



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

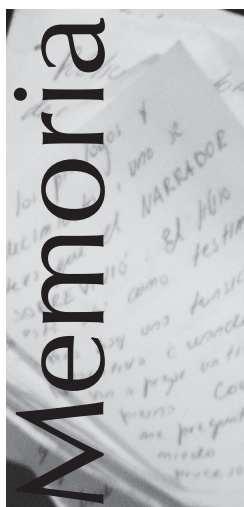
Maccacaro, Giulio Alfredo  
Carta al presidente del Colegio Médico  
Salud Colectiva, vol. 10, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 117-136  
Universidad Nacional de Lanús  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130512012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Carta al presidente del Colegio Médico

Letter to the president of the College of Medicine

**Maccacaro, Giulio Alfredo**<sup>1</sup>

**RESUMEN** Este texto reproduce la carta escrita por Giulio Alfredo Maccacaro (1924-1977) al presidente del Colegio Médico de Milán, publicada en 1972 en el libro *La medicina del capitale* de Jean-Claude Polack. Luego de más de 40 años, esta reedición en la sección Memoria e Historia tiene por objetivo recuperar la figura de Giulio Maccacaro, no como trayectoria individual, sino inscripto en un movimiento colectivo –junto a Giovanni Berlinguer, Franco Basaglia y tantos otros– que replanteó el papel de la medicina y logró conjugar la práctica científica con un fuerte compromiso social.

**PALABRAS CLAVES** Historia del Siglo XX; Salud de los Trabajadores; Reforma Sanitaria; Clase Social; Inequidad Social; Italia.

**ABSTRACT** This text reprints the letter written by Giulio Alfredo Maccacaro (1924-1977) to the president of the College of Medicine in Milan, published in Jean-Claude Polack's *La medicina del capitale* [The medicine of capital]. This reedition more than 40 years later, in the section Memory and History, seeks to recover the figure of Giulio Maccacaro not in his individual path but rather as a person inscribed in a collective movement – along with Giovanni Berlinguer, Franco Basaglia and many others – that rethought the role of medicine and combined scientific practice with a strong social commitment.

**KEY WORDS** History, 20th Century; Health, Occupational; Health Care Reform; Social Class; Social Inequity; Italy.

<sup>1</sup>(Codogno, 1924-Milán, 1977). Médico, cirujano, estadístico y biometrista. Figura relevante del movimiento sanitario italiano.

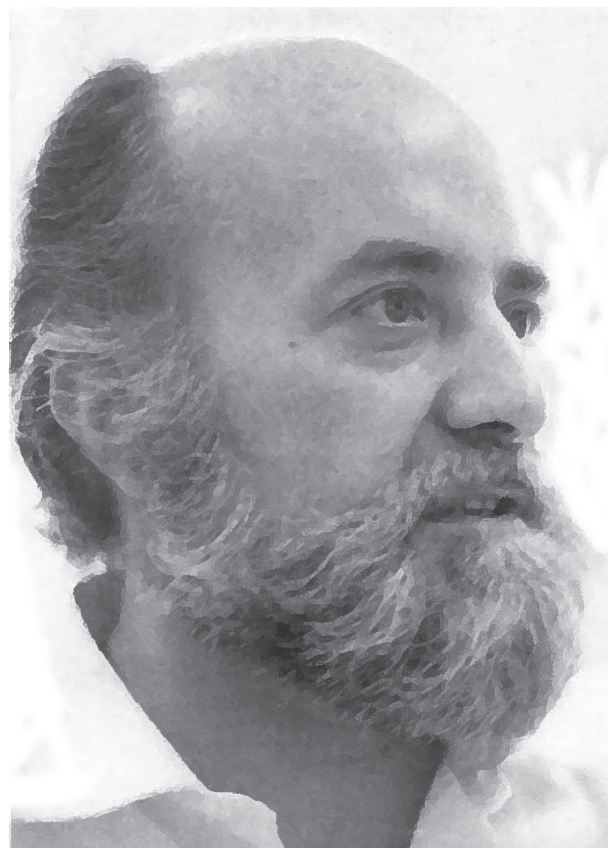
## ACERCA DE GIULIO MACCACARO Y EL MOVIMIENTO SANITARIO ITALIANO

Giulio Alfredo Maccacaro (1924-1977) nació en Codogno (Italia). Se graduó en Medicina y Cirugía en la Università degli Studi di Parma en 1948 y al año siguiente ingresó al Departamento de Genética de la University of Cambridge dirigido por Ronald Fisher. Regresó a Italia como director del Instituto de Estadística Médica y Biometría de la Università degli Studi di Milano, desde donde introduce las ideas de Ivan Illich, Thomas McKeown, Archibald Cochrane y Richard Doll.

Como editor, fundó la revista científica *Epidemiologia & Prevenzione*, actualmente editada por la Associazione Italiana di Epidemiologia. Dirigió *Sapere*, revista de divulgación fundada en 1935 en la que, desde un enfoque crítico, se abordaba la crisis de la energía y la ecología, los efectos de la dioxina en la ciudad de Seveso, la demografía, la tecnología de la información y la organización del trabajo, la comida industrializada, la genética, la psiquiatría, la psicología y la relación entre la medicina, la economía y el poder. En 1972 creó la colección "Medicina y poder" bajo el sello del gran editor y activista político Giangiacomo Feltrinelli.

La actividad editorial de Maccacaro se fundaba en la necesidad de traducir aquello que el movimiento sanitario italiano se planteaba como objetivo: vincular la práctica médica con un fuerte compromiso social. Esta concepción lo llevó a trabajar junto con Lorenzo Tomatis en diversas investigaciones sobre los agentes carcinógenos en las fábricas, que se tradujeron en una nueva legislación laboral en 1970 (Ley 300), y que influyeron en el desarrollo de la temática salud y trabajo en América Latina, en particular, en Argentina, en la conformación del Instituto de Medicina del Trabajo, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. A su vez, formó parte del grupo de Trieste con Franco Basaglia que dio origen a la Reforma Psiquiátrica de 1978 (Ley 180); y fue partícipe junto a Giovanni Berlinguer y tantos otros de la Reforma Sanitaria italiana, que se plasmó en la Ley 833 del mismo año.

El movimiento sanitario italiano fue el resultado de una vasta construcción colectiva que produjo, entre muchas otras acciones, "La Mozione



Giulio Alfredo Maccacaro (1924-1977).

de Castellanza", un documento que surge de la realidad obrera de la fábrica Montedison de Castellanza, y que fue firmado por agrupaciones como *Psiquiatria Democratica*; *Magistratura Democratica*; *Gruppo Ricercatori M. Negri Milano*; *Gruppo Prevenzione tutela salute di Castellanza*; *Gruppo Prevenzione e Igiene Pertusella*; *Collettivo democratico operatori lavoratori ospedalieri Biella*; *Collettivo assintenza sanità Montechari*; *Comitato iniziativa medica democratica Bologna*; *Collettivo operatori sanitari Bologna*; *Collettivo studenti in Medicina Milano*; *Comitato agitazione facoltà di Medicina Pisa*; *Collettivo Medicina Roma*; *Collettivo Medicina Firenze*; *Collettivo femminista di medicina di Firenze*; *Collettivo femminista 8 marzo di B. Arsizin*; *Commissione femminile comunista di Rifredi-Firenze*; *Collettivo Medicina democratica Legnano*; *Collettivo popolare di Rescaldina*; *Collettivo político S. Anna B. Arsizio*; *Collettivo dei delegati ospedale di Legnano*; *Collettivo político di Vicenza*; *Collettivo unitario di lotta per la salute Vicenza*; *Servizio medicina democratica per la*

*salute mentale Trieste*; entre tantos otros grupos y más de 600 adhesiones individuales. Este fue el origen de *Medicina Democratica: Movimento di Lotta per la Salute* y de la revista homónima, cuyo primer ejemplar se publicó en abril de 1976. Tanto el movimiento como la revista aún continúan vigentes.

Esta diversidad de agrupaciones refleja, por un lado, el compromiso colectivo en la reformulación del papel de la medicina y, por otro, el tipo de construcción social y el contexto histórico en el que se inscribe la figura de Giulio Maccacaro y la carta que reproducimos a continuación.

## CARTA AL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO

Señor presidente del Colegio Médico de la provincia y de la ciudad de Milán:

El 25 de septiembre pasado, mientras me extendía algunas líneas en el prólogo de *La medicina del capital*, usted me envió las siguientes líneas:

Con motivo de asuntos que le conciernen, le rogamos presentarse ante la sede de este Colegio el miércoles 4 de octubre a las 11:30 horas, a fin de ser atendido por el presidente o uno de sus delegados.

No tenía muchas dudas con respecto a las intenciones indagatorias de su invitación, pero no cometí el error de cuestionarme el objetivo de la entrevista. Pues, si usted me comprende, yo no soy ni Joseph K. ni siquiera un agrimensor: entre los pisapapeles y los ceniceros de su escritorio no podré buscar jamás mi culpabilidad ni mi salvación. Tanto más –pensé sin alegría– jamás la impronta un poco sudada de una mano que se mostrara impaciente de tenderse como un abrazo en un saludo nos parecía imposible.

Sin embargo, el 4 de octubre me presenté puntualmente ante su algo intimidante presencia, y escuché los cargos que se me imputaban con toda atención, como usted puede atestiguar, y con la crueldad que yo ahora confieso. En efecto, a medida que usted me iba leyendo –como si fueran cargos de acusación– palabras y pasajes de un trabajo mío, presentado hace poco en Perugia, donde fui invitado por el Instituto Italiano de Medicina Social, sobre el tema “*Información*

*médica y participación*” –por el engrosamiento de los estrechos pliegues de su frente, por la ligera refracción del sudor sobre su labio, el trastabillar de las palabras y lo accidental de las pausas– me resultaban claros y conmovedores su cansancio y la inutilidad de los mismos: sus capacidades de discernimiento y de voluntad, visiblemente impedidas, demostraban en conjunto su éxito desigual.

