un compromiso entre las partes, no trabaja para la liberación de la salud del hombre.

En efecto, —en el orden capitalista y en la hegemonía burguesa, tanto más agravada cuanto más próxima al agotamiento de su deber histórico— a la medicina ya no se le concede ninguna neutralidad; es más: ni siquiera la ilusión de poder tenerla.

Perderse con el capital o salvarse con el trabajo: es la única elección que le queda a la medicina, no como elección moral sino como elección teórica y práctica. Por lo tanto, es cierto que llevar a sus protagonistas “oficiales”, los médicos, a tomar conciencia de esto, significa inducirlos a *reconocer y elegir su propia ubicación de clase*. No comprender esta necesidad y renunciar a este compromiso, creer aún que en medicina existen *contradicciones entre cultura y profesión, entre ciencia y ganancia*, como si esta ciencia no estuviera exactamente al servicio de esa ganancia y esa cultura no fuera perfectamente instrumental a esta profesión, *redescubrir el interclasismo en patología* e inventar *el extremismo en medicina*; todo esto es equivocado y peligroso (más allá de las buenas intenciones) porque de hecho induce a replegarse sobre aquella moderación reformista que se ajusta al diseño, no de la clase obrera, sino de su antagonista histórico, el capital.

Dada esta premisa —entendida ciertamente como apertura y no como cierre de un debate constructivo con las otras fuerzas de la izquierda— podemos introducirnos en lo vivo de nuestro tema, recurriendo a otro pensamiento de Marx:

A cada acumulación de capital corresponde una acumulación de miseria, aun cuando crezcan los salarios.

Creo que éste es un buen punto de partida para nosotros si entendemos por *miseria creciente* el progresivo empobrecimiento de la salud de la clase obrera. No queremos decir que esta interpretación agota el significado, riquísimo, atribuido por Marx a ese término; se quiere decir que en ese término también está contenido el significado sobre el cual versa nuestro debate.

En efecto, desde su nacimiento hasta hoy, el capitalismo —que ha llegado a formas más o menos maduras según los países— no ha sido más que la apropiación privada de los frutos del trabajo social como condición necesaria para la reproducción y acumulación del capital en sí, a través de la expropiación de la plusvalía que el capitalista, que tiene la concesión de

retener la ganancia, opera sobre el trabajador, que está obligado a ceder su plustrabajo.

De aquí la ecuación: *Plusvalía para el capitalista = menor salud para el trabajador*, tanto más válida cuanto menos entendida en forma mecánica y cuanto más resuelta a indicar que la sustracción de la salud por la adición de valor no ocurre sólo en el momento laboral de la relación de producción, sino también en el imperioso realizarse de la capacidad de tal relación, al organizarse según la lógica exacta todo el tiempo y el espacio, toda forma y relación de la vida del hombre, en la fábrica y en la casa, en la ciudad y en la región.

He aquí por qué el problema de la salud obrera es tan central: hoy en términos urgentes, ayer en forma quizá menos aparente, en la historia del capital, en la historia del proletariado, es decir, en la historia de su enfrentamiento.

En lo que respecta al capital y a sus relaciones con la salud obrera es necesario evitar dos ingenuidades en las que ya se ha incurrido en otros debates de la izquierda.

La primera consiste en tomar textualmente otra frase muy citada de Marx:

El capital no se preocupa de la salud y la vida del trabajador si no es constreñido por la sociedad,

para derivar de allí la conclusión de que cuanto se haga por la salud obrera está fuera de los intereses y la gestión del capital. Veremos en cambio, dentro de poco, cómo su interés en tal gestión se ha vuelto siempre más asiduo e interventor.

La segunda consiste en creer que, en todo caso, una actitud como la que recién se mencionó pertenece a un capitalista de otro siglo, de vieja estampa, mientras que el neocapitalista, más iluminado, habría advertido que cuanto mejor es la salud del obrero, tanto mayor es la ganancia del patrón, al cual le convendría, por lo tanto, cuidar de la misma. Si así no lo hiciera sería por un retraso sustancial o por falta de mentalidad capitalista.

El error común a estas dos posiciones (sobre las cuales, por otra parte, no querría detenerme más) está en atribuir al capital una lógica *cualitativa* —la salud es un bien, la salud no es un bien—, mientras que la lógica del capital es absolutamente *cuantitativa*. No olvidemos, para confirmar esto, que toda la ciencia burguesa ha sido fundada sobre la cuantificación de la

calidad para privilegiarse con el valor de cambio y que, si es lícito presentir un nacimiento de la ciencia proletaria, ésta tendrá entre sus temas de fondo la calificación de la cantidad para reevaluar el valor de uso.

