

# ECONOMÍA POLÍTICA DE LA SALUD Y LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA EN ESPAÑA / *POLITICAL ECONOMY OF HEALTH AND THE MANAGEMENT OF THE PANDEMIC IN SPAIN*

Sergio Pena Dopico

Universidad Complutense de Madrid

sergiopena@ucm.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3144-3635>

Pablo López Calle

Universidad Complutense de Madrid

plopezca@cps.ucm.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7972-9376>



*Fecha recepción: 20.12.2022*

*Fecha aceptación: 31.05.2023*

## Resumen

El Capital, como con otras funciones esenciales de la producción y la reproducción de la fuerza de trabajo, ha mantenido históricamente una contradictoria relación con la salud de los trabajadores. La intensificación del trabajo y la precarización del empleo, que dan lugar al incremento del llamado plusvalor absoluto, afectan al desgaste de la fuerza de trabajo y limitan sus posibilidades de reproducción. La mejora de las condiciones de trabajo y la sanidad pública, que pueden contribuir al incremento del plusvalor relativo, dejan de hacerlo cuando la fuerza de trabajo se hace demasiado superflua y barata. La institucionalización de las normas de salud laboral y prevención de riesgos, así como de los subsidiarios servicios de salud pública a comienzos del siglo XX, han sido en occidente dos dispositivos reguladores clave de estas ambivalencias y contradicciones. Contradicciones que se han intensificado con el desarrollo de la acumulación ampliada de capital, la globalización y la polarización inter e intra nacional del obrero colectivo. El presente artículo tiene por objetivo abordar la gestión sanitaria de la pandemia como un escenario privilegiado para analizar estos dispositivos y sus efectos: partiendo de las determinaciones más básicas de la economía política de la salud, nos proponemos analizar los distintos dispositivos sanitarios implementados en la pandemia y cómo estos han servido para distribuir diferencialmente la exposición y la protección al COVID de distintos colectivos en función de su papel en el sistema productivo y reproductivo.

**Palabras clave:** *coronavirus, salud pública, prevención de riesgos laborales, plusvalor, subsunción real*

## Abstract

Capital, as with other essential functions of the production and reproduction of the workforce, has historically maintained a contradictory relationship with the health of workers. The intensification of work and the precarization of employment, which give rise to the increase in the so-called absolute surplus value, affect the wear and tear of the labor force and limit its possibilities of reproduction. The improvement of working conditions and public health, which can contribute to the increase in relative surplus value, cease to do so when labor power becomes too cheap and superfluous. The institutionalization of occupational health and safety regulations, as well as the subsidiaries public health services at the beginning of the 20th century, have been two key regulatory devices in the West for these ambivalences and contradictions. Contradictions that have intensified with the development of expanded capital accumulation, globalization, and the inter- and intra-national polarization of the collective worker. The objective of this article is to address the health management of the pandemic as a privileged scenario to analyze these devices and their effects: starting from the most basic determinations of the political economy of health, it proposes to analyze the different health devices implemented in the pandemic and how these have served to differentially distribute the exposure and protection to the COVID of different groups based on their role in the productive and reproductive system.

**Key words:** *coronavirus, public health, occupational health and safety, real subsumption, surplus value*

---

## INTRODUCCIÓN

La pandemia del coronavirus ha puesto al desnudo, otra vez, la ambivalente y contradictoria relación del capital con la fuerza de trabajo, en lo que se refiere a su doble función productiva y reproductiva. Si la crisis del 2008 llevó como seña de identidad aquel *too big to fall*, esta última bien podría ser leída en clave inversa: *too small not to fall*. Mientras que en la primera el sentido de época se centraba en cómo salvar a los más grandes, ahora el problema social se ha planteado con toda su crudeza: ¿cuántos de los más débiles deben quedar atrás para cumplir con ese mismo objetivo? ¿Cuánto vale una vida humana? La pregunta puede parecer ingenua, pero sin duda algún tipo de cálculo semejante ha estado sobre la mesa. Cuando los discursos públicos conminaban a poner en una balanza economía y salud, quedaba implícito que debe haber una unidad de medida que permita algún tipo de equilibrio. El valor de cambio que rige el intercambio de mercancías no elude a la fuerza de trabajo mercantilizada. ¿Cuántos muertos son necesarios para parar? Cualquiera que sea el punto de equilibrio, en estas condiciones implica un grado mayor o menor de sacrificio de la salud en aras de la rentabilidad.

Los momentos más críticos de la pandemia pusieron en tensión todos los resortes de la sociedad. Las diferencias de clase en la incidencia de los contagios y la mortandad del virus es algo a estas alturas de sobra conocido, y no merece que nos detengamos mucho más en ello. Lo que ofrece un mayor interés de esta coyuntura, para nosotros, son más bien los mecanismos o dispositivos que en nuestro sistema social actual operan esas determinaciones, pues nos parece que son los que marcan el terreno para la acción. Entender, en términos estructurales, de qué forma la salud se inserta dentro del entramado de relaciones de producción y reproducción capitalistas postkeynesiano, o neoliberal, como se quiera. Desde los llamamientos abstractos a la libertad individual y el autocuidado frente al virus, hasta las esperanzas de que "saldríamos mejores" de esta (revalorizando los cuidados, reforzando la sanidad pública...), han chocado por necesidad con unas relaciones sociales regidas por el mantenimiento a toda costa de las tasas de ganancia. Creemos que reflexionar acerca de por qué no ha sido posible realizar estos anhelos de justicia y solidaridad que imbuyeron a la sociedad es un paso clave a la hora de superar esas mismas limitaciones. No se trata de una reflexión puramente abstracta. Al contrario, apuntar a estas determinaciones es una forma de pensar en lo concreto para estimular un tipo de reflexividad orientada a la acción. Algo especialmente importante,

por cuanto el ámbito de la salud parece haberse convertido en un campo de batalla clave en la lucha "en y contra" el capitalismo –por repetir la formulación de Bonefeld (2013).

## **ECONOMÍA POLÍTICA DE LA SALUD EN EL SISTEMA SOCIOMETABÓLICO DEL CAPITAL**

Comencemos, pues, por analizar las determinaciones más básicas de la salud subsumida al capital. Toda sociedad es una forma específica de metabolismo social, de mediación entre el ser humano y la naturaleza a través del trabajo (Schmidt, 1977; Sacristán, 1984; Saito, 2022). Con el capitalismo se impone una forma específica de control sociometabólico, que sujeta ciegamente al conjunto de relaciones sociales –incluida la salud– al mandato de demostrar su viabilidad rentable o perecer (Mészáros, 2011). La separación de la clase trabajadora de los medios para reproducir su vida, y por tanto su compulsión (individualmente libre pero socialmente obligada) por tener que continuar cediendo su fuerza de trabajo para disponer de ella, es quizás el mejor punto de partida para dar cuenta de este nuevo orden sociometabólico. La subsunción del trabajo al capital, su moldeado en el sistema de máquinas que se extiende por la "fábrica social" para impulsar la valorización del valor, determina el control de los cuerpos en el trabajo y en la producción de la capacidad de trabajo. Pero la contradicción intrínseca a este sistema de formación de plusvalor es que la reproducción del ciclo D-M-D' requiere tanto de la reposición de la capacidad de trabajo y los recursos empleados en la producción como de su esquilación. Es sobre esta base que cobra sentido hablar de "fractura metabólica" (Foster, 2000) para señalar los múltiples desgarramientos de las potencialidades de sostenibilidad de los "dos manantiales de toda riqueza: la tierra y el trabajador", socavadas continuamente por las necesidades de(re)producción ampliada del capital (Marx, 2016: 613). Sostenibilidad que, en el caso del trabajador, puede ser expresada en términos de desarrollo de sus atributos sociales y productivos, en los cuales el desgaste mayor o menor de su salud (entendida en un sentido amplio), juega un papel central.

