

antonio sergio da silva arouca*

el trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención

1. El cuidado médico

La unidad de análisis más simple a considerar dentro de la medicina es el cuidado médico, que implica una relación entre dos personas, una de las cuales transforma un sufrir, una inseguridad o un sentirse en necesidad, que solamente puede ser resuelto por alguien externo a ella, socialmente determinado y legitimado.

Dicha relación se da en un espacio especializado para resolver o atender este conjunto de necesidades denominadas enfermedad.

Analizando el nacimiento de la clínica, Foucault¹ considera que la medicina reside en la relación inmediata del sufrimiento con aquello que lo alivia. Esta relación inicialmente se efectúa por instinto y sensibilidad establecidos por el propio individuo que sufría, y después se convierte en una red de relaciones sociales. Las experiencias adquiridas en estas relaciones eran comunicadas a otras personas, de padres a hijos, convirtiéndose en una experiencia colectiva frente al sufrimiento.

Según el mismo autor, "...antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina, y la decadencia comenzó

* Médico y graduado de doctor en medicina en la Universidad de Campinas, Brasil. Actualmente es coordinador de investigación del PESES de Río de Janeiro, Brasil.

¹ M. Foucault, *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI, 1966.

cuando fueron inauguradas en un grupo privilegiado...". Por lo tanto, lo que constituye inicialmente la medicina es la concentración de un saber, que media la relación entre el sufrimiento y aquello que lo alivia en las manos de un grupo, y la correspondiente difusión de un no saber en la población que se torna dependiente frente al sufrimiento.

La experiencia del sufrimiento ya no significa adquirir un conocimiento, de tal forma que estar enfermo exige la intervención de alguien que, por sus conocimientos, pueda cuidar de quien sufre. Las leyes que regulan la división del trabajo operan con la fuerza irresistible de leyes naturales, de tal manera que médicos y pacientes se encuentran en una relación de cambio en la que uno es portador de necesidades y el otro de conocimientos. Pero lo que el primero recibe no es el conocimiento, sino el cuidado, que es la forma instrumental de este conocimiento monopolizado.

Entendiendo el proceso de trabajo² como un proceso de transformación, el cuidado médico como tal está centrado sobre su objeto: el hombre, en sus dimensiones biológicas y de transformación de determinados valores vitales; por lo cual el cuidado es el propio proceso de trabajo de agentes que monopolizan el conocimiento y las habilidades para esta actividad, haciendo uso de instrumentos específicos.

De esta forma considera como **cuidado** en general al proceso de trabajo que se compone de conocimientos corporificados en instrumentos y conductas (nivel técnico) y de una relación social específica (nivel social), satisfaciendo las necesidades humanas determinadas por la experiencia histórica de los sujetos según su "modo de andar en la vida".

Especificando, existe **cuidado médico** cuando los sujetos del proceso de trabajo son investidos y legitimados socialmente del ejercicio y del conocimiento requeridos para atender las necesidades específicas de la salud y de la enfermedad.

El cuidado médico presenta una doble característica: la primera es la de ser un proceso de trabajo que tiene como objetivo la intervención sobre los valores vitales (biológicos y psicológicos), y la segunda, al atender necesidades humanas, de ser una unidad de cambio a la que se le atribuye social e históricamente un valor.

En este proceso lo que se consume es el propio cuidado, o sea, el propio trabajo y no el producto de éste; en otras palabras, el resultado del cuidado es la intervención (normativa o transformadora) sobre valores vitales cuyo consumo es realizado en la vida misma, en su uso y en el consumo de fuerza de trabajo en el

² L. Althusser, "Sobre la Relación de Marx con Hegel", en *Escritos*, tomo I. Bogotá, Ediciones Contacto, 1971.

proceso productivo, siendo por lo tanto consumido en el cuidado el trabajo de sus agentes y sus instrumentos y no su resultado.

A partir del análisis previo se pueden especificar algunas características de dicha unidad:

1o. El cuidado médico es una unidad de producción y consumo;

2o. El cuidado médico implica tres tipos de valores: su propio valor como unidad de cambio, los valores vitales que toma como objeto y los valores (de uso y cambio) socialmente atribuidos a estos valores vitales;

3o. El cuidado médico como proceso de trabajo implica un conjunto de relaciones³ entre los elementos que lo componen: conocimientos, técnicas, relaciones sociales y las necesidades a ser satisfechas, las cuales caracterizan las formas históricas que asumen estos cuidados.

El cuidado médico se dirige a las necesidades humanas consideradas como condiciones de salud y enfermedad que, conforme al sentido que le da Canguilhem,⁴ son modos inéditos de "andar en la vida", en los cuales la vida, comparativa e históricamente, rechaza las normas de la enfermedad para afirmar las de la salud.⁵ De tal forma que la emergencia de condiciones de salud y enfermedad, como necesidades y como demanda al cuidado médico, posee una doble determinación. Por una parte propicia la dimensión vital de la enfermedad que viene a interrumpir un curso al ser propiamente crítica y, por la otra, la dimensión social de la necesidad, visible en la determinación de los usos de los valores vitales en la vida (condición histórica de existencia de los hombres), alterando y modificando estos valores, y por la determinación interior a la propia medicina sobre cuáles son las situaciones que requieren cuidados.

La primera determinación de lo social fue caracterizada por Foucault⁶ como una determinación histórica en la que el desarrollo de las relaciones sociales altera y determina las condiciones biológicas y de sobrevivencia del mismo ser humano, y por Illich⁷ como una némesis (castigo) social en la que el desarrollo social genera condiciones para la no-solución de los problemas que la propia sociedad crea. La segunda determinación ha sido caracterizada como un proceso de medicalización⁸ en el que progresiva-

³ *Ibid.*

⁴ G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1971.

⁵ *Documentos básicos*, Departamento de Medicina Preventiva E Social da Faculdade de Ciências Médicas de UNICAMP, Campinas, 1974.

⁶ M. Foucault, *Nascimento da Medicina Social*, Río de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UEG, 1974.

⁷ I. Illich, "La Importación de la Muerte Natural", en *Alternativas al médico*, CIDOC, Antología A6, Cuernavaca, 1973.

⁸ M. Foucault, *op. cit.*, e I. Illich, *op. cit.*

mente todos los aspectos de la vida son sometidos al control médico;

40. El cuidado médico es determinado por las necesidades vitales creadas en los "modos de andar en la vida", que a su vez determina necesidades al definir socialmente su espacio de coberturas.

Las características básicas del cuidado médico definen un espacio en el que encontramos la contradicción fundamental de la medicina, ya que al definir como su objeto lo vital, que es influenciado por lo social, la medicina establece sus límites y posibilidades.