Yo mismo luché para reconocer, y no siempre reconocí –en el eco de esa dicción vacilante– la voz acaso familiar de mis opiniones expresadas en un debate público sobre el poder y el sometimiento de la medicina en la sociedad del capital, sobre las deformaciones que producen ambos en el ejercicio de la medicina y en la relación médico-paciente, sobre las inherentes responsabilidades y complicidades de la información sanitaria.

Podría haberlo ayudado a comprender, señor presidente, pero no lo hice: hubiera sido contaminar la claridad de una situación ejemplar. Le hubiera dado un poco de tranquilidad, pero le habría quitado un poco de la altanería necesaria para poder decirme –un poco más adelante– que usted consideraba la posibilidad de aplicarme sanciones disciplinarias. Ahora usted ve por qué –levantándome y rechazándole cualquier contestación a protestas no formuladas ritualmente, tanto para el presente como para el futuro– me despedí evitando la tentadora trampa de un acercamiento.

Mi crueldad no era, entonces, brutal: tal vez solo una manera de ocultar una solicitud y una comprensión que no quisiera que usted juzgue complaciente. Todo lo que veo es la formalización de su investigación.

Creo, sin embargo, que su iniciativa supera desde ya la irrelevancia –tenga a bien creerlo– de nuestras personas. Las investigaciones realizadas

recientemente y las noticias recogidas por otros están de acuerdo en señalarle a usted como el primer presidente de un Colegio Médico –al menos durante la época posfascista– que se considera apto para indagar las opiniones emitidas por un médico, que es a su vez docente, durante un debate científico y político. Y de poder hacerlo en nombre y en defensa de una así llamada “dignidad profesional”, que no se siente nunca mancillada ni ofendida por la venalidad y la violencia, por el servilismo y la prevaricación de alguno de sus miembros, sino por el diagnóstico de estos males y por la investigación de sus causas.

Este diagnóstico y esta investigación, que penetran profundamente en la matriz social y política a partir de la cual se expresa la medicina como sistema, son las raíces de las que crece el libro de Jean-Claude Polack. Usted me interrumpió justo en el momento en que estaba escribiendo el prólogo de ese libro: la impertinencia que el conde de La Fère muy severamente castigaba a espaldas del excelentísimo Grimaud. Pero no tema, este no es el punto. He pensado, retomando la pluma, en continuar el discurso donde había sido interrumpido, regresar a la página donde me había detenido. Pero no fue así: entre el libro y yo estaba interpuesto, incómodamente, el recuerdo opaco de su arrogancia.

El prólogo que había iniciado, señor presidente, y que quedará en un cajón, no asumía su existencia. Imaginaba lectores entre los cuales no era pertinente, preveía referencias que no le están disponibles, suponía compromisos que no sería generoso pedirle.

Yo quería presentar el libro de Polack dándole una ubicación cultural, indicando una guía de lectura, y sugiriendo los criterios para su uso. Es para esto que sirve un prólogo, sobre todo si se trata de textos difíciles.

Y por cierto que *La medicina del capital* no siempre es fácil. Esto es debido al esfuerzo –que tiene muchos antecedentes pero ninguno igual a este– de invertir, en un análisis coherente que usa los instrumentos del estructuralismo según una metodología marxista, toda la multiplicidad del sistema médico. Por la densidad siempre notable, a veces pesada pero a menudo fermentante, de una frase que no parece nunca satisfecha de significados dichos y aludidos. Por la oferta, extraordinariamente generosa pero acuciante, de

intuiciones –algunas sorprendentes– y de propuestas –algunas seductoras– para análisis y estudios ulteriores.

Desde un cierto punto de vista, entonces, el libro de Polack es un largo y extraordinario prólogo de eso mismo: invitación e indicación, índice y sumario, estímulo y advertencia. Especialmente agradable en sus partes, no menos y tal vez mejor que en el todo, por un estudio, un seminario, una investigación, un plan de trabajo al que es deseable que muchos contribuyan para lograr una inteligencia política cada vez más penetrante y transformante de la medicina.

El prólogo de un prólogo: esto, señor presidente, es en lo que se convertiría una pequeña página entonces interrumpida por su desagradable –¡pero tan instintiva!– intervención. Una obra que, en mi inmodestia, sospechaba fútil.

Pero ahora, después de haberlo conocido, sé que aun el prefacio de un título puede ser útil.

Señor presidente, el niño que nace hoy en día en un país con un elevado desarrollo industrial posee una perspectiva de vida media de alrededor de los setenta años, mientras que a partir de los grecorromanos hasta el siglo XVIII inclusive, este período de vida no excedía los treinta años. Hoy en día existe la misma diferencia entre los niños que nacen en nuestros países y los nacidos en naciones subdesarrolladas. Se verifica, por lo tanto, en el tiempo y en el espacio, que la transformación industrial ha aumentado la vida del hombre. Este tipo de informaciones es objeto de divulgación constante e incluso docente: todo el mundo las conoce y es probable que usted también. Pero no se enseña ni se divulga, y por lo tanto no se sabe, que la vida media no se diferenciaba según las clases sociales hasta los comienzos de la revolución industrial; es con ella que la muerte y la enfermedad aprenden a discriminar –cada vez con mayor atención y severidad– dentro de una misma colectividad, entre ricos y pobres, entre la clase del capital y la del trabajo. Esta tesis está demostrada por una gran cantidad de estudios realizados (a), cuya notoriedad rara vez sobrepasa la comunidad cerrada de científicos y especialistas: uno vive, se enferma y muere según su clase, como sobre la trágica cubierta del Titanic (b). Naturalmente, señor presidente, recordamos aquí el trágico fin del transatlántico a prueba de hundimientos solo como una fábula que, sin embargo,



se puede aplicar perfectamente a todas las sociedades ordenadas por clases.

En cambio, puede servir como ejemplo, entre los muchos posibles y probablemente el primero presentado como estudio científico en una revista tan responsable como es el *American Journal of Public Health* (4), el Cuadro 1 que describe la mortalidad de acuerdo a los ingresos en Providence, Rhode Island en 1865.

Las cifras hablan realmente por sí mismas pero, por si usted fuera reacio a entenderlas, quiero señalarle, además, la dramática diferencia entre la tasa general de mortalidad de los titulares con réditos impositivos (10,8 muertos cada 1.000 vivos) y los sin réditos impositivos (24,8 muertos cada 1.000 vivos), la diferencia espantosamente significativa entre los dos grupos en la edad de mayor rendimiento de trabajo, o sea entre los 30 y los 59 años, con un reporte de 10,36 muertos “no tasables” contra 1,4 muertos “tasable” entre los 40 y los 49 años.

Providence no es más que una entre las tantas ciudades de los Estados Unidos. Estoy de acuerdo, pero yo podría citarles datos actuales y comparables obtenidos por Rowntree (5) de la ciudad de York en Inglaterra, por Collins (6) de Copenhague en Dinamarca, por otros autores (1) de otras ciudades y otros países: todos narran la misma historia verídica que se repite en los decenios siguientes y empeora en los últimos.

El año 1865 no es más que un año entre tantos del siglo pasado, pero quisiera recordarle que en ese año Bismarck y Napoleón III se encontraron en Biarritz, Lincoln fue muerto en Washington, Proudhon publicó *La capacidad política de la clase obrera*. En ese mismo año en Inglaterra se obtuvo la refinación electrolítica del cobre, en Alemania el proceso Siemens-Martin para la producción del acero y en Francia se fabricaba el primer fusil de repetición. Fue en ese mismo año, mientras aparecía y se hacía famosa de inmediato la obra de Claude Bernard *La introducción al estudio de la medicina experimental*, que Pasteur iniciaba sus investigaciones sobre el origen microbiano de las enfermedades y Mendel comunicaba sus primeras observaciones sobre la herencia de los caracteres: se establecían así las bases para la determinación genética, la transmisión infecciosa y la patogénesis bioquímica como ideas germinales (luego *ídola* mistificadora) de la medicina moderna y científica.

Cuadro 1. Tasa de mortalidad por 1.000. Providence, Rhode Island, 1865.

Edad	Con rédito imponible	Sin rédito imponible	Muerte “sin rédito” por cada muerto “con rédito”*
0-1	93,4	189,8	2,03
1-4	40,3	66,6	1,65
5-9	15,9	15,7	0,99
10-19	3,0	8,2	2,73
20-29	6,0	11,8	1,97
30-39	4,5	15,5	3,44
40-49	1,4	14,5	10,36
50-59	8,6	25,1	2,92
60-69	15,1	39,5	2,62
70-más	32,9	138,5	4,21
Todas las edades	10,8	24,8	2,30

Fuente: Charles V. Chapin (4 p. 648).

\*Calculado al neto de la diferencia numérica entre la población de los “sin rédito” (44.080) y los “con rédito” (10.515).

Naturalmente, la trama de la política, la ciencia y la medicina aparecía aún como casual, pero la lectura de cronologías paralelas más analíticas y críticas, mostraría la necesidad y el designio de esta trama que puede ser definida, por lo tanto, como histórica.

Sin embargo, señor presidente, no hará esta lectura que reconozco es demasiado exigente. Así como la de este libro que busco hacerle comprensible al menos el título. Entonces...