La esquilación de la salud de la población trabajadora con la extensión de la gran industria en la Inglaterra de mediados del siglo XIX fue lo que impulsó las leyes de limitación de jornada. Al mismo tiempo, los movimientos higienistas de entre siglos expresaban la necesidad de evitar el desgaste improductivo de la salud (aquel que no revierte directamente en la acumulación de capital) originado por pandemias como el tifus y la tuberculosis (Rodríguez y Menéndez, 2005). La mejora de la salud pública, desde el urbanismo o el control a la adulteración de alimentos, consiguió sin duda prolongar la "vida útil" de los trabajadores. La cuestión de la salud como problema social, en el marco del higienismo y el taylorismo, emerge como un dispositivo técnico modulador de la explotación del trabajo y de sus posibilidades de reproducción. Desde entonces la prevención del daño a la salud se articula a través del concepto de riesgo (Bilbao, 1997), un dispositivo de optimización de la intensificación del trabajo (probabilidad de que una determinada intensidad provoque un daño de costes cuantificables). El daño a la salud se concibe como el exceso de carga que impide a la fuerza de trabajo reponerse. Ello implica que, en el reverso del trabajo, en la esfera del no trabajo, también la protección de la salud se supedita al grado en que contribuye a incrementar la rentabilidad del capital: optimizar la relación entre el trabajo que cuesta reproducir la fuerza de trabajo y el trabajo que ésta puede desplegar.

La intensificación del desgaste productivo de la salud de la población trabajadora que se produjo con la introducción paulatina del taylorismo-fordismo fue posible gracias al "superávit" de salud conseguido con estas medidas, y fue acompañado de toda una serie de cambios que permitían asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo. Por un lado, la instauración de redes de asistencia sanitaria mediante la creación de hospitales, que se produce junto con un tránsito de la "medicina a pie de cama" –que situaba al paciente en el centro de la atención–, a una "medicina de hospitales", construidos a semejanza de las grandes fábricas. En ellos, el médico adquiere un estatus superior al paciente, que pasa de ser un sujeto con su particular sistema de salud a convertirse en un "caso" a resolver parceladamente y por el cual

decidir (Doyal y Pennell, 1979: 27-36). La mercantilización de la fuerza de trabajo convierte entonces a la industria sanitaria en la encargada del mantenimiento de las máquinas humanas.

Por otra parte, esa intensificación también fue posible debido a los cambios en la alimentación de la clase trabajadora que se produjeron entre mediados del siglo XIX y mediados del XX, con un incremento del consumo de carbohidratos refinados (especialmente el azúcar) y el de grasas, mientras descendió el de fibras (*ibid.*: 80-92). Un tipo de consumo que se caracteriza por aportar grandes dosis de energía al organismo a costa de un empeoramiento de la salud en términos generales a medio o largo plazo. Al mismo tiempo, se extendió el consumo masivo del café, junto con nuevas bebidas estimulantes como la Coca-Cola, ambas formas más productivas de lidiar con los efectos extenuantes del trabajo que el alcohol (aunque a menudo complementarias). Así, la alimentación continuaba entrando en el proceso productivo, echando comida al trabajador como a un medio de producción más, "como a la caldera carbón" (Marx, 2018: 319).

Si uno se pregunta cómo fue posible intensificar aún más el extenuante trabajo fabril del siglo XIX, habría que responder que en el XX los trabajadores básicamente tenían más energía que gastar, al tiempo que la industria médica crecía para ofrecer una respuesta curativa, capaz de sanar fracturas o infecciones, de erradicar ciertas enfermedades y mejorar la atención de otras, pero más limitada a la hora de prevenir la nueva carga de enfermedades (cáncer, artritis, diabetes, cardiopatías, trastornos mentales...)¹.

Las modernas concepciones sobre sanidad y salud pública, como vemos, nacieron indisolublemente unidas a las necesidades de rentabilidad del capital. Los países centrales del capitalismo lograron revolucionar extraordinariamente las condiciones sanitarias de la población entre mediados del siglo XIX y mediados del XX, alcanzando, en la práctica, una extensión de la vida productiva de las personas. El pacto social de la segunda posguerra mundial situó a la salud como un derecho, y los mecanismos de protección a la salud se desarrollaron con mayor o menor extensión por los países centrales, impulsados por las luchas sociales y atravesados por incontables contradicciones. Así, los Estados del Bienestar se fraguaron para el proletariado sobre la división entre la "absorción en" y la "lucha contra" un Estado que podía proveer de ciertas mejoras materiales, pero a costa del mantenimiento de la alienación del trabajo asalariado (Clarke, 1991: 58-59). Quizás desde entonces no queden muchos gestores que se lamenten públicamente, como hacía el doctor Jarvis, por los 500 dólares que estimaba que se perdían con la muerte de un niño de diez años (1874: 341), pero la subordinación de la salud a la rentabilidad nunca ha dejado de estar vigente, tal y como ha venido a recordarnos la presente pandemia².

Las sucesivas crisis que ha experimentado el capitalismo desde los años setenta han moldeado, no obstante, un cambio de tendencia. El nuevo proceso de intensificación del trabajo lanzado desde los setenta es en buena medida distinto de aquél que apoyó la intensificación de la primera mitad del siglo XX. Si aquel se había articulado básicamente a través de la aceleración de los tiempos y la repetición de movimientos simples, en cambio, la intensificación actual abarca nuevas funciones productivas, tales como unas mayores cargas cognitivas y psicosociales. Este proceso se sostiene, por un lado, mediante un

¹ Estas, lejos de ser simplemente "enfermedades degenerativas" achacables a la genética o hábitos de vida, como argumentan Doyal y Pennell, constituyen el resultado de una "mala adaptación" a los cambios en la interacción entre el ser humano y el medio material que le rodea: "de hecho, la medicina curativa moderna ha sido descrita como 'adaptación cultural al desajuste biológico', en el sentido de que intenta (a menudo sin éxito) compensar de manera post hoc la mala salud resultante de las contradicciones ecológicas" (1979: 61, trad. propia).

² Al fin y al cabo, es probable que la mayor parte de decisiones u omisiones que impliquen ponerle precio a una vida humana se desarrollen fundamentalmente en los fueros internos de las personas responsables de tomarlas, debido a su alta reprobabilidad social. Quizá las empresas ya no destinan un presupuesto específico para cubrir los gastos por trabajadores muertos en una gran obra, simplemente contratan seguros que cubran esas eventualidades. Sin embargo, por más que a la mayoría de las personas les resultaría ridícula la pregunta que nos planteábamos al principio de cuánto vale una vida humana, el hecho es que esta sigue muy presente para la clase dominante, como se puede constatar al observar los cálculos que ésta realiza (con la recomendación e impulso de la OCDE y EEUU), acerca del Valor Estadístico de la Vida, de cara a orientar el gasto en las políticas públicas (véase Riera Font *et al.*, 2007).

dopaje potencialmente agravante de los daños a la salud asociados a estos estresantes (excitantes como las bebidas energéticas o la cocaína, paracetamol para calmar los dolores, antidepresivos para la ansiedad, somníferos para racionalizar el descanso...), y, por otro, se produce una alternancia de temporadas de trabajo frenético con otras de inactividad forzosa por el desempleo o incapacidad laboral sobrevinida por estas causas. Se trata, por tanto, de un potencial destructor en términos de salud más desprovisto de mecanismos atenuantes, correlativo a la tendencia a la devaluación de la fuerza de trabajo.

