

ER

realidad

MINISTERIO DE CULTURA

Diego Olvega

De la Revolución científica y técnica

La liquidación del valor colapsa al capital; pero esa sólo es posible ahí donde el trabajo ha dejado de ser condición del producto.

Carlos Román

Sanidad y pueblo

La lucha por el control y la administración de la seguridad social está dirigida a un punto clave de sustentación del aparato económico del Estado capitalista.

Andrés Sorel

La Medicina en España

La industria farmacéutica, más interesada en la extensión de la medicina curativa, que en la profilaxis de la preventiva.

Guillermo Moreno

Entre líneas de un libro de Gustavo Bueno

Entre líneas de un libro de Gustavo Bueno.

marzo de 1973

MINISTERIO
DE CULTURA



Fabricación y distribución en Francia: «Colección Ebro».

Director responsable: Vincenzo Bianco.

Dirección administración: Via delle Zoccolette, 30 - Roma.

Registrado presso il Tribunale di Roma col. n. 9411 del 26-9-1963.

De la Revolución científica y técnica

Diego Olvega

Los trabajos del grupo interdisciplinar de Praga son hoy numerosos, el abanico de problemas suscitados excesivamente amplio, para que se pretenda dar una visión de conjunto de tan diferenciada y decisiva materia. Y, no obstante esa dificultad, se hace necesaria una reflexión acerca de algunos puntos que tal investigación ha puesto de relieve y elucidado; esto por razones políticas y teóricas de mucho peso.

Es indudable que la investigación del grupo de Praga se dio como un elemento más dentro del ámbito de los impulsos transformadores, que cristalizaron en los acontecimientos del 68; en ese orden de cosas puede decirse que la fórmula «socialismo con rostro humano» (estrecha y equívoca como todas las abstraídas de su entorno) al mismo tiempo **reposa** y **sintetiza** las más esenciales perspectivas abiertas por R. Richta, O Klein y demás colaboradores. En este sentido muchas de las tesis contenidas en la «Civilisation au carrefour» han tenido un destino eminentemente político, práctico y comprometido; han constituido un fermento de historia que —júzguese como se juzgue— posee al menos la dignidad de no haberse perdido en las grises arenas de la especulación académica. Pero si esto es así, por otra parte no puede olvidarse que, en un sentido u otro, el curso político, que en el 67 se abrió con tal motivo en Checoslovaquia, tuvo alcance nacional, sí, pero también proyección mundial, en la medida en que el movimiento comunista en su conjunto hubo de afrontar una coyuntura de tensiones profundas. Y nada de esto fue obra del azar; las iniciativas del entonces equipo dirigente transtocaban toda una serie de esquemas estratégicos y de desarrollo interno, y sacudían equilibrios políticos y teóricos sólidamente anclados, considerados como básicos e intangibles. Los trabajos a que vamos a referirnos se situaban así en el centro de un debate de amplias dimensiones, en el que, no aspectos parciales, sino elementos esenciales de la línea general del movimiento comunista internacional se ponían en juego (1).

Estas facetas de la cuestión no pasaron desapercibidas y, de una manera u otra, de modo más o menos sistemático y profundo, se abrió una discusión en torno a ella. La revista REALIDAD se ha mostrado en este terreno sensible y atenta a la transcendencia del debate, y los trabajos de Martí y M. Azcárate dan testimonio de lo dicho y de la **actitud positiva** que en esta revista se ha adoptado cara a los desarrollos teóricos y políticos del grupo de Praga. No así en todos los sectores de opinión, donde fuertes resistencias y críticas, **frecuentemente infundadas o desenfocadas**, se abrieron paso (2).

Circunstancias todas que justifican y exigen una reconsideración, aunque sólo sea parcial, de tales problemas.

*
* *

El concepto central en que descansan los análisis del grupo de Praga es el de «revolución científico y técnica», entendiéndolo por ello «una transformación completa de la estructura tradicional de las fuerzas productivas» así como también de «la base material de la vida» (3); transformación que arrastra consigo —esencialmente— una distinta colocación del factor subjetivo (el hombre) en el proceso de la producción material, y una relación diversa también entre la ciencia y ese proceso. La revolución científica y técnica, conforme a los análisis de Richta, «expulsa las limitadas fuerzas físicas y mentales del hombre fuera de la producción directa... termina el análisis del trabajo en sus elementos simples» y con ello y paralelamente «la ciencia, fuerza productiva, se integra en la producción directamente» (4). Estos no son más que los rasgos más generales —fundamentales al mismo tiempo— de un proceso, hoy en marcha y en expansión continuada.

Es claro que en lo que parecen tesis relativamente inocuas y suficientemente abstractas y generales yace una problemática de gran alcance, cuyas repercusiones, en todos los niveles, **político y teórico**, son incalculables. En efecto, la nueva colocación del factor subjetivo en el proceso de la producción material implica que la producción **deja de ser un proceso de trabajo**; el punto de apoyo es, en estas nuevas condiciones, «la inteligencia de la naturaleza» propia del hombre, es decir «la apropiación de la fuerza productiva general, la ciencia... la acumulación del saber de la sociedad» (5). La R.c.t. constituiría así un proceso en el que el elemento «trabajo» humano sería, por vez primera, negado, cancelándose de este modo la milenaria y bíblica maldición al sudor; en esta óptica la R.c.t. podría aparecer como un eslabón fundamental de aquel «paso de la prehistoria a la historia», de «la necesidad a la libertad.»

Pero no es este el momento de adentrarnos en tal problemática; algo previo y mucho más elemental es aquí ya cuestionable. Nos referimos a lo siguiente: independientemente de las repercusiones que puedan imputarse a la R.c.t., es el **contenido mismo, inmediato, de su concepto**, y el **camino teórico seguido para establecerlo, lo que puede ser puesto en tela de juicio**. ¿Puede hablarse, dentro del campo de conceptos marxistas, de revolución en el plano estrictamente definido de las fuerzas productivas? ¿Es posible acaso hablar de «transformaciones revolucionarias»

a nivel de esas estructuras? Junto con ello puede impugnarse un análisis que parece centrarse exclusivamente en la elucidación de parámetros «técnicos» de la producción, dejando fuera de consideración, o al menos en un plano secundario, la cuestión decisiva de las **relaciones de producción**. Y no se trata de una querrela terminológica o bizantina, sino de algo mucho más hondo. Los análisis del grupo de Praga parecen colocar el momento de la ruptura, ante todo, en el plano de las fuerzas productivas, abriéndose así aparentemente a una hipótesis «científico-reformista». Esta preocupación era la que, latente, atravesaba el artículo de **II Manifiesto** a que hemos aludido. Conviene ante todo individualizar el momento teórico oculto, el presupuesto en que se funda tal objeción, y ello nos obliga a buscar sus motivaciones en el cuerpo mismo de la teoría marxista.

En lo que nos ocupa, el primer equívoco puede provenir del célebre Prefacio a la **Contribución a la crítica de la Economía política**, que conviene citar in extenso:

«En la producción social de su existencia los hombres entran en relaciones de producción, que corresponden a un **grado determinado** de sus fuerzas productivas materiales. El conjunto de esas relaciones de producción constituye la base económica de la sociedad...» (6)

Los nexos determinados, necesarios de la existencia social humana aparecen aquí situados en el plano de las relaciones de producción que, a su vez «corresponden (es cierto) a un grado de desarrollo» de las fuerzas productivas. Correspondencia jamás olvidada, pero no suficientemente explorada. En efecto, el texto de Marx sitúa la estructura social a nivel de las relaciones de producción; en cuanto a las fuerzas productivas, y sin que la cuestión sea propiamente debatida en un pasaje casi programático, parecen constituirse en el reino de lo puramente **cuantitativo, a-estructurado, cuyo desarrollo se da en tanto que simple acumulación, sin que aparentemente puedan en él elucidarse verdaderas conexiones, totalidades estructurales**. Las relaciones de producción corresponden de este modo a un **GRADO**, no a una **conformación** también sistemática de las fuerzas productivas. Las totalidades orgánicas —internamente relacionadas— de las relaciones de producción parecen oponerse al mundo lábil y cuantitativamente acumulativo de las fuerzas productivas. Interpretación que no sólo parece encontrar un punto de apoyo en el pasaje citado, sino que, por otro lado, responde a una concepción «ilustrada» en lo que concierne a la manera de entender las fuerzas productivas; responde a la idea de progreso lineal, acumulativo, al que sólo el «momento social» le opone obstáculos; responde igualmente a la oposición civilización-cultura, informe aquélla, estructurada ésta; y desde luego y ante todo procede de un presupuesto **«ideológico»**, según el cual las fuerzas productivas y su organización son, desde el punto de vista social, neutrales, lo que en **Technischer Fortschritt** Ladislav Tondl califica de «ilusiones romántico-racionalistas».

Por otro lado es cierto que los trabajos de Marx —y muy particularmente **El Capital**— se han centrado principalmente en el análisis de las relaciones de producción; si se dejan de lado las consideraciones acerca de la forma y génesis de la manufactura, lo esencial de la reflexión recae sobre las categorías inherentes a aquéllas. Además un reflejo **ideológico defensivo** ha operado continuamente en el campo marxista, rechazando como potencialmente reformistas los intentos de examinar los procesos sociales al margen de la cuestión, efectivamente capital: la de las relaciones de producción.

Los análisis del grupo de Praga parecían —a primera vista— portadores de tal deformación. ¿Qué es de ello?

Basta seguir con atención determinados trabajos de Marx, y muy principalmente los desarrollos contenidos en los **Grundrisse** para comprobar que la correspondencia **estructura —grado** de despliegue de las fuerzas productivas oculta la afirmación de una casi **identidad entre configuración de las relaciones de producción— estructura de las fuerzas productivas**. Basta, repetimos, seguir con atención esos análisis para comprobar que, en pasajes esenciales, Marx ha encontrado en el sector de las fuerzas productivas una configuración análoga, **base y encarnación de categoría y formas fundamentales en la estructura social**.

«La realización del proceso de Trabajo como simple elemento de valorización del Capital queda materialmente confirmada por la transformación de la herramienta en máquina, y del trabajo vivo en simple accesorio de aquélla... En tanto que potencia dominante el trabajo materializado en el maquinismo hace frente al trabajo vivo concretamente, y no sólo apropiándose, sino en proceso mismo de la producción» (7).

Es aquí evidente que el proceso de la explotación capitalista se da, simultánea e indisolublemente ligado a la constitución del maquinismo, a la revolución industrial más propiamente. Esa no aparece como simple forma en el despliegue, por decirlo así, autónomo y neutro de las fuerzas productivas, sino como **configuración productiva correspondiente a aquél proceso de explotación del trabajo por el Capital**. Marx, estamos viendo, establece un nexo entre **formas**, no una correlación indiferente entre relaciones de producción y grado de desarrollo de las fuerzas productivas; éstas son **modalidad productiva de aquél sistema de explotación**. Pero la cuestión es candente y conviene seguir su elaboración paso a paso.

La producción capitalista se apoya y surge (en tanto que su desarrollo) del valor de cambio, sin identificarse con él; el valor de cambio es el espacio y el mediador necesario del sistema de producción sometido al Capital. Esto indica que el arco histórico en que encontramos la producción de valores desborda con mucho el alcance y límites de la formación social capitalista y, por ende, que es posible someter a análisis los momentos atravesados por el valor antes de que acceda a su pleno desarrollo en la forma del Capital.

Las formaciones precapitalistas conocen la producción de valores: en la sociedad mercantil, ya invadida por esa producción, el trabajo es, por un lado, **independiente**, por otro **dependiente**; independiente en la medida en que el trabajador, «su existencia no está aún subordinada al proceso del Capital... el Capital aparece subordinado materialmente a los trabajadores, individuales, o a las familias de trabajadores, sea en la empresa artesanal o en la agricultura»; dependiente en cuanto que el movimiento de conjunto de la producción se realiza determinado por las condiciones que impone la producción de valores. La presencia de esa determinación general, indirecta dependencia, su materialización es esa forma inicial de Capital que se denomina la usura: «El Capital en forma de dinero se concentra entre sus manos» (8). Vemos así cómo en la sociedad mercantil el valor no engendra más que una apariencia formal de Capital, y cómo a ese nivel de desarrollo, a esa forma social, le corresponde una articulación bien precisa tanto en lo que respecta a las formas de propiedad: la artesanal, en que el trabajo no está aún separado de sus «condiciones objetivas», como en lo tocante a las formas del proceso productivo y del instrumento de trabajo: **la herramienta**.

Esa simple apariencia de Capital en tanto que usura, más tarde en forma de capital comercial, produce una exigencia de rápida valorización, inherente a la producción de valores ya desarrollada, que, como escribirá más tarde en *El Capital*, se abre al infinito y, sin límites, no conoce otro reposo que su propio movimiento expansivo; el **valor** devenido **Capital** tiende a sobrepasar todas las fronteras: reducción del tiempo de circulación, del espacio; subordinación de los elementos hasta entonces independientes de la totalidad social; reducción del trabajo necesario e incremento del sobre-trabajo, condiciones de una máxima producción de plusvalía. Esta sed de autovalorización significa una perpetua transformación de las condiciones de producción, una ampliación y diversificación de la misma, una subordinación de todo proceso a la dinámica, a la lógica interna del Capital fijo: «Los diversos capitales se imponen a sí mismos las determinaciones del Capital» (9). Es el reinado del Capital fijo que ha penetrado y homogeneizado el universo, transformándolo en espacio y mecanismo de reproducción del Capital.

El Capital se pone como mundo, «la naturaleza deviene puro OBJETIVO... simple cuestión de utilidad... ya no es una potencia en sí» (10). Ahora bien, esta relación social, si en sus formas desarrolladas ha podido presentarse como «universo unidimensional», lo debe a que somete a una sola lógica todas las dinámicas posibles, a un solo modo de existencia las posibles existencias. El Capital fijo y su proceso de autovalorización inscriben los demás elementos del sistema en el círculo y modo de existir que les son propios; principalmente el trabajo que aparece aquí «sin substancia, labor pura», que pone su «realidad no como existencia para sí, sino como existencia para otro como puro ser otro o ser del otro frente a sí» (11). Pero este fenómeno de alienación generalizada (la naturaleza como espacio de utilidad, el trabajo o momento subjetivo como su «propio no ser o ser de su no-ser»), esta **relación social es el momento social de una estructura productiva bien determinada: el maquinismo**. En efecto, así como el Capital fijo se oponía y se subordinaba los demás «factores», así se enfrenta la máquina (trabajo materializado) al trabajo vivo, porque «la máquina no aparece como medio de trabajo para el trabajador individual» sino que «pone la actividad del trabajador de modo que adapte la acción de la máquina a la materia, vigile esa acción, la preserve de incidentes» (12). Marx establece así una **coordinación de esencia** entre la relación social y la estructura técnicoproductiva, afirmando que el maquinismo es «el modo de existencia propio del medio de trabajo como Capital» (13).

Ahora puede penetrarse en el sentido profundo de aquél «en tanto que potencia determinante, el trabajo materializado en el maquinismo hace frente al trabajo vivo **concretamente**, y no sólo apropiándose, sino en el momento mismo de la producción», que quiere decir que la alienación del trabajo no se produce sólo por el robo del sobretrabajo, la extracción de plusvalía, sino por la forma misma de la actividad productiva; la forma enteramente desarrollada del Capital se realiza cuando la apropiación del trabajo vivo por el materializado se hace presente incluso en el acto mismo, en la forma de la actividad productiva. Ahora tienen pleno sentido las observaciones acerca de la usura como forma germinal de la explotación del Capital, porque le falta una nota diferencial y decisiva: que el trabajo sea absolutamente dependiente, no sólo en tanto que separado de sus condiciones objetivas (lo que va a realizarse en el proceso de la acumulación primitiva) sino también como **simple apéndice de un aparato productivo**. A la luz de estos análisis cobran también particular relieve y contenido propio —no abstractamente antro-

pológico— algunas de las observaciones contenidas en los célebres Manuscritos del 44, concretamente aquella: «la desposesión del obrero en beneficio de su producto significa, no sólo que su trabajo deviene un objeto, una existencia exterior, sino que su trabajo existe fuera de sí», y más adelante, donde afirma que el trabajo es exterior al obrero, «no pertenece a su ser... el obrero no se afirma... no desarrolla una libre energía física e intelectual. Por eso no se siente como suyo más que fuera del trabajo»; donde la crítica desborda el **plano de las formas de propiedad, tanto del instrumento de trabajo como del producto, para apuntar a la alienación del trabajo en el maquinismo**.

La forma **realizada** del Capital supone, por razones internas que aquí no pueden evocarse, una estructura determinada de la actividad productiva (el maquinismo) que incluye, por un lado, el análisis del trabajo en sus elementos más simples, por otro un aparato productivo que, subordinándose el trabajo vivo, «posee una ciencia que no existe en el cerebro del obrero» (14), de manera que «la apropiación del trabajo vivo por el Capital es puesta en la producción mecánica como carácter mismo del proceso de producción, en función de los elementos y del movimiento material de ese proceso. Este ha dejado de ser un trabajo sometido al trabajo como factor único y dominante» (15).