Al patrón no le interesa que la salud obrera sea aplastada al cero por ciento o sea elevada al cien por ciento de su potencialidad: esto es, que se manifieste, como presencia o como ausencia de calidad. A él le interesa, lo diré aún más cínicamente, que se mantenga en aquel nivel, en aquella cantidad que corresponde a un costo de conservación ventajoso respecto al producto de consumo. En efecto, el modo de producción capitalista —así complejo y múltiple en sus evoluciones y manifestaciones— no hace, desde siempre, más que una simple cosa: una continua, enorme, programada transfusión de las venas de un cuerpo social, la clase del trabajo, a las venas de otro cuerpo social, la clase del capital.

Ahora, el receptor de esta transfusión, en la medida en que es también el dueño del donante, no tiene interés en su muerte sino en su bienestar.

Su interés es, simplemente, mantenerlo en vida en el nivel de "alimentación" que cuesta menos del valor de la sangre vertida y que puede variar de un momento a otro, de un lugar a otro.

En este sentido se comprende como *la organización científica del trabajo* (de Bedaux a Taylor, de la psicotécnica a la ergonomía, de los destajos a los MAC, etc.) y, en el fondo, *el trabajo mismo de la organización científica*, envolviéndose contextualmente en el desarrollo capitalista, no habrían tenido más que una cuestión de fondo: optimizar —es decir, programar y administrar cuantitativamente— la transformación del trabajo obrero en capital variable del patrón.

En los hornos de esta transformación arde la salud obrera, cuyo valor es adjudicado, por lo tanto, en base a parámetros de este tipo, volumen de la reserva, regularidad del flujo, combustibilidad en trabajo, es decir, en plusvalías y similares.

El "no cuidado" del que habla Marx se refiere, naturalmente, al valor de uso que produce el trabajador: no ciertamente al valor de cambio que le asigna el capital; el flujo de su disponibilidad es necesario en la producción pero a condición de que se discipline a los programas de la ganancia; la cantidad total y la distribución local de la salud poseen, o mejor

dicho, deben conocer amplísimas variantes porque alrededor de la demanda media continúa el juego de la oferta.

1. Una historia de la salud

A la luz de las consideraciones que hemos desarrollado, se comprende ahora bastante bien cuál es la historia de la salud obrera "desde el lado" del capital.

1) En una primera fase, indiferencia absoluta y explotación despiadada hasta cuando y hasta donde el *ejército de reserva de la fuerza de trabajo* parecía en condiciones de sustituir continuamente a las víctimas de un trabajo inhumano. Eran tiempos en los cuales también los niños eran arreados a las minas, las mujeres se consumían catorce horas al día en las fábricas de hilados, los campesinos terminaban en el manicomio por la pelagra y si un operario comenzaba a escupir sangre a los veinte años se decía que en su familia eran débiles del pecho. Sin embargo, había siempre otros hombres, otras mujeres, otros niños a la espera, delante de los cancelos de la fábrica y de las haciendas agrícolas.

2) Contemporáneamente, existía una segunda fase correspondiente al aumento exponencial en extensión, invasora y complementadora del proyecto capitalista.

Para este proyecto —en su exigencia fundamental de programar cuantitativamente el trabajo y el producto, la inversión y la ganancia— eran incompatibles e insoportables las graves perturbaciones demográficas y económicas, producidas a menudo con salvaje imprevisibilidad por las enfermedades infecciosas, epidémicas y endémicas en los centros mismos del nuevo sistema productivo. Nace así la nueva medicina —científica, fiscalista y burguesa— largamente victoriosa en las batallas empeñadas contra la patología infecciosa y parasitaria, pero solamente allí donde ésta interfería el desarrollo productivo: capaz de controlar con eficacia la situación higiénico-sanitaria pero sólo en los lugares y en los momentos que fueran señalados por la elección del capital.

Se trata de una medicina resuelta a eliminar, más que las enfermedades, su irracionalidad; a aumentar, más que la salud, su convertibilidad; a reasegurar más que a curar.

Es una medicina que resume por lo menos tres objetivos:

- a) reducir a disciplina, como se ha dicho, una de las causas

de posible aleatoriedad y perturbación del proyecto capitalista;

b) atribuir a una naturaleza oscuramente antagonica la causa de la enfermedad, definida, por lo tanto, como inevitable y, sobre todo, como *irresponsable*;

c) afirmar la materialidad de la enfermedad, demostrando la correspondencia entre la especificidad física de la causa y la del órgano afectado: el bacilo de Koch produce la tuberculosis en los pulmones; la espiroqueta leutica produce la sífilis en los genitales, etc. Estas son verdaderas enfermedades y las otras, si son verdaderas, ¿deben ser como éstas?