Este cambio de signo, de un capitalismo naciente a uno en decadencia (Piqueras, 2022), es lo que explica la diferencia de la actual pandemia del coronavirus con las epidemias de cólera de mediados de siglo XIX o la gripe española. Aquellas condujeron a importantes innovaciones en salud pública en momentos en los que el capitalismo necesitaba garantizarse un suministro estable de fuerza de trabajo, mientras que las tasas de ganancia permitían detraer una parte mayor a esta tarea y la clase trabajadora presentaba una mayor capacidad de organización y resistencia para exigirlo como derecho. En los siguientes apartados, como veremos, el resultado en este caso dista con mucho de ser el mismo.

## **EL PLUSVALOR Y SUS HUELLAS EN LA SALUD EN LA ESPIRAL DECADENTE DEL CAPITALISMO**

En el breve recorrido a la historia metabólica del capitalismo que hemos presentado en el apartado anterior se advierte ya que identificamos dos pautas diferenciadas en cuanto a la relación entre formas de extraer plusvalor e impactos en la salud. Corresponden, *grosso modo*, con la distinción que hacía Marx entre plusvalor absoluto (PA) y plusvalor relativo (PR). Profundicemos por un momento en esta distinción antes de avanzar. Para Marx, como es sabido, el PA sería aquel que se obtiene mediante la prolongación o intensificación de la jornada, mientras que el PR se origina en la reducción del tiempo de trabajo necesario para producir el equivalente a la reposición de la fuerza de trabajo y aumentar así la porción de plustrabajo. ¿Cómo se consigue esa reducción? Abaratando el coste de reproducción de la fuerza de trabajo, reduciendo el valor de sus medios de subsistencia (y de los medios para producirlos) mediante el incremento de las fuerzas productivas del trabajo<sup>3</sup>.

Marx detallará cómo la "guerra civil prolongada" por la limitación de la jornada empujará a los capitalistas a buscar vías alternativas para la extracción de plusvalor, que pasarían por esa segunda vía. En un primer momento, señala Marx, PA y PR "se nos presentaban como dos tipos de producción diferentes, pertenecientes a diferentes épocas de desarrollo del capital" (2016: 617). Sin embargo, enseguida avanza para trascender el análisis histórico y profundizar en su dimensión sistémica, atendiendo a las dinámicas de fondo que operan sincrónicamente<sup>4</sup>. Cuando el capital se apodera totalmente de los ramos decisivos de la industria, el PR agota su potencial para aumentar el plusvalor bajo esas condiciones dadas, allanando el camino para el recurso al PA: "los métodos para la producción del plusvalor relativo son, al propio tiempo, métodos para la producción del plusvalor absoluto" (*ibid.*: 619).

La revolución continua de los métodos de producción es lo único que puede abrir nuevos márgenes para el PR –reiniciando el ciclo que, con su generalización, vuelve a recurrir al PA. La obtención de un plusvalor extraordinario, que permite al capitalista individual vender por debajo del valor social al que venden sus competidores y acumular una mayor ganancia, requiere generalmente de un trabajo *potenciado* capaz de transferir estas mejoras a su producto. Este trabajo complejo requiere, generalmente, de un mayor

<sup>3</sup> El signo de este aumento del PR sobre la salud, a este punto, es ambivalente: en un primer momento, el establecimiento de un sistema de salud pública abarata con su centralización el costo del mantenimiento de la salud de los trabajadores, mientras que su reducción y mercantilización sirve igualmente para abaratar estos costes y aumentar así la tasa general de plusvalor; el abaratamiento de los alimentos mejora la salud al combatir la desnutrición, pero la empeora cuando amplía la malnutrición; la automatización puede aliviar cierta carga física del trabajo, pero a su vez aumentar el ritmo de trabajo y la carga mental, etc.

<sup>4</sup> Siguiendo a Endnotes (2010), pensamos que no cabría aplicar las categorías de PA y PR a la historia de un modo lineal y absoluto, por más que en determinados sectores o momentos históricos pueda primar más una u otra. Entendemos que, aunque el primero pueda anteceder al segundo, éste último es efectivamente una constante en toda la historia capitalista, y no es posible encontrar un periodo histórico ni lugar en el que no haga acto de presencia.

grado de cualificación y especialidad para atender a un proceso de trabajo también más complejo. Dicho fenómeno, por un lado, genera una población obrera sobrante y precaria, desplazada del proceso productivo por las mejoras técnicas, con una consecuente degradación de su salud; mientras que, por otro, crea un grupo obrero cuya mejora relativa de la salud es un requisito para poder aplicar su trabajo potenciado con la continuidad requerida por el proceso de trabajo complejo<sup>5</sup>.

Sin embargo, este trabajo complejo, que con sus potencias científicas hace aumentar la productividad, lo hace a costa de reducir el valor contenido en las mercancías, pues lo que hace es aumentar la proporción de trabajo muerto sobre el trabajo vivo (Piqueras, 2022: 64). De este modo, con la socialización de las mejoras tecnológicas a través de la competencia, la presión para aumentar el peso del capital constante sobre el variable conduce a la caída de la tasa de ganancia, forzando al capital a buscar nuevas vías para frenar dicha caída. Con todo, las posibilidades de obtener nuevas fuentes viables de plusvalor extraordinario resultan cada vez más escasas, dadas las elevadas cantidades de capital constante necesarias para poner el proceso de producción en marcha.

El intento de compensar estas dificultades, entonces, pasa, por un lado, por la estandarización, simplificación y automatización de lo que antes era trabajo complejo, que se ve nuevamente reducido a trabajo simple; por otro, como hemos apuntado, por aumentar nuevamente el PA mediante la extensión e intensificación de la jornada (proceso acompañado de un aumento del despotismo patronal).

Así, mientras el desarrollo de la ciencia y la tecnología produce un incremento medio de la cualificación de la población, esta dinámica va asociada a una "descualificación relativa", una universalización a la baja del trabajo cualificado, que redundará en una menor especialización en su competencia con el resto de trabajos. La división que trazábamos antes entre dos tipos de obreros reaparece ahora para encontrar una doble tendencia de fragmentación y homogeneización a la baja a nivel intra e internacional.

La generalización de este proceso y el campo cada vez más acotado para encontrar nuevas fuentes de plusvalor ha dado como resultado lo que Piqueras ha denominado "la sociedad de las personas sin valor" (2018): menguando la capacidad de intervenir en la formación de nuevo plusvalor, crece la dificultad de los individuos para "autovalorizarse" y así garantizarse el seguir reproduciendo su vida.

## **SUPERABUNDANCIA RELATIVA DE SALUD Y LA CONFORMACIÓN DE UNA FUERZA DE TRABAJO CONTAGIABLE**

El proceso que hemos descrito hasta ahora es el que ha originado el contexto de población "sobrante" en el que ha llegado la pandemia. Una *superpoblación relativa* poseedora de un "capital en salud" relativamente superfluo para las necesidades de valorización del capital. Ello equivale a decir que estamos ante una *superabundancia relativa de salud*, en tanto atributo productivo de la mercancía-fuerza de trabajo, que hace que dicha salud se devalúe. La pandemia se produce en un mundo en el que el desgaste acelerado de las personas "desvalorizadas" es rápidamente cubierto gracias al extenso "ejército industrial de reserva". Creemos que esta es una poderosa herramienta para entender los resultados con los que se ha saldado la extensión del virus y en base a ella podremos explicar mejor a continuación el papel desempeñado por los distintos aparatos de los sistemas nacionales de salud y los mecanismos de seguridad y salud en el trabajo.