Al orientarse la medicina al cuidado de los valores vitales, su contradicción fundamental reside en considerar a estos valores como objeto y al aplicarlos conforme al uso atribuido social e históricamente a los mismos.

Así la medicina se define como "arte de la vida", porque el propio ser humano califica de patológicos —debiendo entonces ser evitados— ciertos estados o comportamientos aprendidos, en relación a la polaridad dinámica de la vida sobre las formas de valor relativo.⁹ Ésta toma como objeto un conjunto de valores (propulsivos y repulsivos) que para los hombres son básicamente valores de uso en el proceso de la vida misma. Por lo tanto la contradicción fundamental se encuentra en tomar como objeto de trabajo valores que son de uso, y al uso atribuido a estos valores que, en última instancia, determina la historicidad dinámica y la posibilidad de los mismos.

Esta contradicción asume un doble aspecto, cuando por un lado el uso atribuido a los valores vitales determina cuáles de ellos deben ser tomados prioritariamente como objeto de trabajo de la medicina y, por otro lado, cuando este uso altera la normatividad de estos valores en términos de enfermedades, debiendo la medicina atender estas alteraciones.

Así, en relación al primer aspecto pueden señalarse el conocimiento correctivo y ortopédico de la medicina greco-romana, la aparición de las enfermedades ocupacionales después de la revolución industrial, el conocimiento de las endemias tropicales generadas a partir de los procesos de colonización, etcétera. En cuanto al segundo aspecto cabe mencionar las condiciones de trabajo en el proceso productivo, la utilización del hombre como mercancía, la posición asignada al ocio, etcétera, que en cada formación social, funcionan como determinantes de las enfermedades. De esta manera el primer aspecto contiene al modelo de desarrollo del conocimiento médico con los valores de una formación social

⁹ G. Canguilhem, *op. cit.*

específica, mientras que el segundo comprende el modelo de desarrollo de sus posibilidades, o sea, su impacto en relación a las condiciones de salud.

En síntesis puede decirse que el trabajo médico se efectúa bajo la forma de "cuidado", que conlleva en su estructura al conocimiento médico (conocimiento científico y saber) corporificado en un nivel técnico (instrumentos y conductas) y relaciones sociales específicas orientado a la atención de necesidades humanas que pueden ser definidas biológica y/o socialmente.

La educación médica prepara y legitima sujetos para este trabajo teniendo como modelo a la forma histórica de ejercicio del cuidado, que por lo tanto actúan sobredeterminando esta formación. Por otro lado, el modo o la forma de ejercicio de este trabajo posee una organización que funciona como una infraestructura de este proceso de trabajo, articulándose con otros niveles de trabajo.

2. Trabajo médico y producción

Debe especificarse la naturaleza del tipo de relación llamada articulación.¹⁰ Consideraremos que una formación social representa una totalidad histórica concreta cuando se combina un conjunto de modos de producción, siendo uno dominante sobre los demás; esto significa que este modo de producción dominante marca (o determina), en última instancia, al conjunto de esta formación.

Una formación social dada se especifica por una articulación particular entre sus varios niveles e instancias, o bien por la sobredeterminación que uno de dichos niveles ejerce sobre los demás. Así en la formación social determinada por el modo de producción capitalista lo económico determina, en última instancia, a los demás niveles de esta formación. Por lo tanto el concepto de **articulación** envuelve la idea de un tipo particular de relación entre diversos niveles, cuya matriz es sobredeterminada por uno de dichos niveles, el cual en este modo de producción es dominante.

Dentro de este marco, cuando se considera a la medicina como un objeto de estudio debe ubicársela en un modo de producción específico, para enseguida estudiar sus relaciones con los demás niveles, así como la matriz que ella asuma frente a una sobredeterminación específica.

Al situarse en este nivel de análisis, no se está atribuyendo a la relación médico-paciente el carácter de un intercambio de valores,

¹⁰ N. Poulantzas, **Poder político y clases sociales en el estado capitalista**, México, Siglo XXI, 1972 (4a. ed.).

ni a las relaciones de autoridad, de representación y de orden técnico, pero sí a la relación establecida dentro de una formación social entre la medicina con lo económico, lo político y lo ideológico. Por lo tanto se está tratando de relacionar a la medicina con la producción en general, con el poder y con el mundo de las representaciones que genera este modo de producción. Colocarse en este nivel es también relacionar la medicina con el conjunto de prácticas correspondientes; o sea, las prácticas económicas, políticas e ideológicas.

La preocupación por las relaciones que se establecen entre salud-enfermedad y la sociedad, en sus dimensiones económicas y políticas, es bastante antigua. En el tratado de Hipócrates, **Aires, aguas y lugares**, se procuraba establecer las relaciones existentes entre salud y ambiente, considerando como ambiente factores tales como clima, topografía, calidad del agua y organización política. Podría decirse que se trata de un abordaje ecológico del concepto de salud, de forma que un concepto fundamental quedaba marginado del análisis y éste era el de trabajo.¹¹

La división existente en el mundo greco-romano en relación a las actividades intelectuales y manuales, basada en la división entre esclavos y hombres libres, hacía que la medicina fuese concebida dentro de esta división y que por lo tanto existiese una medicina del hombre libre y otra del esclavo. Al estudiar las relaciones entre el modo de producción esclavista y la medicina, García¹² afirma: "El tiempo libre de las capas más altas se constituye en el espacio social donde se desarrolla 'la cultura' y el deporte. La medicina, tanto en los aspectos teóricos como prácticos, florece en esta región social." Esta situación de la medicina como tiempo libre, siguiendo al autor, condujo a un desarrollo parcializado del conocimiento, como lo demuestra la cirugía hipocrática que era fundamentalmente correctiva y ortopédica. Lasso de la Vega¹³ sistematiza la atención médica durante la época de Platón: atención a los esclavos, llevada a cabo por practicantes que realizaban un tratamiento "veterinario", y atención a los hombres libres, quienes en las enfermedades agudas recibían un tratamiento resolutivo y expeditivo y en las crónicas una terapéutica pedagógica y biográfica.

En el modo de producción feudal, por no haber correspondencia entre las relaciones de propiedad jurídica y la posesión efectiva, el

¹¹ G. Rosen, "The Evolution of Social Medicine", en H. E. Freeman et al., **Handbook of Medical Sociology**, New York, Prentice Hall, 1963.

¹² J. C. García, **La educación médica en América Latina**, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana (publicación científica, vol. 255), 1972.

¹³ J. S. Lasso de la Vega, **apud** J. C. García, **La educación médica en América Latina**, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1972.

derecho del señor feudal se justificaba por factores extraeconómicos, y de esa misma manera la medicina se articuló con la instancia religiosa, siendo el cuidado del alma predominante sobre el del cuerpo.¹⁴ En el seminario realizado por el Instituto Gramsci, sobre Medicina y Sociedad, Conti¹⁵ discute las relaciones que la medicina mantiene con la estructura social, intentando un análisis que ponga en conflicto los conceptos de medicina y sus prácticas respectivas.