Entonces, decir *medicina del capital* es dar mucho más que una indicación histórica o sociológica: es proporcionar el resultado de un análisis político según el cual la dirección del capital, en las sociedades donde rige suprema, se siente obligada por la necesidad de afirmarse y, por el control de sus contradicciones, a asumir la gestión total del sistema médico en todas sus partes y sus relaciones. En dichas sociedades, la medicina en cualquiera de sus ámbitos, ya sea en el científico o en el asistencial, en la práctica privada tanto como en la pública, en las aulas universitarias como en las salas de hospitales, pertenece siempre al capital, en el sentido de que es funcional para sus necesidades de conservación y de desarrollo, aun a través de las formas y las realidades del acto asistencial.

Las sociedades a las que nos estamos refiriendo son las que nacieron de revoluciones burguesas; nadie piensa negarle a la burguesía —a

su desafío antioscurantista y antiautoritario, a su empeño en el triunfo de la razón y la democracia— el rol histórico que en su momento fue auténticamente revolucionario aunque liberador a medias.

Esta primera contradicción, ¿debo pedirle permiso para decir algo tan elemental?, nació del hecho de que la burguesía, habiendo tomado conciencia de sí misma como clase, se subjetivó como afirmadora de esa redención social que objetivamente se aprestaba a negar sin piedad.

Ninguno de sus inventos fue más importante que el del sistema capitalista: fundado evidentemente sobre la producción social y la apropiación privada de bienes como condición necesaria para la reproducción y el aumento del capital mismo a través de la expropiación de la plusvalía que el capitalista —al cual le está permitido retener el beneficio— opera sobre el trabajador que debe necesariamente venderle su fuerza de trabajo; es así que este último se transforma en antagonista histórico del primero y la historia es la historia de sus luchas.

Está claro entonces, aunque muy simplificado, que el capital está interesado en consumir y conservar la disponibilidad de la fuerza de trabajo, o sea en conservarla en cuanto debe utilizarla, de manera y en medida tal que rinda al máximo, optimizando la diferencia entre el costo de conservación y el beneficio del consumo. A la medicina se le pide que ayude a resolver, dentro de la racionalidad científica, esta nueva y fundamental contradicción. El sistema capitalista debe asumir la gestión de todas las fases de la medicina, o sea la gestión del médico además de la del enfermo, de la enfermedad además de la gestión de la institución, de la enseñanza además de la gestión de la profesión, de la producción del fármaco además de la de su demanda, etc.

La ciencia médica se transforma en científica cuando y en cuanto el poder se hace burgués. La nueva clase dirigente no usó ni hubiera podido usar la ciencia del poder que se había empeñado en destruir —ninguna ciencia, tanto ahora como en el pasado, tiene alternativas distintas de las del poder que la determina— y fundó y desarrolló por sí misma una nueva ciencia y una medicina nueva, en cuanto científica.

Marchando hacia la conquista de la naturaleza y la explotación del hombre, esta última necesaria para la primera y ambas necesarias para

la acumulación del capital, la burguesía confirma una nueva inteligencia de la enfermedad, sustrayéndola de las influencias astrales, exorcizándola con las invasiones diabólicas y arrancándola finalmente de la metafísica del mal. Para que la fuerza de trabajo del hombre sea el flujo indispensable y regulable de alimentación del capital variable, es necesario que tanto la enfermedad como la salud, sean analizadas por una razón científica que afirme categóricamente su naturalidad física, asegure su reducción a hechos controlables y establezca la disciplina formulando leyes.

La nueva medicina esclarecida da a todo el pensamiento, no solo al científico (c), de los decenios siguientes y hasta nuestros días, dos modelos sumamente productivos y aprovechables: el hombre como caso particular de la naturaleza y la naturaleza como antagonista general del hombre.

La contradicción que contempla la doble necesidad de los dos modelos, está resuelta de acuerdo con la teoría de Darwin, de la competencia como ley económica de la naturaleza y como ley natural de la economía.

Del primer modelo se extraerá, como *subespecie médica*, esa cosificación del hombre que es la necesidad lógica y práctica de su uso científico (en apariencia de un uso humano de la ciencia) corriente y coherente desde el lugar de producción hasta la sala médica de experimentación (7).

En cuanto al segundo modelo, toda imputación casual —la enfermedad que se centraliza en el individuo a causa del ambiente socio-físico nocivo que lo rodea y que es oprimido a su vez por las imposiciones del sistema productivo— es centrifugada al exterior del sistema mismo, hacia un “allá lejos” natural donde anidan y germinan, los oscuros enemigos de la salud, solo exterminables por la ciencia; esa ciencia, se entiende.

La malaria deja de ser la consecuencia de una insalubridad secular para convertirse en el resultado de la inyección anofelina de *Plasmodium*, la tuberculosis pulmonar no es más el producto de las carencias y de ansias sino del *Mycobacterium tuberculosis*, el ataque cardíaco no es más el resultado de emociones dolorosas sino que se produce por la oclusión ateromatosa de una arteria coronaria. Esto es válido también para otras verdades numerosas, infinitamente reducibles.

Con esta verdad se ilumina la nueva ciencia y se construye la nueva medicina. Ellas lanzan su

desafío victorioso no solo contra los virus infecciosos, las pestes epidémicas, los flagelos carenciales, sino también contra toda esa patología que es desorden natural –calamitoso e imprevisible, irracional e incontrolable– o sea una amenaza oculta y pendiente sobre cada proyecto del capital al que le hace falta el trabajo del hombre: es decir, su posibilidad de existencia y su capacidad de producir pero sobre todo, la programación de su existencia para producir.

Esta es la meta y el límite de la ciencia médica capitalista: nacida de una clase por su voluntad de hegemonía y de un sistema por su necesidad de desarrollo. El reconocerlo –¿sigue usted mi razonamiento, señor presidente?– no significa desconocerle a dicha ciencia la objetividad estadística de sus éxitos, el posible uso de sus significados. Por el contrario, significa comprender correctamente su génesis y su desarrollo, su hipótesis y su determinación, la lógica y la contradicción, para poder llegar finalmente a comprender la crisis.

A esta lectura tiende, con sostenido empeño, este libro de Polack. Para una certificación muy sumaria de esta crisis están dedicadas las líneas que siguen.

Señor presidente:

...una gran parte de la población, posiblemente más de la mitad, no tiene acceso a ningún tipo de asistencia médica y para la mayor parte de los otros, la atención disponible no es adecuada a sus necesidades. Es una triste ironía que los más brillantes éxitos de las ciencias biomédicas no alcancen e proyectar sus efectos donde más se los necesita. Un número enorme de personas muere por enfermedades que se pueden prevenir y curar o sobrevive disminuida física y psíquicamente por carecer de las más elementales formas de ayuda por parte de la medicina moderna.

Estas palabras no me pertenecen y por lo tanto escapan a su investigación, pero espero que no a su consideración pues están firmadas por un estudioso norteamericano de la Rockefeller Foundation (8). En cambio, las que siguen se las debemos –pero es un modo de decir, ¿comprende?, para quien no vive en la absolución perpetua de cada deuda cultural– se las debemos, decía, a un conocido profesor de Harvard (Massachusetts):

La ciencia moderna ha aprendido a modificar el curso de las enfermedades, aliviar los dolores, curar síntomas graves, prevenir la invalidez, evitar muertes prematuras [...] Fármacos milagrosos como la penicilina derrotan enfermedades tales como la pulmonía, que unos veinte años atrás mataba a una cuarta parte de los enfermos. Como resultado, ha disminuido la mortalidad infantil y se ha alargado la vida media. Son muchos los que han escapado de una enfermedad crónica como la tuberculosis. La profilaxis ya ha permitido controlar algunas graves enfermedades mortales como la tos convulsa, la poliomielitis, la difteria y el tifus. Pero, como les voy a demostrar, desde hace veinte años nuestra salud no ha conocido más progresos y esto coincide, extrañamente, con una enorme expansión de los programas de investigaciones científicas en el campo de la medicina. Esta enorme expansión junto con el deterioro del campo sanitario constituyen la paradoja de la medicina moderna. (9)

A su vez uno de los más ilustres estudiosos de las ciencias médicas que tiene la Universidad de Londres y del Reino Unido, expone de la siguiente manera sus reflexiones alarmantes (10 p.821):

Si durante los próximos veinte años no se llevaran a cabo más investigaciones, o sea, si hubiera una pausa en las investigaciones, la aplicación de lo ya conocido, de lo ya descubierto, produciría una difusa mejoría de la salud mundial [...] Como presidente de la Comisión Consultiva para la investigación médica de la Organización Mundial de la Salud, miro esperanzado los nuevos progresos científicos que nos esperan, pero a veces me pregunto si la gran cantidad de dinero que se gasta actualmente, en muchos países, para investigaciones, no produciría un progreso más rápido y evidente en la salud de la humanidad, si se lo utilizara para aplicar lo ya conocido.

Es evidente como, por un lado, la incapacidad de la ciencia médica de asumir un significado cualquiera, al menos uno eficaz, para la mayoría de los hombres (Bryant) y, por otro lado,



su supervivencia a pesar de su asintótica impotencia de autenticarse como investigación de salud para la misma minoría que la hegemoniza (Rutstein) convergen a poner en duda, *por primera vez y desde su propio interior*, el sentido mismo de su continuidad. ¿Puede usted imaginar, señor presidente, una declaración más explícita de una crisis tan profunda? Yo no.