En esta fase, la intervención médica, además de diagnóstica y terapéutica en el sentido de una mayor sistematización del empirismo tradicional, es sobre todo higiénica, profiláctica y de policía sanitaria.

La medicina, entonces controlada por la burguesía, la defiende no sólo contra la enfermedad sino también contra el enfermo, del cual aún se ignora el remedio, pero se afirma y se margina la desgracia que no está jamás exenta de una sospecha de debilidad o de culpa.

En esta etapa, la asistencia es todavía por demás caritativa, el hospital es lugar de desamparados, la salud obrera es un hecho individual: es decir, no existe aún como problema de clase ni por una parte ni por la otra; por otro lado, existe sólo la preocupación de evitar inesperadas calamidades sanitarias sobre la vía del desarrollo capitalista.

3) La etapa siguiente —que es desarrollo de la precedente y anterior a la actual— corresponde a una nueva imagen de la salud obrera en la mira del capital: no más inagotable reserva para su demanda de fuerza de trabajo en cualesquiera condiciones, y ni siquiera más reserva controlable con el cuidado de la policía sanitaria de un combustible necesario, sino tutora vil sobre la medida de los costos de producción.

La salud obrera deviene ella misma, en materia prima, por trabajar, transformar, consumir, librándola al hombre con odiosas atenciones y a la racionalidad tecnológica que guía la elaboración, la transformación y el consumo de las materias antes tomadas a la naturaleza. Con la reorganización científica del trabajo, el obrero no es sólo el utensilio versátil sino que es también una pieza fresada, torneada, rectificada por otras piezas. La cadena es concebida y medida para dos funciones recíprocamente necesarias: el montaje de la máquina y el

desmontaje del hombre. A la completa industrialización de la salud del hombre debe corresponder la premisa de que su salud está defendida por la devoción de la industria. Comienza la era del remedio: primero etiológico, sobre todo con los químicos terapéuticos y los antibióticos, reemplazado luego con las hormonas y las vitaminas, y, finalmente, sintomático con los analgésicos y los sicotrópicos.

Contemporáneamente, por aquella necesidad de gobierno total que es propia del desarrollo capitalista, el mutualismo pasa a formas estatales de ejercicio que gestionan la prestación asegurada con el sistema de la capitalización, idóneo para asegurar un enorme retiro ulterior sobre los frutos del trabajo social; la institución médica, en suma, y el hospital general en particular, vienen modelándose como proyecciones sanitarias de la fábrica por su concentración y taylorización de los actos diagnósticos y terapéuticos; la medicina académica y la práctica enfatizan como nunca la etapa curativa para resaltar y, al mismo tiempo, disimular en su interior el momento del remedio.

Cuando, posteriormente, se hace demasiado difícil disimular la sustancial y creciente ineficacia médica del aparato y de la acción sanitaria, el capital transformará a aquel que es el verdadero problema de *función* en problema de *funcionamiento*, para convertirlo, naturalmente, en llave de *eficiencia* que, en un sistema dado, es siempre una demanda del poder constituido. Establecidas tales premisas, es entonces el capital el que —como en los años sesentas— puede solicitar reformas al Estado, proponer servicios que lleven a un mayor nivel de racionalidad la tarea de consumir conservándola y conservar consumiendo la salud de la clase obrera.

4) Esto es tanto más necesario en el pasaje a una cuarta etapa que es —en una sociedad como la nuestra— cuando se hace claro entre ambos antagonistas históricos, que también la patología ha cambiado y que las nuevas enfermedades no pueden ser ya vistas como perturbaciones externas y controlables en el proyecto capitalista de producción, o como daños reparables conexos, surgidos por deficiencias de control.

El capital, que siempre ha hecho sus *cuentas sobre la salud obrera*, se encuentra ahora en el deber de hacer las *cuentas con la salud obrera*: ya no convertida en un objeto de transacción sino en sujeto de contradicciones: de una acusación que, como quería Marx, nace de la clase pero está hoy, verdaderamente,

"a nombre" de todos los hombres. No basta ya con oponerle la respuesta de los falsos remedios; es necesario imponerle el remedio del silencio.

Por esto no es suficiente ya el control sanitario: es necesario ahora, el control social.

Es necesario imponer una medicina dispuesta a clasificar la enfermedad como rebelión (véase la campaña sobre el ausentismo) y la rebelión como enfermedad (véase la transformación médica y la gestión farmacológica de los problemas sociales).

La nueva medicina no es, entonces, ni curativa ni preventiva: es sobre todo y *quizá solamente*, calmante y marginante. La medicina del silencio ante la voz del sufrimiento obrero.