Los análisis que constituyen la armazón de los **Grundrisse** desembocan en un exámen en profundidad de las estructuras productivas que subyacen al pleno despliegue de las relaciones de producción capitalistas; además, será el estudio detallado de la dinámica de esa estructura productiva lo que permitirá sentar como ineludible la perspectiva de la destrucción del Capital. Como veremos más adelante estos análisis acerca de la colocación del trabajo en el proceso productivo estarán en el centro de la teoría acerca de la crisis del sistema del Capital.

Es en este punto preciso del análisis de Marx donde comienza la elaboración teórica del grupo de Praga, que examina las tendencias ya presentes a nivel de la actividad productiva, y las transformaciones hoy en marcha para deducir 1°) la ya iniciada superación de las estructuras legadas por la revolución industrial, 2°) la imposibilidad de que las nuevas formas de la actividad productiva, las que le da la R.c.t., puedan ser asumidas dentro de la relación social capitalista. No se trata en modo alguno —como las superficiales lecturas tienden a concluir— de recluir el proceso revolucionario en un ámbito técnico-productivo, sino de ver surgir, de manera **precisa y diferenciada, la no correspondencia entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción; de manera precisa quiere decir aquí en sus aspectos cualitativos, no en los puramente cuantitativos**.

No se trata aquí de reseñar los trabajos del grupo de Praga, sino de coger los eslabones esenciales de la cadena analítica para mostrar su congruencia y estrecha conexión con la problemática contenida en la reflexión de Marx; para mostrar hasta qué punto los geniales esbozos de los **Grundrisse** son el molde en que se vierten las puntuales descripciones de la R.c.t.

En la **Civilisation au carrefour** se individualizan las transformaciones que son los pródromos de la R.c.t.: el crecimiento del fondo de la ciencia; el desarrollo impetuoso de la productividad del trabajo; la substitución del medio natural por uno «artificial»; el creciente control por parte del hombre de todos los aspectos de su existencia. Sobre estas bases se despliega la R.c.t. propiamente dicha, caracterizada por: los medios de trabajo desbordan los límites de las máquinas mecánicas... se transforman

los objetos de trabajo (nuevas materias) ...desaparecen todas las funciones de la producción directa realizadas por la fuerza de trabajo simple... la técnica expulsa al hombre de sus funciones directas de ejecución... Nuevas fuerzas productivas, en especial la ciencia y sus aplicaciones técnicas» entran en el proceso productivo, así como «el desarrollo de las fuerzas humanas, telón de fondo de toda actividad creadora» (16). En este amplio abanico de transformaciones en la estructura de las fuerzas productivas ninguno de los elementos puede ser subvalorado, pues cada uno de ellos remite, se basa en y funda los demás; no obstante, y desde un punto de vista general, dos parecen ser los que (aunque, repetimos, conexiónados con los otros) portan la que llamaríamos significación revolucionaria: en primer lugar la nueva colocación del factor subjetivo; luego, la penetración de la ciencia como fuerza productiva directa. En un trabajo aparecido más tarde R. Ritcha destaca precisamente esas dos modificaciones, y las pone en primer plano como verdaderamente decisivas: «La civilización industrial se apoya —escribe— en la técnica de las máquinas, en el proceso de mecanización, en el desarrollo de los medios de trabajo servidos por el trabajo»; más tarde se produce una revolución en el medio de trabajo: «la introducción de un sistema de producción que se autorregula» (17); esto significa la emergencia de un nuevo principio de producción «fundado en la tecnificación del proceso de información». Ahora bien la consecuencia relevante de estas transformaciones estriba en que «el aparato de información se subordina todo el sistema de máquinas, prescinde de los elementos humanos, expulsa al hombre fuera de la producción inmediata, transformando de esta manera la relación entre el sujeto y el objeto en el proceso de producción» (18). Así, como modificación central, y también como consecuencia decisiva de todos los cambios aparece la nueva posición del factor subjetivo expulsado ahora de la producción directa (19).

¿Qué significación atribuirle a tal desplazamiento? Apuntemos en primer término la perspectiva, ya abierta, de la **recomposición del trabajo**. Si la revolución industrial pone el momento de síntesis en el funcionamiento coordinado del aparato de producción, descompone, por otro lado, el trabajo en sus más simples elementos. Gramsci ya analizó el proceso con la acuidad que le caracteriza, sin detenerse en una consideración exclusivamente tecnológica de la cuestión: «Taylor expresaba con cinismo brutal la finalidad de la sociedad americana: desarrollar al máximo en el trabajador las aptitudes maquinales y automáticas, romper el antiguo concepto psíquico y físico del trabajo profesional cualificado, que exigía la participación activa de la fantasía, de la inteligencia, de la iniciativa del trabajador, y reducir las operaciones productivas al solo aspecto físico maquinal» (20). El análisis del trabajo era allí correlativo a la composición del proceso en el aparato productivo gobernado por el principio mecánico. El automático, en cambio, elimina el trabajo simple, sintetizándolo en otro nivel; en efecto, la sustitución del peonaje, del O.S. se efectúa paralelamente a la aparición de un nuevo tipo de obrero altamente calificado, ajustadores, mecánicos, que constituyen el 50% de los efectivos en las empresas automatizadas. Así el momento de síntesis no está arrojado en el complejo de máquinas; es el factor subjetivo el lugar en que la recomposición se produce.

Por otra parte el factor subjetivo se emplea «directamente en la preparación de la producción, en la organización técnica de la misma, en los proyectos de construcción, de investigación» (21). Recomposición y expulsión del trabajo fuera del ámbito de la producción directa son aspectos de un solo y mismo fenómeno. Pero esta nueva situación del factor subjetivo no es un acontecimiento que

pueda entenderse como exclusivamente técnico: la recomposición del trabajo es ya un primer paso dado hacia la supresión de la dicotomía **trabajo manual-trabajo intelectual**, porque implica ante todo la **supresión del trabajo simple**. Por otro lado con estas modificaciones el modelo de dirección jerarquizada —propio de la etapa industrial— se ve minado en sus condiciones de existencia; pero este modelo, que reposa en la estricta dicotomía dirección-decisión-ejecución, y que reproduce en el plano de la **operación** los antagonismos estructurales Capital-trabajo, ha sido no sólo acompañante casual, sino base y fundamento de determinaciones políticas, concretamente de la **dimensión elitista** inherente a la ideología liberal (22), y del carácter indirecto de toda democracia burguesa, donde **el pueblo soberano sólo lo es por delegación**. En este sentido son de considerar los profundos análisis que W. Mlynar consagró a la relación existente entre la división del trabajo y la separación gobernantes-gobernados: «La negación del Capital, en tanto que fuerza integrante fundamental de la comunidad humana, no es posible por una simple intervención en las formas fenoménicas de la existencia del Capital (en el sistema de las relaciones de propiedad), sino únicamente gracias a una transformación cualitativa en el plano más profundo de las relaciones humanas en el proceso del trabajo social; transformación que debe ser capaz de suprimir la inversión del sujeto y del objeto en la relación entre el hombre y su producto; sólo la **desaparición de la división del trabajo puede ser una transformación cualitativa...** Si falta esa condición, el hombre no puede ser sujeto del movimiento social, sino que está sometido a una fuerza que le aliena, la fuerza de las relaciones interhumanas objetivadas: el capital. El verdadero Leviatán de la sociedad moderna... no puede ser exorcizado por vía de democracia directa a la manera de Rousseau, sino tan sólo por la negación del Capital» (23). La recomposición del trabajo, paso hacia la supresión de su división, forma parte del avance hacia la más profunda democracia primero, hacia la extinción del Estado en último término.

Esto en lo que concierne a las tendencias sintetizadoras del trabajo. Por otro lado —y en conexión con ellas— aparece la ya mencionada expulsión fuera del área de la producción directa. Desde un punto de vista estrictamente técnico tal expulsión significa que «el proceso productivo puede dejar de ser un proceso de trabajo» (24). En efecto el estudio detallado de los parámetros de producción deja ver que, si durante el período industrial existía una correlación entre trabajo materializado más trabajo vivo/producto, ese lazo viene a romperse por el proceso automático y la penetración de la ciencia como fuerza productiva directa: el producto puede aumentar enormemente sin que se requiera un incremento proporcional de trabajo. Las determinaciones del ahorro desaparecen en la misma medida. Pero no es esto lo fundamental. Lo esencial estriba en que con esa expulsión cambian radicalmente las condiciones de la explotación del trabajo por el Capital. La amplitud de la producción y de su movimiento desbordan, con mucho, el cuadro estrecho de la explotación del trabajo; no sólo el grupo de Praga sino Marx mismo en una anticipación ha podido inducir que «ya no es el trabajo el que parece insertarse, es el hombre quien, vigilante y regulador... El trabajo se pone al margen de la producción... El robo del tiempo de trabajo parece una triste base... comparada a la que crea la gran industria» (25). Es interesante observar cómo estos análisis se coordinan o mejor, están en el centro de la teoría de las crisis. En efecto el límite último que la dinámica del Capital tiende a sobrepasar es **precisamente su condición de existencia**: el trabajo necesario, como límite puesto al sobre-trabajo, debe tender a cero para frenar así la caída tendencial de la cuota de

beneficio; pero es ese punto cero el lugar en que desaparece la condición misma del Capital; éste se ve minado, de manera indirecta, en su esencia porque en las nuevas condiciones de producción lo que queda cancelada es la **ley del valor** medido por el tiempo de trabajo necesario, que, como indicábamos al principio, no es ciertamente el Capital, pero sí su fundamento: «El sobre-trabajo de las masas humanas dejará de ser la condición de desarrollo de la riqueza; en ese instante la producción fundada en el valor se desfonda» (26).

La expulsión del trabajo fuera del área de la producción directa prefigura a nivel de las fuerzas productivas una nueva estructura social, una nueva sociedad, que es negación —la más profunda— del sistema del Capital fundado en el valor.

Cuanto hemos dicho, indica hasta qué punto los trabajos del grupo de Praga arrancan de perspectivas propiamente marxistas, y precisan e individualizan lo que en Marx quedó sólo esbozado en sus grandes líneas. Pero hay algo del más alto interés político, que no debe quedar en la sombra. La crítica —teórica y práctica— del Capital no puede ser radical y efectiva, si no se elucida las contradicciones últimas en que se funda y a través de las que avanza. Es claro que en su corazón —en el centro de su dispositivo— yace la mercancía, que no lo agota, pero lo funda; la mercancía, esa unidad escindida valor de uso/valor de cambio, que encierra ya el valor en su núcleo. **La liquidación del valor colapsa al Capital; pero ésa sólo es posible allí donde el trabajo ha dejado de ser condición del producto.** Las perspectivas críticas que abren tanto los Grundrisse como los análisis del grupo de Praga, **desbordan por su profundidad y amplitud las sedicentes críticas «radicales» (del grado cero de crecimiento, de la sociedad de consumo)** que, en tanto que parciales, y simple y llanamente desenfocadas, no atacan al adversario en su verdadero corazón. En este sentido los trabajos acerca de la R.c.t. no son sólo elucidaciones de procesos en curso, sino descripción de la agonía del sistema del Capital.

Una tercera dimensión conviene evocar aquí en lo que concierne a esa «utópica» supresión del trabajo; nos referimos al contenido exacto de la «inversión de la relación sujeto objeto». En el sistema industrial es la máquina el depositario de una ciencia que no posee el trabajador; el poder transformador de la ciencia, objetivado en el Capital fijo, constituye el mediador entre el trabajo simple y la actividad productiva global, y en este sentido es para la producción esencial el desarrollo del mediador que se enfrenta al trabajo vivo. Con la R.c.t., con el desplazamiento y síntesis del trabajo, no es ya el Capital fijo el **multiplicador** del proceso productivo; ahora se encuentra del lado del sujeto que —directamente— y por la aplicación de sí y de su fondo de conocimiento y de «ser» sostiene todo el proceso de producción. Dos modificaciones sustanciales se derivan de ello: el sujeto es ahora centro y base del impulso, entendiendo por aquél la sociedad entera que, poseedora del saber científico, detenta el papel que antes le estaba conferido al objeto-máquina; pero este cambio implica otro de no menor alcance: se trata de que el desarrollo mismo de la producción exige un desarrollo espiritual y cultural del sujeto; de que el avance de la producción, no sólo no obstaculiza, sino que requiere una expansión del fondo de conocimiento ínsito en el hombre y, por ende, el despliegue de todas sus facultades. Richta ha podido así —en un rápido esbozo— suscitar un problema que, naturalmente, sólo apuntamos: «Mientras que en los siglos pasados la cultura encontraba su misión al margen

de la vida social y del proceso de producción, hoy se coloca como factor esencial en el centro del devenir. La R.c.t. corresponde a una revolución cultural» (27).

Siendo la disponibilidad propia del sujeto y de su **fondo de ser y de saber el pivote del proceso productivo**, no sólo será decisivo el incremento de ese fondo, sino que el proceso productivo no podrá considerarse como puramente «económico» (de cosas), sino más bien como «reproducción ampliada» (permítase la translación) del hombre. La «humanización de la naturaleza» de que hablan los Manuscritos del 44 será la base que permita entender todo desarrollo como desarrollo de la «satisfacción» de lo humano, y esto, no en el nivel del simple consumo, sino por **la liberación del acto productivo**, que ahora, actividad en que se despliegan todos los sentidos del hombre, será espacio en que se realice y objective el sujeto como tal. A esto apunta una breve anotación de los Grundrisse, obscura por su carácter condensado: «Lo que aparece aquí como pilar de la producción... no es el trabajo inmediato ni el tiempo de trabajo, sino la apropiación por el hombre de su fuerza productiva universal» (28). El proceso de la actividad productiva será uno ya enteramente «humanizado», no sólo por su punto de partida y por su lugar de destino, sino por su **naturaleza misma**: exposición de todas las posibilidades y capacidades humanas, porque, en último término, de ellas depende la producción misma de las cosas.

Estas perspectivas, tales modificaciones en la estructura del proceso de producción amenazan en su raíz —ya lo hemos indicado— el sistema del Capital, pero, además, suscitan una comprensión más profunda de **los objetivos a que tiende la sociedad comunista**; nos obligan a ensanchar el perfil del proyecto revolucionario, y no por adherencias utópicas, sino por la inscripción en el mismo de las posibilidades que ya se abren con la R.c.t. El proyecto comunista no puede —según todo lo dicho— limitarse a reproducir, en un nivel más elevado, las estructuras del trabajo legadas por la historia; la superación cuantitativa de los índices deja de ser criterio suficiente de diferenciación. El proyecto debe incluir desde ahora, y suscitar entre las masas, la preocupación por alcanzar esa meta de la supresión del trabajo como pena, como espacio de la reificación (sean cuales sean las formas de la propiedad), como **tripallium** en suma; debe incluir la perspectiva de la **supresión del valor**, de la **eliminación de la mercancía**, y esto no como tema teórico especulativo, sino como simple voluntad de aplicar lo que la R.c.t. pone al alcance de la mano. En suma, el proyecto comunista puede ya, científicamente, indicar un auténtico nuevo modo del existir del hombre.

A este respecto los análisis acerca de la R.c.t. han aportado las bases para entender en su **significación plena y concreta** las iniciativas teóricas de los **Manuscritos del 44** y de la **Ideología alemana**.

Un último punto cabe aquí evocar que, aunque ajeno a nuestro propósito central, no deja de ser hoy tema de ciertas discusiones. La transformación de la relación sujeto-objeto viene a poner ante los ojos aquella perspectiva especulativa hegeliana —recogida por Marx, como en algunos de los citados pasajes puede verse— de la emergencia de un «en-sí y para-sí» (Denn wahrhaft wirklich ist nur das **Anundfürsichseiende**), del **hombre objetivándose en el mundo como hombre**, por una **actividad productiva que es autoproducción**; viene a suscitar propiamente el auténtico contenido del «humanismo comunista» que determinados grupos marxistas (o no) han rechazado tan perentoria como altiva y precipitadamente. Nos referimos, claro está, a formulaciones según las que

—como escribiera Althusser— no puede científicamente hablarse de «las cosas del hombre», sino sólo del «hombre de sus cosas»; en las que se pretende, por un combate (muy comprensible en el ámbito cultural del país vecino) contra la «vacía especulación «hegeliana» y «marxista-ideológica», deducir, in aeternum, el hombre de un sistema «objetivados», o **entregar el momento subjetivo a la dinámica de autónomas estructuras**. Tales iniciativas teóricas responden punto por punto a la situación de la revolución industrial, donde el trabajo vivo aparecía como apéndice del trabajo materializado. Esas iniciativas teóricas no prefiguran en manera alguna lo venidero, pero ni siquiera han sido capaces de incluir en sus modelos procesos ya presentes, y son, en suma, reflejos fantásticos de un pasado en vías de superación.

NOTAS

(1) Cf. *Technischer Fortschritt und Industrielle Gesellschaft*, Makol Verlag, Nördlingen 1972, y el trabajo de Ossip K. Flechthein, *Der Prager Frühling und die Zukunft des Menschen*, pág. 13.