Creo que esta crisis, partiendo de las premisas que hemos formulado, aunque bastante inadecuadamente, es no solo plausible sino previsible. Hemos visto que la medicina científica, igual que la ciencia de corto alcance, ha sido la expresión de la burguesía por necesidad del capital, en nombre del progreso. Pero

...todos los progresos de la civilización o, en otras palabras todo incremento de las fuerzas productivas sociales [...] que resulten de la ciencia [...] enriquecen al capital y no al obrero, no hacen más que agigantar el dominio sobre el trabajo, incrementan la productividad del capital [...] Y el capital no es más que la contradicción en marcha: por un lado apela a todas las fuerzas de la ciencia y de la naturaleza, como así también a las de las combinaciones sociales y de las relaciones sociales. Por otro lado, quiere medir las gigantescas fuerzas sociales así creadas [...] y encerrarlas dentro de los límites necesarios para conservar como valor, el valor ya creado. (11 p.593)

Más banalmente, si nos disculpa, diremos que el capital ha intentado enmascarar su contradicción insalvable con el trabajo –esto es, su necesidad de explotación del hombre, perseguida con todos los recursos de la ciencia y la técnica– afirmando y en gran medida haciéndose él mismo, es decir, su señorío sobre la naturaleza que quiere al hombre objetivamente asimilado por la salud que pudo alienar y subjetivamente opuesto a aquella que pudo reivindicar.

Este esquema, que no agota toda la historia pero individualiza las líneas de tendencia –que por otra parte se reconocen fácilmente en la evolución de las disciplinas y en los programas de enseñanza médica– no podían más que entrar en crisis cuando hubieran llegado a chocar, como ha sucedido hoy en día, con dos nuevas realidades nacidas del fondo mismo de su contradicción. La

primera consiste en reconocer el crecimiento político de la clase obrera. Es cierto que esta

...no pudo asumir sobre sí el peso de la lucha si no fuera por los objetivos que se ponen frente a ella con una explícita caracterización de clase [de modo que] cualquiera fuera el objetivo de la fuerza productiva (y de la ciencia de manera particular) no puede, por lo tanto, actuar como objetivo explícito de la lucha de la clase obrera excepto en la medida en la cual sea inmediatamente atravesada a lo largo por la directriz fundamentalmente señalada por la contradicción de clase. (12 p.285)

Pero también es cierto que uno de los “objetivos científicos” hoy más identificados de la subjetividad obrera es efectivamente atravesado según la directriz indicada y la producción propia de la “ciencia médica” no solo por la fragancia de su rol racionalizante en la gestión capitalista de la salud social, sino porque en la defensa de la salud el proletariado ha reconocido un momento totalizante y decisivo de su lucha de clase.

La segunda realidad es la que surge en el interior de la medicina misma. La lucha contra las enfermedades infecciosas y en un sentido más amplio, fisiógenas –necesaria para una gestión controlable de la reserva y de la reproducción de la fuerza de trabajo pero usada aún, como ya se ha dicho, como envoltura patogenética, de la franquicia concedida a la nocividad de la producción– ha determinado la recesión: dónde, cuándo y cómo lo veremos mejor dentro de poco.

Por ahora es suficiente aclarar que la desaparición de una enfermedad vista como expresión de la “contradicción hombre-naturaleza”, ha puesto en descubierto, en el sentido de haberle transferido relevancia epidemiológica, a la enfermedad degenerativa y substancialmente antropógena que es, a su vez, expresión de esa “contradicción hombre-hombre” de donde nace la suerte del capital y a la cual no podría sobrevivir.

Ahora bien, si habiendo recorrido la mitografía del germen y de los genes, de la toxina y del virus como síntomas epifenómenos observables de una inescrutable e irresponsable desventura, la “ciencia médica” podía proclamarse y vivirse como a favor del hombre, por la inmaculada concepción del bien progresivo; a partir del momento

en que se impone la realidad abrumadora de una patología que nace de la organización del trabajo, de la expropiación del “tiempo vivo”, del empobrecimiento de la convivencia, de la alienación del cuerpo, de la descomposición social, de la aglomeración urbana, de la expropiación ambiental; en suma, de todo lo que sea forma, acto y materia de la explotación del hombre por el hombre, la “ciencia médica” misma está obligada a proclamarse y a vivirse como a *favor de algunos hombres*. No se le concede más ni neutralidad ni su ilusión: por lo tanto tampoco la inocencia. O sufre la condena eterna con el capital o se salva con el trabajo.

Este es el sentido que tiene su crisis que, si se expresa como la imputación del sistema, puede fermentar en sus protagonistas bajo la forma de toma de conciencia, siempre y cuando no se desanime moralmente pero se enriquezca políticamente: esto, señor presidente de médicos, sin duda mejores, significa reconocer y elegir la propia ubicación de clase.

Señor presidente, he intentado hacerle comprensible un título, no más, sugiriéndole que esta medicina es verdaderamente *del* capital en su nacimiento y en su crisis. He desarrollado para usted mi argumento apoyándome en la medicina científica en el sentido de “ciencia médica”, como aquella menos frecuentemente conseguida o más fácilmente absuelta de tales imputaciones. Ahora le pido el posible residuo de su atención para brevísimamente volverla –como corresponde a un carta que no puede soportar el compromiso de un análisis y menos de un boceto– por algunos momentos, hacia otros aspectos del sistema médico, así como son determinados, entre aquel nacimiento y esta crisis, por el mando capitalista.

Porque, por lo tanto, la sistematicidad nos es negada (pero solo por esta ocasión epistolar) y porque quiero mostrarle el clasismo de la enfermedad que afecta al hombre aquí y ahora, así como se lo estoy mostrando a continuación, en una fase de desarrollo del capital y de su medicina, y porque no tengo intenciones de ceder a las trampas de la aproximación ya inicialmente rechazada, procederé –si me lo permite– de una manera concéntrica desde el gran horizonte del planeta a aquello un poco más restringido de su jurisdicción.

Yo le había dicho que las grandes enfermedades infecciosas y parasitarias habían sido ya

eliminadas y es cierto: pero es cierto solamente para algunos países de la tierra y dentro de sus límites, no siempre en todas las zonas y a veces, en estas zonas, no para toda la población. Por cuestiones de espacio no puedo dar más que un ejemplo: elijo el paludismo, no por ser el caso más dramático sino por lo claro y bien documentado (13,14).

De los 2.736 millones de seres que habitaban la Tierra a fines de 1968, casi dos tercios, o sea, 1.733 millones, vivían en zonas de origen malarico. De estos 1.733 millones, solo 651 –¡poco más de un tercio!– vivían en zonas donde se había erradicado el paludismo. Esto explica cómo es posible, aunque resulte repugnante, que una enfermedad tan conocida hace mucho tiempo y contra la que se posee todo un sistema de prevención y de curación, haya sido contraída anualmente durante la década de 1960 por entre 100 a 250 millones de personas, con una mortalidad de 1 a 2 millones por año. Ahora bien, si no observamos solamente cuántos muertos hubo ni cuándo murieron, sino cómo y dónde murieron, vemos con nitidez topográfica, que los países colonialistas se han liberado del paludismo y se lo han dejado a los países explotados y desangrados por ellos.

No, señor presidente, no me diga que esta explicación es tendenciosa. Le traigo como testimonios de la verdad a Bélgica y el Congo. El largo y cruel martirio impuesto por el primero sobre el segundo, por sus ansias de riqueza, es conocido mundialmente. Es sabido también que en todo el territorio del Congo el paludismo es todavía una enfermedad endémica mientras que en Bélgica es desconocida. Usted objetará sin duda, que los belgas no tienen la culpa de que su país esté en Europa septentrional y el Congo en África subtropical. Al contrario, la culpa la tienen justamente los belgas, quiero decir, el capital colonialista de Bruselas y sus alrededores, pues primero demostraron que el paludismo podía ser erradicado *también del Congo, independientemente de su latitud* y luego limitaron dicha demostración a las zonas circunscriptas a ¡los habitantes de raza blanca! ¿Ha notado usted cómo el bisturí del capital, con la seguridad de un cirujano separa en la carne de la humanidad, seleccionando a quienes pueden morir y aquellos a quien les está permitido salvarse, para proporcionarle sus servicios y sus riquezas? ¿Se ha dado cuenta también que en escala continental, la crisis de la medicina se hace cada

vez más intensa? Desde hace cinco años la lucha en el mundo contra el paludismo no ha tenido más éxitos; por el contrario, en los países donde se secaron los terrenos maláricos y donde sobreviven la explotación, la miseria y la indigencia, han vuelto a aparecer los focos endémicos. Este es el comentario al respecto de una de las revistas médicas inglesas de mayor prestigio:

Aun cuando la aplicación firme de los conocimientos científicos pueda reducir la distancia entre la salud y la enfermedad, el ejemplo del paludismo demuestra qué difícil resulta usar con eficacia los recursos de la técnica cuando las condiciones sociales y ambientales están por debajo de ciertos niveles. (15 p.598)

Está claro, por lo tanto, que cuando los países del imperialismo capitalista y sus instituciones benéficas envían cargamentos de especialistas y naves llenas de remedios a los países donde imponen aún regímenes y gobiernos que garantizan su dócil explotación, saben perfectamente que la primera operación sirve solamente para encubrir la segunda. Es por eso que lo hacen y es por eso que el médico que participa en esta acción debe elegir entre contradecirse a sí mismo o contradecir al sistema, es decir, debe afrontar su crisis.

Ya le he dicho, señor presidente, que el paludismo no es más que un ejemplo de la verdad, entre muchos posibles; verdad que sigue siendo la misma hoy que hace un siglo: la medicina del capital maneja las enfermedades según sus propios intereses, haciéndolas recaer según las estadísticas en escala internacional, desde los países que detentan el dominio imperialista, sobre aquellos que lo padecen. Lo mismo sucede en los diferentes países: desde las clases dominantes sobre las dominadas.