Por todo esto la medicina, manteniendo e incluso magnificando las formas de un sistema asistencial, está convertida de hecho en un sistema administrativo.

2. La salud de las clases subalternas

Con esta relación breve –forzosamente incompleta y esquemática– sobre la historia de la salud obrera en la gestión de la clase del capital, debemos abrir otra –a pesar mío, aún más esquemática e incompleta– sobre la historia de la salud obrera en las experiencias de la clase del trabajo. Tengamos bien claro que una es dialécticamente inseparable de la otra.

También desde este punto de vista parecen reconocibles algunas fases que en parte coinciden y en parte se interaccionan con las precedentemente señaladas. Las consignaré como: fase de *rendición*, fase de *defensa* y fase de *lucha*.

1) A la primera corresponde un uso para el trabajador y, por eso, una imagen de su propia salud también meramente corpórea, totalmente desprovista de defensa y de esperanza en los encuentros del trabajo y de su explotación.

Es la situación de la cual no está ausente la descripción de Marx y de muchos otros testimonios políticos, sociológicos y literarios del pasado remoto.

Pero naturalmente no está ausente ni en el pasado reciente ni en el presente: es decir, cuando y donde el capitalismo, convertido en imperialista, no encuentra en la resistencia de los trabajadores o en la rigidez del mercado de trabajo un límite a su connatural vocación omnidestructiva. En estas

condiciones no conoce ni pasado ni presente, solamente su ley sin tiempo. He leído en la cuarta sección del primer libro de *El Capital* la descripción de las condiciones de vida y de salud de los mineros ingleses de alrededores de 1840. He visitado el museo de los mineros de sal gema, activos en la primera mitad del Novecientos, en las cercanías de Cracovia, en Polonia.

He escuchado de los protagonistas sobrevivientes cómo era la vida y la salud de los mineros chinos de Tangshan antes de la liberación. He visto cómo es, en 1970, la vida y la salud de los mineros de Lota, en Chile, y de sus hijos en el interior y afuera del socavón.

Ninguna diferencia: cuando y donde la clase no está sujeta y, menos aún, no tiene clara conciencia de sí, la salud obrera no tiene valor alguno. Es vivida mientras dura, como favor de la autoridad o providencial bendición: oportunamente, la enfermedad es debilidad y desgracia; así que en el hombre no queda, antes o después, otra cosa más que la *rendición*. Esta situación tiene aún hoy su actualidad local. Como fase histórica puede decirse que en Italia se extiende hasta los últimos decenios del siglo pasado.

2) La fase de *defensa* comienza alrededor de 1880 cuando se constituyen las primeras mutuales llamadas, precisamente, "Asociaciones de socorro mutuo".

En una situación en la cual el mercado del trabajo está totalmente controlado por la oferta, la cual tiene buen juego frente a una demanda casi sin límites y sin condiciones, estas mutuales voluntarias corresponden al intento del trabajador de no hacerse expulsar de tal mercado por motivos de salud.

La enfermedad es pérdida de trabajo, es decir, de salario sin el cual el trabajador no puede curar su enfermedad. El salario es medida del trabajo (que es justamente apariencia de salud) sin el cual no se tiene derecho a otro salario. La circularidad de esta situación tiene la característica de un torbellino en el fondo del cual sólo hay desocupación y marginación.

El trabajador comprende que la única mano a la que puede agarrarse para no tocar fondo en este torbellino es la de otro trabajador: un pacto que se llama, precisamente, de mutuo socorro para afrontar la enfermedad, vista sobre todo como salario ausente y como mantenimiento sanitario.

El patrón, naturalmente, advierte de inmediato que con esta forma organizada de solidaridad obrera sobre el pro-

blema de la salud, nace y crece una nueva capacidad contractual del trabajador.

Por lo tanto, lo amenaza y lo hostiliza de diversas formas cuando –encontrándose en condiciones de menor facilidad sobre el mercado de trabajo– no ve las posibles ventajas para su proyecto de desarrollo según la lógica, la cual ya ha dado señales de optimización de la relación “conservación-consumo” de la fuerza de trabajo. Ahora exige y obtiene, a través del Estado, un arreglo publicitario de la mutualidad, que le asegura un control más o menos descubierto.

Y, convertida en el intervalo fascista, dictada ahora la Carta del Trabajo, fundados los entes que todavía hoy gestionan los contratos de seguros obligatorios, continúa en su labor de arrojar contra las mutuales voluntarias una violencia represiva que parece desproporcionada en su efectiva dimensión pero que está en cambio conmensurada a su potencial capacidad –bien individualizada por el capital– de hacer nacer del problema de la salud una solidaridad de clase y una voluntad política proyectada sobre otros niveles.