La autora demuestra cómo en la sociedad de producción competitiva, particularmente en la capitalista, el concepto de medicina no se restringe a la lucha contra la muerte y el dolor ni en el mantenimiento de la normalidad, sino que encuentra su meta central en alcanzar en determinado espacio y tiempo una específica probabilidad de sobrevivida. Concluye que en la sociedad capitalista se "...sigue elaborando una medicina científica coherente con su carácter productivo, economicista, competitivo y clasista".

Dentro de una búsqueda similar, Polack¹⁶ considera que "podemos afirmar, sin ninguna paradoja, que el capital fija provisionalmente la duración de la vida media, aquella de las diferentes clases sociales, y distribuye tácitamente su sentencia de muerte".

Especificando su análisis, el autor indaga en las relaciones entre medicina y producción para afirmar:

El **cuidado** no es un producto o un objeto separado de su agente, o una mercancía susceptible de circular como un auténtico valor de cambio. Este "producto" no desaparece en el acto de consumo. Al dirigirse a la fuerza de trabajo, el acto terapéutico ayuda a elevar su nivel y mantener su rendimiento en el cuadro de su reproducción. Contribuyendo a la elevación de la productividad, el cuidado es "indirectamente productivo".

Dentro de un esquema de análisis similar, García¹⁷ considera que en el modo de producción capitalista la medicina se presenta no solamente como reguladora de la productividad de la fuerza de trabajo, sino que también "juega un papel importante en la disminución de las tensiones, producto de la desigualdad social".

Para comprender la articulación de la medicina con la producción capitalista debe estudiarse cómo el trabajo médico se relacio-

¹⁴ J. C. García, *op. cit.*

¹⁵ L. Conti, "Estructura Social y Medicina", en G. Berlinguer, **Medicina y sociedad**, Barcelona, Ed. Fontanella, 1972.

¹⁶ J. C. Polack, **La Médecine du Capital**, Paris, Maspero, 1972.

¹⁷ J. C. García, *op. cit.*

na con la creación de valor, cuál es su función respecto a las diferentes clases sociales y finalmente cuáles son los cambios que el capitalismo monopolista introdujo en estas relaciones.

El producto de la práctica médica está referido a valores, que para sus propietarios son valores de uso; o sea, que el corregir una fractura o el superar una deficiencia auditiva poseen un valor de uso que posibilita a sus sujetos a proseguir en sus "modos de andar en la vida".

En el modo de producción capitalista el mismo cuidado no tiene igual significado para cada clase social. Así, para el proletariado que vende su fuerza de trabajo, el mantenimiento y recuperación de determinados valores vitales significa conservar el valor de cambio de su fuerza de trabajo. De esta forma si, a largo plazo, la salud significa un valor de uso para su poseedor, a corto plazo dentro del proceso productivo se transforma en valor de cambio para la sobrevivencia del vendedor y en valor de uso para el comprador.

Por otra parte, para las clases hegemónicas esta misma actividad médica resulta en un valor de uso que es colocado como corporificación del capital en el proceso de extracción de plusvalor.

Por lo tanto, en un primer análisis se puede decir que la medicina, actuando sobre los valores que constituyen el "modo de andar en la vida" de los sujetos, se refiere a dos valores de uso: primero, en el proceso de producción que crea el plusvalor;* segundo, que en el mismo proceso se apropia de él.

Hasta este punto del análisis se ha hecho referencia a valores de uso; o sea, que el cuidado médico, al incidir sobre la normatividad de la vida y al calificar como patológicos los estados y comportamientos que amenazan su desarrollo, se vincula con los límites de seguridad en que es posible la normatividad. Y como la vida es una actividad polarizada y por lo tanto valor (*yátere* = estar bien), en el proceso productivo vida, en cuanto fuerza de trabajo, es sinónimo de creadora de nuevas formas de valor.

Se trata, por lo tanto, de situar estos mismos valores biológicos en cuanto característica de la fuerza de trabajo, para lo cual el cuidado médico puede contribuir a mantenerlos y recuperarlos, definiendo así el carácter del trabajo médico. Considerando **trabajo productivo** a aquel que genera directamente plusvalor—esto es que valoriza el capital— y considerando que en el modo de producción capitalista el trabajador individual es sustituido cada vez más como agente, por el **trabajo socialmente combinado**, se pueden establecer las siguientes proposiciones respecto al trabajo médico:

* Se uniformó la traducción de *maisvalia* por plusvalor. Nota del traductor.

1o. Aquel trabajo que se concretiza en una relación simple de cambio, entre médico y paciente, en donde el producto no es separable del acto de producción; es decir, que no existe circulación del resultado de este trabajo.

Por eso, inclusive en esta relación comercial no productiva, se debe considerar que:

a) Al estar involucrados en el cuidado la distribución y el consumo de todo un instrumental producido en el sector industrial, el costo de este instrumental debe ser incorporado al valor del cuidado, y por lo tanto la producción y el consumo del cuidado son simultáneos a la realización del valor de las mercancías de este sector industrial.

Considerar el cuidado médico como un espacio de consumo significa que el cuidado médico es un sector de consumo productivo y que la producción de estas mercancías (instrumental médico) produce, además del objeto de consumo, el modo y el instinto de consumo. Esto quiere decir que la forma de cuidado médico puede, cada vez más, estar siendo determinada por la producción de objetos médicos (instrumentos y medicamentos), por lo tanto es en este nivel donde se da la reproducción de dicho sector del capital.

La materialización del conocimiento en técnica se hace, por un lado, mediatizado por el sector de producción ligado a problemas médicos. cayendo entonces dentro de la racionalidad industrial; y por otro, por la imposición teleológica que posee la técnica al relacionarse con la estratificación social del cuidado, hecho que remite a la incorporación de técnicas dentro de la unidad de cuidado. Esta segunda relación establece el problema de "a quién" se prestan los cuidados y quién puede afrontar los costos de las técnicas.

Por lo tanto puede pensarse en relaciones en donde lo técnico o la razón instrumental domina, pero no agota el proceso de prestación de cuidado, dado que éste discrimina la incorporación de los técnicos y especifica objetos al conocimiento. El conocimiento, por su lado, establece con las técnicas una relación de determinado-determinante, organizando al cuidado en términos de conductas, pero permaneciendo como un "más allá" que no es incorporado ni a las técnicas ni al cuidado.