Si aún le quedara alguna duda, lea con atención el párrafo que le transcribo a continuación de la Segunda Declaración de La Habana (4 de febrero de 1962):

En este continente de casi 200 millones de seres humanos, formado en sus dos terceras partes por los indios, los mestizos y los negros, por los "discriminados", en este continente de semicolonias, mueren de hambre, de enfermedades curables o vejez prematura,

alrededor de cuatro personas por minuto, de 5.500 al día, de 2 millones por año, de 10 millones cada cinco años. Esas muertes podrían ser evitadas fácilmente, pero, sin embargo, se producen. Las dos terceras partes de la población latinoamericana viven poco y viven bajo la permanente amenaza de muerte. Holocausto de vidas que en 15 años ha ocasionado dos veces más muertes que la guerra de 1914, y continúa. Mientras tanto, de América Latina fluye hacia Estados Unidos un torrente continuo de dinero: unos 4.000 dólares por minuto, 5 millones por día, 2.000 millones por año, 10.000 millones cada cinco años. Por cada 1.000 dólares que se nos van, nos queda un muerto. ¡Mil dólares por muerto: ese es el precio de lo que se llama imperialismo! ¡Mil dólares por muerto, cuatro veces por minuto!

Desgraciadamente, cuando el horror de este tipo de sistema fue extirpado de la isla de Cuba, cuando llegó el día de la liberación del colonialismo capitalista que mantenía oprimidos, tanto al hombre como al médico, despojando a uno de su vida y al otro de sus funciones, ese día "en Cuba se hallaban un poco más del 50% de los médicos, todos los demás habían huido junto con los ricos, los especuladores y los opresores, dejando al pueblo solo con sus enfermedades" (16), para desembarcar en las costas del capital. Puede ser que esto también le ayude, señor presidente, a entender el título de este libro.

Sin embargo, es posible que para usted sea más útil dejar de lado este flagelo mundial: el paludismo y el drama sanitario de un continente subdesarrollado como el de Sudamérica, para concentrarse mejor en la patología de los países desarrollados y prósperos que han conocido el desarrollo industrial, la revolución burguesa y el triunfo del capital.

Es en este punto en que me encuentro verdaderamente en una dificultad. Debo, quisiera, recorrer con usted todo el arco de enfermedades relevantes en los países que he nombrado y en el nuestro, para demostrarle estadística y críticamente —esto es, considerando las reglas e interpretando las excepciones— como de voz en voz, de noxa en noxa, de enfermedad en enfermedad se reclamará con angustiosa evidencia el gradiente

social y la gravedad con que en las clases sociales subalternas recae el peso de la enfermedad que es auténtica expresión de la tasación hecha por aquellas dominantes: una transfusión cruzada que sigue siendo horrenda aunque colabore con todo el aparato médico.

Mi dificultad, es obvio, depende exclusivamente de la amplitud del aquel arco y de la riqueza de aquellas estadísticas que quisiera mostrarle e ilustrarle si pudiera destilar aquí la biblioteca del instituto al que tengo el honor de servir y, ahora, para cumplir con su compromiso de estudioso. Me limitaré, por tanto, a reclamar su atención sobre dos extremos de aquel arco, esto es, sobre enfermedades mentales en el extremo físico y sobre el cáncer en el extremo somático de una patología que, por otro lado, es siempre somatofísica.

En cuanto a las primeras me remito naturalmente a la investigación, muy famosa pero no única, sobre las relaciones existentes entre las clases sociales y las enfermedades mentales (3 p.205) y de la que he copiado, para su comodidad, una pequeña tabla reveladora (Cuadro 2). El comentario de los autores es el siguiente:

Al mirar los porcentajes nos damos cuenta que la clase I (que es la privilegiada, social y económicamente) tiene un número de pacientes igual a un tercio de lo que se podría suponer si la relación entre los enfermos de la clase I y la población de los enfermos mentales fuera igual a la relación entre los individuos de la clase I y la población en general. Asimismo, las clases II, III, y IV muestran porcentajes más bajos en la columna que se refiere a los pacientes. Por otra parte, el porcentaje de pacientes de la clase V (la menos favorecida en su aspecto socioeconómico) es superior al doble del porcentaje de los individuos que pertenecen a la clase V con respecto a toda la población. Esto nos dice que nuestra hipótesis, según la cual la pertenencia a una clase social determinada es un factor condicionante para que haya pacientes psiquiátricos, está fundada sobre hechos. (3 p.206)

Análisis posteriores y más detallados que han tomado en cuenta factores como: edad, sexo, raza, religión, y estado civil han demostrado, aun más claramente "que el mayor o menor número de las

Cuadro 2. Clase social (de I a V) y distribución de los pacientes y de los no pacientes (psiquiátricos) en la población.

Clase social	Pacientes	No pacientes
I	1,0	3,0
II	7,0	8,4
III	13,7	20,4
IV	40,1	49,8
V	38,2	18,4
	100,0	100,0

Fuente: Hollingshead AB, Redlich FC. (3 p. 205).

enfermedades mentales curadas está relacionado estrechamente con la clase social" (3 p.215).

Con respecto al cáncer, señor presidente, le sugiero un libro *Estudios estadísticos sobre las causas de las neoplasias malignas* (17) que posee una enorme riqueza de datos y de análisis que consultan los estudiosos de todo el mundo. En el primer volumen, de más de quinientas páginas, desfilan a través de sus cuarenta capítulos, las diferentes variedades y ubicaciones de los tumores: desde el cáncer de labios al de pulmones, de la laringe al intestino, del estómago al útero, etc. En la página 64, a propósito de los tumores de los primeros tramos del aparato digestivo (labios, lengua, faringe y laringe) encontramos por primera esta breve frase como comentario de una tabla colmada de datos: "es evidente que el cáncer de estos sectores estudiados es de mayor frecuencia en las clases más pobres que en las más ricas". Ahora bien, señor presidente, volvemos a encontrar esta frase, con raras excepciones, en todo el volumen, capítulo tras capítulo, de lugar en lugar, de tumor en tumor, como una denuncia reiterada que a pesar de la asepsia del lenguaje científico, no por eso resulta menos amarga y clamorosa. Igual que las lúgubres campanadas que sonaron 16 veces sin ser escuchadas, desde el campanario de Cirié (18) anunciando la muerte de otro obrero por cáncer de vejiga, producto de colorantes analíticos usados para que prosperara y aumentara el capital de una industria piemontesa.

Le he dicho, señor presidente, que de todo el arco de las patologías le he iluminado los dos extremos: no me diga que entre uno y el otro la discriminación de clase se anula o se da vuelta.

Ah, lo dice. Usted me quiere llevar a la patología cardiovascular, al infarto de los dirigentes, a la trombosis arterioesclerótica del presidente. Lo reconozco *et pour cause*. Según mis propios cálculos, la probabilidad de morir en el hundimiento de su propio yate es de 1,73 millones de veces mayor para el dueño de una industria mediana que para su obrero. Desde este punto de vista, reconozco que la clase de los trabajadores está incomparablemente mejor que la del capital. Pero al mismo tiempo quiero señalarle la existencia de estudios sobre la patología cardiovascular, que trastocan la tesis de Osler de 1910 y de otros contemporáneos que afirmaron que algunas enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos son una triste prerrogativa de las clases privilegiadas por el dinero. El estudio más reciente que yo conozco sobre el tema y que analiza críticamente muchos otros, llega a la siguiente conclusión:

Tanto si se refieren a las enfermedades cardiovasculares, como a las enfermedades del sistema circulatorio, a las enfermedades del corazón, a las enfermedades arterioescleróticas y degenerativas, al infarto cardíaco, los datos no confirman las tan aceptadas generalizaciones de Osler. (19)

Pero en otra ocasión –si es que habrá otra ocasión– le explicaré cómo, aun cuando esto no fuera cierto, la teoría de Osler no tiene sentido pues la verdad es que quien muere antes de envejecer tiene menos probabilidades de contraer enfermedades seniles. Con este fin y reduciendo nuestro horizonte geográfico a los límites nacionales, quiero señalarle este párrafo de un trabajo de Berlinguer (20 p.32). Él escribe:

Si bien las regiones económicamente atrasadas tienen un mayor índice de mortalidad infantil, esa tendencia se invierte en la edad laboral y el período de vida disminuye en función de la industrialización. Se producen más bajas entre los obreros. El fenómeno que más llama la atención es el aumento de accidentes de trabajo y de las “enfermedades profesionales” reconocidas legalmente, pero que no representan más de una sola parte de la patología unida al trabajo. Durante los veinte años entre 1946 y 1966 se han verificado

en Italia 22.860.964 casos de accidentes y de enfermedades profesionales con 82.557 muertos y 966.880 inválidos. Casi un millón de inválidos, o sea, el doble de los causados en Italia por las dos guerras mundiales, que fueron cerca de medio millón. Mientras que el término medio de los accidentes y de las enfermedades profesionales, en el período que va de 1946 hasta 1966, ha sido un poco superior a 1 millón de casos por año, durante el período comprendido entre 1967 y 1969 la cifra ha aumentado a más allá de 1,5 millón de casos anuales y en 1970 llega aproximadamente a 1.650.000 casos. Ya que durante estos años no ha habido un aumento de la ocupación industrial, estas cifras representan un índice claro de aumento de explotación en las fábricas y la menor posibilidad de renovar la capacidad de trabajo malgastada.

Señor presidente, para su estudio voy a incluir este dato local entre las estadísticas nacionales no desmentidas (d). En Turín, probablemente la ciudad italiana más infiltrada y poseída por el capital monopolizador, todos los días hay, término medio, treinta accidentes de trabajo *con pérdidas anatómicas*: una falange, un dedo, una mano... (e).

Ahora bien, si usted puede imaginar y tolerar durante breves minutos esta imagen de carne sanguinolenta y sufriente de todos los días, que posee una frecuencia y una regularidad tales que se transforma en una característica específica de un cierto tipo de producción, usted podrá tener una primera y elemental intuición de lo que se entiende por “apropiación del cuerpo por el capital”.