(2) El superficial y perentorio análisis de J. Semprún en II *Manifiesto*, n° 7, es un ejemplo de esas críticas infundadas y desenfocadas.

(3) *La Civilisation au carrefour*, Anthropos, Paris, 1968, p. 3. Existe una traducción española, Editorial Ayuso, Madrid.

(4) *ibid.* p. 7

(5) *ibid.* p. 7

(6) *Contribución a la critique de l'Economie politique*, Ed. Sociales, Paris, 1957, 4.

(7) Marx, *Oeuvres*, la Plejade, II, 298; citaremos en adelante por esta edición, por razones de simple comodidad personal; los textos correspondientes se encuentran en *Fondements de la critique de l'economie politique*, Anthropos, Paris, 1968, II, 166 y sigs.

(8) Marx, *ibid.*, 248

(9) Marx, *ibid.*, 294

(10) Marx, *ibid.*, 260

(11) Marx, *ibid.*, 284

(12) Marx, *ibid.*, 297

(13) Marx, *ibid.*, 297

(14) Marx, *ibid.*, 297

(15) Marx, *ibid.*, 297

(16) Richta, *La Civilisation au carrefour*, 4.

(17) *Technischer Fortschritt*, 40.

(18) *ibid.* 42

(19) Precisamente Richta les reprocha a Diebold y a Schelsky «no haber visto la importancia decisiva del cambio de lugar del hombre en el mundo de las fuerzas productivas».

(20) Gramsci, *Americanisme et fordisme*, Cahiers Internationaux, Paris, n° 89, 1957.

(21) *La Civilisation au carrefour*, 14.

(22) U. Cerroni, *Crisi e metamorfosi dello Stato borghese*, Rinascita, 27-X-72.

(23) *La politique et l'Etat*, en *L'Homme et la Société*, juillet-aout 1968, 92 y sigs.

(24) *La Civilisation au carrefour*, 15

(25) Marx, *ibid.* 305

(26) Marx, *ibid.* 306

(27) *Technischer Fortschritt*, 42

(28) Marx, *ibid.* 306

NOVEDADES

ABRIENDO CAMINO

de Antonio Gros

Relato de un guerrillero español de acciones guerrilleras en URSS y en España.

En la misma colección:

■ «Los guerrilleros en Francia 1940-1945»

Miguel Angel

■ «Guerrilleros españoles del siglo XX»

A. Sorel

■ «La huelga» y «La base»

Isabel Alvarez de Toledo

Acaba de aparecer:

El tercer volumen de

■ «Guerra y Revolución en España»

Sanidad y pueblo

Notas para una estrategia de lucha

Carlos Román

■ DIALECTICA Y CONCEPTO DE LA SANIDAD

La Sanidad es la práctica de la salud y del bienestar del pueblo.

Este concepto, así definido, se deriva de la aplicación racional y social de los avances técnicos y científicos de nuestro tiempo, poniéndolos al servicio de las masas. La salud es definida de un modo positivo, en oposición al concepto que la define como la falta de enfermedad; no es algo que se «conserva», sino el resultado obtenido mediante una práctica concreta. La aplicación real de este concepto de sanidad, que por su contenido de servicio al pueblo es socialista, ha sido mínima, sino inexistente, en el campo de influencia del capitalismo.

Dentro de la sanidad, la medicina ha de ocupar un aspecto importante, pero en modo alguno único. La medicina «curativa» sigue dominando hoy el campo de la sanidad, mientras que la preventiva tiene una existencia nominal y un papel ínfimo. Lo mismo sucede con los otros aspectos preventivos de la sanidad, fuera del campo específico de la medicina. La práctica de la salud, como concepto, es manejado solamente a nivel teórico. Su aplicación práctica está negada en la sociedad capitalista por dos razones: 1) no es rentable a corto plazo y 2) requiere grandes gastos, lo que supondría una dramática reducción de la plusvalía apropiada por el Capital.

Las dos formas históricas más importantes de la medicina curativa —la liberal-burguesa y la estatal financiada por el colectivo trabajador— responden respectivamente a las relaciones y necesidades de producción de dos formas de estructuración socio-económica: la primera a la burguesa mercantilista y pequeño-industrial, la segunda al capitalismo monopolista de Estado. En estas dos formas de la medicina curativa, la ciencia se aplica para corregir con mayor o menor eficacia la enfermedad que presenta el individuo. Reducida a este papel, la ciencia médica niega en su práctica el hecho incontrovertible de que una parte de estas enfermedades están ligadas a un modo de producción que genera pobreza, desigualdad de condiciones sanitarias, contaminación no controlada del medio ambiente, desigualdades culturales responsables de formas avanzadas de enfermedad no diagnosticada y alienación del hombre.

La medicina preventiva, dentro del concepto de sanidad antes enunciado, no tiene como fin primario ni el de la rentabilidad, ni el de contribuir a un modo de pro-

ducción. No está orientada al proceso de producción: está orientada al Hombre, a su bienestar, a su salud. Por ello, frecuentemente entrará en contradicción con el modo de producción, en la medida en que aspectos generales o particulares de éste sean responsables de la falta de salud del individuo o de la sociedad en general.

La sanidad incluye el control de natalidad, inmunización y prevención de enfermedades, control del medio ambiente (lucha contra la contaminación), la seguridad del trabajo, orientación de la investigación hacia las necesidades concretas de la sociedad, impulso de la educación y liberación sexual, lucha contra las enfermedades profesionales (prevención), aspectos sociales de la urbanización, control de la calidad de alimentos, etc. El campo de la sanidad se ampliará cada vez más, cuanto más genuinamente socialista y orientado hacia el Hombre sea su análisis y práctica.

Exigencias históricas y sus propias necesidades de producción le han impuesto al capitalismo la necesidad de cierta planificación general de la sanidad, la mal llamada «socialización» de la sanidad. La sanidad burguesa-liberal era capaz de satisfacer las funciones que el Capital requería de ella: 1) función reparadora de las fuerzas productivas y 2) aplacamiento de las reivindicaciones sanitarias de la clase obrera. Así vemos como, empujados por estas necesidades, los diferentes estados europeos deciden ocuparse de la planificación general de la sanidad en la segunda postguerra. Durante un tiempo, la lucha en torno a la sanidad se centra entre los intereses individuales de la casta médica —aferrada a la medicina liberal— y la dinámica productivo-expansionista del capital monopolista de estado, que requiere la planificación de un sistema de sanidad «social». Las masas europeas se mantienen al margen de este conflicto que termina con un compromiso híbrido de coexistencia de ambas medicinas: liberal y estatal. Así sucede también en el Estado Español con la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad y el mantenimiento de amplios sectores para explotación por la medicina liberal.

La organización de la sanidad por el estado capitalista es el origen de una nueva contradicción ya que el Capital, cuyo fin es la rentabilidad, trata de asumir la administración de la sanidad, cuya finalidad es servicio. Las formas concretas que tomará la sanidad en los distintos países, responderán a las necesidades del Capital y a la mayor o menor posibilidad que éste tenga de resistir a las exigencias populares.

Históricamente, las primeras reivindicaciones de la clase obrera sobre la sanidad, se basaban en la necesidad primaria de una medicina curativa a la que no tenía acceso. Está claro que donde no ha habido prevención, la cura aparece como la tarea más urgente. El capitalismo pudo (y de hecho le interesa) satisfacer con cierta efectividad esta reivindicación primaria. Esto podemos constatarlo en la sanidad nacional de algunos países europeos. Lo que el capitalismo nunca podrá satisfacer es la reivindicación de una sanidad al servicio de la salud y bienestar del pueblo. Porque ello implica la denuncia del propio modo de producción y la exigencia de reducir drásticamente la plusvalía apropiada al trabajo. De aquí que la estrategia de la lucha de la sanidad ha de encaminarse no solamente a la denuncia de los fallos de la medicina curativa, sino también a la reivindicación de una sanidad preventiva y amplia al servicio del pueblo.

He dicho antes que las determinantes históricas de la sanidad, como parte de la Seguridad Social estatal, han sido dos: la reivindicación obrera del derecho a la salud y la necesidad capitalista de un mecanismo «reparador» de las fuerzas productivas, que permita mantener a las masas en capacidad de trabajar. A estas dos características responde con todo rigor el desarrollo de la Seguridad Social en el Estado Español. Durante años se construyen impresionantes edificios sanitarios, ineficientes pero demagógicos, orientados hacia la función reparadora: muchas de estas «residencias» son solamente quirúrgicas; los departamentos dominantes son cirugía (función reparadora) y pediatría y partos (exigencias elementales sanitarias de la clase trabajadora). La medicina interna hospitalaria es relegada a segundo plano y la siquiatria no existe ni nominalmente. Las necesidades de la medicina general son trituradas en los Ambulatorios donde un médico (frecuentemente un sustituto explotado por el titular) «ve» a 30 ó 40 enfermos en una hora. Los cuidados dentales se reducen a extracciones: la reparación y conservación de la boca se considera un lujo, ya que no es necesaria en el proceso de producción.

Esta ordenación, auténtica caricatura de lo que significa la medicina «social» en una dictadura fascista, se mantiene así durante años, mientras la medicina privada liberal se beneficia del fracaso de la obligatoria. Y el pueblo (¡como no!) se encuentra en la necesidad de financiar ambas, no dejando de ser defraudado por ninguna.

En los años 60, con la cuerda del desarrollismo opusdeísta comienza una nueva etapa de expansión y cambio de cara aparente de la Seguridad Social: se expande el número de asegurados, aparecen las ciudades sanitarias, y se planean los centros de diagnóstico y tratamiento. A la expansión sanitaria de la Seguridad Social se suma la necesidad de incorporar nuevos y costosos avances del desarrollo técnico-científico. Estas grandes inversiones necesarias para la práctica de una medicina cada vez más tecnificada, están ya fuera del alcance económico del pequeño capital privado. Se hace obvia la pérdida de dominio de la medicina liberal, aparecen los primeros contratos de médicos con dedicación completa y los primeros programas de entrenamiento de postgraduados, a los que tendrán acceso una minoría de los médicos graduados. La actividad médica se desplaza del consultorio privado hacia los grandes centros. Allí, el médico es asalariado y jerarquizado, pierde autonomía y se encuentra cada vez más alejado de los centros de poder y decisión.

Todo esto no cambia un ápice el hecho de que una sociedad clasista exige dos medicinas, como exige dos culturas o dos justicias: una para cada clase de hombres.

La clase dominante seguirá disponiendo de sus médicos en las consultas privadas: son los mismos que ha contratado la Seguridad Social; su dedicación al puesto de trabajo es, en el mejor de los casos, «completa», no exclusiva. La industria privada de la medicina seguirá siendo rentable mediante la contratación de servicios con la Seguridad Social. La ínfima calidad de la medicina de los ambulatorios seguirá nutriendo las consultas privadas de los médicos. Efectivamente, la expansión y operación de la Seguridad Social no defraudará al Capital, ya que está a su servicio.

El principal beneficiario será la industria farmacéutica y los Bancos que la controlan. El medicamento recetado pasa a ser el instrumento principal de la práctica de la salud. La industria farmacéutica no será socializada y, en consecuencia, el medicamento llega a manos del trabajador cuando ya ha atravesado una larga cadena de explotación financiera, recargado en 1.000% de su valor real*. El precio final será pagado íntegramente por el trabajador por dos vías: indirecta (cotización a la Seguridad Social) y directa (remanente al contado).

La Seguridad Social es lógicamente deficitaria en todo el mundo, y las subvenciones que recibe en los diferentes estados suponen un porcentaje grande de sus presupuestos. En el Estado Español es diferente: la Seguridad Social es rentable para el Estado (!) y funciona así como un sistema de ahorro forzoso impuesto al trabajador.

■ LA SANIDAD HOSPITALARIA; EXPLOTACION DEL ENFERMO

(La práctica médica tiende, cada vez más, a tener como centro al hospital, grande o pequeño, y es en los hospitales donde hoy se encuentran los grupos de trabajadores de la sanidad con más potencial revolucionario. Debido a las limitaciones de mi propia práctica, este análisis de la medicina en la sanidad actual, se reduce, casi exclusivamente al sector hospitalario y urbano.

Espero que el análisis de la medicina rural sea hecho por compañeros con una experiencia que yo no tengo en ese sector).

En el actual Estado Español, la planificación de la sanidad compete en diferentes aspectos a nueve ministerios; la sanidad hospitalaria específicamente a tres. Pero en esta atomización es necesario destacar el hecho de que el ministerio de Trabajo, por su control sobre la Seguridad Social, organiza directa o indirectamente, la sanidad nacional y muy especialmente su vertiente médica.

Hospitales, propiamente dichos y con nivel técnico-asistencial aceptable hay, como máximo, seis en todo el país. Los demás, o no alcanzan un nivel técnico suficiente o no reúnen las características que definen a un hospital y son, por tanto, centros que se ocupan de algunos aspectos de la enfermedad (residencias quirúrgicas, etc.). La crítica a esta organización no está dirigida a la especialización de estos centros, sino al hecho objetivo de que no existen centros similares que cubran al mismo nivel las deficiencias que los anteriores tienen.

* Añádase a esto la falta de control de calidad que resulta en la venta de productos cuya actividad biológica es inferior a la descrita en el envase.

La medicina hospitalaria realiza dos tipos de funciones: de servicio y de beneficio. La función de servicio es la de reparación de las fuerzas productivas*. La eficiencia con que se realiza esta función es baja, debido al inadecuado nivel técnico-asistencial en la gran mayoría de los centros de tratamiento, a la enorme burocracia que envuelve al enfermo, a la escasez de camas y la discriminación asistencial (p. ej. inadecuada protección del trabajador campesino).

La función de beneficio consiste en generar capital económico e intelectual. Lo primero es obvio en la industria hospitalaria privada o concertada; pero tampoco es deseable en las camas «privadas», que existen en los centros financieros por y para el colectivo trabajador. La industria hospitalaria genera enormes beneficios económicos, no solamente al capital farmacéutico, sino a la industria encargada del abastecimiento y dotación de los hospitales (alimentos, construcción, servicios accesorios, aparatos y material científico, etc.).

La enseñanza ha de incluirse entre las funciones que generan capital intelectual. Aquí la división clasista es tajante: el objeto de enseñanza es el enfermo no-privado; el privado compra su privacidad. La necesidad de enseñanza práctica a estudiantes y graduados es obvia. Esta necesidad será comprendida por el enfermo en tanto que su contribución al acto de enseñar sea voluntaria y no lleve consigo sufrimiento o humillación. Lo que es inadmisibles es que el derecho a rehusar el ser material de enseñanza esté en manos de aquellos que pagan al contado y no lo tengan quienes colectivamente financian la medicina hospitalaria.

La investigación es una fuente importante de capital intelectual. La investigación farmacéutica está en manos del capital privado, y forma parte del mecanismo de producción de los grandes monopolios farmacéuticos, que utilizan a la Seguridad Social como consumidor mayoritario. La investigación fundamental de productos farmacéuticos la realizan estos monopolios extranjeros, en los laboratorios que tienen en su país de origen. Solamente cabe señalar que somos nosotros —con los royalties derivados de los desorbitados precios de los medicamentos— quienes financiamos parcialmente esta investigación. Con respecto a la «investigación clínica» sobre los efectos de medicamentos en pacientes de la Seguridad Social y Beneficiencia, el problema ya no se centra sobre la ética o la metodología de la investigación: se trata de la corrupción del médico y de la utilización del enfermo para fines de promoción y venta. Llamar «investigación» a la confección (para la industria) de una lista de los preparados recetados y de los «efectos» obtenidos en un ambulatorio de la Seguridad Social, mediatizada por una compensación económica, es un eufemismo innecesario. La llamada investigación académica y clínica, no tiene valor de cambio fuera de nuestras fronteras. Es primitiva, falta de rigor y de originalidad. La ponencia «El problema de la investigación médica española» del Congreso de Médicos jóvenes (Valencia), desarrolla este tema con impecable rigor de método y estadística. La poca investigación que se hace tiene un carácter eminentemente parasitario: está orientada a la obtención de méritos académicos, publicaciones, etc. Las necesidades concretas de nuestra

salud no tienen relación con la prioridad de temas a investigar; en los departamentos y clínicas en que se investiga, la línea de trabajo es la de interés personal de quien los regenta.

En algunos casos el enfermo no puede subvencionar directa o indirectamente su cuidado. El pago se efectúa entonces con la entrega física de su cuerpo, su dependencia, sin defensa, del médico, su cosificación, sirviendo de material de entrenamiento y experimentación para que el médico adquiera capital intelectual. Capital que éste puede luego invertir en su consulta privada, o convertir en valor de cambio (títulos, méritos, etc). Esta es la situación del enfermo de la Beneficiencia que, de todos modos, tiende a desaparecer como tal. Sin embargo, en la medida en que el médico hospitalario de la Seguridad Social es autorizado a una práctica médica doble (privada y estatatal), y en la medida en que el enfermo de la Seguridad Social desconoce sus derechos (que son muy concretos, estén o no especificados en algún sitio), la explotación del enfermo, como generador de capital intelectual, seguirá existiendo.

