

# MEDICI NA Y SOCIE DAD

## SUPLEMENTO

MAYO - 1973



SANIDAD Y PUEBLO

NOTAS PARA UNA ESTRATEGIA DE LUCHA

Por CARLOS ROJERO

DIALECTICA Y CONCEPTO DE LA SANIDAD

La Sanidad es la practica 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 los 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 ocupado 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 esta 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 las formas de estructuración socio-económica; la primera a la burguesía 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. Relucida 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, neurodiagnóstica 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 producción. 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 que aspectos generales o particulares de este 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 han impuesto al capitalismo la necesidad de una cierta planificación general de la sanidad, lo que llamaremos "socialización" de la sanidad. La sanidad burguesa-liberal era incapaz de satisfacer las funciones que el Capital requería de ella: 1) función regeneradora de las fuerzas productivas y 2) cumplimiento 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 postguerra segunda mundial. Durante un tiempo, la lucha en torno a la sanidad se centra entre los intereses individuales de la casta medica -aferrada a la medicina liberal- y la dinamica 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 hibrido la coexistencia de ambas medicinas: liberal y estatal. Asi sucede tambien 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 contención 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 este tenga de resistir a las exigencias populares.

Historicamente, 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 mas urgente. El capitalismo pudo (y de hecho lo 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 tambien a la reivindicación de una sanidad preventiva y amplia al servicio del pueblo.

Ha mencionado antes que los determinantes historicos 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.



Antes las características responden con todo rigor al 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 psiquiatría no existe ni nominalmente. Las necesidades de la medicina general son trituras en los Ambulatorios donde un médico (frecuentemente un substituto explotado por el titular) "ve" a 30 o 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 necesario en el proceso de producción.

Esta extensión, 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 (¡cómo no!) se encuentra en la necesidad de financiar ambos, no dejando de ser defraudado por ninguna.

En los años 60, con la guerra del desarrollismo opusculista comienza una nueva etapa: la expansión y cambio de cara aparente de la Seguridad Social: se aumenta el número de asegurados, aparecen los cuidados sanitarios 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 técnica, 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 entroncamiento de postgraduados. La actividad médica se traslada 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.

Tal vez esto no cambia un ápice el hecho de que una sociedad clasista exige las medicinas, como exige dos culturas o dos justicias: una para cada clase de hombres. La clase dominante seguirá



disponiendo de sus medicos 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 infima calidad de la medicina de los ambulatorios seguirá nutriendo las consultas privadas de los medicos. 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 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 (realmente 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 en 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.

-----  
(\* ) Nota al pie:

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 SANIDAD HOSPITALARIA; EXPLOTACION DEL ENFERMO

(La práctica médica tiende, cada vez mas, 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 mas 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 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.

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

Nota al pie (\*)

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 la obtención de la plusvalía.



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 a 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 e concertada; pero tampoco es desdén 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 el 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 esista 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 inadmisible es que el derecho a rehusar el ser material de enseñanza esté en manos de aquellos que pagan el 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 descritos precios de los medicamentos, quienes financiamos parcialmente esta investigación. Con respecto a la "investigación clínica" sobre los efectos de los 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 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 directamente 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 este puede luego invertir en su consulta privada o convertir en valor de cambio (títulos, méritos, etc.). Esta es la situación del enfermo de la Beneficencia que, de todos modos, tiende a desaparecer como tal. Sin embargo, en la medicina que el médico hospitalario de la Seguridad Social es autorizado a una práctica médica doble (privada y estatal), y en la medida en que el enfermo de la Seguridad Social desconoce sus derechos (que son muy concretos, están 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).

(\*) 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.