¿Es necesario que le diga que dicha apropiación –que no es solamente del cuerpo y no sucede solamente en la fábrica– alarga cada vez más sus tentáculos por todos lados, en todo momento y en todas las formas de vida individual y colectiva? Además ¿es necesario que usted me repita que la patología no es propiedad absoluta del capital cuando es evidente que todo el capital es patógeno y sigue siéndolo en todos lados donde llega a su dominio y su implementación? (f).

El control y la exacción, que conste, son capaces no solo de producir, como hemos visto, la enfermedad sino también de inventarla y, siempre por el propio beneficio, de reprimirla y de negarla. Porque se expresan a través de un sistema que



cuanto más se fundamenta sobre la uniformidad del producto tanto más necesita de la conformidad de los productores; cuanto más exigencias sienten ante la necesidad de su programación –para sobrevivir a las contradicciones que lo amenazan– tanto más restringen los límites de su tolerancia. Mejor que yo lo dice Basaglia:

...a niveles diferentes de desarrollo económico se manifiestan grados diversos de tolerancia en la confrontación de la enfermedad, lo que coincide con las diversas definiciones de enfermedad, que adquieren –al ser formuladas por los técnicos– un carácter de objetividad absoluta. (22)

Esto es verdad tanto para la enfermedad somática como para la mental (a la que se refiere el pasaje citado): contrariamente es verdad por la definición de una normalidad mental y somática cuyo umbral es continuamente desplazable por el capital de acuerdo a la cuota de desviación a su vez manejable (o rechazable) para su propia ganancia.

Para que quede claro, señor presidente –y aquí no presumo de más– quisiera ser apropiado sobre aquello que es obvio: que la ganancia del capital tiene la dimensión del tiempo y del dinero, y que estos se convierten en las coordenadas del juicio del “valer la pena” de la restitución a la normalidad y del “valer la fuerza” de la reducción a la conformidad.

Es la prueba de la selectividad con la cual el pasaporte para el reino de la “enfermedad” es entregado a las formas de padecimiento que tienen mayores y más inmediatos márgenes de recuperación de la fuerza de trabajo (enfermedades agudas, específicas, “síntomáticas”, traumáticas, etc.) y es negado a otras tantas (enfermedades crónicas, discapacidades físicas, deformidad psíquica, etc.) definidas en cambio como “estados” o “tipos” a los cuales la praxis y la institución médica le hacen vestir el uniforme de la exclusión irredimible.

A veces, señor presidente, dicha exclusión se produce por sí misma y recibe atención médica, aunque sea en forma póstuma. En este momento, estoy leyendo un trabajo de dos colegas: el profesor Virginio Porta y el doctor Giorgio Calderini (23) del sector neuropsiquiátrico del hospital “Ca’ Granda”. Sus investigaciones médico-sociales sobre las tentativas de suicidio (TS) en nuestra

ciudad están precedidas por unos apuntes, de los que he elegido este:

De un cierto modo, Milán está en la vanguardia del progreso económico y socio-cultural italiano [...] Con respecto a la época en la que tuvieron lugar nuestras investigaciones, se trata del período de mayor expansión económica, del así llamado boom industrial...

O sea, el período durante el cual el capital industrial del norte de Italia ha drenado, por sus necesidades de fuerza-trabajo, una gran corriente migratoria proveniente del sur, sin haber preparado de antemano las condiciones para recibirla, con excepción de algún trabajo en una obra o frente a una máquina. La relación entre suicidio e inmigración ha sido justamente uno de los problemas estudiados por Porta y Calderini. Voy a transcribir textualmente sus palabras:

...con respecto a la inmigración [...] los primeros tiempos después de llegar a Milán son los que conducen más fácilmente a la depresión e inclusive a la protesta, los dos grandes inductores a las tentativas de suicidio de los inmigrantes [...] De estos datos surge que, después de un año de su llegada a Milán, alrededor de una mujer cada 90 inmigrantes y un hombre cada 200 harán una tentativa de suicidio [...] Las mujeres meridionales se caracterizan por su bajo nivel socio-cultural: con frecuencia son analfabetas o iletradas, viven en habitaciones no destinadas a ser habitadas, como depósitos, sótanos, etc., su tiempo de residencia en Milán ha sido breve y están desocupadas o trabajan en tareas no especializadas [...] Parece ser que es este el grupo donde se manifiesta con mayor intensidad el trauma migratorio, símbolo de frustración y desadaptación económica, social y cultural [...] Debemos agregar que la mujer meridional no encuentra en el alcohol una solución para sus frustraciones; por el contrario, para el inmigrante hombre es una solución, pero la emplea en forma bastante moderada. (23 p.221, 254)

Me detengo en este horror, señor presidente. Le diré más, dentro de los límites de esta carta,

sobre la patología del capital, sobre el proceso de enfermar y morir de una clase no tiene más sentido ni propósito si esto no le basta, si usted no ha entendido aún.

Me gustaría que usted fuera un campesino meridional que hubiera sobrevivido a la mortalidad infantil en su tierra natal para terminar perdiendo en el norte, algunos años de su vida adulta como peón u obrero. Un hombre que haya aprendido que algunas enfermedades son para sus hijos pero no para los hijos de sus patrones. Un hombre que haya perdido los dedos bajo una prensa o se haya ganado un cáncer de vejiga. Un hombre que tenga que escuchar todos los días la tos silicósica de su vecino o ver la mueca de dolor producida por una úlcera...

Un hombre –como este, si no se ha dedicado al alcohol y su mujer no se ha arrojado por una ventana– podrá explicarle mejor que yo, señor presidente, de qué manera *la medicina del capital maneja las enfermedades del hombre en su beneficio*.

Naturalmente la medicina del capital no podrá dirigir las enfermedades, si no dirigiera también *al enfermo, al médico y a la relación* existente entre ellos, de acuerdo a una coherente lógica de clase.

Voy a tocar apenas el tema de las formas más virulentas y evidentes de esa dirección, que aparece en todos los diarios y semanarios, pues ambos vivimos en este medio, los dos conocemos por igual, aun cuando tengamos opiniones distintas al respecto.

En el centro de esta orgullosa ciudad, su irritante representación está cotidianamente renovada y topográficamente limitada allí (pero no solo) por cuatro calles que configuran su perímetro: es el Policlínico de Milán, se lo considera como una “vergüenza civil” (24) por su decadencia, su miseria y la cantidad de gente amontonada por todos lados. Alrededor de este “hospital” para los pobres desamparados con o sin mutuales, se apiñan como una “corona dorada” casas de reposo o clínicas privadas pulcras y confortables que ofrecen una excelente atención a los pudientes. Estos dos mundos sanitarios concéntricos, pero en realidad muy alejados, parecen estar separados solo por la distancia entre las dos veredas. En realidad, no tienen nada en común: ni la *privacy* del enfermo, protegida para unos y negada a los otros, ni la visita de los familiares, abierta para unos y restringida

para los otros, ni el ambiente agradable y decorado de unos y austero de otros, ni la disponibilidad de personal, que para estos abunda y escasea para los otros, ni la atención del médico *ad persona* que es un deber bien retribuido por un lado y virtud excepcional y muy alabada por el otro.

Sin embargo, señor presidente, quisiera que observara bien otras cosas –ya que todas son significativas y cada una de ellas es intolerable– para buscar el más auténtico mensaje de una representación tan sorprendente, casi didáctica, de la discriminación de clases entre hombres, que no menos que la misma enfermedad puede convertir en iguales, para recoger el sentido profundo y clamante de este paradójico acercamiento –¿asediante o mendigo?– que la medicina de los ricos dispone y atesta alrededor de la de los pobres.

Esta paradoja nos remite a otra y con esto se resuelve el dilema: esos dos mundos, que no tienen bases comunes, se reparten las cimas, esos universos tan disonantes, tienen un único director de orquesta; esa distancia, pequeña pero inalcanzable, es atravesada diariamente por una persona: el clínico famoso.

Y es justamente él, académica y socialmente reconocido como el mayor exponente de la autoridad en diagnósticos y poder terapéutico, es él quien consigue reafirmar la unidad del mando en la ubicuidad de la presencia *ubi Petrus ibi Ecclesia*, como así también para el capital, señor presidente.

Pero no me sobreentienda una vez más: ni a mí ni a este modesto esfuerzo nos importa, en lo más mínimo, la dimensión venal del asunto. No interesan las ganancias sino *el papel del clínico*. Es necesario aclarar que se lo llama, en el mundo de la medicina de la clase dominante, por su supuesta doctrina y práctica, sus conocimientos y experiencia que, como haré resaltar nuevamente, las ha tomado y los toma diariamente de otro mundo: el mundo de la clase subalterna.

Aquí se elabora la ciencia médica, se estudia sobre el enfermo, se hacen experimentos clínicos, se aprueban nuevos métodos quirúrgicos; allá, en la vereda de enfrente, se espera la llegada y la ofrenda del fruto de ese trabajo.

El hospital es la sede de un contrato tácito; la burguesía acepta la tarea de cuidar a los pobres y estos internados ofrecen sus cuerpos

y sus vidas para los experimentos terapéuticos, los métodos de observación y de tratamiento, de donde los ricos volverán a sacar ventajas. (25 p.7)

El clínico es un escribano vigilante del tácito contrato y el ejecutor escrupuloso de ese legado. Creyéndose amo, sirve a su patrón dos veces: la primera, cuando se inclina ante la clase del capital y agrava su poder sobre la clase trabajadora; la segunda, cuando –no importa si a sabiendas o no– impone al enfermo la máxima e indeclinable exigencia del sistema: hacer del hombre una cosa, de su salud una mercancía, de su vida un bien utilizable para la producción de bienes de consumo.