En los hospitales, el enfermo no es informado explícitamente sobre el hecho de que un determinado tratamiento médico o quirúrgico se lleva a cabo con propósito de experimentación. Al no existir una actitud crítica, ni canales democráticos para su expresión, el experimentador está protegido por la falta de conocimiento del hecho por parte del enfermo y por el silencio de sus compañeros de trabajo. El experimento, en muchos casos deficiente en sus presupuestos científicos, y por tanto gratuito e inconsecuente, queda justificado en aras del «saber» (mística profesional e instrumento de poder). Este desconocimiento del método experimental es proverbial entre los depositarios del «saber médico»: el método arcaico de enseñanza y el propio contenido de ésta, la mistificación del saber y la rígida jerarquización, impiden la aplicación práctica de una metodología con rigor científico.

Independientemente de que puedan existir presupuestos válidos de método y conocimiento, la investigación dentro de la sanidad (servicio) necesita del control democrático par evitar su desarrollo en la línea abstracta del «saber por saber». No es raro el observar investigadores, provistos de método y conocimiento, realizar trabajos cuyo único fin es la obtención de méritos o prestigio (poder), en contradicción con los intereses del pueblo que financia su trabajo.

La carrera de prestigio desencadenada por el primer trasplante de corazón al hombre, resultó, en una competición internacional de sensacionalismo, sembrada de muertes. Está claro hoy, como lo era entonces, que la mayoría de estos experimentos con hombres fueron llevados a cabo sin el conocimiento inmunológico necesario y, algunos de ellos, incluso sin la experiencia técnica. La experimentación en el Hombre ha de estar controlada democráticamente por el colectivo sobre el que se experimenta y que financia la experimentación. En primer lugar, y basta, porque es necesario que el enfermo pueda defender sus derechos. En segundo lugar, porque hemos de impedir la instrumentalización de la medicina (y de la ciencia en general) como órgano de represión. La cuestión de la sico-cirugía es un claro ejemplo de este peligro. La destrucción parcial de áreas cerebrales mediante estas técnicas lleva consigo la pérdida de las funciones intelectuales más elevadas y la despersonalización del individuo. Una de las consecuencias más manifiestas es la obliteración emocional y la producción de un sujeto

* Esta separación entre servicio y beneficio es un tanto artificial. Así, la reparación de las fuerzas productivas es, además de un servicio, también un beneficio, ya que contribuye a disminuir el costo de obtención de la plusvalía.

manso, subyugado y con facultades mentales deterioradas irreversiblemente. La utilización acrítica de la sico-cirugía (labotomía, amigdalotomía, etc.) ha llevado a la mutilación de la personalidad de millares de enfermos. Por sus efectos «apaciguadores» ha sido y es empleada, mediante imposición, en enfermos «agresivos» internados en instituciones psiquiátricas. De ahí, ha pasado a ser utilizada en prisiones (en California, EE.UU.) en presos que tienen «agresividad» y «comportamiento antisocial». No es necesario resaltar las implicaciones represivas que esto tiene y, de hecho, los fines políticos con que se ha utilizado. Dos de sus proponentes (Mark y Ervin) han defendido su utilización en la prevención de acciones de masa violentas (huelgas), que ellos creen causadas por individuos con disturbios cerebrales (?), causantes del comportamiento «inaceptable».

■ LOS TRABAJADORES DE LA SANIDAD

La planificación a nivel nacional de la sanidad y los avances de la revolución científico-técnica, han determinado cambios importantes en la posición del médico dentro de la sociedad. Destacaremos: (1) el desplazamiento de la actividad médica del consultorio privado al hospital; (2) como consecuencia de lo anterior y de la complejidad creciente de la técnica: la necesidad de trabajar en grupo (mayor posibilidad de comunicación) y su subordinación (jerarquización); (3) asalariamiento que, acompañado de un alejamiento progresivo de los órganos de poder y decisión, puede calificarse mejor de proletarización; (4) a partir de estos cambios, y de la relación más directa del médico con el trabajador, se crean condiciones que facilitan la comprensión de las principales contradicciones del sistema económico en el que vive.

A los aspectos que podríamos llamar positivos de esta nueva situación —en la medida que acercan al médico al mundo del trabajo— se oponen otros, directamente dependientes de la superestructura clasista, que instrumentalizan el control de la clase dominante sobre sanidad. Entre ellos destaca singularmente la concepción de jerarquía y hegemonía de casta. Tanto la educación del médico (relación catedrático-alumno) como su práctica sanitaria (relación médico-jefe de servicio, médico-enfermera, médico-enfermo), se desarrolla según las premisas de una concepción jerarquizante y hegemónico-clasista de la sociedad. Esta concepción es esencial para la dominación de los muchos por los pocos; es el instrumento vertical de poder y dominio. Atentar contra ella supone atentar contra la base misma de sustentación de la clase dominante. La jerarquización no es solamente un instrumento de dominio administrativo y técnico: el capitalismo de Estado le asigna al puesto jerárquico una función de policía y represión. Esto ha sido evidenciado de modo inequívoco en las luchas hospitalarias y universitarias de estos dos últimos años.

El médico, inscrito ya en un sistema jerarquizado y correspondientemente subordinado, mantiene su espíritu de casta. El absurdo concepto de «clase» médica, expresa este deseo, mamado en las aulas y mantenido a través de la organización gremial, encargada de velar por su existencia: el Colegio de Médicos.

Para la enfermera, la planificación sanitaria ha producido cambios menos notables. La reorganización de su profesión (ATS), el crecimiento de la medicina hospitalaria y su asalariamiento, han resultado en la parcial des-

mitificación de su papel de vestal-personal del sacerdote-médico. El «prestigio» social que pueda tener la profesión de enfermera no es derivado de su nivel técnico; es anterior a la revolución técnica. La burguesía vio en esta actividad sanitaria un terreno en el que sus hijas desocupadas podían ejercer las virtudes que se les habían asignado: abnegación, compasión, sumisión. El trabajo hospitalario proveía, por otra parte, una oportuna relación social con el médico (también mitificado), cuyo resultado era una proporción no despreciable de matrimonios. La cuestión del salario era relegada por la del status. El modelo victoriano (F. Nightingale), arquetipo de la mitificación de la enfermera, nunca llegó a cuajar entre nosotros. A pesar de que la profesión de enfermera sigue siendo una ocupación frecuente de las hijas de la burguesía, los serios problemas económicos de la pequeña-burguesía, la afluencia de mujeres jóvenes de las clases trabajadoras a las escuelas de ATS y la proletarización y desmitificación de la enfermera, han resultado en una toma de conciencia progresiva en este sector de trabajadores de la sanidad.

Las consecuencias de la jerarquización y clasismo de la sanidad son particularmente opresivas para las enfermeras: su participación creadora en la práctica sanitaria es nula. Su función sigue siendo la de servir al escalón inmediato superior: el médico. La enfermera no participa en discusiones sobre casos clínicos con los médicos del servicio; y cuando se le concede acceso, es como oyente. Luego de una preparación técnica más o menos ambiciosa, su trabajo se reduce a una práctica rutinaria, limitada siempre por la artificial barrera insalvable de conocimientos que la separan del médico.

No existen previsiones por las que una enfermera, después de unos cursos, pueda hacerse médico. Y no hay ninguna razón objetiva, aparte de los prejuicios e intereses de casta, que se oponga a esta movilidad tan necesaria dentro de los diferentes niveles de responsabilidad sanitaria.

En unidades especiales de reciente creación se ha puesto de manifiesto el potencial técnico y asistencial de las enfermeras, cuando éstas se encuentran parcialmente liberadas de la asfixia jerarquizante. Estas unidades, formadas sin precedente tradicional y operadas —por exigencia de las necesidades actuales— como equipo, son un anticipo de como un grupo de trabajadores sanitarios, sin la sofocante jerarquización que es la regla en las especialidades más tradicionales, pueden ofrecer aportaciones colectivas al cuidado del enfermo. Esta experiencia de excepción puede observarse en alguna de las nuevas unidades de diálisis, de vigilancia intensiva y unidades psiquiátricas no-convencionales.

La jerarquización limita la capacidad creadora, la cantidad y calidad de «engagement» que el trabajador sanitario pudiera sentir. La existencia de un jefe sabelotodo, mercurial o paternalista, que ostenta todo el poder sobre el enfermo (por lo que tiende a aducirse que asume toda la responsabilidad), limita la comunicación entre los diversos escalones, burocratiza el cuidado del enfermo y ahoga la participación personal, al definir mezquinamente los límites de quienes participan en su cuidado.

Médicos y enfermeras son sólo una parte de los trabajadores de la sanidad, que participan en el cuidado del enfermo. Técnicos de laboratorio, psicólogos, técnicos de radiología, fisioterapeutas, auxiliares, asistentes sociales, terapia ocupacional, enfermeros, técnicos en dietética, son todos participantes esenciales en el cuidado del enfer-

mo. Estos servicios no solamente son ridículamente insuficientes en nuestros hospitales, sino que el papel de estos trabajadores es relegado al de servidores sin voz de la escala jerárquica superior. No tienen posibilidad de perfeccionamiento y de avance a otros niveles en su responsabilidad como trabajadores de la sanidad. Y algunos, como los asistentes sociales (en los pocos sitios donde se les encuentra) tienen una función totalmente inoperante.

El género de las palabras **médico** y **enfermera** es reflejo de la discriminación sexual del trabajo que se impone socialmente a la mujer. Este es otro aspecto de la lucha. En el contexto de nuestra lucha por una sanidad socialista denunciaremos la división social-clasista del trabajo, pero también, y dentro de ella y específicamente, la división sexual del mismo.

■ LA ESTRATEGIA DE LA LUCHA

Las luchas que han tenido lugar en el sector de la sanidad en los últimos dos años tuvieron diferentes formas y contenido. Su análisis detallado no puede ser hecho aquí; daré simplemente una enumeración de las mismas:

—Manifestación popular de Santa Coloma (Cataluña) como protesta contra las condiciones asistenciales de la Seguridad Social. Disuelta a tiros por la Guardia Civil. Mínima participación de personal sanitario.

—Huelga de médicos del Hospital Clínico de Barcelona: Reivindicaciones laborales y de gestión democrática.

—Encierro y ocupación del hospital psiquiátrico de Oviedo: protesta contra las condiciones laborales, de enseñanza y de falta de gestión democrática.

—Huelga nacional hospitalaria de los médicos internos y residentes: protesta contra la elaboración secreta de una ley de Ordenación Hospitalaria considerada como lesiva a los intereses de la salud pública y solidaridad con los psiquiatras despedidos de Oviedo. Escasa participación del personal médico «fijo», solidaridad de estudiantes de medicina (Madrid), clase obrera (Asturias y Madrid) y grupos de enfermeras.

—Encierro de los psiquiatras: protesta contra las condiciones asistenciales y la falta de gestión democrática. Limitadas manifestaciones de solidaridad en otros sectores de médicos.

—Protestas de enfermeras hospitalarias (Madrid): reivindicaciones laborales.

—Huelga de limpiadoras y trabajadores auxiliares del Hospital de la Beneficencia (Madrid): reivindicaciones laborales. El conflicto queda aislado.

—Congreso de la Juventud Médica (Valencia): denuncia del aparato sanitario del Estado y aprobación de una política sanitaria amplia y democrática.

Un análisis somero de estas luchas nos indica que:

a) la movilización ha sido limitada a unos pocos sectores. Entre ellos aquél que en este momento tiene más capacidad de movilización y experiencia política, es el de los médicos jóvenes de hospitales.

b) estas acciones fueron en sus comienzos conflictos limitados, bien a un lugar o a un grupo concreto de trabajadores de la sanidad. Su extensión a otros grupos y la elevación de la lucha a niveles cualitativamente supe-

riores, cuando ha ocurrido, ha sido en función de: 1) incapacidad de las instituciones estatales para absorber reivindicación alguna, lo que resulta en la imposición de medidas represivas irracionales. Estas, a su vez, desencadenan protestas y movilización más amplias, ya dirigidas contra esas fuerzas represivas, cambiando el contenido de la lucha, y 2) la participación de la masa de los trabajadores de la sanidad en la dirección y orientación del conflicto: la Asamblea democrática como órgano superior de trabajo, crítica y decisión.

c) la jerarquización constituyó una barrera importante en la extensión del conflicto a otros grupos. La falta de una política sanitaria general y de asambleas unitarias, resultó en contradicciones secundarias de intereses entre diferentes grupos, que fueron instrumento de aislamiento y división.

d) la participación de los usuarios de la sanidad fue muy reducida. En parte porque el pueblo veía (y se le hacía ver) el conflicto como un problema sectorial que no le atañía directamente, y, en parte también, porque este aspecto de la lucha no fue debidamente anticipado. La solidaridad de la clase obrera fue inmediata cuando —como en Oviedo— la coincidencia entre sus intereses y los de la lucha sanitaria había sido explicitada y resultaba evidente.

Es necesario poner el problema de la sanidad en su correcta perspectiva: **la salud es un derecho humano**; como tal, es una reivindicación del pueblo. **Es el pueblo trabajador quien finanza la sanidad y la Seguridad Social y quien justamente exige que la salud sea puesta a su servicio.**

Los trabajadores de la sanidad se encuentran sometidos a unas relaciones de trabajo que son la aplicación concreta, en el campo de la sanidad, de las relaciones de producción peculiares a un capitalismo monopolista de Estado desarrollado en el marco de una estructura fascista. Las reivindicaciones inmediatas de los trabajadores de la sanidad serán, en primer lugar, las derivadas de sus relaciones de producción dentro del Hospital-Empresa o de la organización sanitaria en la que trabajen. En un plano ulterior surgirá la cuestión de «¿a quién sirve o para qué sirve la sanidad actual?». La respuesta a esta pregunta se inscribe ya en el terreno de la lucha general: se trata de la contestación del aparato sanitario presente y de su enfoque correcto como trabajo al servicio del pueblo.

La lucha de los trabajadores de la sanidad se inscribe pues dentro del marco de la popular democrática, dominada por la contradicción dictadura-democracia. Ambos movimientos, el de la sanidad y el del pueblo en general, se apoyan mutuamente: las experiencias de la lucha general son aprovechadas en el sector de sanidad y, por otra parte, la lucha de los trabajadores de la sanidad, al evidenciar desde dentro la explotación sanitaria que sufre el pueblo, contribuye a agudizar las contradicciones entre éste y su opresor, introduciendo unas reivindicaciones de gran potencial movilizador y estratégico.

El potencial estratégico de la lucha por una sanidad auténtica al servicio del pueblo, se deriva en parte de su contenido económico y político. Es necesario tener presente que los ingresos de la Seguridad Social son superiores a los del ministerio de Hacienda, que la industria farmacéutica genera inmensos beneficios a la banca del Capital monopolista de Estado, que existen complejos industriales importantes relacionados con la operación, construcción y mantenimiento de los servicios hospita-

rios. **La lucha por el control y la administración de la Seguridad Social está dirigida a un punto clave de sustentación del aparato económico del Estado capitalista.**

La clase obrera no padece en exclusiva la miseria sanitaria; éste es también un problema del pueblo en general del que no están excluidas las capas medias. Del mismo modo que la falta de acceso a la cultura se ha convertido en una reivindicación y lucha popular, la toma de conciencia del derecho a la salud, será un poderoso factor de movilización general*.

Nuestro objetivo es, pues, plantear y llevar a cabo la lucha por una sanidad al servicio del pueblo. Para ello necesitamos una organización de masas de trabajadores de la sanidad que pueda elaborar la estrategia y táctica de esta lucha y ser a su vez el instrumento de la misma.

Comenzaremos por desechar el uso de esquemas teóricos formados apriorísticamente. Contamos, para comenzar el trabajo, con unos puntos básicos generales, basados en la práctica de estos dos últimos años y en un análisis de clase de nuestro sector. El resto tendrá que ser derivado de nuestra práctica diaria. Necesitamos desde ahora **desarrollar más a fondo el concepto de trabajador de la sanidad.** He apuntado antes algunas de las nuevas características que presentan estos trabajadores, y especialmente los médicos y ATS. Pero tal análisis es incompleto y, en cualquier caso, no define al trabajador de la sanidad. El concepto de trabajador de la sanidad no puede ser desarrollado desde la posición de un médico. Porque por razón de su propia educación y práctica, los médicos han adquirido deformaciones elitistas y desconocen —o conocen superficialmente— los problemas y reivindicaciones de otros trabajadores de la sanidad. Este concepto ha de ser desarrollado colectivamente por los diversos estamentos de trabajadores de la sanidad. Cuando esto haya sido hecho y nos hayamos reeducado en este punto, estaremos en condiciones de plantearnos colectivamente una lucha, no sólo estamental, sino general. Tal organización de masas (de trabajadores de la sanidad) por su composición y por la división social de sus puestos de trabajo será una expresión concreta de la alianza de las fuerzas del trabajo, y de la cultura. La propia dialéctica de la lucha integrará a esta organización en la lucha general que nuestros pueblos llevan contra la dictadura y el Capital monopolista de Estado.