<sup>5</sup> En paralelo, entre distintos sectores de asalariados sin una relación directa con la producción de plusvalor, sino con la ejecución de distintas funciones de dominación y control, la provisión de unas mejores condiciones de salud cumple también el papel de apuntalar una subjetividad proclive a ejercer dicha dominación. Como resume la Asociación por la Memoria Militar Democrática: "¿Cómo fomentar el clasismo permitiendo que un mileurista uniformado mire por encima del hombro a un mileurista civil? [...] sí lectoras, los servidores públicos pagados con dinero público, gozan del privilegio de seguro [de salud] privado mediante impuestos públicos" (2022).

Antes de pasar a ello, observemos algunos datos. El perfil de los países con mayor tasa de mortandad durante la pandemia (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2023) ha reflejado esta dura realidad: junto con EEUU encontramos a aquellos países que conforman los caladeros de mano de obra barata de occidente, los destinos de las deslocalizaciones y los centros emisores de migraciones masivas (las exrepúblicas soviéticas en Europa, como Bulgaria, Hungría o Bosnia, con sus economías devastadas por el capitalismo desde los años noventa); y tenemos, también, a los países de "segunda línea" del capitalismo, donde se concentran algunas de las tasas de explotación más altas del globo (Fariña Rodríguez, 2018) (en América Latina: Perú, Chile o Brasil; en Europa occidental: Grecia, Italia, Bélgica, Portugal o España).

A nivel intranacional, allí donde hay estadísticas disponibles, las cifras también nos revelan la suerte que ha corrido la fuerza de trabajo más superabundante: en Gales e Inglaterra, las ocupaciones elementales (aquellas de menor cualificación) en plantas de procesos presentaron la mayor tasa de mortandad del país, ocho veces superior a la de los gerentes y directores (*Office for National Statistics*, 2021). En España, según una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas, un 25% de las personas encuestadas que desempeñan ocupaciones elementales han sido hospitalizadas por COVID-19 (el promedio para el resto de las ocupaciones es del 3,4%)<sup>6</sup>. En Alemania, las personas que perciben prestaciones por desempleo y ayudas sociales tuvieron un riesgo un 84,1% más alto de ser hospitalizadas por COVID que las personas con empleo (*Sozialverband Deutschland*, cit. en Azellini, 2021).

La industria geriátrica es otro buen reflejo de cómo han afectado estas lógicas durante la pandemia a aquella parte de la población que se ve devaluada por no poder contribuir a la valorización del valor (en este caso, por considerarse ya "amortizada"). El modelo de grandes concentraciones de personas mayores, a modo de una gigantesca fábrica de cuidados, se ha convertido en los últimos años en un lucrativo negocio que, absorbiendo pensiones y gasto público, arroja un margen de beneficios que algunos sitúan entre el 25% y el 50% (Fernández, 2020). En su análisis sobre el sector en Bélgica, Mertens destaca que "un pañal debe llenarse al 65% antes de ser cambiado [...]; los residentes tienen derecho a un máximo de 130 a 150 gramos de verduras cocidas por día y 10 centilitros de salsa en la carne. Todo es medido, pesado y calculado para exprimir hasta el último céntimo de las personas mayores" (2020: 73). En esta lógica, la prevención ya apenas tiene cabida. Así, en España, como han demostrado Barrera-Algarín *at al.*, "las macro-residencias privadas son las más vulnerables a brotes de alta letalidad durante la primera oleada" (2021: 214).

## LA SUBSUNCIÓN DEL SECTOR SANITARIO

Para desgranar mejor estas tendencias, pasamos ahora a exponer la forma concreta en la que se han reproducido éstas en el contexto de la pandemia en dos ámbitos decisivos. Comenzamos primero por abordar el sector sanitario en general, para pasar en el siguiente apartado a ocuparnos de la seguridad y salud en el trabajo. La lógica del valor se expresa en el sector sanitario fundamentalmente en cuatro vías. Por un lado, sobre este sector descansa un papel clave a la hora de asegurar una reproducción adecuada de la fuerza de trabajo, determinada por las necesidades del capital, mediada por la presión ejercida por la clase trabajadora. Bajo la lógica del capital, la enfermedad pasa a ser entendida en el sentido restrictivo de aquello que incapacita para trabajar (Jarvis, 1874: 345), por lo que el sector sanitario recibe el mandato fundamental de prolongar la "vida útil" de la población.

<sup>6</sup> Curiosamente, al mismo tiempo es el grupo que menos declara haber tenido COVID en algún momento (un 8%, frente al 17,6% de directores y gerentes o el 28,6% entre militares y cuerpos policiales), lo cual se podría argumentar que obedece a un infradiagnóstico de la clase trabajadora: mientras que muchos militares y policías posiblemente se harían pruebas de diagnóstico todas las semanas, y para trabajadores de cierto "estatus" las empresas podrían recurrir a clínicas privadas (lo que haría salir más casos asintomáticos), entre los empleos más precarios el acceso a test ha sido más limitado, al tiempo que este último grupo habría tenido más razones para "confiar" en que sólo fuese una gripe o resfriado y poder seguir trabajando.

En segundo lugar, puesto que el sector sanitario actúa como "encargado de mantenimiento" de la fuerza de trabajo, en consecuencia, la devaluación de las condiciones laborales de los profesionales del sector resulta clave para hacer lo más rentable posible los costes de ese mantenimiento, reduciendo al mínimo la cantidad de plusvalor detráido para ello. La reducción de los tiempos de atención, de los medios disponibles, de la inversión en prevención (que no ofrece un retorno inmediato), la precarización del empleo y el desgaste acelerado de la salud de sus propios profesionales han sido algunos de los rasgos que explican el estado en que llegó la pandemia a los sistemas de sanidad pública. Las condiciones de trabajo del personal sanitario durante la pandemia han sido tan dramáticas y escandalosas que apenas requieren de comentario, pues el lector las recordará bien. Las pancartas de sus manifestaciones resumían lúcidamente su situación: "Nos dicen esenciales, nos tratan como descartables". De carne de cañón enfrentándose al virus sin medidas de protección, en jornadas laborales maratonianas y dantescas, a enfrentar el desempleo, el *burn out* y el olvido.

La tercera vía por la cual la lógica del valor se manifiesta en el sector sanitario es a través del creciente papel de la sanidad privada y la industria farmacológica. El cuidado de la salud ha sufrido un proceso de progresiva mercantilización, lo cual ha creado un sector de indudable interés para obtener nuevo plusvalor (como refleja el conocido fenómeno de la prioridad de investigación en torno a medicamentos paliativos que "fidelicen al cliente" frente a los curativos). La saturación de la sanidad pública ha acentuado en estos años de pandemia la expansión de los seguros de salud privados, negocio que ha aumentado un 10% desde el inicio de la pandemia (Munárriz, 2022), al mismo tiempo que las autoridades rechazaban la puesta a disposición de sus recursos para atender la emergencia sanitaria (solo se requirieron momentáneamente, pagando su uso a precio de mercado). Se ha ido configurando, cada vez más, un sistema dual de atención sanitaria, en el que una parte de la población puede acceder mejor a consultas, pruebas y tratamientos a través de los seguros privados (con frecuencia ofrecidos por sus propias empresas); mientras otra parte, aquella parte supernumeraria, "sobrante" para las necesidades del capital, constata año a año cómo se deterioran sus servicios de atención primaria, de asistencia especializada y de urgencias, convertidas en el sumidero por el que se cuele su "superabundancia relativa de salud".

Por último, como argumentan Doyal y Pennell (1979), el sistema sanitario también contribuye a la reproducción ideológica del capital, legitimando la escisión entre una ciencia cuyo único depositario es la institución médica, y el objeto-paciente cuya salud se administra mediante una institución burocrática que escapa a su control. Constituye, así, un puntal más de una sociedad enajenada de sí misma. Durante la pandemia, esta faceta ha estado claramente a la orden del día. La administración tecnocrática de la sanidad ha servido de puntal para asegurar su acompasamiento con los dictámenes de "la economía": la fijación de criterios restrictivos para los cierres de empresas o para realizar el rastreo de casos, la prioridad otorgada a los confinamientos masivos frente a la inversión en medidas preventivas, la progresiva reducción del periodo de cuarentenas...