Hacer del hombre una cosa, cosificarlo: yo sostengo que esta es la tarea aceptada y llevada a la práctica por la medicina del capital, el tipo de medicina que le ha permitido a usted ser presidente del Colegio Médico de la provincia y ciudad de Milán.

Era un obrero, tenía 32 años, una mujer y dos hijos. Era también donador voluntario de sangre, inscripto en regla. Una mañana de agosto, regresando de un turno de noche en la fábrica, recibió una llamada. Fue, donó 300 cc de sangre, regresó a casa y murió antes del amanecer. Murió después de un día entero de agonizar, por infarto del corazón. Pero ¿fue una desgracia inevitable? Aquel hombre tenía un defecto cardíaco: una insuficiencia mitral estenótica establecida en otro tiempo y lugar. Basta con una oreja sobre el pecho para hacer el diagnóstico: pero los médicos del ente al que el obrero donaba su sangre no le habían realizado jamás siquiera una visita (g).

Me alejo ahora de nuestro relato –porque no debe ser contaminado– de todas las emociones causadas por la suerte de aquel hombre y de su familia. Así como renunció –porque en esto son irrelevantes– a cualquier consideración sobre el servicio de transfusiones en general y sobre sus empleados. Digo solamente que aquel obrero está muerto porque el capital y su medicina lo han usado como a una cosa. Estuvo mal no haberlo entendido, estuvo mal el confiar, estuvo mal el altruismo: manifestación auténtica del deseo de reafirmar la propia humanidad.

Pero el proceso de reificación estaba ya demasiado avanzado, incluso en alguien tan joven,

iniciado muchos años atrás en la fábrica donde “la maquinaria se abusa del obrero al transformarlo en una parte misma de la máquina” (33 p.466), continuado hasta el último día con la inversión del tiempo natural del ser humano “por la exigencia de los implantes”, confirmado por una medicina que lo había curado de una endocarditis reumática sin hacerle comprender las consecuencias, y finalmente concluido con el encuentro con un “banco de sangre” donde fue tratado objetivamente como una cosa: una cosa traída a pedido y contenedora de cerca de cinco litros de sangre AB Rh negativo, siempre fresca para eventuales retiros.

El caso es extremo y esclarecedor: es lo que llamamos “un ejemplo” porque en él subyace una regla. Es la férrea regla del capital y la enunciación: que el hombre no es una cosa necesaria para producir otras cosas. El trabajador es verdaderamente hombre en una dimensión: aquella de la fuerza de trabajo que puede ofrecer y reproducir. Fuera de esta dimensión no tiene nombre, ciudadanía, existencia.

Así que si sale –porque enferma– el sistema debe interesarse en él y adoptar en su contra una de tres decisiones: excluirlo, negarlo o curarlo. No se concibe una cuarta y ya estas deben ser cuidadosamente evaluadas y precisamente ejecutadas: mejor confiar en un brazo secular de probada competencia y sometimiento, que es la medicina del capital, al momento de gestionar la empresa del caso de la asistencia del individuo. Su primera preocupación es hacer callar “todo aquello que, en la enfermedad, a pesar de la pantalla de la medicina, protesta contra el orden social y entonces, en su toma de conciencia, lo amenaza” (25 p.3).

Solo quien no haya leído uno de los libros más importantes de la posguerra (27) ignora que el modo más resolutivo para el cumplimiento de estos fines es la *exclusión* médica que, en los manicomios, en los hospicios, y en otros lugares, oculta el escándalo de la enfermedad y ratifica al paciente no solo como hombre, sino como cosa para otras cosas. En la medida en que vaya perdiendo todo crédito como proveedor de fuerza de trabajo y como elemento ordenable de una máquina productiva, será llevado a esa extrema reificación que es no solo la pérdida de la propia identidad sino también la incerteza del propio lugar.

La *negación*, señor presidente, es más sutil pero ciertamente más usada por la corriente

práctica médica como primer dispositivo de gestión del padecimiento del paciente, que debería bastar para el reconocimiento de su autenticidad como paciente a la investigación de la apelación de sus síntomas. Negando una y silenciando otras, el trabajador que sigue enfermo es puesto frente a la alternativa de reconocerse sano o injustificadamente improductivo. Naturalmente, la medicina del capital cuenta con el auxilio de la ciencia para una operación de este tipo, que debe confirmar la “existencia” de la enfermedad, en torno a la cual gira toda la enseñanza médica impartida en nuestra facultad. Si la enfermedad “existe”, el enfermo es aquel al que han azotado una o más enfermedades y el sano es definido negativamente: como aquel que no tiene ninguna enfermedad. Si, entonces, esta es objetivable en cuanto a su existencia, existe solo en cuanto es objetivable. Bastará la observancia no desinteresada de estas cláusulas para hacer plausible la diéresis entre síntoma y enfermedad, entre dolor y daño, entre sufrimiento y afligido: donde nace –del vientre de una medicina alienada– la figura del enfermo sin enfermedad, restituido al deber de su trabajo y al silencio de su protesta. Se afirma que son sanos todos aquellos que no están enfermos, así como hay un cierto número de enfermos que no saben que están sanos, y aunque es cierto que están enfermos todos aquellos que no están sanos, también hay un cierto número de sanos que no saben que están enfermos (28 p.259).

Pero la tradicional distinción entre enfermo “funcional” y “orgánico” (29) ayuda a restringir al instante la credibilidad del sufrimiento, negada y rechazada cuando no presenta las credenciales de las lesiones. Sobre el enfermo “funcional” –ejemplarmente sobre el obrero que carga con la usura de energía física y psíquica producida por la fatiga y la nocividad, del tiempo y del ritmo, de la repetitividad y del confinamiento, de la tensión y de la monotonía de un trabajo inhumano– carga el peso de la prueba: ¿aprender a ser un “orgánico”!

Partiendo de estas premisas, señor presidente, el capital pudo llegar a decir –con la voz autoritaria de su medicina científica– que la desigual distribución de las patologías en las clases sociales –documentada por una cantidad impresionante de datos concluyentes, de los cuales solo una minúscula fracción ha sido recordada– no debe entenderse en términos de *enfermedad* sino

en términos de *malestar*. En efecto: la clase trabajadora no *sabrá*, pero *se sentirá* más enferma que la del capital (30 p.67). Y es creíble a tal punto que la precede en el camino al cementerio.

Para apartarla de un error tan ingenuo, la medicina del capital ha inventado su último truco: una medicina profética que se hace pasar por medicina preventiva. El diagnóstico precoz, el *check-up*, los *screenings* de laboratorio, los test multifacéticos: todas estas cosas que, gracias a una propaganda estentórea realizada por el *battage* conjunto de la medicina y la industria y que llega incluso hasta la clase trabajadora, son totalmente ineficaces e inoportunas para velar por la salud (31 p.1); no hace más que asumir, dentro de la presunta e irrealizada función de búsqueda de la enfermedad, la negación de la misma en un mayor nivel de racionalización y administración. Sus funciones reales son la de servir de tranquilizante social, llevando a cabo con *dépistage* de algún enfermo realmente “orgánico” (cáncer, diabetes, etc., cuyo destino seguirá por desgracia, inalterado) para poder dar, ante los demás, la falsa seguridad necesaria para prolongar en el tiempo su posible explotación.

La verdadera medicina preventiva, señor presidente, la única que tiene un sentido real, no es aquella que nos propone el capital, sino aquella a la cual el capital se opone. Es la medicina que busca las causas patógenas y las elimina en vez de quedarse en los efectos y disfrazarlos bajo el artificio de su reconocimiento precoz. Pero si las causas están en la forma de producción, en la administración social, en el ritmo forzado de vida que el capital ha impuesto e impone, o sea, si el capital es –que sin duda lo es– patógeno en sí mismo, ¿podrá la medicina luchar contra el capital y a favor del hombre, esa medicina que es la mediadora de su poder sobre los hombres?

Por otro lado, he admitido que esta medicina no se limita a excluir ni a negar al enfermo; a veces lo cura y, por lo tanto, se sienta al lado de su cama y está al fin “de su parte”. No es cierto, señor presidente. Al negar esto no quiero poner en duda la certeza subjetiva que puede tener el médico, considerado en forma aislada, de su papel filantrópico, vivido con dedicación y gratificado por el reconocimiento de su obra. Lo que quiero decir es otra cosa muy diferente. Es que para la medicina del capital, la *administración de la atención*, dispensada al trabajador, está dirigida

a conservar la identidad que le atribuye el sistema de producción.

La “cosa” que no funciona bien debe ser reparada y devuelta a sus funciones. Esto es obvio. Lo más importante, aun cuando menos obvio, es que durante el proceso la “cosa” no vuelva a transformarse en hombre y que, como tal, haga imposible su ulterior reintegración, aun cuando se lo haya preparado. En consecuencia debe ser mantenido en su estado, bajo una vigilancia atenta y continua, durante todo el proceso sanitario, amenazado por el peligro de que la “cosa” tome conciencia de su situación, que la enfermedad se transforme en acusación y de que el capitalismo sea imputado.

Curar querrá decir, desde el punto de vista del diagnóstico, reducir al enfermo a su enfermedad, la enfermedad a su localización orgánica, el órgano enfermo al daño objetivable, el daño a una marca, y la marca a su medida. Luego, desde el punto de vista terapéutico, deberá recorrer el camino inverso: la corrección de la marca disfrazada como eliminación del daño, el silencio del órgano como derrota de la enfermedad, la desaparición de la enfermedad como devolución de la salud.