Una estrategia de lucha sanitaria democrática y socialista no puede ser elaborada por una organización de masas exclusivamente «profesional» independientemente del hecho de que haya dentro de ella grupos de clara proyección marxista. Los conceptos de un profesional sobre la sanidad están necesariamente deformados: su enseñanza es clasista y orientada a una **teoría negativa** de la salud —la no-enfermedad— (el programa de estudio de la carrera de medicina refleja claramente esta orientación); su aprendizaje es elitista (jerarquización) y su práctica será privada (miseria de la medicina liberal) o estatal (cosificación del enfermo). Y aun cuando este bagaje retrógrado pudiera ser superado, estos grupos profesionales con perspectivas socialistas no conseguirán hacer que el movimiento de masas «profesional» haga suyos los análisis de clase, la estrategia revolucionaria y las consecuen-

cias de todo ello. Y, al fallar en su labor de agitación política, se convertirán en una vanguardia más, encerrada en un círculo inoperante y aislado, en un fracaso político.

Está claro que en la extensión del movimiento de la sanidad es necesario escoger caminos. La necesidad de tal elección solamente puede no ser obvia a quien no vea los intereses de clase que están en juego y el papel represor de la élite jerarquizada.

Cuantitativa y cualitativamente el movimiento de la sanidad está centrado ahora en los médicos jóvenes de hospitales. La extensión del mismo sólo puede hacerse en dos sentidos: hacia arriba en la escala jerárquica, hacia el número restringido de médicos más establecidos, aquéllos cuyos intereses están en coservar lo adquirido, cuya capacidad revolucionaria es mínima, o bien, hacia los lados y hacia abajo en la escala jerárquica, hacia aquellos sectores más numerosos de la sanidad, los que sufren más directamente la opresión de una política reaccionaria y elitista, aquéllos que tienen la incertidumbre de poder desarrollarse científica y prácticamente, de poder aplicar sus conocimientos sin corromperse o alienarse, aquéllos que no aceptan que su papel de ATS sea simplemente el de servidor dignificado del médico, aquéllos que como técnicos, laborantinas, enfermeros, no solamente son explotados económicamente, sino que han sido privados de toda iniciativa creadora y están condenados a desarrollar una rutina diaria, sin posibilidades de mejora y creatividad. El problema, a fin de cuentas, se enfoca del modo siguiente: ¿el movimiento por una sanidad democrática y socialista, ha de extenderse hacia la élite de una jerarquía o hacia las grandes masas sanitarias?

¿Qué pasará con los médicos y matronas «de arriba»? con los ya establecidos cómodamente? Las previas experiencias nos lo han mostrado. Unos se opondrán y lucharán contra nosotros, ya que nuestros intereses están en contradicción con los suyos (esta facción mayoritaria es la misma que jamás hubiese participado en un hipotético movimiento de masas profesional, de contenido auténticamente democrático). Otros (los menos) serán arrastrados por la lucha y se unirán a ella, dependiendo esto en parte de nuestra capacidad para explicar el contenido de la misma.

Nuestro objetivo es pues la concreción de un amplio movimiento de masas de trabajadores de la sanidad, capaz de elaborar y llevar a cabo un programa de lucha por una sanidad auténticamente al servicio del pueblo. Nuestras reivindicaciones han de incluir, no solamente la solución de los problemas inmediatos de orden asistencial sino, **desde el primer momento, reivindicaciones en las que estén claramente expresadas las exigencias populares de una sanidad amplia, preventiva, científica y al servicio de las masas.** Esta lucha ha de estar íntimamente conexiónada con la lucha de la clase trabajadora y del pueblo en general, y en su desarrollo creará las bases teóricas y prácticas (organización) de una sanidad al servicio del pueblo, preparada para ocupar el vacío que dejarán, al desaparecer, las estructuras fascistas y monopolistas de hoy.

La elaboración correcta y el desarrollo de esta lucha requiere un esfuerzo de estudio y movilización en tres sectores: masas sanitarias, clase trabajadora y otras fuerzas.

Entre las masas sanitarias el objetivo es la formación de una organización de masas cuya existencia «legal» habrá que imponer mediante la lucha. Independientemente de la labor teórica que pueda llevarse a cabo en el seno de organizaciones políticas, la teoría y la práctica del movimiento de la sanidad han de gestarse en el lugar de trabajo. Sólo

* La movilización popular de Erandio (Euzkadi), en la que las fuerzas represivas asesinaron a un manifestante, fue una protesta originada por el alto nivel de contaminación por humos industriales que hacían insostenible la vida de todo el pueblo.

la participación directa de los trabajadores de la sanidad a través de reuniones y asambleas en el lugar de trabajo, puede asegurarnos el carácter popular y real de un planteamiento y darnos la garantía de estar analizando problemas concretos de los trabajadores y no construcciones abstractas. En una primera etapa será necesaria la instrumentalización de las posibilidades que haya en cada sector, todavía jerarquizado. Algunos instrumentos legales (colegio, sindicato, comités de hospitales) serán utilizables y otros habrá que abandonarlos. Su utilización o descarte será algo a valorar en cada lugar y situación concreta. La lucha legal e ilegal serán instrumentos para llevar a cabo la tarea más urgente, a todos los niveles: la democratización de los hospitales imponiendo las asambleas democráticas como instrumento de gestión, crítica y poder. En estas asambleas los trabajadores de la sanidad —todavía separados unos de los otros por la presente jerarquización— desarrollarán su capacidad crítica e ideológica ante sus compañeros de estamento. Paralelamente, comisiones de distintos estamentos (técnicos, enfermeras, médicos, etc.) pueden ir desarrollando colectivamente los planteamientos y reivindicaciones generales. Cuando estos planteamientos sean movilizados de dos estamentos diferentes, existirá la posibilidad de una asamblea conjunta. En el transcurso de la lucha, **la composición cada vez menos jerarquizada de las asambleas será la medida de su propia madurez democrática y revolucionaria.**

En la asamblea, ante una determinada reivindicación, surgirá frecuentemente el problema del carácter revolucionario o reaccionario de su contenido; y se oirán los argumentos de los metafísicos de izquierda sobre los contenidos pequeño-burgueses de las reivindicaciones de un grupo. (Así ocurrió al comienzo de las huelgas hospitalarias del 71, cuando tales elementos acusaban a las asambleas militantes de llevar a cabo reivindicaciones pequeño-burguesas (modificaciones de una ley fascista). Desconocían que **la lucha en sí misma tiene su propia dialéctica y que los términos de la contradicción cambian durante el desarrollo de la lucha.** El desarrollo de la huelga, llevado adelante con perspectivas de clase, mostró como las posiciones de las asambleas se transformaban en términos cualitativamente superiores mientras que el conflicto, a su vez, se extendía, encontrando el apoyo de los estudiantes, de los mineros asturianos, de obreros industriales de Asturias y Madrid y del pueblo en general.

Un hecho en sí, considerado separado del contexto en el que ocurre y del planteamiento que se le haya dado (dialéctica del desarrollo de un conflicto), no tiene una etiqueta determinada. El problema planteado por el despido de una enfermera o médico puede degenerar en un problema de solidaridad gremial, de protección de intereses de grupo, de reclamación de derechos y privilegios especiales, de alienación de otros sectores de trabajadores de la sanidad. Todo lo cual tiene un contenido reaccionario. Por otra parte, la protesta o descontento general, puede ser utilizada para analizar el carácter asalariado del trabajador de la sanidad, los intereses políticos de la jerarquización, la falta de democracia hospitalaria; y pronto no será difícil hacer ver la similitud entre el despido de este trabajador y el de un trabajador de una fábrica, la opresión del individuo y de las masas por el capitalismo de Estado y los beneficios derivados del modo socialista de producción y propiedad.

El resultado desastroso de la posición gremialista puede ser conseguido con igual eficacia cuando se olvida que es la propia dialéctica del conflicto —a través de su planteamiento marxista— lo que radicalizará a una asamblea, y no las piruetas retóricas del metafísico de izquierda, cuya

actuación resulta en la división de la asamblea y la formación de una mayoría intimidada por lo que se le impone (en oposición a lo que iría comprendiendo en la lucha). Mayoría que se aferrará a sus prejuicios de clase para llevar la protesta por el cauce gremial y repudiará —antes de haberla adquirido— una perspectiva revolucionaria.

Aparte de las luchas por la gestión democrática y cuestiones laborales, las contradicciones abiertas a la crítica de la asamblea son numerosas: la denuncia de la medicina privada en hospitales estatales, la lucha por el trabajo en régimen de exclusiva dedicación, denuncia del pluriempleo (buscar la vinculación económica exclusiva del trabajador de la sanidad al hospital o centro), abolición del status de asistente voluntario, oposición al nepotismo, etc. El escandaloso fraude de la industria farmacéutica requiere acciones concretas, además de nuestra exigencia de su inmediata socialización. Su descarada corrupción se presta a demandas judiciales, además de boicots abiertos. Estas medidas pueden frenar el desarrollo rapidísimo de esta explotación antihumana de los monopolios.

Un aspecto importante de la actividad de los trabajadores de la sanidad, es **integrar en su lucha al enfermo**, hacer que éste vea que se trata de una lucha común. Necesitamos establecer comités de defensa de los derechos del enfermo: la denuncia legal e ilegal de abusos, de la experimentación encubierta o necia y, ante todo, de la transgresión de los derechos que tiene como hombre, como enfermo y como financiador de todo el aparato sanitario. El enfermo participará en su humanización cuando conozca sus derechos y sepa que está respaldado por grupos de trabajadores de la sanidad que lo defienden y que están dispuestos a llevar esta defensa adelante por cauces tanto legales como ilegales. Uno de los pasos que puede ser impuesto legalmente es la distribución —a todo enfermo— de información **clara y específica** sobre cómo ha de ser tratado por el personal, qué derechos tiene a negarse a un tratamiento y a exigir explicaciones sobre el mismo, de qué medios de protesta dispone, a quién ha de dirigirse para ello, qué responsabilidades tienen en su tratamiento, y quiénes son los distintos estamentos con que se relaciona, etc. **El enfermo tiene unos derechos concretos y específicos que ha de conocer.**

Fuera ya del mundo hospitalario, los trabajadores de la sanidad tienen un amplio campo de acción en colaboración con otros sectores (PNN, urbanistas, maestros, comités de barrio, mujeres democráticas, etc.) en la denuncia de las condiciones de vida de los barrios. Su aspecto asistencial (¡¡Ambulatorios de la Seguridad Social!!) de habitat (alcantarillado, zonas verdes, terrenos de juego para los niños), sanidad escolar, adulteración de alimentos, contaminación del medio ambiente (humos, ruido). En cada uno de estos aspectos existen elementos de denuncia legal e ilegal, con capacidad de movilización popular.

Es necesario resaltar —con respecto al párrafo anterior— que la colaboración con el movimiento democrático de mujeres será de gran utilidad en la cuestión del control de la fertilidad. Mientras que la mujer burguesa puede adquirir medios contraceptivos legalmente a través de su médico privado (p. ej. adquisición de anovulatorios bajo excusa de ser tratada «por desarreglos menstruales») la Seguridad Social niega a sus asegurados, no solamente un servicio de asesoramiento, sino también la receta. El resultado de esta cínica actitud con respecto a los medios contraceptivos, es el uso no supervisado de los mismos, con el consiguiente riesgo físico y el innecesario gasto que supone su adquisición por otros medios. Es necesario imponer el derecho que tiene la mujer no solamente a

utilizar medidas contraceptivas si lo desea, sino también a ser debidamente asesorada sobre las diferentes medidas contraceptivas y los riesgos que puedan ocasionar. El problema del aborto es otro que urge abordar. Los derechos de la mujer en este punto han de ser claramente establecidos, despojando al aborto de los escombros místicos y represivos con que ha sido revestido; mitificación represiva que ha resultado en el establecimiento de un mercado negro del mismo, tanto más peligroso cuanto menor es la capacidad de compra de quien lo paga.

En la colaboración con otros grupos, fuera o dentro del hospital, es importante buscar la cooperación de especialistas reconocidos para presentar la batalla legal a la instrumentalización de la medicina como represión política. No me refiero aquí al vergonzante oficio de los médicos que actúan de compinches de la brigada político-social, sino a la utilización de grados de invalidez o enfermedad como represión política contra un obrero. Un ejemplo claro de ello es la gradación de la silicosis de un minero (de lo que depende la compensación que reciba y la posibilidad de trabajar en razón a sus antecedentes políticos).

Desde el comienzo de estos planteamientos aparece la necesidad de colaboración directa con las organizaciones de la clase obrera. Clase que por llevar el peso de la financiación de la Seguridad Social, reclama su control y propiedad. Durante las huelgas hospitalarias del 71 las Comisiones Obreras realizaron una eficaz labor de propaganda y solidaridad. Esta convergencia de intereses no fue coyuntural: es real y concreta en la medida en que se lucha por una sanidad al servicio del pueblo. Nosotros, como trabajadores de la sanidad no podemos permanecer al margen de la lucha de otros trabajadores; como receptores y financiadores de la sanidad, tampoco ellos pueden permanecer al margen de la nuestra. Hemos de prestar asistencia ilegal a las víctimas de la represión física, pero también denunciar legalmente los malos tratos que puedan detectarse en heridos o prisioneros hospitalizados por las fuerzas represivas. Necesitamos la colaboración del movimiento obrero en el desarrollo de acciones sobre enfermedades laborales, equipos de peritaje con función represiva, etc. Todo ello requiere el establecimiento de lazos permanentes que, eventualmente, nos llevarán a la integración.

■ CONCLUSION

La sanidad, en su concepto socialista, se perfila como un campo de lucha importante entre el pueblo trabajador y el Capital monopolista de Estado. La contradicción antagónica entre la salud y bienestar del pueblo (sanidad) y la explotación de ese mismo pueblo por el Capital que pretende administrar su salud, dará lugar a enfrentamientos cada vez más amplios entre ambos. Asimismo, dentro de la sanidad, la revolución técnico-científica y la propia dinámica del Capital monopolista, han convulsionado la institución sanitaria de la burguesía, cambiando sustancialmente las relaciones de trabajo entre sanitarios y enfermos y entre sanitarios entre sí. Tales cambios crean condiciones objetivas para la movilización del sector sanitario como parte del mundo del trabajo, sin dejar de compartir otros aspectos con las fuerzas de la cultura.

Corresponde a los trabajadores de la sanidad revolucionarios el estudio y explotación de estas diferentes contradicciones, la movilización de las masas sanitarias y su

integración a la lucha general del pueblo. En los trabajadores de la sanidad están representadas todas las clases y subclases de nuestros pueblos y, por consiguiente, todas las ideologías. Su movilización amplia presentará, pues, los problemas generales de la lucha popular unitaria, recorriendo necesariamente las mismas etapas que la lucha del pueblo en general: por la democracia hacia el socialismo. La importancia de este trabajo movilizador es fundamental en nuestro proceso revolucionario ya que: 1) forma parte de la lucha del pueblo en general, 2) ataca la base económica del capital monopolista, 3) **al integrar fuerzas del trabajo y de la cultura, será un factor importante en la solución de las necesidades que se nos presentarán en la etapa democrática para llegar al socialismo** y 4) de esta movilización y de la lucha resultará la elaboración de las bases provisionales de una práctica sanitaria socialista, que es responsabilidad de quienes trabajamos en la sanidad.

El contenido de este trabajo es el resultado de experiencias en la lucha sanitaria y de su discusión con compañeros. Por su carácter de planteamiento general, he omitido la exposición estadística y detallada de sus elementos. Los errores de subjetivismo que forzosamente ha de contener exigen la crítica de los compañeros que lo lean*. Sólo así podremos elaborar una estrategia de la sanidad consecuente con nuestra situación concreta, y estar preparados para llevar adelante una lucha en la que no estamos avanzando paralelamente al nivel de lucha general.

* «Realidad» está a nuestra disposición para servir a esta necesidad.

La medicina en España

Un estudio sobre la situación sanitaria en nuestro país

A. Sorel

1. ORGANIZACION SANITARIA

1 La Asistencia Sanitaria en España, está comprendida en dos diferentes capítulos: uno, el ejercicio de la **asistencia privada**, lógica consecuencia de una sociedad escindida en clases y que hace de la obtención de plusvalía el capítulo esencial de su planificación económica, lo que acarrea fuertes desequilibrios en los niveles provinciales de renta per cápita y naturalmente abismales diferencias en la distribución individual de la misma; dos, la **asistencia mutualista**, verificada a través de las Compañías de Seguros Libres y la Seguridad Social. (Recordemos que la Ley de Bases de 13 de Junio de 1936 preveía el establecimiento del Seguro de Enfermedad Profesional, y cómo las Cortes estaban a punto de dictaminar una ley sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad. La guerra trunció aquellas reformas básicas de la Seguridad Social española. Tras el triunfo de la insurrección franquista, el punto X del Fuero del Trabajo, estableció: «La previsión proporciona al trabajador la seguridad de su amparo en el infortunio. Se incrementarán los seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis, etc. Esta ley establece el seguro de enfermedad entre los obligatorios». Un doble camino, a veces inencontrable en sus condicionamientos y resultados, recorre desde entonces el ejercicio de la medicina en nuestro país: el de la medicina «cara» y entroncada en la decimonónica definición de **liberal**, individualista, que hace del médico uno de los privilegiados de la sociedad y posibilita a los miembros pudientes de la misma clínica lujosas y de esmerados servicios, y el de la **medicina social**, dependiente del Estado, que favorece el pluriempleo, discrimina al enfermo, imposibilita en muchos casos una «normal y mínimamente científica» asistencia, y si no hace de los hospitales «centros de experimentación» como en el pasado siglo, descuida la asistencia en los mismos por falta de camas o escasez de personal que pueda atender a los internados.