La técnica, en su dimensión de instrumentos, medicamentos, aparatos correctivos, etcétera, o sea en su forma de mercancía, posee claramente determinados sectores de producción, distribución, cambio y consumo, con la especificación de que para su uso o consumo exige la intervención de agentes que poseen el control de las formas de su utilización; por ejemplo el resultado de una radiografía de pulmón no posee ningún valor sin la interpretación y prescripción del profesional médico, que así funciona como uno

de los elementos fundamentales en el cambio y consumo de estas mercancías. En otras palabras, podría asegurarse que la realización del valor incorporado a estas mercancías, en la actual forma de organización de la medicina, sólo se lleva a cabo con el consumo de trabajo especializado del médico, o del odontólogo; en fin, de todos los agentes de este sector. Si bien se debe señalar que en la medicina estas dos actividades, realización del valor de las mercancías y el cambio del cuidado, funcionan integradas. Aunque independientes en otros sectores de actividad originalmente liberales, el costo del trabajo profesional se incorpora al costo de la mercancía, como, por ejemplo, está sucediendo con la agronomía y la comercialización de implementos agrícolas;

b) Al representar la relación médico-paciente un cambio que permite la circulación de dinero (no de capital) determina la constitución de un grupo profesional de alto poder adquisitivo que es a su vez de alto consumo para los sectores industriales.

2o. Aquel trabajo que no sólo es dirigido a individuos, sino a clase social en particular. En este caso ya nos referimos al significado diferente que posee el cuidado según sea el paciente poseedor o no de medios de producción.

En el modo de producción capitalista el valor de una mercancía está determinado fundamentalmente por la cantidad de trabajo humano invertido en su producción, de tal forma que su valor final es la suma de todos los momentos de su elaboración. La característica de esta producción es la transformación de la fuerza de trabajo en mercancía, y como tal su valor es determinado de la misma manera que el de cualquier otra mercancía (por el tiempo de trabajo necesario para su producción y reproducción); si bien cuando el trabajador entra a la producción, este costo no es incorporado a su valor como si fuese un "anticipo" al capitalista, ya que los costos de formación de la fuerza de trabajo son atribuidos al Estado, y por lo tanto socializados. Aquí aparece la primera articulación de la medicina que debe participar en la reproducción de la fuerza de trabajo a través de los servicios de atención materno-infantil, donde el médico es frecuentemente un asalariado del Estado en los programas de salud pública.

En el interior del proceso productivo, el cuidado médico participa en el mantenimiento y recuperación de la fuerza de trabajo, contribuyendo a que "luego de haber trabajado hoy, pueda su propietario repetir mañana la misma actividad en iguales condiciones de fuerza y salud".¹⁸

Además, las investigaciones realizadas en salud ocupacional, medicina e higiene del trabajo demuestran que se incrementa la

¹⁸ K. Marx, *O Capital-Crítica da Economia Política*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, vol. 1, 1968.

productividad cuando los trabajadores y sus familias son mantenidos en buenas condiciones de salud, directa o indirectamente, por la disminución del ausentismo y de los accidentes de trabajo, que provocan grandes pérdidas a las empresas. Y finalmente antes de ser valor de uso para el capitalismo, la fuerza de trabajo es valor de cambio para su propietario, siendo sus condiciones de salud las que pueden determinar las posibilidades de su realización; o sea, de su objetivación en mercancías. Es aquí donde la medicina, junto con la psicología, se transforman en los grandes árbitros que definen, en términos de las exigencias del proceso productivo, las condiciones de la fuerza de trabajo por medio de los exámenes de selección de personal.

Considerando que el valor de la fuerza de trabajo está determinado por los medios indispensables para la existencia y reproducción del trabajador es posible verificar —a partir de la explicación elaborada por González Casanova¹⁹ acerca de la tasa de plusvalor— la influencia del cuidado médico sobre la creación de valor.

A partir de la razón P/V , donde P es el trabajo excedente y V el trabajo necesario o el valor de la fuerza de trabajo, el autor coloca aquellos factores que pueden promover un aumento o una disminución de dicha razón llegando a la siguiente fórmula:

$$t = \frac{P + d(P_i) \quad k}{V + d(FP_o) k + EE(t_{c_i})}$$

Donde d significa las variaciones producidas por el aumento de la productividad (P) en una función no necesariamente lineal, dependiendo de los procesos administrativos, innovaciones tecnológicas, etcétera. En el denominador está la fuerza política de los trabajadores (FP_o) y el excedente económico (EE). El componente EE está referido a la repartición del capital variable entre los diferentes estratos de los trabajadores, según sus calificaciones. El capital variable propiamente dicho puede ser descompuesto en la siguiente fórmula:

$$V = S_1(n_i)(t_{o_1})(f_1) + S_2(n_i)(t_{o_1})(f_1)k,$$

donde S es la masa de salarios ponderada por los precios correspondientes a las necesidades del trabajador, consumiendo o no los mínimos vitales; así S_1 es el gasto en alimentación, S_2 el gasto en vivienda, etcétera; por el tiempo de trabajo (t) y por la cantidad de personas de la familia que contribuyen a la generación del producto (f).

¹⁹ Pablo González Casanova, *Sociología de la explotación*, México, Siglo XXI, 1971.

Al calcularse la razón sobre los mínimos vitales, que son determinados históricamente, González Casanova considera que:

...se da el caso de trabajadores que reciben un salario que está por debajo del mínimo vital para sobrevivir como personas y como familias: la desnutrición, la falta de vestidos, combustibles, casa, medicinas; disminuyen su esperanza de vida, aumentan su morbilidad y mortalidad, así como los de su familia. Otros tienen el mínimo vital. En cualquier caso, la clase obrera se sigue reproduciendo como clase, aunque entre sus miembros y grupos haya quienes viven por debajo o por encima de los mínimos vitales.

De esta forma el trabajo médico, al contrario de lo que algunos autores consideran,²⁰ puede ser directamente productivo al incorporarse al trabajador colectivo, cuidando de la fuerza de trabajo, contribuyendo al aumento del cociente por el aumento del numerador, al participar de la organización del proceso productivo y mantener la fuerza de trabajo en condiciones de ser consumida.

El costo del cuidado médico, que puede ser considerado como una necesidad básica que podría contribuir al decrecimiento de la razón, por un lado es pagado por el trabajador, y por otro es incorporado al costo del producto, y por lo tanto socializado.

Así seleccionando, manteniendo y recuperando la fuerza de trabajo, aumentando su productividad y disminuyendo los riesgos a que está sometida, la medicina participa en la organización del proceso productivo disminuyendo el tiempo de trabajo necesario y aumentando el plusvalor producido. De esta forma el cuidado médico es un trabajo humano que, incorporado a la mercancía fuerza de trabajo que crea valores, contribuye a la disminución relativa de su valor (tiempo de trabajo necesario) y al aumento de los valores que la fuerza de trabajo crea (plusvalor).