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 para 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 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 psicocirugía 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 manifestadas es la ablitación emocional y la producción de un sujeto mentalmente subyugado y con facultades mentales deterioradas irreversiblemente. La utilización acrítica de la psico-cirugía (lobotomía, amigdalectomía, etc) ha llevado a la mutilación de la personalidad de millones de enfermos. Por sus efectos "apaciguadores" ha sido y es empleado, mediante imposición, en enfermos "agresivos" internados en instituciones psiquiátricas. De ahí, ha pasado a ser utilizado en prisiones (en California E.E.U.U.) 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 Farvin) han defendido su utilización en la prevención de acciones de masa violentas (huelgas), que ellos creen causadas por individuos con disturbios cerebrales (?) acusantes 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 proletarianización; 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 vivo.

A los aspectos que podríamos llamar positivos de esta nueva situación —en la medida que acercan al médico al mundo del trabajador— se oponen otros, directamente dependientes de la superestructura clasista, que instrumentalizan el control de la clase dominante sobre la sanidad. Entre ellos destaca singularmente la concepción de jerarquía y hegemonía de esta. Tanto la educación del médico (relación catolítico-alumno) como su práctica sanitaria (relación médico-jeefe de servicio, médico-enfermera, médico-enfermo), se desarrolla en 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, mandado 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 desmitificación 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: obediencia, compasión, sumisión. El trabajo hospitalario proveía, por otra parte, una oportuna relación social con el médico (que era 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 proletarianización y desmitificación de la enfermera, ha resultado en una toma de conciencia progresiva en este sector de trabajadoras 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 ahora la participación personal al de finir mezquinamente los límites de quienes participan en su cuidado.

Médicos y enfermeras son solo 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, terapeutas ocupacionales, enfermeros, técnicos en dietética, son todos participantes esenciales en el cuidado del enfermo. 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 aquel que en este momento tiene mas 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 superiores, cuando ha ocurrido, ha sido en función de: 1) incapacidad de las instituciones esta-



tales para absorber reivindicaciones alguna, lo que resulta en la imposición de medidas represivas irracionales. Estas, a su vez, desencadenan protestas y movilización más amplias, ya dirigida 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 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 financia 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 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 lucha popular democrática, dominada por la contradicción dictadura-democracia. Ambas 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 este 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 hospitalarios. 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; - este 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 (x).

Nuestro objetivo es, pues, planear 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 ser derivado de nuestra práctica diaria. Necesitamos desde ahora desarrollar más a fondo el concepto de trabajador de la sanidad. He apuntado antes alguna 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

- (x) 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 insoportable la vida de todo el pueblo.



este punto, estaremos en condiciones de plantearnos colectivamente una lucha, no solo estamental, sino general. Una 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 del 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 (misericordia de la medicina liberal) o estatal (dosificación del enfermo). Y aún 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 consecuencias 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.

Cuantitativamente y cualitativamente el movimiento de la sanidad está centrado ahora en los médicos jóvenes de hospitales. La extensión del mismo solo puede hacerse en dos sentidos: hacia arriba en la escala jerárquica, hacia el número restringido de médicos más establecidos, aquellos cuyos intereses - están en conservar 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, aquellos que tienen la incertidumbre de poder desarrollarse científica y prácticamente, de poder aplicar sus conocimientos sin corromperse o alienarse, aquellos que no aceptan que su papel de ATS sea simplemente el de servidor dignificado del médico, aquellos 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?



este punto, estamos en condiciones de plantearnos colectivamente una lucha, no solo estamental, sino general. Una tal organización de masas (de trabajadores de la sanidad) por su composición y por la división social de los puntos de trabajo será

¿Qué pasará con los médicos y matronas "de arriba"? con los ya establecidos comodamente? Las previas experiencias nos lo han demostrado. 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 conexiada 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. Solo 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 instrumentación 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 movilизadores 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, el mito del profesional liberal, el carácter social 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 quien ha de dirigirse para ello, qué responsabilidad tiene 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 (PWN, 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 pueda adquirir medios contraceptivos legalmente a través de su médico privado (p.ej. adquisición de anovulatorios bajo la 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 el 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 la 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, 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 las bases 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 presentaran 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. Solo 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.