El siglo XX, por otra parte, es conocido ya como el de la revolución científico-técnica; una verdadera transmutación de valores se ha producido en las sociedades más desarrolladas donde la ciencia ha pasado a ser fuerza productiva primordial, sustituidora en múltiples casos del poder de la energía humana, acentuándose así las limitaciones del trabajo individual y dando entrada al más productivo trabajo de equipo. Las relaciones paciente-médico reguladas por honorarios y que hacían del burgués un individuo asistido en su propio domicilio por el mé-

dico de familia, pierden sentido y significado, implantándose la medicina colectiva en la que equipos sanitarios e instituciones hospitalarias trabajan conjuntamente para dotar de una más perfecta y desarrollada asistencia al paciente. Bien es cierto que la clínica privada es un escalón superior en el desarrollo de la medicina liberal, pero esto no es consecuencia sino de las terribles desigualdades y diferencias existentes en una sociedad como la española, que tiende en su lucha popular y planteamientos ideológicos más profundos, a un concepto de democracia económica y política, infinitamente superior a la dictadura oligárquico-represiva actualmente vigente.

Si tuviéramos que comprimir en este breve estudio sobre la organización sanitaria, una enunciación de las estructuras de la sanidad española, diríamos pues que comprende 3 capítulos:

- a) el ejercicio liberal.
- b) la institución privada.
- c) la asistencia sanitaria dependiente de las instituciones públicas.

Y que en torno a los mismos, y antes de entrar en el análisis no exhaustivo de la seguridad social actualmente vigente, se encadena el problema de la casi inexistente medicina preventiva, a que tienden hoy los pueblos más «socialmente desarrollados», que, además de ser más económica, produce resultados superiores a largo plazo, y choca naturalmente con uno de los pilares de la actual e injusta estructura sanitaria: **la industria farmacéutica, más interesada en la extensión de la medicina curativa, que en la profilaxis de la preventiva.**

2 En los últimos años, aparecen en España, bien en publicaciones legales, bien en clandestinas, ora en declaraciones y conferencias individualizadas, ora en conflictos públicos, voces de médicos que denuncian la actual estructura sanitaria y plantean el tema de la lucha por una medicina socializada.

En esta hora de respuestas, de convulsiones que sacuden la sociedad española, y en la que es la Universidad quien da el tono más alto; de politización de importantes fuerzas culturales por objetivos y concretos intereses que ligan a las mismas con la lucha del proletariado por una sociedad más justa y democrática, los planteamientos básicos y mínimos de la sanidad española pasan por un mejor conocimiento a nivel general, globalizador, esquemático y sencillo de la situación problemática de la condición actual en nuestro país. Ha sido el Congreso de la Juven-

tud Médica celebrado en Valencia, quizá, quien más datos y conclusiones ha aportado hasta el presente para la evaluación de estos conocimientos. A sus ponencias y resultados nos remitiremos con frecuencia en el presente sintético trabajo.

Nos referíamos al enunciar la organización sanitaria, a cómo el concepto de medicina liberal, imperante y vigente en nuestro país, presupone el pluriempleo del médico, característica esencial en la situación de la medicina. El pluriempleo del médico, se manifiesta en:

- a) asistencia en centros hospitalarios.
- b) consultas en clínicas privadas.
- c) asistencia en Mutuas, Dispensarios y Ambulatorios.
- d) ejercicio privado de su profesión.

Naturalmente, para el médico tradicional, el pluriempleo proporciona considerables beneficios, de ahí la resistencia de muchos de ellos a hablar de la necesidad de contratarse con plena dedicación, renunciando a la vigencia del ejercicio privado. Mas no es este un problema individual, sino condicionado a:

1. La incapacidad de la pequeña empresa privada para contratar con plena dedicación.

2. Los propios intereses de la Seguridad Social, que contribuye en su actual estructura al pluriempleo. (Recordemos por otra parte que no existe reglamento sobre actividades incompatibles, y se favorece la oferta de contratos parciales).

Como conclusiones del pluriempleo, podemos entresacar las siguientes:

a) Se asienta el mismo en el carácter benéfico de la política sanitaria del Estado, que ofrece puestos de trabajo parciales de irregular retribución y la vigencia de la iniciativa privada en el terreno sanitario, consecuencia de la deficiente calidad asistencial de las instituciones públicas.

El pluriempleo conlleva la irregular retribución, la dificultad del ejercicio de la medicina hospitalaria, obligando la multiplicidad del trabajo a la conversión en un submédico, a la búsqueda de horas, más que al ejercicio de la profesión, que de estar bien remunerada dejaría tiempo para el estudio y mayor capacitación. Esto importa naturalmente menos al médico viejo que al joven, menos mediatizado por la medicina privada.

b) Para muchos sanitarios, la solución sólo puede encontrarse en el Estado, con la creación de puestos de trabajo que tuvieran una retribución y dedicación completa.

c) Estas y otras varias razones aconsejan la creación de un Ministerio de Sanidad que se responsabilice de esta tarea, siendo auténticamente responsable y representativo en sus planteamientos y decisiones. A su vez, debiera existir un Reglamento del Trabajo Médico, elaborado por los Colegios de Médicos (éstos democratizados y representativos) y que abarcara, entre otras cuestiones, la condición del ejercicio profesional, sistema de provisión de plazas en instituciones estatales, formas de contratación, incompatibilidades, etc.

La necesaria transformación de la Organización Sanitaria, favorecería por otra parte a:

a) profesionales jóvenes, estudiantes que aspiran ingresar en Medicina, MIR (Médicos Internos y Residentes de Hospitales), pueblo en su conjunto.

b) Seguridad Social (bien que sea en forma coyun-

tural y hasta tanto se planifique una forma superior de organización sanitaria).

c) nivel científico, asistencial, de la sociedad, víctima en la actualidad de las deficiencias del sistema, más preocupado por la obtención de plusvalía individual que por crear todo un complejo entramado asistencial que goce de los mejores métodos de investigación, de la creación de modernas unidades asistenciales, de la cualificación del trabajo, etc., contribuya al desarrollo de ésta, luche por la implantación y extensión de la medicina preventiva, extienda sus beneficios, igualitariamente, a las más amplias capas de la población, etc.

En cambio, perjudica vía a:

a) profesionales ya establecidos que llevan largos años aprovechándose del sistema, exprimiendo la sociedad y perjudicándola con sus intereses desligados de las conveniencias de la comunidad.

b) capitalistas de otros sectores y empresarios farmacéuticos, verdaderos «chupasangres» de la actual asistencia sanitaria española, y por tanto del exprimido contribuyente, que es en suma, el pueblo español.

3 Capítulo especialmente importante a la hora de analizar la actual organización sanitaria, es el que corresponde a la **medicina rural**, auténtica cenicienta, como se la ha definido muchas veces, de dicha organización.

Aquí los datos son infinitamente contundentes para que necesiten aclaración alguna.

1 médico por más de 1 500 habitantes, nos habla de una medicina propia de país subdesarrollado. (Y sin embargo ésta es la cifra que corresponde al campo español). Más de 8 millones de habitantes, cerca del 25 % de la población, ocupando el 65,3 % del territorio nacional y agrupados en 9 000 municipios, de los que el 88 % tienen menos de 5 000 habitantes y el 55,9 % menos de 1 000, para un total de 5 800 médicos, forman el entramado de los datos, que se complican con:

a) gran absentismo. (Cálculase que el 15% de los puestos están acumulados al titular de otro partido).

b) la situación del médico rural es la peor de cuantos profesionales ejercen la medicina en España, no teniendo prevista en su legislación **ni siquiera el problema de las vacaciones**.

El ingreso médico rural se nutre de tres capítulos fundamentales;

a) Del Estado, como funcionario de la Administración Civil, con media jornada y un coeficiente de 2 en vez de 4, lo que equivale a 6000 pts de sueldo mensual.

b) Del trabajador, a través de las igualas, 10% del salario base por familia y mes, es decir, actualmente 167 pts. (En realidad, la Seguridad Social prohíbe las igualas, pero en la práctica no se lleva a efecto la prohibición, dado que en el medio rural se consiente para equilibrar la deficiencia de los ingresos).

c) A través de la Seguridad Social (25 pesetas cartilla y mes).

Esto origina grandes diferencias en los sueldos rurales, según que los municipios sean grandes o pequeños, y el número de asegurados que tengan, ya que prácticamente la tercera parte de sus ingresos dependen de las igualas. Hoy día todos sabemos como la falta de una política coherente para el campo, (traducida en una justa distribución de la tierra, capitalización e industrialización

de las zonas agrarias, comercialización no sujeta a la especulación de los intermediarios, etc.) que acarrea el terrible problema del paro, la falta de posibilidades de vida cultural, educativa, las pésimas condiciones de habitabilidad de muchas zonas, la inexistencia de perspectiva y futuro para las nuevas generaciones, etc., origina un terrible éxodo que se ha traducido en un descenso paulatino e ininterrumpido de la población agraria, y en el despoilamiento de grandes zonas: son esas zonas las que más repercuten en los ingresos del médico rural, por lo que éste termina a su vez «abandonando» dicho campo de trabajo, quedando así los habitantes de los pueblos totalmente desprovistos de asistencia sanitaria.

En cuanto a los medios materiales de que se dispone en la medicina rural, reseñamos los fundamentales:

a) Centros primarios de higiene con casa de médico, únicos locales para el médico rural. Es el propio facultativo quien aporta el material clínico. Estadísticamente se contaba en 1969, 1696 centros.

b) Centros secundarios de higiene. Existentes 96; parece ser que solamente unos 40, previamente reformados, serían aprovechables.

c) Hospitales y asilos-hospitales (que no están radicados en capitales de provincia) 12 en zona A, 112 en B y 197 en C (éstos son los de peor nivel asistencial).

d) Ambulatorios. Muy escasos. Se cuentan 1 ó 2 por cada Jefatura Provincial de Sanidad.

Estos datos, recogidos de «Tribuna Médica», pueden complementarse con la siguiente cita, igualmente de dicha publicación, abril 1971: «Al no haber experimentado la sanidad a nivel local un desarrollo paralelo al logrado por el resto de los servicios del país, todo intento de reforma tendría que enfrentarse con: insuficiencia de una verdadera infraestructura sanitaria; falta de una reglamentación orgánica adecuada y escasa atención del medio rural para el universitario». El problema de la medicina rural, agravado por el absoluto desinterés de las autoridades sanitarias y la falta de información, conlleva no sólo la deficiencia de la asistencia médica y organización hospitalaria, sino la falta de una política coherente que se preocupe de factores fundamentales para un mejor desenvolvimiento de la misma, como pueden ser: saneamiento de terreno, abastecimiento de aguas potables y alimentos, depuración de aguas residuales y productos industriales, higiene del trabajo, educación sanitaria, etc., aspectos todos involucrados en la puesta a punto de una auténtica medicina preventiva, que incluya el estudio del suelo, terreno y subsuelo.

Reducida en el medio rural la medicina exclusivamente a la asistencial, el profesional se encuentra lleno de dificultades para intervenir en torno a su problemática particular y a la general del medio en que la ejerce, dado que el Jefe Local de Sanidad, al depender directamente del propio Gobernador, carece de poder decisorio, y sus funciones pasan directamente por alcaldes y autoridades gubernativas, y no sólo por la DGS.

Profesionalmente es un hombre marginado: se encuentra aislado de centros universitarios hospitalarios, con deficiente material, falta de consultorios adecuados, vivienda a veces (cobra 400 pts por este concepto en pueblos de 5.000 habitantes).

Existen también, justo es subrayarlo, sobre todo en profesionales mayores de 40 años, médicos rurales vinculados al stablishment, es decir, a las autoridades locales, en especial entre los que se encuentran a caballo del medio rural y urbano.

2. LA SEGURIDAD SOCIAL

La Ley de Bases de la Seguridad Social, promulgada en 1963, entró en vigor el 1 de mayo de 1967. El Seguro Obligatorio de Enfermedad data de 1944. Pronto, una ley que tenía una previsión igualatoria en sus enunciados, para asegurar a la mayor parte de la población española, chocaría con la realidad: masificación de la asistencia médica por elevación de beneficios y descontento subsiguiente de médicos y enfermos, aglomerados éstos en las consultas de los especialistas, teniendo que pasar visita en escasos minutos, dada la falta de ambulatorios, hospitales y médicos (necesitaríase pasar de las 2 horas de consulta a 5, eliminando el pluriempleo y aumentando el salario percibido por los médicos, o incrementar el número de éstos). Recordemos a este respecto que la O.M.S. recomienda un médico por 500 habitantes como situación idónea para el correcto ejercicio de la medicina. URSS y USA son los países más cercanos a esta cifra. La Europa desarrollada cuenta 1 médico por 600 habitantes. En España estamos en 1 por 900, como más adelante detallaremos. A la vista de esta situación cabe preguntarse: ¿por qué no se han adherido a la Seguridad Social, tan insuficiente de médicos, todos los facultativos españoles? ¿cómo puede trazarse un plan de estudios en el que se impone el «númerus clausus» dándose por sentado la suficiencia de facultativos, cuando las estadísticas y la realidad demuestran todo lo contrario? Ofrecemos a continuación un cuadro estadístico en el que se detalla el número de personas aseguradas por la Seguridad Social.

En Régimen General	19.711.821
En Régimen Agrario. (por cuenta propia)	3.395.545
En Régimen Agrario (por cuenta ajena)	2.923.369
Pensionistas	995.957
Trabajadores del Mar	130.519
Empleados del hogar	214.367
Seguro Escolar	156.406
Total	27.527.984
Pensionistas asistidos por la O.S. del 18 de Julio-pensionistas de Mutualidad	1.500.000
TOTAL población protegida obligatoriamente	29.027.984
TOTAL CENSO NACIONAL, 1971 .	33.629.529
TOTAL población exenta del Seguro obligatorio	4.601.545

La **financiación** de la Seguridad Social se verifica por parte del Estado (5%) y de los Asociados (que cotizan el 8% sobre salarios nómina cada trabajador y el 48% del mismo salario nómina la Empresa). Veamos la evolución de los salarios y la cotización de los asegurados de la Seguridad Social, exponente de la clara discriminación seguida a éste respecto sobre la clase obrera española. Verificando sobre una base de 100 en 1963, este aumento en 1971 supuso las siguientes cantidades:

Ingenieros y licenciados	133,9
Jefes Administ. y Talleres	140
Oficiales Administrativos	174,6
Oficiales 1 y 2, obreros	183,7
Oficiales 3 y especialistas	201,4
Peones	226

Veamos ahora las cifras recaudadas por la Seguridad Social. En 1971: 210.000 millones de pesetas. El superávit de 1970, fue de 36.161 millones de pesetas, cifras realmente exóticas, dado que la seguridad social es, en prácticamente todos los países del mundo, deficitaria. A este respecto, la revista «Cambio 16», escribía en mayo 1972: El papel básico de la Seguridad Social española ha sido el de financiación de inversiones ingratas y de difícil convertibilidad (por ejemplo el INI) colaborando conjuntamente con la aportación del ahorro popular (Cajas de Ahorro) a fundamentar el crecimiento económico de la década de los 60».

Ingresos	170.000 millones
Gastos (Prestaciones, asistencia sanitaria, régimen especial agrario)	118.839 millones
Presupuestos estimados	16.000 millones
TOTAL GASTOS	134.839 millones
SUPERAVIT TOTAL Y NETO	36.161 millones

Para terminar este apartado dedicado a la Seguridad Social, digamos que el porcentaje de la aportación del Estado a la misma comparativamente con otros países, es el siguiente: Dinamarca: 76,1; Irlanda: 67,7; Suecia: 57,6; Gran Bretaña: 53,9; Finlandia: 46,8; Noruega: 36,9; Suiza: 28,3; Bélgica: 27,7; R.F.A.: 22,7; Francia: 15,7; Italia: 15,5; Portugal: 9,2; ESPAÑA: 0,9. (Fuente: A. Rull Sabater).

2 Veamos ahora brevemente la situación del médico dentro de la Seguridad Social. Unas cifras nos hablan de 44.000 médicos colegiados de los que solamente 36.000 ejercen la profesión, lo que da un índice de 1 médico por 900 habitantes, (Europa 1 por 700) distribuidos desigualmente, pues mientras Madrid y Barcelona rebajan dicha cifra acercándose a la óptima, muchas provincias se encuentran con la realidad de un médico por 1.600 habitantes, sobre todo en las zonas agrarias, como veíamos al analizar la medicina rural. Médicos incluidos en la Seguridad Social figuran 27.000 repartidos en: 21.000 zonas urbanas y 5.864 zonas rurales, desproporción igualmente subrayada con anterioridad. Nos encontramos así con que menos de 28.000 médicos asisten a 28 millones de asegurados y beneficiarios, índice de un médico por 1.000 asegurados.