Por lo tanto el cuidado médico, ayudando al aumento de la productividad, participa en el aumento del plusvalor relativo, disminuyendo el tiempo de trabajo necesario, y de esta manera puede ayudar también en la creación de plusvalor absoluto, ya que mantener al trabajador en buenas condiciones de salud hace posible la realización de jornadas extraordinarias de trabajo.

En síntesis, se puede decir que la salud, como valor biológico, puede ser considerada como un atributo de la fuerza de trabajo para que ésta sea consumida más eficazmente en el proceso productivo; por lo que, paradójicamente, la fuerza de trabajo

²⁰ M. C. F. Donangelo, **O Médico e o Mercado de Trabalho** (tese Fac. Med. USP), São Paulo, 1972, y J. C. Polack, *op. cit.*

—como mercancía— incorpora en su mantenimiento un **quantum** de trabajo, cuyo efecto no es el de aumentar su valor, sino posibilitar el aumento de su explotación.

Para la realización de esta función, determinada por la articulación de la medicina con lo económico en el modo de producción capitalista, el trabajo médico puede asumir las siguientes formas:

1o. El médico ser un asalariado directo de la industria.

En este caso el médico se incorpora al trabajador colectivo, siendo extraída una parcela de plusvalor de su trabajo.

2o. El médico ser un asalariado de una empresa de prestación de servicios médicos.

En este caso el médico es el trabajador directo del cual se puede extraer el plusvalor de esta empresa, que asume características nítidamente capitalistas, y la ecuación es:

$$D - M - D'$$

donde **D'** es mayor que **D**.

3o. El médico ser un asalariado del Estado a través de sistemas de seguridad social.

En los casos anteriores es claro que el trabajo médico es directamente productivo, ya que el dinero empleado en la compra de sus servicios se transforma en capital, en un proceso de acumulación. Aquí, en cambio, el esquema se hace más complejo, ya que el dinero que compra los servicios médicos procede de dos fuentes diferentes: una parte es descontada al salario del trabajador, lo cual significa “una compra (de) servicios con dinero, lo que constituye una manera de gastar el dinero, pero no de transformarlo en capital”;²¹ la otra parte la cubre el propietario, y aunque el trabajo médico no esté directamente dentro de su organización reviste las mismas funciones que en los casos anteriores; o sea, la recuperación, mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo.

Por otro lado, cuando el cuidado médico está dirigido al ejército de reserva y al lumpen-proletariado por medio de los servicios de beneficencia o los centros de salud, la relación que se da es de pura prestación de servicios, donde el trabajo médico es remunerado. Por lo tanto es una relación comercial y no una operación del capital.

Este tipo de trabajo está más directamente ligado a las instancias de la superestructura que al proceso productivo; o sea, más vinculado a lo político y a lo ideológico.

En síntesis puede afirmarse que la articulación fundamental de la medicina es la del mantenimiento, recuperación y reproducción

²¹ K. Marx, **El capital**, Libro I, cap. 6 (inédito), Buenos Aires, Siglo XXI, 1972.

de la fuerza de trabajo, así como para el mantenimiento y la recuperación de valores de uso para las clases hegemónicas. Siendo el trabajo médico directamente productivo cuando posibilita un incremento de plusvalor e improductivo cuando es sólo una mera relación de intercambio comercial, finalmente es indirectamente productivo cuando está dirigido a la reproducción de la fuerza de trabajo y a la atención del ejército industrial de reserva.

Por último, es necesario especificar que las formas que asume el cuidado médico, en cuanto proceso de trabajo, están incorporadas a otro espacio determinado por las relaciones de dependencia, o no, de las formaciones sociales a las que pertenecen.

Así, en los países centrales el cuidado médico es modelado por la medicina del país dominante, tanto en la forma del cuidado, en la incorporación de la tecnología y en el desarrollo del conocimiento científico, como por los programas de educación médica.

Esta relación de dependencia hace que además de la articulación específica que la medicina tenga con los niveles sociales, mantenga también una articulación externa con la medicina llamada moderna, la cual no es otra que la que se desarrolla en los países centrales, dando un modelo general y las metas a ser alcanzadas.

3. El capitalismo monopolista

El siglo XX representa el fin de la ideología liberal, con la aparición del Estado interventor, de los monopolios y oligopolios. La determinación de lo económico sobre los otros sectores (o instancias) de la sociedad no se lleva a cabo de una manera mecánica e inmediata, sino en una forma dialéctica en el plano de las representaciones, en una reinterpretación específica.

Nuestra tesis es que, en primer lugar, el discurso preventivista aparece como una de las primeras reinterpretaciones del sector médico de las nuevas determinaciones de orden económico, reinterpretación que se hace todavía en términos de la ideología liberal.

Durante la primera mitad del siglo la medicina mantuvo, en gran parte del mundo capitalista, un carácter predominantemente liberal, manteniendo, por así decir, en la instancia ideológica las mismas relaciones que permitieron el nacimiento de la clínica. Por ello no sólo el capitalismo se desarrolló hacia su carácter monopolista y multinacional, sino que también la medicina siguió ese proceso en tanto organización de producción, distribución y consumo de cuidados médicos.

La tendencia más reciente del desarrollo capitalista es la de la ampliación de la racionalidad industrial a otros sectores sociales, y

por lo tanto a abarcar actividades que hasta ese momento se mantenían aparentemente a la sombra del proceso.

Siendo la tendencia dominante del capitalismo monopólico la organización de la sociedad entera según su imagen y de acuerdo a sus intereses,²² es visible cómo sectores cada vez más amplios son sometidos a su régimen. ¿Qué significa esto?

10. La universalización de la mercancía

En el capitalismo avanzado nuevas necesidades son satisfechas y creadas a través de la transformación de diferentes acontecimientos en mercancías, como el ocio, la salud, el sexo, etcétera. La transformación de estas actividades en mercancías presupone la organización de la producción de las mismas dentro de la racionalidad del capital. Así ciertos intercambios mediados por el dinero, que no se convertían en capital en el proceso de reproducción, son ahora absorbidos.

Cuando determinada actividad pasa a ser objeto del capital, debe ser necesariamente sometida a sus leyes. Veamos, por ejemplo, el cuidado médico en los Estados Unidos, basado en una práctica privada sin grandes interferencias estatales y financiado por diversas formas de seguros de salud.

Las compañías aseguradoras funcionan como empresas capitalistas que deben realizar una acumulación de capital para reinvertir en su ampliación a través de la extracción o transferencia de otros sectores del plusvalor. Por eso, en la medida en que los productores del cuidado funcionan aislados, el control de este trabajo se hace sumamente difícil y la viabilidad de la empresa depende de la obtención de fondos cada vez mayores de los consumidores, que compensen la irracionalidad del sistema.