En esta larga fase que se extiende prolongadamente también en el post-fascismo y que –en tanto se refiere a la salud obrera– se puede correctamente llamar de defensa, el obrero toma conciencia de sí como elemento fundamental del proceso productivo, protagonista del desarrollo económico, sujeto de voluntad política. No debe más “justificarse” pero puede afirmarse como trabajador y es notable que en esta afirmación se acompaña, en la tradición socialista de nuestro país, de una evaluación del trabajo como valor: de cualquier modo positivo, garantía de derechos, testimonio de moralidad.

La positividad de la salud obrera durante esta fase no está, es decir, “no se siente”, en contradicción con la positividad del trabajo “en sí” por sus contenidos y su lógica, pero sí entra en contradicción con la negatividad del ambiente o, como se dice actualmente, de las circunstancias que lo contienen. Es así como esta negatividad parece tener dos ulteriores atributos: ser esencialmente *física*, en el sentido de la materialidad de sus causas y de la corporeidad de sus efectos, o ser *añadida*, en el sentido de no esencial al cumplimiento del proceso productivo, sino impuesta por la insaciable avidez de explotación del patrón.

Es como si el trabajador y el trabajo estuvieran incluidos,

por condiciones externas y no estructurales, en un paréntesis de desvalorización de su relación, que se liberará en todo su valor solamente cuando esta o aquella condición adversa sea extinguida nuevamente.

Así, en la reafirmación de tal certeza y en la constatación de su inutilidad, pudo aparecer una razonable alternativa, la *monetización* de la salud, cuya imagen totalmente organicista y mecanicista, se pone a su vez fuera del paréntesis respecto a la subjetividad de la relación entre el obrero y su trabajo.

3. De la defensa a la lucha

Es precisamente la explosión de esta conciencia específica –para todos inesperada y muchos deseada– la que señala en los años sesentas el pasaje de la fase *defensiva* a la fase de *lucha* en el campo de la salud obrera. Con esto no se quiere decir que cuanto la clase obrera había obtenido hasta aquel entonces en materia sanitaria y asistencial no hubiese sido pagado con una larga vicisitud de luchas y sacrificios; lo que se afirma es que estas luchas y estos sacrificios habían estado volcados más a la defensa contra la enfermedad a fin de resguardar la capacidad de trabajo, que a la lucha contra la insalubridad del mismo, para resguardar la integridad de la salud.

Con los años sesentas se inicia una vuelta histórica que es inútil intentar explicar utilizando el mismo doctrinario de la ciencia y de la política tradicional de los que no fueron capaces de preverla ni siquiera con un día de anticipación. Es útil, en cambio, procurar entender sus características más originales, así como hoy estamos obligados a reconocerlas, teniendo bien claro que ellas están todavía lejos de una definición, como está lejos de cumplirse el proceso entonces iniciado.

a) Ante todo, el *retiro de la comisión*, que ha significado para la clase obrera no sólo un cambio en su relación con el técnico de la salud sino el descubrimiento de su propia capacidad de hablar, finalmente, en primera persona de la salud y de otros asuntos.

Esto genera el descubrimiento de que, cambiando el sujeto del discurso, cambia el discurso mismo; se visualiza ahora una imagen de la salud muy distinta a la sostenida hasta entonces.

b) De aquí surge la inmediata especificación de una *dimensión “mental”* del propio bienestar-malestar, no más en-

tendido como conformidad-deformidad a los modelos laborales y organizativos del trabajo propuestos por el sistema de producción, sino como liberación de la conciencia del trabajador, que se ubica en relación dialéctica con el contenido mismo del trabajo al mismo tiempo que con sus circunstancias.

c) Y entonces, el reconocimiento de un *cuarto grupo de factores de insalubridad* que, agregándose al de la insalubridad ambiental genérica, de la insalubridad ambiental específica y de la fatiga física, determina y acredita finalmente un sufrimiento obrero que está más allá de la enfermedad profesional y el infortunio referido por las tablas y estadísticas.

d) Y todavía, el surgimiento del *grupo obrero homogéneo* como sujeto real: productivo, político, científico. Por un lado, ámbito de expansión de la experiencia individual de trabajo; por el otro, núcleo primario y natural de la clase; entre los dos, verdadero interlocutor de todo discurso sobre la insalubridad y la salud capaz de afrontar la comprobación de la práctica.

e) De aquí *la encuesta de fábrica*, en sus diversas formas de cuestionario y de indagaciones, el control ambiental de salud en los diversos tipos de gestión directa e indirecta: en todo caso como etapa de concientización y de autointerrogación del colectivo obrero; en los casos más avanzados, como etapa de movilización y crecimiento de la conciencia política.