Con estas mimbres, el hecho de que la pandemia se haya convertido en endemia (lo que se ha llamado "gripalización") es un hecho de origen eminentemente social y político. Si el virus ha seguido circulando y mutando ha sido por la incapacidad de la clase dominante de establecer medidas de profilaxis y contención eficaces, así como de establecer una distribución "racional" de las vacunas a nivel global.

## **LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO: LA LLAVE DE PASO DEL FLUJO DE ENERGÍA DEL METABOLISMO DEL CAPITAL EN EL PROCESO DE TRABAJO**

Este ámbito, el de la seguridad y salud en el trabajo, es un punto clave en la regulación social de la cantidad de salud que debe entregar el trabajador durante el proceso productivo y cuánta puede conservar para sí. La declaración del Estado de Alarma supuso de facto una suspensión de muchos aspectos de la legislación en prevención de riesgos laborales (Benavides, 2020), como forma de asegurar el flujo de

energía humana para continuar valorizando el capital. Ello no únicamente por la escasez de equipos de protección, que afectaba especialmente al personal sanitario, y que llevó a las autoridades sanitarias a posponer durante meses la recomendación del uso generalizado de mascarillas mientras se libraba una batalla comercial despiadada por adquirirlas en el extranjero. También entró en suspensión explícita el artículo 21 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que habilita a los trabajadores a suspender sus tareas ante un riesgo grave e inminente. Pese a "la cascada de denuncias recibidas por la Inspección de Trabajo [...], el criterio fue que tal exposición no se consideraba riesgo laboral y, por ende, tampoco riesgo grave e inminente susceptible de propiciar una paralización en los trabajos" (López Fernández, 2020: 213).

El resultado de esta desprotección salta a la vista si repasamos algunos datos. Según las estadísticas del Ministerio de Trabajo, únicamente 43 muertes por COVID-19 han sido reconocidas como Accidente de Trabajo (AT) desde el inicio de la pandemia hasta diciembre de 2021<sup>7</sup>. De las cerca de 90.000 muertes que se han registrado en ese tiempo, supone el 0,04%<sup>8</sup>. Pese a las dificultades y deficiencias en la investigación y registro de los ámbitos de exposición, en octubre de 2020 el Ministerio de Sanidad estimaba que al menos el 18% de los contagios habían tenido un origen laboral (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020). Por lo tanto, parece haberse asumido que, dada la "dificultad" para determinar el lugar exacto del contagio, la investigación ha quedado descartada por principio y se ha optado directamente por la opción más cómoda para las empresas y las arcas públicas, que es la que menos derechos reconoce a las víctimas y más exime de responsabilidad a los victimarios.

No existen estadísticas de Enfermedades Profesionales relacionadas con COVID-19, pues esta no ha sido reconocida como tal para la población trabajadora. El Real Decreto-ley 3/2021 restringía su reconocimiento para el personal sociosanitario, lo cual fue recibido como una medida de justicia para el sector. No obstante, como señalan Gil-Blanco y Martínez-Jarreta (2021), el ordenamiento jurídico preexistente (y, añadimos nosotros, las recomendaciones de la OIT para enfermedades profesionales) hacía posible y recomendable su extensión a colectivos laborales más amplios. Sin embargo, no sólo se dejó fuera a toda la población trabajadora expuesta al virus en sus empleos, sino que también se excluyó explícitamente a personal de limpieza y mantenimiento subcontratados en los centros sanitarios.

¿Qué ocurría, mientras tanto, con las condiciones de trabajo de la población que trabajaba para mantener a flote "la economía"? Las encuestas elaboradas por Salas-Nicás *at al.* (2020, 2021) ofrecen algunas pistas:

- Más de la mitad de las personas encuestadas manifestaban sentir inseguridad respecto a sus condiciones de trabajo y empleo.
- En 2021, un 45,8% se encontraba en situación de "alta tensión" relacionada con el estrés. En 2016 este índice era del 22,3%.
- Una de cada dos personas encuestadas consideraba que su salud general había empeorado desde el inicio de la pandemia.
- El riesgo de mala salud mental alcanzó en 2021 al 60,6% de las personas encuestadas (en 2016 era el 23,8%).
- Casi una de cada cuatro consumió tranquilizantes/sedantes o somníferos durante el último mes. Más de la mitad de esas personas eran nuevos consumidores.

<sup>7</sup> Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social, Estadísticas de Accidentes de Trabajo: <https://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>

<sup>8</sup> Si desgranamos estos datos por divisiones económicas, el 97% de los casos reconocidos como AT corresponden a actividades sanitarias y de servicios sociales, mientras que el 2,6% a Administración Pública, Defensa y Seguridad Social obligatoria. El reconocimiento de este derecho quedó vedado prácticamente al resto de trabajadores.

Por otro lado, el coronavirus ha supuesto también un incremento de la sobrecarga de trabajo de muchas plantillas. Han sido generalmente ellas mismas las que han tenido que combinar sus funciones habituales con las tareas de desinfección, algo que no siempre ha ido acompañado de medidas organizativas que lo facilitasen. Por ejemplo, varios sindicatos de la planta de PSA en Vigo denunciaban que la empresa, en aras de mantener la productividad a niveles de prepandemia, había "confinado" las medidas de prevención como la desinfección a los tiempos de parada, restando por tanto tiempo de descanso a los trabajadores (Europa Press, 2020).

Todo ello ha tenido también un reflejo claro en las tendencias de siniestralidad: en el año de la gran "hibernación" de la economía, los accidentes mortales en jornada de trabajo (descontando la acentuada caída de accidentes *in itinere*, dadas las restricciones de movilidad y el teletrabajo) se incrementaron un 13.5%<sup>9</sup>.

Este repaso a las huellas que ha dejado el COVID en la salud de la clase trabajadora nos ofrece una muestra coherente de las determinaciones sociales que venimos exponiendo: observamos cómo, ante las necesidades de valorización del capital impuestas por una crisis, la (no)gestión de la seguridad y salud en el trabajo, por encima de cortapisas legales, puede abrir la llave de paso al flujo de energía humana necesaria para sacrificar la salud en el altar de la rentabilidad.

## **LECCIONES DE LA PANDEMIA ACERCA DE LAS RELACIONES DE PODER HORIZONTALES Y VERTICALES DEL PODER DEL CAPITAL**

Las relaciones sociales que salieron a escena durante la pandemia también han permitido poner de relieve la interrelación entre los distintos resortes de poder del capital. Pensamos aquí, con Mau (2019), en la distinción entre relaciones de poder horizontales (el carácter más o menos autónomo e inmanente con el que la competencia entre capitalistas y entre proletarios rige su actuación en base a la necesidad de autovalorizarse para permanecer en el mercado) y relaciones de poder verticales (la dominación de clase que ejercen los explotadores sobre los explotados). La atención predominante a estas últimas por parte de cierto marxismo durante el siglo XX (i.e. la teoría del Capitalismo Monopolista de Estado) ha hecho que varias escuelas comenzasen a centrarse en las primeras desde finales del siglo pasado (i.e. la *Neue Marx-Lektüre* o la *Wertkritik*). Sin embargo, como nos recuerda Mau, ambas formas deberían reconocerse como interrelacionadas pero irreductibles la una a la otra. No solo porque esta dependencia del mercado tuvo que ser creada mediante medios de dominación directa, sino porque estos medios son recreados constantemente para mantener dicha dependencia. Cuando el capital es incapaz de asegurar su valorización mediante la mera "compulsión muda" que empuja al trabajador a vender su fuerza de trabajo para subsistir, toda forma de coerción directa puede ser convocada a la arena de la política<sup>10</sup>.