La retribución del médico no ha experimentado el incremento de las cotizaciones de los asegurados, ni en una mínima proporción:

1944: 4 pesetas por asegurado, con una cuota mensual de 9,86 pesetas.

1970: 22,92 pesetas por asegurado, con una cuota mensual de 632 pesetas.

No hay pues relación entre el ascenso experimentado por los ingresos del Seguro y la retribución del médico en general (no hablamos de los ingresos absolutos de éste, dado el carácter estructural de la medicina en España y el pluriempleo imperante). Existe a su vez una discriminación en la diversidad de las retribuciones estipuladas legalmente, ya que no se paga a igual precio en régimen de enfermedad común que en accidentes de trabajo, agrícola, por cuenta propia, etc. Muchos son los médicos que hoy proponen la necesidad de un Estatuto Jurídico elaborado democráticamente (el actual no es observado ni fue modificado pese a las transformaciones experimentadas por

la sociedad española) y la creación de un Ministerio de Sanidad, aspecto que examinaremos al hablar de las Organizaciones Médicas vigentes en la actualidad.

3 Capítulo especialmente importante a la hora de valorar la actual estructura de la seguridad social, es el análisis de la organización hospitalaria, fundamental para conocer la verdadera situación sanitaria del país.

La Seguridad Social cuenta un total de 26.669 camas propias. 87.000 son las utilizadas por los afiliados a la Seguridad. Estímase un total de 189.000 las camas que faltan a la Seguridad Social para atender debidamente el total de los asegurados. Si la O.M.S. recomienda un mínimo de 10 camas por 1.000 habitantes, en España esta previsión no se cumple, al existir un máximo de 4,34 camas por 1.000 habitantes. Sobre un baremo de 19 países, España ocupa el puesto 18 a este respecto (camas/habitantes) siendo únicamente superado de forma negativa por Turquía.

El Dr. A.R. May, Consultor Regional de Salud Mental de la OMS, de Copenhague, visitó en setiembre de 1971 hospitales psiquiátricos en Madrid, Oviedo, Bilbao, Bermeo, Barcelona, Tarragona, Castellón... En su informe se detallan los siguientes datos, que aún parcializados a un aspecto concreto de la medicina, son significativos en cuanto tipifican en cierta medida la problemática aquí estudiada.

	Hospitales	Camas
Diputaciones	28	16.000
Ordenes Religiosas	18	11.000
Privadas	68	6.200
PANAP (1)	9	3.000
Ministerio Justicia	2	600

(1) Patronato Nacional. Asistencia Psiquiátrica

En sus conclusiones sacaba como problemas principales los siguientes: la mayoría de los hospitales son antiguos, superpoblados y poco adecuados a la asistencia psiquiátrica; escasez general de enfermeros especializados; escasez o ausencia de servicios de asistencia ambulatoria; escasez de asistentes sociales psiquiátricos.

3. EL MEDICO Y LA MEDICINA

1 Hoy, en el centro del volcán que es la Universidad española, Medicina ha impuesto las más profundas y significativas razones de la «contestación». Los problemas de la sanidad española comienzan ahí.

La Universidad. Una «vegetativa» carrera es, a partir de la Nueva Ley de Educación, puesta en causa por la masa estudiantil a raíz de un decreto cuyos puntos esenciales podían ser los siguientes:

1. Número clausus. Producimos más médicos de los necesarios al país.

1.2. El número de alumnos debe adaptarse al número de medios del centro docente.

1.3. El previsto aumento de la «mortalidad estudiantil» y la baja del nivel científico de los graduados, produce, a la par que un crecimiento de la frustración personal, perjuicios económicos para el estudiante y la sociedad al costear estudios que no fructifican.

2. Es preciso medir y condicionar el número de estudiantes, por los puestos hospitalarios de que se dispone.

3. Gracias a la selectividad se puede hacer coincidir el número de admitidos con los que tengan capacidad, vocación y dedicación. La calidad de los médicos empeora si no se ponen barreras selectivas que eliminen a los menos capacitados. Debe orientarse a parte de los eliminados para actividades paramédicas, e igualmente otros alumnos sobrantes pueden ser enviados a distintas provincias.

Frente a estas razones, aducidas por el Ministerio para justificar el número clausus, razones desfasadas por los decretos que en verano del 72 dará el Régimen en aplicación de la Ley General de Educación, los alumnos de Medicina contestarán, en respuesta alargada durante todo el curso 71-72 y culminada en absoluto boicot a los exámenes finales de año, con las siguientes razones:

A) No es verdad que produzcamos más médicos de los que el país necesita. (1 por 900, frente a 1 por 500, media aconsejable).

B) El número de médicos de un centro docente no es algo absoluto e incambiable. (La Administración debiera actualizar medios existentes conforme a las necesidades reales del país).

C) Debieran habilitarse nuevos centros y hospitales para la docencia.

D) Son la mala retribución, y el futuro incierto, quienes tornan deficitario el número de profesores. Por otra parte, España es después de Grecia el último país europeo en relación a los gastos de investigación. (60 pesetas año per cápita en investigación propia frente a 200 pts año per cápita en inversión para la compra de patentes extranjeras).

E) No existe ningún sistema de relación previa que pueda predecir con exactitud quienes serán o no buenos médicos. La «mortalidad estudiantil» se debe más a las deficiencias del sistema educativo, que a las incapacidades de los estudiantes.

F) Existe una fuerte desigualdad en los medios que cuentan las distintas Universidades, y en la admisión de los alumnos a las mismas. (Frente a 810 alumnos de la Autónoma, 7.500 de la Complutense).

G) «Rechazamos la selectividad, la alienación económica tanto del sistema competitivo y el Reglamento de Disciplina Académica, cuanto de las sanciones gubernativas... Denunciamos las claras intenciones de la Administración de convertir la Universidad, claro reflejo de la situación social, en unas reducidas y aborregadas escuelas de titulación para una minoría de signo elitista vinculada al sistema. Creemos que es injusto supeditar el número de graduados a la demanda de una minoría excelentemente atendida, que detenta los monopolios económicos).

2 Mas no terminan los problemas una vez concluida la carrera. Ya en esta se presienten, se imbrican, las dificultades que para un correcto ejercicio de la medicina, a veces para su simple profesionalización, encuentran los postgraduados.

El Reglamento que legisla las Especialidades Médicas, data de 1957. Normas complementarias fueron dadas en 1958 y 1962. Una orden sobre Escuelas Profesionales se dictaminó en 1965. Hasta 1955, puede afirmarse, no existía otra forma de especialización que el titulación o la oposición. En el principio, está la especialización. Después vendrá la necesidad de una formación continuada, y las barreras interpuestas, las lagunas encontradas, para que ésta sea posible. Estos son los caminos que llevan al título de especialista:

A) Inscripción en el Colegio de Médicos de una especialidad ejercida durante 2 años.

B) Ganar una oposición de la especialidad.

C) Certificado de una Escuela Profesional.

El conflicto de los postgraduados tendrá un nombre, nombre que, cual prolongado fantasma, recorrerá las aparentemente tranquilas estructuras de la Sanidad Española. El conflicto, en su fase última, ocupará páginas enteras de los periódicos, y situará a la fuerza pública, al Ministerio represivo, también contra los ejercientes de la Medicina.

M.I.R. Médicos Internos y Residentes. ¿Qué son? Así se autodefinen: «Licenciados que ejercen su profesión en un medio hospitalario, durante un tiempo limitado, en condiciones de responsabilidad, progresiva, programada y supervisada, para completar su formación básica y adquirir así el grado de especialización y conocimientos que el moderno ejercicio de la Medicina, condicionada por las necesidades de la sociedad, exige».

3 La huelga arrastrada en el curso 71-72 por los estudiantes de Medicina, cuenta entre sus planteamientos el de oponerse absolutamente al Decreto-ley que regula su período clínico de formación, reclamando, a mayor abundamiento, que se regule la forma de obtención del título de especialista.

Estos planteamientos, al igual que los del MIR, buscan el instaurar obligatoriamente, a nivel nacional, 1 año programado de Internado Rotatorio en Hospitales docentes para todos los postgraduados, hecho que conlleva el que se cree un número suficiente de Hospitales docentes.

Diez puntos nos sirven de conclusiones a este fundamental capítulo sobre la estructura médica sanitaria, en su aspecto de enseñanza y postgraduación:

1. Necesidad de estudiar el número de médicos generales y especialistas que son indispensables al país.

2. Abolición del pluriempleo. Dedicación a un puesto de trabajo justamente retribuido.

3. Creación de las camas que sean necesarias: 300.000 según O.M.S., de las que sólo existen actualmente 154.000, y su pertenencia a la Seguridad Social.

4. Residencia, único camino para los titulares especialistas.

5. La residencia debiera efectuarse en hospitales que cumplan las normas de acreditación y con personal en dedicación exclusiva. Responsabilización progresiva del médico residente en tareas asistenciales, docentes y de investigación.

6. Titulación de especialistas concedida por Comisión Nacional representativa.

7. Educación médica continuada mediante asistencia a hospitales acreditados de forma cíclica. Ello exige naturalmente una red hospitalaria nacional y escalonada.

8. Contemplar la medicina general como una especialidad.

9. Integración alrededor de un núcleo hospitalario de enseñanza pre y postgraduada.

10. Total reestructuración y socialización de la Seguridad Social, con organismo rector único y democrático. Imprescindible para todos los puntos anteriores.

INDUSTRIA FARMACEUTICA

Para introducirnos en este capítulo, reproducimos los siguientes datos, tomados de la revista «Cambio 16».

Años	Beneficios en millones de pts	Especialidades
1960	4.347	28.000, 1 por mil habitantes
1967	4.560	es decir 150 % del capital invertido
1969	10.171	19.000
1971	32.000	(cálculo estimado)

Por otra parte, el 5 por 100 de las especialidades, en el año 1969, concentraban el 70 por ciento del consumo total. Mientras 674 empresas, en 1971, ofrecían la cara de la disparidad de múltiples productos similares lanzados a la guerra de la competencia privada. En la práctica, la investigación farmacéutica española se reduce a la aplicación terapéutica de preparados previamente elaborados y ensayados en otros países. La dependencia de los monopolios extranjeros, viene dada en el sentido de que 70 laboratorios con capital extranjero, controlaban en 1970 un capital de 3.932.851.000 pts, en el que su participación (capital extranjero) era del 84,1% del total. «Además de los beneficios que legalmente se permite expatriar, y los royalties, las empresas extranjeras practican, en una medida imposible de determinar, transacciones mercantiles que suponen una modalidad larvada de fuga de capitales».

Uno de los más caracterizados rasgos extraídos de la actual estructura de la industria farmacéutica, es el de la **competencia**. Otro será el de sus repercusiones negativas en la **Seguridad Social**. Veamos ambos.

En 1968, los gastos de promoción (publicidad, muestras gratuitas, visitas, etc.) ascienden a 3.800 millones de pts, lo que significa el 18% de la producción. Una publicación como «Noticias Médicas», por ejemplo, mantiene, gracias a la propaganda farmacéutica, una plantilla de 600 empleados. Esta competencia, que obliga a un constante bombardeo de anuncios en los medios expresivos y de comunicación de masas, alimenta un crecido número de laboratorios, 614 en 1968 y hace que existan 19.000 especialidades DIFERENTES. De ellas, 1062, es decir, poco más del 5%, concentran el 70% del consumo total, 2.800 especialidades **no** se consumen y 8.000 son innecesarias. (Datos de «Actualidad Económica», 23 agosto de 1969).

En 1966 se impuso un baremo de los precios, altos para el consumidor, y desajustados entre sí, que sufrieron en 1966 una auténtica revolución, para: a) evitar el excesivo número de especialidades similares; b) acabar con las notables diferencias observadas para preparados similares. c) corregir la escasa especialización de los laboratorios. El resultado, sin embargo, fue negativo: los gastos de envase y embalaje, a su vez, se cuadruplicaron en 8 años, agudizándose a la par la diferenciación en las mismas especialidades, según los laboratorios existentes.

Podríamos subrayar igualmente: la ausencia de control periódico de calidad y la falta de investigación.

El porcentaje del farmacéutico, en la venta privada, es del 29-30% marcado en el producto. En la seguridad

social, del 16%. **La Seguridad Social**. Este es el gran consumidor de la industria farmacéutica. Y la ecuación es sencilla: si ella es el consumidor, el trabajador es el mantenedor, alimentador indirecto de la misma. Unos simples datos nos aclaran esta afirmación:

Año	Valor producción farmacéutica (en millones de pts)	Compras Seg. Social (en millones de pts)	%
1965	13.127,9	5.295,7	40
1968	21.450,3	13.315,8	62

Coste por beneficiario cotizante y mes, en pesetas.

Año	Prestación farmacéutica	Asistencia facultativa
1964	47,68	42,53
1966	81,89	57,02

Prestaciones Sanitarias.

Instituciones Sanitarias	29,75%
Personal facultativo y auxiliar sanit.	28,55%
Otros	1,29%
FARMACIA	40,41%

Total 100.

(no se incluyen en Farmacia, medicamentos aplicados a Instituciones sanitarias, sólo en recetas, que ascienden a 400 millones de pts).

(El enfermo paga el 10% del medicamento, más 5 pts por unidad, y hasta un máximo de 50 pesetas).

CONCLUSIONES.

1. El sector farmacéutico es hoy uno de los sectores más dinámicos entre los productivos.
2. Supera en beneficios a los correspondientes al conjunto de las restantes empresas.
3. No se puede desconectar la industria farmacéutica de la INVESTIGACION. (El coste de cada nuevo descubrimiento puede calcularse en 150-200 millones de pesetas y sólo los laboratorios más fuertes son capaces de financiarla, lo que lleva a la creación de monopolios y colonización por los grandes extranjeros.
4. España carece de laboratorios de carácter mundial y su mercado es así monopolizado por importantes firmas extranjeras.
5. La Seguridad Social es el principal cliente de los laboratorios. Tiende a convertirse en un monopolio de demanda.
6. El 50% de lo que paga España en royalties, se debe al pago de patentes de la industria farmacéutica.

Y podríamos resumir: «no basta que se creen laboratorios propios de la Seguridad Social, ni siquiera una nacionalización de los mismos. Es necesario un cambio radical en la estructura económica y social del país, lo que no es posible sin cambios políticos.»

Otoño 1972

Entre líneas de un libro de Gustavo Bueno*

Guillermo Moreno

La Revista Realidad no respalda todos los puntos de vista que acoge en sus páginas; pero creemos necesario que en ellas puedan expresarse todas las corrientes que forman parte de un abanico cultural abierto a la democracia y al socialismo. Sólo así suscitaremos el debate continuo, amplio y profundo que juzgamos ineludible.

Múltiples iniciativas teóricas coexisten en una perspectiva estratégica colectiva, y ese pluralismo nada nos restará de fuerza, antes al contrario, incrementará nuestra eficacia.

Considerar que en filosofía no hay comienzo del discurso, ni por lo demás, quizás tampoco discurso, exige de nosotros que el aparente inicio de la escritura no pueda ser otro que el final en forma de conjunto de tesis que (a diferencia de las demostraciones que constituyen la estructura del discurso científico) trazan en su propia —y siempre en un cierto modo ineludible— arbitrariedad las líneas maestras de este proceso de **descomposición en que se agota la lectura** (y [la] «lectura» nos aparece —al menos en principio— ajena a [la] «edificación») filosófica de un discurso [siempre] ya dado.

En lo que nos concierne, ésta es la tríada hipotética [H1, H2, H3] (difusa en su estrategia discursiva) en función de cuyo juego situamos los protocolos de lectura de un texto (**Ensayos Materialistas** de Gustavo Bueno; Madrid, Taurus, 1972) **al margen del cual** proponemos las dos tesis [T1, T2] subsiguientes (que, por supuesto, no agotan en modo alguno la lectura de un libro tan complejo como lo es el de Bueno, limitándose más bien a **sugerir** una de las —múltiples— lecturas —y toda lectura supone, desde luego, su carácter necesariamente no neutro o inocente, deformador por tanto: es ésta y no otra, y silencia, pues, en la medida misma en que dice [o trata de decir]— posibles).

H1 La lectura de un texto filosófico (en nuestro caso los **Ensayos Materialistas**) es ante todo la **lectura de una lectura** (en nuestro caso la de Bueno) efectuada sobre un conjunto de materiales discursivos que le son (de los que es) marginales (marginal) (1).

H2 Nuestra lectura filosófica es tomada aquí con el carácter de un proceso que **no tiene objeto**, que **no quiere decir nada**, que **no lleva a ninguna parte** porque **no pretende ir a parte alguna**, que —por tanto— **carece de sentido** al carecer de dirección.