f) Y por último, el nuevo conocimiento de la *relación entre fábrica y región*: es decir, la comprensión de la fábrica como lugar de máxima concentración de una insalubridad compleja, entendida como uso capitalista del hombre y del ambiente, que se extiende en cada "lugar" social. De aquí la encuesta realizada en la fábrica y con ella y sus nuevos instrumentos, sus métodos, su experiencia para activar y enriquecer nuevos modos y expresiones de la conciencia colectiva: los comités de barrio, los de zona, los escolares, etc. Sobre todo en aquellos que se forman no sobre modelos institucionales y sobre módulos sectoriales sino a partir de reales problemas colectivos.

Estas son las características que me parecen originales de la actual fase de lucha de la clase obrera por su propia salud, reconocida como bien primario e inalienable, como medida verdadera del más codiciado bien colectivo.

La discusión dará a los compañeros presentes la oportunidad de profundizar tales características, sobre todo con referencia a directas experiencias de base. Pero, en las intenciones

y en los límites de esta ponencia, me parece suficiente cuanto hemos visto, por lo menos para reconocer la evidencia y la coherencia de una conclusión importante: en el tránsito por la fase de *rendición*, de *defensa* y de *lucha* por la salud, la clase obrera ha madurado no sólo su propia conciencia política general sino también la específica.

Y esto en el sentido de que, revocando la pasiva consignación de sí a la enfermedad y al médico, o bien renunciando a su rol de objeto sanitario, ha venido descubriendo y afirmando su capacidad al considerarse como sujeto de una razón de la salud que es salud de la razón.

Si esta conclusión no es infundada y el análisis que la precede no está errado, estamos junto a un punto de notable claridad sobre las posiciones y los términos del encuentro actual entre capital y trabajo en torno a los problemas de la salud: por una parte, *la medicalización de la política*, como elección del capital; por la otra, *la politización de la medicina*, como elección de la clase.

4. Medicina y gestión social

La "medicalización" de la política corresponde a la incrementada necesidad o voluntad de control social por parte del empresariado, sea éste privado o estatal, puesto que esta diferencia actualmente es de escaso peso, mientras las multinacionales de la empresa vienen colocando en crisis no sólo la geografía de las naciones sino también el internacionalismo de los pueblos.

Esta "medicalización" se ejerce con la reducción diagnóstica y la contención terapéutica —sobre todo por vía psiquiátrica— de la no conformidad a los cánones del sistema productivo, de la originalidad individual y colectiva, de la fantasía social y política. Pero se ejerce también con la *exasperada tecnificación del acto médico y del sistema sanitario*, lo que significa —inevitablemente hoy, cuando en el mando capitalista todo poder de la técnica se convierte en técnica de su poder— consignar la medicina al control industrial. Y ya que, como habíamos dicho, esta medicina es siempre menos un sistema asistencial y siempre más un sistema administrativo, todo se resuelve (en último análisis) en un aumento de la capacidad del capital para administrar sanitariamente la sociedad, aparentando administrar socialmente la medicina.

Con esta luz se ve claramente qué significan precisamente ciertas anticipaciones de reforma sanitaria, ciertas grandes medidas de las mutuales y de los farmacéuticos en el campo de la medicina predictiva disfrazada de preventiva, ciertas nuevas sociedades con capital compuesto por las proyecciones de sistemas sanitarios y hospitalarios, ciertas efervescencias de iniciativas industriales en los campos de la técnica, y de la informática médica: todas propuestas, en último análisis, de una comisión totalmente hecha al técnico para que la remita a las manos del patrón.

La politización de la medicina significa exactamente lo contrario: sobre todo, el retiro de la comisión no sólo por la gestión del acto médico como complejo de prácticas y de instituciones sino también por la definición de la salud y de la enfermedad, por la crítica de la regla y de la desviación.

No se quiere decir que la salud se extingue y la enfermedad nace exclusivamente por el roce de las fuerzas sociales que se enfrentan, sino que se afirma que salud y enfermedad, por este enfrentamiento, son redefinidas en su ser tanto para el individuo como para la colectividad.

De ahí que la protección de una y la lucha contra la otra no pueden considerarse fuera de este enfrentamiento y deban ser protagonizadas por sus sujetos históricos.

Si la medicina del capital sirve para administrar la patología del capital, la salud de la clase obrera requiere una medicina de la clase obrera: no exactamente "para la clase" sino "de la clase", en el sentido de que en ella la clase se exprese finalmente como sujeto médico y político, así como ella misma se ha educado con sus luchas en los últimos años: primero en el inicio de un camino, ahora con mucho por recorrer.