Las relaciones de poder horizontales se manifestaron claramente durante la pandemia, por cuanto la forma más o menos inmanente en que multitud de individuos moldearon sus comportamientos frente al virus fue lo que permitió una suerte de "inmunización de las ganancias empresariales"<sup>11</sup>. Respecto a las relaciones verticales, la ciudad de Bérgamo, en el norte industrial de Italia, ofrecería la prueba más dramática y contundente de esta dominación. Las imágenes de los setenta camiones militares que el 18 de marzo del 2020 sacaban ataúdes de la ciudad ante el colapso de tanatorios, cementerios y crematorios, pasarán a la historia como muestra de la crudeza de la pandemia. Detrás de las imágenes de esos camiones se escondía

<sup>9</sup> A pesar de que la mayor parte de ellos se engloban dentro de la categoría "Infartos, derrames cerebrales y otras causas estrictamente naturales", es de sobra conocido que tanto estos como otras de las causas de accidentes mortales (aplastamientos, choques, caídas...) se correlacionan ampliamente con las situaciones de "alta tensión" descritas previamente, por lo que lo "estrictamente natural" es aquí, también, socialmente determinado.

<sup>10</sup> El énfasis exclusivo en el aspecto autónomo e inmanente implicaría, de acuerdo con Piqueras, desconsiderar "las potencialidades de los agentes de carne y hueso, así como la decisiva dimensión del antagonismo de clase", aspecto que redundaría en una posición "in-política" incapaz de transformar la realidad (2022: 272).

<sup>11</sup> Aspecto que desarrollamos con más detalle en otro artículo.

la oposición frontal de la patronal italiana a cualquier medida que implicase parar la producción. Hasta la embajada estadounidense presionó para mantener abierta la fábrica Leonardo, en el pueblo piamontés de Cameri; "según la embajada, era absolutamente esencial construir aviones de combate F-35 mientras todas las curvas de la enfermedad se estaban disparando" (Mertens, 2020: 38). El 30 de marzo, cuando la mortandad en la provincia de Bérgamo se había incrementado un 568% respecto al año anterior, "a pesar del decreto de cierre de 'todas las actividades productivas no esenciales'<sup>12</sup>, había 1.800 fábricas abiertas" (Sidera, 2020)<sup>13</sup>.

El auxilio de la política institucional es cada vez un recurso más necesario para el mantenimiento de la rentabilidad ante la decadencia del valor (Piqueras, 2022). Las acciones del llamado "escudo social" han ido también encaminadas en esta dirección: mientras que por un lado se garantizaban unas mínimas posibilidades de consumo y reproducción de la fuerza de trabajo en lo inmediato (prohibición de desahucios, ERTES, Ingreso Mínimo Vital...), por otro se supeditaban estas posibilidades al mantenimiento de la producción: "hibernación" limitada y posteriormente restringida a sectores de escaso valor añadido (hostelería), "prohibición" de los despidos una vez que el grueso de las empresas que verían su rentabilidad más afectada ya se habían "depurado", "confinamiento" de la legislación en prevención de riesgos laborales para garantizar la continuidad de la producción y el abaratamiento del nuevo desgaste de salud por la pandemia... Todo ello mientras se consolidaba un relato de unidad nacional frente a la adversidad, señalando que "vamos todos en el mismo barco" y que "no se deja a nadie atrás".

Sin embargo, estos llamamientos a la unidad han encontrado sus límites en numerosos frentes. El repaso presentado por Azzellini muestra cómo con la pandemia hemos asistido a una intensificación global de las luchas emprendidas por la clase trabajadora, que en estos tiempos se han extendido por las prisiones, la sanidad, el transporte público, la industria alimenticia, la logística, las entregas a domicilio, etc. Como sintetiza este autor, "por y a pesar de" la pandemia, se extendieron por todo el mundo toda una variedad de formas de lucha en respuesta a la falta de medidas de protección, los bajos salarios o la precariedad del empleo (Azzellini, 2021). En estos casos, la lucha colectiva ha demostrado ser una de las mejores medidas de protección colectiva, al mismo tiempo que ha servido para crear nuevas bases de poder asociativo de la clase trabajadora, aspecto del cual se puede extraer una valiosa lección: paradójicamente, las dificultades que encuentra el capital para valorizarse implican que este también es más vulnerable a las interrupciones en los flujos de ganancias provocadas por la acción de la clase trabajadora, al mismo tiempo que (a escala global) tiene también menos margen para realizar concesiones desarmantes.

## LOS EFECTOS: GANADORES Y PERDEDORES

La crisis sanitaria no ha conllevado, ni mucho menos, la crisis económica que preveían algunos analistas en sus inicios. Hemos analizado hasta aquí algunos de los dispositivos que pueden explicar cómo se ha operado esta suerte de inmunización de las tasas de ganancia. Las crisis, como muchas enfermedades, sirven a su vez como elementos de purga o depuración de elementos tóxicos e insanos, eliminando en

<sup>12</sup> La esencialidad se confunde con el trabajo productivo (capacidad de producir plusvalor y no sólo valores de uso). De manera que actividad esencial no se define, tal y como cabría esperar, en el marco de una economía de la salud: trabajos que, aunque suponen un riesgo para el que los desarrolla, mejoran la salud pública. Sino más bien la esencialidad se inscribe en una lógica de preservación de la salud de la economía. El argumento es conocido: lo prioritario es sortear la crisis económica como mejor manera de hacer frente a los efectos globales del problema sanitario. Pero, en la medida en que la economía -la producción de valores de uso-, en el capitalismo, se sostiene necesariamente a través de la producción ampliada del capital -producción de plusvalor-, se identifican los trabajos esenciales como aquéllos que, fundamentalmente, garantizan las ganancias empresariales.

<sup>13</sup> Como ha recogido la OIT, a lo largo del 2020 "menos del 3 por ciento de los trabajadores viven en países en los que se [ha] establecido el cierre obligatorio de todos los lugares de trabajo, excepto los esenciales" (Organización Internacional del Trabajo, 2021: 4). En España, un 28,9% de las empresas industriales encuestadas por el INE había seguido funcionando normalmente sin una incidencia en la actividad apreciable, o incluso con un nivel de actividad mayor, durante el tiempo en que duró el Estado de Alarma (fuente: encuesta de confianza empresarial). La anarquía de la producción, como la denominaba Marx, condujo a un sálvese quien pueda en el que toda medida de disciplina social y colectiva por los cuidados se intentó dejar a las puertas de la empresa.

este caso las unidades menos competitivas en términos productivos, favoreciendo la concentración de los negocios en menos manos. De este modo, constatamos que se ha incrementado la rentabilidad media del capital también al ser eliminadas empresas menos productivas. En España, más de 300.000 empresas echaron el cierre durante el 2020. El PIB se desplomaba en el segundo trimestre del 2020 más de 15 puntos respecto al último de 2019 y, a nivel mundial, "la disminución de la ocupación en 2020 fue generalizada, y representó una pérdida de 114 millones de empleos con respecto al nivel de ocupación antes de la crisis, en 2019" (OIT, 2021: 9). Sin embargo, tres años después, vemos que el crecimiento del PIB en la UE mejora sus niveles pre-pandemia, al igual que la producción industrial, la creación de nuevos negocios o las tasas de empleo. El Indicador de Sentimiento Económico, elaborado por la Comisión Europea para medir el grado de optimismo entre los empresarios, arrojaba picos históricos desde mayo de 2021 hasta febrero de 2022. Su euforia parecía justificada. Como ha explicado la ONG Oxfam, a diciembre de 2020, las principales fortunas del mundo ya habían recuperado todas las pérdidas que les había ocasionado la interrupción de la actividad por la pandemia (2021: 12). Pero no sólo eso: "desde el inicio de la pandemia, ha surgido un nuevo millonario en el mundo cada 26 horas [...]. La riqueza de una pequeña élite de 2755 millonarios ha crecido más durante la pandemia de COVID-19 que en los últimos 14 años, que ya había sido una época de bonanza económica para ellos" (2022: 8-10)<sup>14</sup>.