El costo de las pólizas se paga por medio de los salarios; por lo tanto el aumento de las mismas entra en competencia con otros gastos que también deben ser cubiertos. Por otro lado, el costo del cuidado médico resulta, de una parte, del pago del trabajo médico y, de la otra, de la realización del plusvalor de la industria ligada al sector salud (medicamentos, equipos).

De tal forma existen dos barreras o límites que se imponen: el peso relativo de las pólizas dentro del salario y la realización del lucro de las empresas, resultando un punto que debe ser racionalizado y controlado: el trabajo médico.

Desde el punto de vista capitalista es visible, tendenciosamente, cómo el sistema se configura en una situación de crisis. El sometimiento del cuidado médico a la categoría de mercancía

²² H. Marcuse, *Contra-Revolução e Revolta*, Río de Janeiro, Zahar, 1973.

exige el control y la racionalización del trabajo ligado a esta específica producción; existe entonces la necesidad de transformar a este trabajador independiente en un trabajador en general que produzca o transfiera el plusvalor.

La medicina privada (o liberal) transformó el cuidado médico en mercancía, pero no cambió su práctica en actividad capitalista, dado que el lucro obtenido y dividido entre una población dispersa de profesionales no permite la conversión del dinero en capital, gastándose, la mayor parte de las veces, en un consumo de lujo. Así este sector representa una fracción de clase con alto consumo, pero de baja densidad, de la realización del capital, siendo el volumen de dinero circulante en el sector un espacio de posible ampliación para la expansión de las actividades capitalistas.

La ampliación del régimen del capital no se efectúa sin enfrentamientos ni conflictos; por el contrario, tiene sus contradicciones internas. Los actuales enfrentamientos entre la Asociación Médica Americana y las propuestas legislativas tendientes al cambio del sistema, o el existente entre la Asociación Médica Brasileña y las llamadas empresas médicas, son ilustrativos.

20. La redefinición de las categorías profesionales según su carácter productivo

El proceso de división técnica del trabajo transformó el trabajo humano en operaciones y funciones parciales. En el interior de las industrias este proceso obedece a una organización y control central, permaneciendo en algunos sectores, como en las llamadas profesiones liberales, difuso y descontrolado. El capitalismo moderno, en la expansión de su racionalidad, se enfrenta a esta barrera que fue también un producto de la industrialización y de la ideología liberal burguesa.

Refiriéndose a esta nueva dimensión, Basso²³ afirma:

Hoy en día el poder del capital monopolista se convierte en algo articulado, ya no en forma primordial con las relaciones de trabajo, sino fuera de ellas, en el mercado y en todos los dominios de la vida política y social.

Asimismo en el capítulo 60. inédito de **El capital**, Marx asienta:

Ya no es el trabajador individual, sino la fuerza de trabajo socialmente combinada quien pasa a ser el verdadero agente del proceso de trabajo colectivo.

²³ L. Basso, apud H. Marcuse, *Contra Revolução e Revolta*, Río de Janeiro, Zahar, 1973.

De manera que la redefinición de las categorías profesionales exige la transformación de su trabajo en productivo y su incorporación al trabajo colectivo, tomando en cuenta que "la actividad de esa fuerza combinada de trabajo es su consumo productivo inmediato por el capital, la autorrealización del capital y la creación inmediata de plusvalor".

De modo que uno de los procesos de ampliación del espacio del capital puede ser la transformación de trabajadores liberales en trabajadores productivos.

Siendo el fundamento de la actividad liberal el propio de la sociedad capitalista. en cuanto instancia ideológica, el **Código de ética médica**, vigente en Brasil, señala en su artículo 30.:

El trabajo médico debe beneficiar exclusivamente a quien lo recibe y a aquel que lo brinda, y no debe ser explotado por terceros, sea en un sentido comercial, político o filantrópico.

(Agregado) No se considera explotación el trabajo prestado a instituciones real y comprobadamente filantrópicas.

En este artículo se especifica que el beneficio extraído del trabajo médico es explotación, y por lo tanto está prohibido. Es en esta disposición, entonces, donde se enfrentan las concepciones capitalista y liberal de la medicina.

30. La sociedad capitalista no es capaz de satisfacer las necesidades que ella misma genera

Lo que se discute en este tercer punto es el hecho que el desarrollo tecnológico y científico de algunos sectores, y en el caso concreto de la medicina, ha tenido un bajo impacto en la solución de problemas emergentes y en la satisfacción de nuevas necesidades, llegándose así a la contradicción que planteaba Marcuse²⁴ entre "lo existente y lo posible y aconsejable...".

La literatura abunda en análisis demostrativos de la falacia de la medicina, como institución social, en la solución de problemas de salud y en la búsqueda de nuevas alternativas de solución, de las que el discurso preventivista es una de las vertientes.²⁵ Tomando

²⁴ H. Marcuse, *op. cit.*

²⁵ Cfr. R. J. Carlson, "El Fin de la Medicina", en **Alternativas al médico**, CIDOC, Antología A6, Cuernavaca, 1974; G. Berlinguer, "Introducción", en **Medicina y sociedad**, Barcelona, ed. Fontanella, 1972; F. Basaglia et al., **¿Psiquiatría o ideología de la locura?**, Barcelona, Anagrama, 1972; G. Caro, **La medicina impugnada**, Barcelona, ed. Laia, 1972; Comité d'Action Santé, **Médecine**, Paris, Maspero, 1968; H. P. Dreitzel, "Introduction", en **The Social Organization of Health**, New York, Mac Millan, 1971, y M. Bosquet, "Tem a Medicina Alguma Utilidade?" II, **Opinião**, núm. 115, 1975.

en cuenta que la base del problema de la satisfacción no se encuentra en el aspecto técnico-científico, sino en el hecho de que la sociedad está estructurada en clases, realizándose la división, distribución y apropiación de los recursos en forma diferencial según las clases sociales.

De esta manera, por lo menos, la sociedad capitalista crea dos tipos de necesidad: el primero, el conjunto de necesidades que se convierten en consumo para la producción industrial, permitiendo la realización del plusvalor y, el segundo, el conjunto de necesidades derivadas del propio funcionamiento del sistema, tales como las enfermedades carenciales, mentales, violencia, ocupacionales, etcétera. Así la producción crea no solamente el consumo productivo, sino también una necesidad que no se realiza, que no se consume ni es consumida en el proceso productivo.