En este punto, después de haber intentado aclarar cómo, sobre el problema de la salud, el choque entre capital y trabajo, entre burguesía y proletariado, es también choque frontal de dos hipótesis alternativas e irreconciliables sobre el uso social de la medicina como práctica y como ciencia, resulta más fácil especificar la posición de la universidad actual y de la alternativa sobre este campo de tal choque. Vale decir que no nos internaremos en el funcionamiento sino solamente en la *función* de la Escuela médica, a fin de que quede clara la interdependencia entre las dos cosas. Es decir, en lo que respecta a las circunstancias de su trabajo didáctico científico, asumiremos que la Escuela médica no encuentra dificultad

alguna en el desarrollo de su proyecto: es este proyecto el que nos interesa y que muestra un esmerado ordenamiento al servicio del capital y en la producción de médicos que lo confirman en el mando.

5. *La vieja y la nueva escuela médica*

1) El primer bienio es el de la enseñanza del naturalismo y debe convencer acerca de que el hombre es precisamente un objeto natural y no un sujeto social. Para conocerlo conviene comenzar por su cadáver, es decir, por la forma extrema de su reducción a cosa: despojado de nombre, de rol, de historia.

2) El segundo bienio es el de la enseñanza del mecanicismo: la cosa inerte, resuelta en aparatos descompuestos en órganos, se convierte en máquina móvil, gastable, reparable. El estudiante aprende la técnica de la objetivación y de la individualización de la máquina-paciente, es decir de su desocialización.

3) El tercer bienio es fundamentalmente diagnóstico-terapéutico, pero sobre todo reductivo. Diagnosticar quiere decir reducir el mal a la enfermedad, la enfermedad a un órgano afectado, el órgano a la señal de su afección y la afección a su medición.

Curar quiere decir, simétricamente, corregir el síntoma para ocultar la afección, hacer callar el órgano para fingir la derrota de la enfermedad, cubrir la enfermedad para simular la salud. Así el joven médico aprende su función; su intervención tiende siempre a extraer de su clase al trabajador enfermo, cortando las relaciones con ella, reduciéndolo a un caso.

Lo que no aprende es la prevención primaria: la que, para la patología hoy dominante, llamaría a su causa sistema dominante y lo desenmascararía como principal agente patógeno del hombre y devastador del ambiente.

Es, pues, evidente que la función de nuestra universidad, independientemente de todo disfuncionamiento, es la de preparar médicos inclinados en grado sumo al proyecto sanitario del capital; prestos, como hemos visto, a operar -aún con la violencia de la ciencia- *por la medicalización de la política, contra la politización de la medicina*. Ulteriores acotaciones lo confirman: 1) la amenaza de un número cerrado para aumentar una selectividad que en nuestro país es siempre de clase; 2)

el abandono de cualquier reforma para empobrecer ulteriormente el contenido didáctico de la escuela médica; 3) el consiguiente reconocimiento de la insuficiencia formativa de la escuela médica y la entrega, en el séptimo y octavo años, del recién graduado a la estructura de las corporaciones profesionales.

En este punto el médico puede decirse formado como pieza semielaborada, cuya última mano tendrá lugar en una o más escuelas de especialización que, dándole ulteriores títulos y ninguna competencia real, tranquilizarán su crisis de identidad, crisis que podría derivarse del creerse un obrero sanitario, y de ser transformado en administrador social, administrado a su vez: es decir, administrador por cuenta de terceros, por cuenta del poder; sin fascinación y sin discreción, de la burguesía.

En este juego de poder aparece, por consiguiente, enteramente al servicio de la institución médica universitaria que hoy se ubica, objetivamente, en el camino de la liberación obrera como un ulterior y por cierto no omisible obstáculo.

Un obstáculo que no puede ser —a corto o mediano plazo— ni abandonado, ni cercado, ni destruido, sino que por el contrario, exige tomar, ocupar, expugnar.

Para destruir a sus actuales ocupantes; es decir, a la ideología y la práctica que nos dominan.

Deberemos, pues, renovar nuestro empeño contra los procedimientos que amenazan una ulterior selectividad de clase y corporativización profesional: aludo aquí al número cerrado y al séptimo y octavo años.