En el polo opuesto, la OIT estima que "los ingresos provenientes del trabajo a escala mundial disminuyeron un 8,3 por ciento en 2020 con respecto a 2019" (2021: 12). No es de extrañar, cuando según la encuesta de confianza empresarial elaborada por el INE entre finales de 2020 y comienzos de 2021, el 33,2% de los establecimientos habían implementado reducciones de jornada entre su personal, mientras que un 15,7% había despedido o no renovando contratos entre su plantilla durante el Estado de Alarma. A la pérdida de ingresos derivada del desempleo hay que añadir, también, una caída de los salarios reales. Reportes de la OIT recogen numerosos casos de reducciones de jornadas y/o salarios (o congelación de estos) durante la pandemia. Los datos muestran una reducción del salario promedio en buena parte del globo, mientras que en algunos países los salarios medios se disparan debido a la desaparición de los empleos peor pagados (*International Labour Organization*, 2020: 36). Según datos de Eurostat, Grecia y España lideraron la caída del salario medio en la UE entre el 2019 y el 2020, con un -3.76 y -3.63% respectivamente.

Los salarios no han sido las únicas vías para descargar la crisis sobre la clase trabajadora. La flexibilización extrema del empleo, para asegurar su coincidencia restrictiva con las necesidades de valorización, ha aumentado al galope durante la pandemia. Como recoge el informe FOESSA, el porcentaje de sustentadores principales en situación de inestabilidad laboral grave ha aumentado del 4,8 al 10,3% entre 2017 y 2020 (Fundación FOESSA, 2022: 7).

## CONCLUSIONES

El recorrido que hemos hecho hasta aquí, desarrollando algunas de las múltiples determinaciones que atraviesan el campo de la salud bajo el capitalismo, nos han permitido situar a esta en un lugar central para la producción y reproducción: aquel que refleja los flujos de energía humana que requiere el orden sociometabólico del capital. El desarrollo de una salud subsumida bajo las necesidades del capital se ha mostrado como un proceso contradictorio: mientras que el capitalismo ha podido atajar parcialmente, al menos en sus lugares centrales, el desgaste improductivo de la salud (mediante la higiene pública,

<sup>14</sup> Esta tendencia a la sobreacumulación, como explicaba Marx, es consistente con la caída de la tasa de ganancia, por la reducción de nuevas fuentes de valor que venimos describiendo. La sobreacumulación, el capital "en barbecho" ante las dificultades para valorizarse, es lo que explica, a su vez, el incremento de la especulación en nuevos mercados (criptomonedas, NFT...), así como el refugio en actividades rentistas o cuasi-rentistas (alquileres, electricidad...), a los que han recurrido desde los habituales fondos de inversiones y bancos hasta las más variadas corporaciones de la industria o el comercio. Es lo que explica también el auge del consumo suntuario, así como de la competencia exacerbada entre capitales y, en última instancia, el recurso a la guerra y el aumento del gasto militar.

el control de alimentos...), así como ha mejorado también la atención a procesos infecciosos, lesiones, etc.; por otro lado, las respuestas curativas ofrecidas por la industria médica han sido más limitadas para prevenir la nueva carga de enfermedad (cardiopatías, cáncer, trastornos mentales...), derivada ésta, en buena medida, de la "mala adaptación" a los cambios introducidos por el propio capital en el metabolismo social.

Conducido por la búsqueda de un mayor plusvalor relativo, hemos visto cómo el capital ha revolucionado constantemente las fuerzas productivas, aumentando con ello la cantidad de *trabajo complejo* necesario. Si este se asocia, por lo general, con unas mejores condiciones de trabajo para asegurar su reproducción, por otra parte, hemos apuntado a la tendencia a la "descualificación relativa", proceso que conduce a la homogeneización a la baja. A su vez, el incremento relativo del *trabajo muerto* que conlleva este desarrollo de las fuerzas productivas implica una progresiva reducción de la tasa de ganancia, al decrecer el *trabajo vivo* que puede ser fuente de nuevo plusvalor.

Esta dificultad para obtener nuevas fuentes de valor es la que ha desembocado en la devaluación de la salud como atributo de una fuerza de trabajo crecientemente sobrante. Ante la dificultad para participar en la formación de nuevo valor, una capa creciente de la población se vuelve relativamente superflua para las necesidades del capital. Siendo este el contexto en el que aterriza la actual pandemia de COVID, la "superabundancia relativa de salud" es, quizás, el elemento que permite comprender mejor los resultados diferenciales que ha provocado el virus: el sacrificio relativo de aquella población más "supernumeraria" frente a la protección relativa de aquella más necesaria para asegurar la reproducción del capital.

Mientras que la "compulsión muda" de las relaciones económicas ha empujado las agencias para proteger las ganancias empresariales, la dominación directa y la coerción tampoco han estado ausentes a la hora de apuntalar ese resultado. Mediante un repaso a la reconfiguración de las relaciones de clase durante la pandemia, dibujamos lo que parece un retrato bastante representativo de la "nueva normalidad": un desgaste creciente de la salud general de la población empleada, sobrecargada de presiones laborales, económicas y sanitarias. Mientras, para el resto queda el desgaste de la inactividad forzada, inducida por el paro y los Expedientes de Regulación Temporal de Empleo. Esta intensificación de la explotación no ha sido un simple efecto colateral de la pandemia, sino un resultado necesario de las prioridades dictadas por la subsunción real de las condiciones de reproducción social de la vida a las necesidades de valorización del capital. El secreto de las superganancias emanadas durante la pandemia reside en esta superexplotación ampliada a segmentos cada vez más extensos de la sociedad.

La subsunción de los sistemas nacionales de sanidad y de seguridad y salud en el trabajo ha sido una pieza clave para poder alcanzar esa suerte de "inmunidad de la tasa de ganancia". Se podría plantear, por tanto, que el deterioro de los sistemas nacionales de salud y de seguridad y salud en el trabajo es directamente proporcional a la caída de la tasa de ganancia y al incremento de la superpoblación relativa, e inversamente proporcional a la fuerza obrera capaz de defenderlos. Desarticulado cada vez más el pacto de posguerra, emerge de a poco la esencia desnuda del capital, en la cual, como apuntaba Marx, la enfermedad de los obreros constituye la condición de vida del capital (2016: 587). Las luchas de las clases trabajadoras, que despuntaron "por y a pesar" de la pandemia (y que aún pueden jugar su papel ante el alza inflacionista), todavía guardan el potencial de subvertir esa tendencia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Asociación por la Memoria Militar Democrática (2022). La paradoja del servidor público con seguro médico privado, o cómo fomentar el clasismo. *Nuevatribuna.es*. <https://www.nuevatribuna.es/articulo/sociedad/paradoja-servidor-publico-seguro-medico-privado-como-fomentar-clasismo/20220328210802196854.html>

Azzellini, Dario (2021). Class Struggle from Above and from Below during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Labor and Society*, 24(3), 418–439. <https://doi.org/10.1163/24714607-bja10018>

Barrera-Algarín, Evaristo; Estepa-Maestre, Francisco; Sarasola-Sánchez-Serrano, José Luis; & Malagón-Siria, José Carlos (2021). COVID-19 y personas mayores en residencias: impacto según el tipo de residencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56(4), 208–217. <https://doi.org/10.1016/J.REGG.2021.02.003>

Bilbao, Andrés (1997). *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*. Siglo veintiuno editores.