El segundo círculo de necesidades generadas por la producción capitalista se hace más evidente en los países llamados periféricos y/o dependientes. El mecanismo ideológico que opera en estas condiciones es el de ubicar al problema como si estuviera fuera del proceso productivo, vale decir en los llamados problemas sociales, tales como la educación, salud, seguridad y asistencia social. El aparato productivo, en vez de causa, se transforma en solución, y al intensificarse la industrialización se conseguirían los medios necesarios para la solución de los problemas sociales. El mecanismo no se detiene, ya que los sectores ligados a los problemas sociales reciben instrucciones de encontrar soluciones a nivel interno, como la extensión rural, la reforma agraria, los programas nutricionales, educativos y de atención médica.

Por lo tanto un mecanismo superestructural —el modo de producir bienes materiales— es absuelto de sus relaciones con el “modo de andar en la vida”, cuya problemática debe entonces ser resuelta en sus propios niveles.

4o. La sociedad capitalista se manifiesta como igualitaria y universal en el plano de lo social

Lo social representa, para el modo de producción capitalista, el espacio donde la ideología realiza la identidad entre las clases y afirma como natural la actual coyuntura. Es en este espacio donde la desigualdad es completamente negada. Así en algunas tesis se afirma la igualdad de derechos a la educación, salud y al bienestar.

El discurso y lo social son esencialmente míticos y objetivos, viviendo sus instituciones en la ambigüedad de afirmar, en una sociedad de clases, la existencia de igualdad; de esta forma tenemos escolaridad obligatoria, o servicios de previsión o beneficencia social.

Para los sujetos de estas acciones, en el interior de los aparatos del Estado, no es la lógica de la producción la que está imperando, sino las representaciones de esta lógica. De donde las dimensiones de lo universal y lo particular rigen las relaciones concretas entre los hombres en el mundo de las representaciones. La educación y la salud son **bienes sociales**, no mecanismos de reproducción de las relaciones sociales y características de la fuerza de trabajo, lo que lleva a que la escuela sea democrática y la medicina integral en el plano de las representaciones que buscan su demostración en la práctica.

4. La viabilidad del proyecto preventivista

En este punto se va a invertir la dirección del análisis, o sea, partir del cuidado médico como proceso de trabajo y considerar la realización de los objetivos preventivistas en términos de incorporación del conjunto de actitudes prescritas (preventiva, epidemiológica, social, educativa y de equipo) a la unidad de cuidado para, enseguida, verificar los límites del movimiento preventivista dentro de las escuelas de medicina, lo cual no es más que correlacionar su discurso con los fenómenos extradiscursivos.

Dentro del modo de producción capitalista la medicina se define como un área en tensión, por estar simultáneamente ligada al proceso de expansión del régimen del capital (que implica la universalización de la mercancía, la redefinición de las categorías profesionales, la creación de necesidades no satisfechas, la distribución desigual de los recursos y la tecnificación del cuidado) y a los llamados problemas sociales, donde se afirma la ideología de la ética natural y universal de este modo de producción.

A esto debe agregarse la existencia de un "poder médico" que se configura, desde la relación médico-paciente en el proceso de medicalización, en las diferentes asociaciones profesionales que defienden los derechos de este grupo como si fuesen inherentes al propio ejercicio de la medicina y, al igual que el modo de producir, los concibe también como naturales y universales.

La medicina preventiva, como una lectura liberal o civil de este campo de tensiones, pretende redefinir las responsabilidades del médico, manteniendo la naturaleza de su trabajo; ampliar su espacio social, conservando la organización hospitalaria y la de consultorios privados; desarrollar una preocupación social, manteniendo el ejercicio médico como una actividad de intercambio; disminuir el costo de la atención médica, manteniendo el proceso de medicalización y de tecnificación del cuidado, y mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, manteniendo la estructura

social. Por eso se debe preguntar: ¿cuál es la viabilidad de este proyecto dentro del modo de producción capitalista?

Colocando los objetivos del movimiento en tres niveles: los relativos a las características del profesional médico, a la escuela de medicina y los vinculados a las condiciones de salud de las poblaciones, puede discutirse la viabilidad dentro de dos modelos de organización del cuidado; el primero con el mantenimiento de la práctica liberal, la participación del Estado y la emergencia de una práctica empresarial; el segundo, con el control total de las acciones de salud por parte del Estado.

En relación al primer modelo, las medidas preventivas son incorporadas al cuidado cuando las mismas revisten un valor de cambio, transformándose en mercancías y satisfaciendo necesidades de determinados grupos sociales. Así la puericultura, el cuidado prenatal y los exámenes periódicos de salud son incorporados a la práctica médica y ejercidos dentro de antiguas especialidades o constituyéndose en nuevas.

Esta transformación está directamente ligada al proceso de medicalización, una de las características de la medicina contemporánea, ya que cada vez se amplía más el control de la medicina sobre la vida de los hombres.

De esta forma la producción del cuidado, bajo su carácter de práctica liberal, comienza a crear en algunos sectores un modo de consumo de cuidado preventivo destinado a las clases sociales que tienen acceso a este tipo de práctica médica. Por otro lado, la producción del cuidado sufre influencias del sector industrial, que comienza a producir una tecnología de la prevención que pasa a ser incorporada en ciertas prácticas, como los equipos para exámenes periódicos. Este hecho determina que el cuidado preventivo signifique en la práctica liberal un sector de alta densidad de capital; o sea, de alta realización del valor para este sector industrial.

En una segunda instancia, la incorporación de las actitudes preventivas se da cuando están directamente ligadas al aumento de la productividad de la fuerza de trabajo, imponiéndose al trabajo médico por objetivos externos a la propia medicina. Esto sucede en toda política de salud ocupacional (o medicina del trabajo) que pretenda la disminución del ausentismo, los accidentes y un aumento de la productividad. En este nivel el trabajo médico forma parte del trabajo colectivo que discrimina la necesidad de medidas preventivas.

No fue por mera coincidencia que las llamadas empresas médicas adoptaran rápidamente, después de su creación, el discurso preventivista como justificación de su validez.

Finalmente, la incorporación se da también a través de una

política estatal por medio de los organismos de salud pública, intentando el control de determinadas enfermedades o eventos vitales, lo cual es centralizado fundamentalmente en las llamadas poblaciones marginales.

De esta manera las actitudes preventivistas son incorporadas al trabajo médico con base en las características de este trabajo y según las clases sociales a las que está dirigido; por ello lo fundamental es que la eficiencia de esta práctica se asienta sobre la contradicción fundamental de la medicina, ya que el uso atribuido a la vida como fuerza de trabajo a ser consumida en el proceso productivo es el núcleo generador fundamental de las patologías.

La eficiencia (o el impacto) de las medidas preventivas se enfrenta, en última instancia, a la base fundamental del modo de producción capitalista.