H3 El término «Metafísica» es aquí utilizado para designar aquel tipo de lectura filosófica que, más allá de esta misma lectura, se caracteriza por la toma de la palabra para la **constitución de un discurso** propio encaminado a la transmisión de un saber.

T1 El discurso metafísico —en tanto poseedor de un contenido propio escolarmente transmisible— debe ser correctamente clasificado en el género de los discursos académicos. A la inversa, defendemos aquí la tesis de que (**en filofía**) todo discurso académico es, en tanto portador de contenidos significativos, (y sin que ello implique valoración alguna) metafísico. Sintetizando los dos momentos: **la clase de los discursos filosóficos académicos y la clase de los discursos metafísicos son idénticas.**

T2 Los **Ensayos Materialistas** de Bueno (de los que su autor afirma el carácter marcadamente académico) nos han aparecido en nuestra lectura como no exentos (en función misma de su preocupación por elaborar los fundamentos de una Ontología Materialista) de un notable riesgo de recaída en la perspectiva del propio discurso metafísico que Bueno había sólidamente rechazado en alguna de sus obras anteriores (2).

Que la filosofía no es algo para G.B. carente de sentido es algo que quedará patente a cualquier lector de estos **Ensayos**, cuya culminación expresiva puede probablemente ser situada en esa tesis que (p. 191) se constituye en garante de la operatividad del «discurso» filosófico en la afirmación de que

«el socialismo necesita de la Filosofía tanto como la Filosofía del socialismo».

No puede, en esta perspectiva, aparecernos, en modo alguno, un carácter **insensato** de la filosofía: la filosofía

(*) Las cifras entre paréntesis precedidas de una p. remiten invariablemente a la paginación de la edición citada del libro de Bueno; las no precedidas por dicha letra a las notas al final de nuestro trabajo.

es, muy por el contrario, acción (p. 17) que va (lleva) a alguna parte —en última instancia, al socialismo. No hay impotencia del filósofo que —en tanto tal— se mueve en el sentido — a nivel estratégico— de la historia y en ella halla su implantación siempre crítica. La subversión que en este modo nos ofrece G.B. de la tesis hegeliana puede ser leída (pp. 16-17) así: la filosofía es —o debe llegar a ser— acción y —ante todo— acción «edificante» (p. 17) que «por la palabra se dirige a las conciencias, a la reforma del entendimiento» (p. 17) como condición (a su vez por él (p. 197) condicionada) del socialismo (p. 191).

Afirmación, pues, de una filosofía militante capaz de dar respuestas reales a problemas reales que, queriendo, en apariencia al menos, tomar la línea de desarrollo propuesta por la XIª Tesis —de 1845— de Marx sobre Feuerbach, remite, en nuestra opinión, a una positividad discursiva anterior a la revolución filosófica marxista, positividad por lo demás poseedora de una registrable continuidad a lo largo de la historia de la filosofía dentro de una tradición para la que filosofar es dar respuestas, aclarar terrenos.

Para nosotros, por el contrario, lo que constituye muy precisamente la peculiaridad de la revolución provocada por Marx en filosofía es la necesidad de hacer reflexivamente expresa la carencia de terreno propio que establece la peculiaridad de la actividad filosófica; de pensar que eso que provisionalmente llamábamos «discurso filosófico» es algo que no tiene nada que transformar (sólo las plurales formas de la práctica transforman en sentido fuerte), algo que no lleva a ninguna parte, que el «discurso filosófico» es algo que no es —en palabra— un discurso, que la filosofía —esta misma filosofía a la que Hegel negaba toda función «edificante»— no es otra cosa que este juego de palabras, lugar de la lucha de clases en el terreno de la teoría, de cuyo proceso de descomposición de los lenguajes dados no puede surgir sino el silencio, la apertura de espacios de palabra, que no son ya los suyos, y de prácticas que no fueron nunca las suyas. En este sentido, más que como proceso de clarificación, la filosofía nos aparece bajo la forma de un ritual de la confusión de la cual para ella no hay afuera, porque todo afuera remite a algo otro que ella que es aún discurso o ya práctica.

Volviendo sobre el texto de Bueno, intentemos descifrar en una lectura (cuyos cánones —por tanto limitaciones— han sido ya expuestos), ajustada al texto, cuáles son aquellos elementos que en él son signo; busquemos, pues, la palabra del texto.

Bueno considera que la perspectiva del materialismo filosófico que él trata de defender —y que surge en la afirmación (p. 23) del materialismo espontáneo e indudable de la práctica científica— debe entenderse como

«el ejercicio mismo de la razón crítica (3) filosófica, en tanto que, al desarrollarse como Ontología —general y especial— se mantiene en un curso ininterrumpido de pensamientos, que ni recaen en la metafísica —que aquí hacemos equivalente prácticamente al «monismo cósmico», a la tesis del 'desarrollo progresivo de la realidad, con el hombre como su fruto mismo'— ni tampoco en el nihilismo» (p. 21).

El materialismo filosófico así definido será no sólo la [única] «filosofía verdadera» (p. 24), sino la [única] «conciencia filosófica» propiamente dicha ya que

«la conciencia filosófica es una conciencia mate-

rialista «ésta es —escribe Bueno— la tesis del Ensayo» (p. 25).

A partir de estas tesis iniciales y dentro de la perspectiva por ellas definida, G.B. establece del siguiente modo su aportación a la escritura del materialismo filosófico:

«Mi principal 'descubrimiento' —si se me permite hablar así— en este Ensayo es la distinción de los dos planos esencialmente diferentes —aunque con un entretreimiento muy preciso y complejo—, en los cuales se configuran 'por encima de nuestra voluntad' las ideas de 'materialismo' y sus opuestas, a saber: el plano de la Ontología general y el plano de la Ontología especial» (p. 45).

Pasando por alto el término «descubrimiento» del cual el mismo Bueno es el primero en tener conciencia de que posee tan sólo un valor denotativo carente de contenido conceptual (es notoria la dificultad de suponer que en filosofía haya —o haya habido— lugar a 'descubrimiento' alguno, que haya —o haya habido— lugar a otra cosa que no sea este camino circular lugar de la repetición en que ningún tiempo —por tanto ninguna historia [tampoco, por lo demás ninguna eternidad, si hemos de creer a Borges]— es —como ya Lenin lo sugirió— registrable) hay en este párrafo, sin duda, un problema grave de fondo en relación al parentesco fenomenológico de la división Ontológica a partir de la cual se nos propone la revisión innovadora del materialismo filosófico: la distinción, en efecto, de un plano Ontológico General y un plano Ontológico Especial parece encaminada a una recuperación de la vieja articulación fenomenológica «Ontología General-Ontologías regionales» que presenta para nosotros el riesgo de mistificación que es propio a todo proceso dislocador de un concepto fuera de su ámbito de operatividad y estructura discursiva propios (los correspondientes a la Fenomenología idealista) para insertarlo en otros originariamente ajenos o aún hostiles (los del materialismo filosófico); efectuar esta dislocación mediante la simple transposición de los conceptos (tan radicalmente intransponibles da su pertenencia a estructuras semánticas autónomas) de «Ser» y «Materia», tal y como lo hace Bueno al afirmar que

«lo que corresponde al Ser en la Ontología clásica corresponde a la Materia en la Ontología materialista» (p. 51),

nos parece insuficiente. No basta, en nuestra opinión, un sencillo cambio de significante para borrar el carácter metafísico de una estructura discursiva que se define en función de una estrategia bien determinada: la delimitación de lo realmente real, de la realidad última de aquello que aparece como real. Que ello sea la «materia» o el «ser» no quita ni añade nada a la legitimidad (o ilegitimidad) misma del proyecto (4).

Y es que no creemos que el problema esté en que una filosofía (materialista u otra) sea, como G.B. lo plantea, verdadera (o falsa): las categorías de «verdadero» o «falso» son operativas en el ámbito de esas ciencias positivas que nos dan los contenidos conceptuales (verdaderos o falsos) de esta categoría (vacía) de materia. Una categoría filosófica no es nunca verdadera o falsa: significa no la realidad sino fundamentalmente la opción de la lucha ideológica (en última instancia lucha de clases) en el terreno de la teoría y, como tal, sirve o no sirve, funciona o no funciona.

Respecto al funcionamiento del mecanismo propio del texto que analizamos en tanto elaborador de proposiciones teóricas (o no), puede ser para nosotros especialmente interesante su comprobación en un terreno privilegiado como lo es el de la definición ontológico-general y ontológico-especial de «materia».

Así, si en la definición de la «Idea ontológico-general de Materia» vemos a G.B. mantenerse en un nivel que, por necesariamente abstracto, esquiva la interferencia en el terreno de los discursos científicos —aun cuando ello suponga quizás un cierto tributo a una inevitable vaguedad— al afirmarla como

«la Idea de la pluralidad indeterminada, infinita, en la que no todo está vinculado con todo (p. 46),

esto es como

«el resultado de una metodología crítica (5): la crítica a la tesis de la unicidad del ser» (p. 45),

esta evitación es mucho menos evidente al pasar a una definición del «Materialismo ontológico-especial» —o «cósmico»— como

«la doctrina que defiende que el «Mundo» es Ontológicamente **trimensional**, es decir (...) la doctrina que sostiene que los contenidos del «Mundo» **son de tres clases diferentes** (incomensurables), a saber: **los tres géneros de materialidad**» (p. 147),

fórmula que, sobre carácter de fijación de criterios de realidad que no nos parece apropiado establecer más que desde el interior de las ciencias mismas abocadas al estudio de la materia, presenta el grave inconveniente de ser muy poco rentable en la medida misma en que M1, M2, M3, acaban finalmente remitiéndose a un juego de categorías (respectivamente «Mundo», «Alma», «Espíritu») tradicionales cuya estructura misma nos parece de una operatividad, cuando menos, problemática.

Hay, en nuestra opinión, sobre todo, en el libro de Bueno una notable incapacidad (consecuente del encierro ontológico en que se sitúa) para dar razón de la peculiaridad del discurso marxista, en cuya sintomatología podemos registrar un punto nodal en el hilo de nuestra lectura.

Para Bueno, en efecto, (que enlaza aquí su discurso en línea con la perspectiva socialdemócrata: aquella a la que Rosa Luxemburgo atacó duramente en el «Postfacio» de su **Acumulación del Capital**) el Materialismo histórico «no es una ciencia» (p. 139), este Materialismo histórico que Marx fundó sobre la base de la «síntesis de Fichte y Hegel» (p. 139) (6) debe ser considerado como

«una filosofía que sólo puede formularse por referencia a Ideas ontológicas tan «generales» como «Espíritu», «Naturaleza», «Libertad», «Negación del idealismo de la Libertad», (...) y por último añadiremos nosotros, a las ideas de M1, M2, y M3» (p. 139).

Para respaldar lo cual Bueno ofrece el (por lo demás muy interesante) análisis de un texto de Marx... de 1842: la tesis doctoral de un Marx que por la época desconocía (7) la obra de los economistas ingleses y que tardaría más de diez años, según su propio testimonio y el de F. Engels, en elaborar los principios fundamentales de su teoría de la historia (La teoría de la plusvalía —por ejemplo—, esta piedra angular del análisis marxista del modo capitalista de producción,

no será —según Engels: **Carta a Chmuilov del siete de febrero de 1893**— elaborada hasta bien entrada la década de los años cincuenta).

Nuestras tesis sobre este punto son —hay que decirlo— radicalmente divergentes de las de Bueno:

1— Que nosotros conozcamos, en ningún texto de madurez de Marx son operativas, como constitutivas de la teoría del Materialismo histórico, las nociones de «Espíritu», «Naturaleza», «Libertad», «Negación del idealismo de la Libertad», «tres géneros de Materia». La afirmación de la tesis contraria requeriría un aparato de referencias que no hemos encontrado en el libro de Bueno.

2— El Materialismo histórico opera (referencias muy especialmente a lo largo de **El Capital**, pero también de toda la obra de Marx posterior a 1857, en particular **Crítica del programa de Gotha** y **Notas sobre Wagner**; e incluso, en un texto anterior a esta fecha: **Carta a Weydemeyer del cinco de marzo de 1852**), por el contrario, con una estructura conceptual («clases», «lucha de clases», «dictadura de clase», «fuerzas productivas», «relaciones de producción», «determinación en última instancia», «modo de producción», «formación económico-social», «división del trabajo», «valor de la fuerza de trabajo», «plusvalía», «ideología...») de carácter científico (y toda ciencia —aun partiendo de los ya existentes— debe alcanzar la producción de su propio lenguaje) no sólo profundamente ajena en su significación (aun cuando no siempre en sus resonancias) a los términos «filosóficos» de que nos habla Bueno, sino incluso encaminada a mostrar el carácter ideológico de su extrapolación a un ámbito discursivo (científico) al que no pertenecen.

3— Marx inaugura lo que —siguiendo a Althusser— denominaremos un nuevo «continente científico»: el continente (de la) historia o Materialismo histórico. El corte así producido es significativo en el terreno de la lucha ideológica (en última instancia lucha de clases) en la revolución (y no olvidemos que, como ya Stalin y Mao apreciaron, una revolución no es nunca una garantía de «punto de no retorno») filosófica que supone esta nueva forma filosófica —definida por la deliberación de su renuncia a la palabra— que (propia o impropriamente) denominamos Materialismo dialéctico o filosofía marxista.

* * *

Pero si la labor del filosofar se agota en la lectura, si su recorrido es siempre el de un **círculo insignificante**, las palabras de G.B. queriendo buscar en la filosofía la razón crítica del socialismo (y en este significado de aquélla), no pueden dejar de aparecernos como un intento (para nosotros inevitablemente carente de salida) de rehuir el drama (socialmente) mínimo que hace del filósofo aun políticamente militante (sobre todo en tanto que políticamente militante) un elemento necesariamente (por definición) marginado de la transformación revolucionaria del mundo: un elemento políticamente al margen de la polis.

No creemos (el deseo aquí no juega) que la filosofía lleve al socialismo; no creemos —por lo demás— que

la filosofía lleve a ninguna parte. En buena parte estamos de acuerdo, con G.B. cuando en el inicio mismo de su libro hace observar agudamente que «ningún académico» (mucho menos el filósofo) puede sustituir a las masas como elemento motor de la historia. Para nosotros el filósofo, permanente jugador (al margen) de las reglas del lenguaje de la polis, se sitúa siempre más acá de la subversión de las reglas mismas que es la revolución. En última instancia es algo muy simple que todo militante conoce: **que la revolución no la hacen (ni la aclaran) los filósofos, sino el proletariado dirigido por su vanguardia** («memoria de clase», «intelectual colectivo» y «cuartel general de las luchas») **organizada: el Partido revolucionario de clase.**

NOTAS

(1) Es, por lo demás, la nuestra una hipótesis muy cercana a la que el mismo Bueno propuso, al hablar de «discurso de segundo grado» en su libro **El papel de la filosofía en el conjunto del saber**; Madrid, Ciencia Nueva, 1970.

(2) Cfr. *Ibíd.*

(3) Anotamos un poco de pasada la ligera ambigüedad semántica del término «crítica» que en filosofía puede significar fundamentación, mostración de los límites (Kant) de una facultad (teórica o práctica) positiva, pero también (y por ello mismo) mostración de la necesidad de la ilusión con la que es preciso romper; una ilusión es, así, en tanto referida a su causa, necesaria.

(4) Que el propio Bueno no siempre escapa a esta tentación de seguir utilizando el esquema intacto de la Ontología clásica «puesto sobre sus pies» es algo que no podemos dejar de sospechar ante párrafos como éstos:

«La filosofía materialista se constituye, ante todo, como Doctrina de la Materia en general. Evidentemente, la Materia desempeña en una filosofía Materialista el papel que el ser jugaba en la Filosofía clásica» (p. 282).

(5) Cr. nota 4.

(6) La fórmula «célebre» de Lenin añade a la filosofía clásica alemana el socialismo francés y la economía inglesa como «fuentes» del marxismo; Bueno no hace aquí alusión a las dos últimas.

(7) Crf. Marx, K.: **Prefacio de 1859 a la Contribución a la Crítica de la Economía Política**; Madrid, Comunicación, 1969.

De las ediciones de Moscú

- La Revolución proletaria y el renegado Kautsky
- Materialismo histórico
- El programa agrario de la primera revolución rusa (1905-1909)
- El origen de la propiedad privada y el Estado
- Ensayo de historia de la economía de la U.R.S.S.
- Fundamentos del materialismo dialéctico e histórico
- El origen del hombre
- Elementos fundamentales para la crítica de la Economía política, C. Marx.
- Manuscritos de C. Marx.
- La guerra y la Revolución, Lenin.
- El proceso de acumulación del capital, C. Marx.
- Revolución y contrarrevolución en China, M. N. Roy.
- La ideología del pequeño burgués, J. Plejanov.
- La crisis de la socialdemocracia, R. Luxemburgo.
- La vía italiana al socialismo, P. Togliatti.
- El bolchevismo y la dictadura de proletariado, Lenin, Radek, Trotsky y otros.

En venta en:

Colección Ebro: 7, rue Debelleyme - Paris-3^e
 Librairie des deux mondes: 30, rue Gay-Lussac, Paris-5^e