Benavides, Fernando G. (2020). La salud de los trabajadores y la COVID-19. In *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 23(2) 154–158. <https://doi.org/10.12961/aprl.2020.23.02.02>

Bonefeld, Werner (2013). *La razón corrosiva: una crítica al Estado y al capital*. Ediciones Herramienta.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (2020). Actualización no 230. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 16.10.2020. Ministerio de Sanidad - Gobierno de España. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion\\_230\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_230_COVID-19.pdf)

Clarke, Simon (1991). *The State Debate*. MacMillan Academic and Professional LTD.

Doyal, Leslie y Pennell, Imogen (1979). *The political economy of health*. Pluto Press.

Endnotes (2010). Historia de la subsunción. Endnotes. <https://endnotes.org.uk/issues/2/es/endnotes-historia-de-la-subsuncion>

Europa Press (7 de octubre de 2020). CIG y CUT trasladan al Ministerio de Trabajo sus denuncias sobre "precariedad" y "sobrecarga" en la planta de PSA Vigo. Galicia Press. <https://www.galiciapress.es/texto-diario/mostrar/2113076/cig-cut-trasladan-ministerio-trabajo-denuncias-sobre-precariedad-sobrecarga-planta-psa-vigo>

Fariña Rodríguez, Joaquín (2018). *La tasa de explotación como medida de desigualdad global. (1973-2012)*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Castilla-La Mancha].

Fernández, María (3 de mayo de 2020). Residencias de mayores: un negocio en cuestión que factura 4.500 millones. El País. <https://elpais.com/economia/2020-05-02/residencias-de-mayores-cuando-la-busqueda-de-beneficios-devalua-la-calidad-de-los-servicios.html>

Foster, John Bellamy (2000). *La Ecología de Marx: materialismo y naturaleza*. Ediciones de Intervención Cultural / El Viejo Topo.

Fundación FOESSA (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*.

Gil-Blanco, Laura y Martínez-Jarreta, Begoña (2021). Declaration of COVID-19 as an occupational disease in healthcare workers: challenges and reality. *Medicina Clínica*, 157(3), 118–120. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.05.010>

Horton, Richard (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

International Labour Organization (2020). Global wage report 2020-21. Wages and minimum wages in the time of COVID-19. *International Labour Organization*.

Jarvis, Edward (1874). *Political Economy of Health*. Wright & Potter.

Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (2023). Mortality Analyses. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

López Fernández, Rubén (2020). Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en tiempos del Coronavirus. *Lan Harremanak*, 43, 202–215. <https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.21714>

- Marx, Karl (2016). *El Capital*. Tomo I, Vol. 2. Siglo XXI Editores.
- Marx, Karl (2018). *El Capital*. Tomo I, Vol. 1. Siglo XXI Editores.
- Mau, Søren (2019). *Mute Compulsion*. University of Southern Denmark.
- Mertens, Peter (2020). *Los olvidados. La clase trabajadora, la sanidad y la crisis que vendrá*. Atrapasueños.
- Mészáros, István (2011). *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. Boitempo Editorial.
- Munárriz, Ángel (18 de enero de 2022). El negocio del seguro de salud sube un 10% en la pandemia con un récord de casi 10.000 millones. *InfoLibre*. [https://www.infolibre.es/politica/negocio-seguro-privado-sube-10-pandemia\\_1\\_1217233.html](https://www.infolibre.es/politica/negocio-seguro-privado-sube-10-pandemia_1_1217233.html)
- Office for National Statistics (2021). Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales deaths registered between 9th March and 28th December 2020. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronavirusCOVID19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/latest>
- Oxfam Internacional (2021). *El virus de la desigualdad*. 10.21201/2020.6409
- Oxfam Internacional (2022). *Las desigualdades matan*. 10.21201/2022.8465
- Organización Internacional del Trabajo (2021). Observatorio de la OIT: La COVID19 y el mundo del trabajo. Estimaciones actualizadas y análisis. *Observatorio de la OIT: La COVID 19 y el mundo del trabajo*. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_755917.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_755917.pdf)
- Piqueras, Andrés (2018). Las sociedades de las personas sin valor. *Cuarta revolución industrial, des-substanciación del capital, desvalorización generalizada*. El Viejo Topo.
- Piqueras, Andrés (2022). *La decadencia de la política en el capitalismo terminal. Un debate crítico con los "neo" y los "post" marxismos. También con los movimientos sociales*. El Viejo Topo.
- Riera Font, Antoni; Ripoll Penalva, Aina M.; y Sbert, Josep Mateu (2007). Estimación del valor estadístico de la vida en España: Una aplicación del modelo de salarios hedónicos. *Hacienda Pública Española*, 181(2), 29–48.
- Rivas, Tamara (1 de diciembre de 2021). Álvaro Mena, internista del Chuac, en A Coruña: "Se habla de las camas libres en las ucis como si fuese la gestión del "stock" de botellas de un almacén". *La Voz de Galicia*. [https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/coruna/2021/12/30/alvaro-mena-internista-chuac-habla-camas-libres-ucis-fuese-gestion-stock-botellas-almacen/00031640870432573273819.htm?utm\\_source=facebook&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=fbgen](https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/coruna/2021/12/30/alvaro-mena-internista-chuac-habla-camas-libres-ucis-fuese-gestion-stock-botellas-almacen/00031640870432573273819.htm?utm_source=facebook&utm_medium=referral&utm_campaign=fbgen)
- Rodríguez Ocaña, Esteban y Menéndez Navarro, Alfredo (2005). Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista. *Arch Prev Riesgos Labor*, 8(2), 58–63.
- Sacristán-Luzón, Manuel (1984). Algunos atisbos político-ecológicos de Marx. *Mientras Tanto*, 21, 39–49.
- Saito, Kohei (2022). *La naturaleza contra el capital*. Bellaterra Edicions.
- Salas-Nicás, Sergio; Llorens-Serrano, Clara; Navarro, Albert; y Moncada, Salvador (2020). *Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: estudio de la población asalariada de la encuesta COTS*. [https://istas.net/sites/default/files/2021-01/InformeCOTS\\_01072020-1\\_1.pdf](https://istas.net/sites/default/files/2021-01/InformeCOTS_01072020-1_1.pdf)
- Schmidt, Alfred (1977). *El concepto de naturaleza en Marx*. Siglo veintiuno editores.
- Sidera, Alba (10 de abril de 2020). Bérgamo, la masacre que la patronal no quiso evitar. *CTXT*. <https://ctxt.es/es/20200401/Politica/31884/Alba-Sidera-Italia-coronavirus-lombardia-patronal-economia-muertes.htm>

## **SOBRE LOS AUTORES / ABOUT THE AUTHORS**

Pablo López Calle: Doctor en Sociología y Profesor de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Sociología Aplicada. Líneas de investigación: Sociología del Trabajo, transformaciones productivas en la industria del automóvil; Sociología del Empleo: jóvenes, precariedad y sindicalismo; Historia Industrial y del Trabajo, colonias industriales y paternalismo industrial; Antropología visual y técnicas de investigación; Relaciones Laborales.

Sergio Pena Dopico: Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Líneas de investigación: Desarrollo capitalista y condiciones de trabajo; transformaciones productivas en la industria naval; Seguridad y Salud en el Trabajo; Relaciones Laborales; Acoso Sexual en el Trabajo; marxismo.