El desarrollo de las otras actitudes, como la epidemiológica, social y educativa, coloca al profesional de la medicina frente a la colectividad, lo cual es exactamente la antítesis de las relaciones sociales existentes en su forma de trabajo actual, donde el médico y el paciente son colocados en la relación en toda la desnudez de sus individualidades; donde el conocimiento médico atomiza la totalidad del paciente; donde en realidad se están encontrando, por un lado, la necesidad y, por el otro, el cuidado, mediados por una relación de cambio.

Al ser la escuela de medicina un reflejo de las formas de organización de la práctica médica, sus posibilidades de modificación quedan limitadas a los modelos experimentales que tienen lugar en la contradicción de intentar formar médicos inadecuados para el mercado de trabajo.

En el otro modelo, donde el Estado asume el control de las acciones de salud, es posible incorporar, a partir de una reforma completa en las condiciones de trabajo, a los practicantes de las denominadas "actitudes preventivas", ya que ellos forman parte de las relaciones sociales de producción y consumo del cuidado, y con base en esto establecer una reforma en la enseñanza que se adapte a las nuevas condiciones de la práctica.

El Estado puede promover una rearticulación del sector salud, manteniendo las funciones de la medicina ante la sociedad capitalista, a través de una reorganización del trabajo médico, o de una reubicación de su poder político y de un control a las industrias ligadas al sector. Evidentemente tal procedimiento puede tener como resultado una mayor eficiencia en el desarrollo de las funciones de la medicina dentro de la sociedad, por la introducción de un sistema racionalizador del trabajo médico. En este caso las concepciones preventivistas se pueden incorporar a la práctica, abandonando su barco de origen junto a la sociedad civil.

En el análisis de la articulación entre medicina y sociedad se han verificado los límites y las posibilidades del movimiento preventivista para concretarse en una práctica, incorporando sus objetos al cuidado médico. Ahora cabe preguntarse cuál es la ubicación de la medicina dentro del conjunto de relaciones que la determinan; siendo la medicina preventiva un movimiento ideológico que se relaciona con el conocimiento, la práctica y la educación médica, ¿cuál es la naturaleza de su articulación más general?

La medicina preventiva, a través de sus conceptos básicos, posibilitó una reorganización del conocimiento médico que implicaba el establecimiento de una nueva forma de pensar: la práctica médica. Para lograr esta práctica modificada fue necesario establecer un conjunto de conceptos estratégicos, como los de integración y extensión. El resultado de este proceso sería un profesional que a través del ejercicio profesional llevara a un cambio de la propia práctica médica, así como también de las condiciones de salud de la población.

Dada la existencia de un conjunto de problemas dentro de las formaciones sociales relativas a la incidencia de la enfermedad y la cobertura del cuidado médico, se presentaba a la medicina preventiva como una alternativa de solución, centrada sobre el comportamiento individual y cotidiano de los médicos profesionales.

Al estar investida de una materialidad institucional y al contar con sus intelectuales orgánicos, la medicina preventiva se encuentra en una **práctica discursiva** de la fundamentación y organización conceptual de su movimiento, lo que permitió un espacio múltiple de formación de objetivos y de convergencias discursivas, como la pedagogía, la sociología, administración, ecología, etcétera, de sistematización y relatos de experiencia, de estandarización de actividades; en fin, de todo un discurso heterogéneo, complejo y multidisciplinario. En segundo lugar la medicina preventiva se sitúa en una **práctica ideológica** que se concentra, a nivel estudiantil o docente, en la formación de una conciencia preventivista y en lo que podría llamarse una **práctica empírica experimental**, donde se intenta construir experimentalmente nuevas formas de existencia de las igualdades, lo que implica la demostración de la medicina preventiva como una práctica en un espacio controlado y teniendo como autores a los médicos y a la población.

Estructurándose como un movimiento que combina estas tres prácticas, la medicina preventiva no colocó en su interior una práctica teórica que posibilitara la producción de conocimientos sobre las reales determinaciones de crisis en el sector salud, ni en la posibilidad de una práctica política que llevara a cabo los cambios necesarios.

De esta manera, si bien se propone como un movimiento de cambio, en la realidad la medicina preventiva se constituye en un sistema conservador de las estructuras de la práctica médica existente.

Una proposición más general es la de que el modo de producción capitalista crea necesidades que no puede resolver y que estas necesidades existen como parte del complejo de objetos del conjunto de las ciencias. Éstas, en su dimensión de enseñanza, crean "disciplinas-tapón"; es decir, disciplinas que elaboran ideológicamente propuestas de solución para aquellas necesidades que quedan contenidas en las disciplinas o ciencias.

Así la medicina se dirige, en términos del cuidado, hacia los valores vitales que son modificados o alterados por el uso atribuido a la vida humana en las diferentes formaciones sociales. Por otra parte los cuidados médicos, al no solucionar el conjunto de problemas que emergen como necesidades de atención, configuran una situación de crisis de la propia medicina, que genera en su interior una o varias disciplinas-tapón que se presentan como propuestas no realizadas, pero posibles para la solución de la crisis referida.

Las disciplinas-tapón, en forma general, se caracterizan por:

1. Definir su espacio problemático en el punto de encuentro de las necesidades creadas por el propio funcionamiento de una formación social dada. Necesidades que esta formación no satisface ni resuelve;
2. Establecer relaciones de dependencia con una ciencia, disciplina o sector del conocimiento que cuente con un aparato de formación profesional propio, como la medicina, la agronomía, las ciencias sociales, etcétera;
3. Definir un campo de crítica a la realización del conocimiento, en términos de la práctica de sus respectivos profesionales; es decir, se constituye en una crítica interna a la realización del conocimiento como práctica;
4. Concentrar su estrategia en la enseñanza, que al ser modificada conduciría a una práctica transformadora;
5. Constituir su organización como un conjunto de prácticas discursiva, ideológica y empírica experimental;
6. Poseer una organización institucional y legitimada con sus propios intelectuales orgánicos, y algunas veces con esquemas profesionalizantes.

De una forma general estas disciplinas representarían una institucionalización de las relaciones especificadas entre la ciencia y el saber, y contribuirían a la estabilización ideológica de los propósitos más generales e idealistas de las ciencias en su

realización como práctica concreta. Así en la forma en que la medicina preventiva es una de las diferentes "disciplinas-tapón" de la medicina, la extensión agrícola lo sería de la agronomía, el servicio social de las ciencias sociales, etcétera.

Como análisis final se debe mencionar que tomando en cuenta la articulación de la medicina con el modo de producción capitalista, la medicina preventiva surge como una disciplina-tapón que, al referirse a un cambio en la práctica médica, ayuda en última instancia al mantenimiento de la referida articulación, ofreciéndose como un proyecto interno de cambio que no existe como práctica concreta, sino que pertenece solamente al mundo de las representaciones.