Deberemos sobre todo asumir la decisión de luchar por:

1) *un diferente plan de estudios* que parta de la realidad social para unir, al hombre con la realidad de los nexos de los cuales es nudo y por los cuales derivan o son moduladas su salud y su enfermedad;

2) *un diferente método de estudio* que parta de la práctica y vaya hacia la teoría como síntesis crítica de la experiencia. Es necesario desmitificar el eslogan de que “se llega a médico estudiando”, para sustituirlo por aquel más honesto y profundo de que “se estudia llegando a médico”;

3) *un diferente tiempo de estudio* que reduzca el periodo de propedeuticidad deformativa y despolitizante para abrir, en el ámbito de los seis años, un sexto año de efectivo aprendizaje como médico hospitalario, de ambulancias y de comunidad,

tendiente a una experiencia global de base. Plantear, además que en cada año, desde el primero, se reserve un número fijo de horas diarias para la práctica sanitaria (en colaboración con el personal para-médico) puesta al servicio efectivo del enfermo;

4) *un diferente contenido en el estudio* orientado a las reales necesidades y a las intervenciones eficaces: con amplio espacio, por consiguiente, para la disciplina preventiva, para la epidemiología, la higiene del trabajo, etcétera;

5) *un diferente objetivo de formación* que no sea más el de producir un graduado, portador de un título sin competencia, sino un operario preparado y listo a ser eficaz en la realidad social en la que le toque desenvolverse.

Naturalmente, objetivos como éstos, cuya viabilidad está definida por la voluntad política que los multiplica, deben ser empuñados por estudiantes, docentes, enfermeros y médicos que hayan hecho una elección de clase congruente. No son *sus objetivos* ni pueden ser alcanzados sólo con sus propias fuerzas. Son *objetivos de la clase obrera*, de las fuerzas del trabajo, de las masas populares que —en las varias formas de su vanguardia y en la experiencia de su luchas— pueden reivindicar el derecho de imponer esta renovación y guiar el proceso. Y el derecho de decidir que el primer objetivo por conquistar es la libertad de buscar y especificar autónomamente sus propios objetivos.

Por eso cada propuesta que hagamos hoy no puede ser más que indicativa y, en mi sentir, cada ulterior aspiración de definición no es con el fin de un ejercicio académico o el inicio de otra aspiración. La clase obrera ha sido siempre demasiado “pensada” por quienes han terminado por sorprenderse de encontrarla así vigorosamente, originalmente, lúcidamente “pensante” sobre los finales de los años sesentas. Hoy se puede y se debe apoyar todas las formas de apropiación y de autogestión que puedan *colocar a la clase como sujeto* de una lucha por la salud que no deje de ser jamás, en cuanto tal, una lucha contra el sistema. Es falso el dilema que se propone a la clase obrera: o la conquista hoy o la revolución en otra ocasión. Para la clase obrera cuentan las conquistas que forman parte de una estrategia para la revolución, porque cualquiera de ellas —si, además de su valor actual, no fuese también un acelerador del proceso de crisis estructural del sistema capitalista— sería sólo aparente y, al final, perentorias.

Conviene pues secundar —cada uno en el interior de su rol,

que es para siempre un rol interno— el proceso de *apropiación*, por parte de la clase obrera de los instrumentos de conocimiento de los mecanismos de ganancia y de explotación del capital y de los instrumentos de autocontrol y de autogestión de la salud.

Conviene dar todo el apoyo y toda la contribución —de fuerzas, de ideas, de críticas— a los consejos de fábrica, a los consejos de zona, a los comités de barrio, a los colectivos enfermeros-enfermos, a los movimientos estudiantiles; es decir, a las formas en las cuales se expresa la voluntad de base de las masas.

Así se delinea una correcta relación de los técnicos con la clase: no ser “el” sino estar “en el” pensamiento de la clase obrera, porque este pensamiento se libera y se expresa en su capacidad de no ser *pensamiento separado*, como el de los burgueses, sino *pensamiento reintegrado*, es decir capaz de pensar en conjunto la sociedad y la naturaleza, el trabajo y la salud.

De esta capacidad, la conquista de las ciento cincuenta horas de estudio es otra prueba y otra posibilidad de expansión: es el inicio de un proceso que puede llegar muy lejos y que espero pase también por la conquista de *ciento cincuenta horas de trabajo* en fábrica para los profesores, los estudiantes y los médicos. No trabajo “sobre la fábrica” o “para la fábrica” sino trabajo “en la fábrica” y “de fábrica”.

Mas hasta ahora las ciento cincuenta horas representan, en tanto resguardan los problemas de la salud, la posibilidad de ingreso de los trabajadores en la facultad y en los hospitales con una exigencia de estudio que pueda convertirse inmediatamente en propuestas de enseñanza factibles de transformarse a su vez en hipótesis de investigación —entre trabajadores, estudiantes y obreros sanitarios— destinadas a proseguir y desarrollar el proceso de apropiación obrera de la medicina como práctica y como conocimiento que ya está iniciado con la conciencia de que sólo eso puede llevarnos a encontrar una nueva salud del hombre y a fundar una nueva ciencia de la salud.