En este proceso, que se repite cada día en las clínicas y los pabellones, el hombre hecho cosa es transformado en cosa de otro hombre: un amo o un médico no hace diferencia si la ciencia del médico es la del amo.

Bajo las ordenes de estos, el médico gestiona al paciente en una relación estrechamente interindividual de la cual, como es lógico, señor presidente, los Colegios defienden enérgicamente el atributo privado. Es una relación de este tipo la que crea alrededor del enfermo la certeza de su soledad, en cuya consigna objetiva se renueva y se confirma.

En esta soledad, donde su historia se pierde en la anamnesis, su subjetividad puede ser rechazada por los análisis, e incluso su individualidad está despersonalizada durante la enfermedad, se le enseña a vivir como “caso” o sea, a alienarse aun como “cosa”.

Él está solo con su miedo y su esperanza, su dolor y su “mejoría”: tanto más solo cuanto más atendido, en apariencia, pero usado de hecho, para que él no descubra que su enfermedad no es más que su historia y que la historia no es de las cosas sino de los hombres y que la historia de los

hombres es la de sus luchas de clase y que solo con la victoria de su clase, él y sus compañeros podrán salvarse y estar sanos.

Esto es, por lo tanto, el núcleo lógico de la gestión capitalista del enfermo (h): coordinará todos los momentos de tales gestiones que pasan por la del fármaco, del hospital, del laboratorio, de las mutuales, etc., a lo largo de un mapa de clarísima pero exorbitante lectura en la que esta serie se centrará a continuación, en los volúmenes que usted no leerá, señor presidente.

Aún más, que otro médico lea estas líneas y esas páginas es mi viva esperanza: que lo ayuden a reconocer el peligro que corre, a rechazar su condena y a afrontar su crisis.

No importa donde esté su lugar de trabajo –en una clínica universitaria, en un hospital de provincia, en un barrio obrero, en un medio rural– la medicina del capital lo va a alcanzar, pues lo necesita. De él, el mando capitalista, que ha constreñido bajo su orden a la ciencia y a la medicina, al enfermo y a la enfermedad, que ha reducido al hombre a la cárcel de la alienación, exige que de esta cárcel él, médico, se haga custodio vigilante (32).

Por esto es que se le ha enseñado a *excluir*, a *negar* y a *gestionar* a los otros hombres: porque tal es la hipótesis realizada de toda prisión.

Lo que fascina de las prisiones es que por una vez el poder no se esconde, no se enmascara, más bien se muestra como tiranía portada al más mínimo detalle con total cinismo pero, al mismo tiempo, parece puro, totalmente “justificado” porque puede formularse enteramente dentro de una moral que encuadra con su ejercicio: su bruta tiranía se presenta entonces como sereno dominio del Bien sobre el Mal, del orden sobre el desorden. (33 p.69)

Así debe parecerle sobre todo a quien, aun dándose cuenta del poder, es a su vez pisoteado: el médico, pues.

A él le son dados la ventaja y el poder, la autoridad y el saber. A él, engatusado con los mitos de la “misión” y de la “libertad” profesional, le es concedido dictar las cláusulas, fijar los códigos de la relación con el paciente: suyos son, en verdad, el lenguaje y el discurso, el lugar y el momento, la regla y la libertad. Por él, sobre todo, se siente



halagada la subjetividad de un acto que debe hacer y confirmar, sobre otro hombre, el objeto.

Y esto solamente porque –resuelta la duda en la falsa conciencia, anestesiados los escrúpulos en la ganancia– él no se percata de ser un gestor a su vez gestionado.

No debe darse cuenta que su voluntad de curar al enfermo se destruye al devolverlo a las causas de su enfermedad, que su deseo de prevenir la enfermedad llega a su fin con la previsión de un sufrimiento que seguirá existiendo y que su propósito de ayudar en el sufrimiento, se apaga al calmar su protesta.

La suya, es por lo tanto, una situación de crisis igual que la del enfermo, con quien comparte la condena y la salvación. La única salvación del médico se encuentra en el enfermo que le pide ser salvado.

Conseguiré salvarse solo cuando aprenda, de corazón, a asumir su defensa, a estar a su lado en la lucha por los derechos de su salud y de su vida, cuando pueda rehacer con él una ciencia a su medida y una medicina a su servicio, cuando apoye a las clases explotadas contra las clases dirigentes y al trabajo contra el capital.

La medicina del capital habrá dejado de existir el día que los médicos comprendan la profunda politización y la potencialidad liberadora de su trabajo.

Y junto con ella, dejará de existir también, un Colegio Médico como este, un presidente como usted y el recuerdo de ambos.

Señor presidente, también la inquisición pudo conocer la grandeza y los inquisidores vestirse de majestad. Pero usted no me los ha recordado.

El escaso espicilegio de sus dichos (i) señala –en el nombre de un Centro de Defensa de la Dignidad del Médico– su reinención sanitaria del *officium inquisitionis haereticae pavitatis*, incluye algunos *edictos de fe* (pero no aquellos de *gracia*), refiere a algunos *autos de fe*, desgraciadamente

intenta de manera inútil un *sermo generalis*. Pero no contiene rastro, ni memoria, ni siquiera una sospecha de la teoría inquisitiva de un Bernardo da Guido, de la lucidez acusatoria de un Raimondo da Piñafont, del rigor fulgurante y terrible de un Juan Ruiz de Mendoza.

Ah, señor presidente, ahora me despido de usted, pero me siento preocupado. Cuando por una ingenua consulta mía, usted responde tener certeza de mi herejía porque la presenté en el aula de Perugia donde hablaba, yo sentí pena. No tanto por su valor, que falló en aquella ocasión frente a la epifanía de su persona y de su pensamiento –absolutamente mudo e ignorante a las crónicas de la convención– cuanto por mi temor, convertido en certeza, de que usted de la inquisición solo conocía las tentaciones y los vicios, pero no los cánones y los procedimientos. Yo sé, por el contrario, que la persecución de los *separantes* se a *comunitate aliorum* los distingue no solo en *haeretici, qui in suo errore perdurant* (entre los cuales usted me considera) y luego en *celatores, occultatores, receptores, defensores, fautores et relapsi*, pero también en *suspecti* (los cuales inocentemente se declaran) porque son culpables de haber escuchado, sin manifestación de disenso e invocación al exorcismo, un discurso herético.

¿Cómo es que aquello con lo que abrí entonces es ahora con lo que cierro? No creo, señor presidente del Colegio Médico de la Provincia y la Ciudad de Milán que el discurso enviado en estas páginas deba ser considerado herético. Aunque usted lo entienda así desde su retrovertido punto de vista. Porque, de hecho, la *communitate aliorum* lo separa a usted y no a mí, de aquella comunidad de compañeros, de colegas y de estudiantes que aún aquí –bien diferente a la transparente irrelevancia que le es homónima– me he dirigido convincentemente.

Milán, octubre de 1972

## NOTAS FINALES

a. Encontramos una buena descripción de los hechos en Aaron Antonovsky, *Social class, life expectancy and overall mortality* (1).

b. “...Podemos ilustrar nuestra afirmación recordando lo que sucedió cuando un transatlántico

de lujo, el Titanic, a prueba de hundimientos, chocó contra un iceberg durante su viaje inaugural en 1912. En esa catástrofe, la clase social de cada pasajero fue uno de los factores que determinaron quienes iban a morir ahogados y quienes iban a sobrevivir. La lista oficial de las víctimas demostró, que sobre un total de 143 pasajeros de primera clase, solo murieron

cuatro, de los cuales tres habían elegido voluntariamente quedarse a bordo. Entre las pasajeras de segunda clase, las víctimas fueron 15 sobre un total de 93 y en tercera murieron 81 mujeres sobre un total de 179. Los pasajeros de tercera clase recibieron la orden de quedarse bajo cubierta y en algunos casos esta orden se hizo cumplir bajo amenaza armada" (2 p.107) citado por Hollingshead y Redlich (3 p.12).

c. Por ejemplo, solamente en el campo literario, la deuda de E. Zola con C. Bernard es apenas una de las pocas reconocidas, entre las muchas contraídas.

d. En *Il Giorno*, del 10 de abril de 1969, en la página 4, dice que el mismo presidente del INAIL ha declarado a la agencia Italia que, el fenómeno (un millón y medio de casos en un año, un muerto

por cada hora laboral, un herido cada seis segundos) adquiere las dimensiones de una guerra.

e. Comunicación personal con H. Terzian.

f. Si no está convencido (y aun si lo está) lea uno de los mejores libros de 1972 (21).

g. Esta historia es históricamente precisa: se omiten nombres y datos porque el caso está siendo indagado en la Fiscalía de la República de Lodi (Milán).

h. Consultar los primeros dos penetrantes capítulos de M. Gaglio (16).

i. Consultar el *Bollettino Ordine dei Medici Milano e Provincia*, via Lanzzone 31, Milán.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky A. Social class, life expectancy and overall mortality. *Milgank Memorial Fund Quarterly*. 1967;45(2):31-73.
- Lord W. A night to remember. New York: Henry Holt and Company; 1955.
- Hollingshead AB, Redlich FC. *Classi sociali e malattie mentali*. Torino: Einaudi; 1965.
- Chapin CV. Deaths among taxpayers and non-taxpayers, incometax, Providence, 1865. *American Journal of Public Health*. 1924;14(8):647-651.
- Rowntree BS. *Poverty and progress: a second social survey of York*. London: Longmans Green; 1941.
- Collins SD. *Economic status and health*. Washington DC: U.S. Government Printing Office; 1927.
- Maccacaro GA. Prefazione. En: Pappworth MH. *Cavie umane: La sperimentazione sull'uomo*. Milano: Feltrinelli; 1971.
- Bryant J. *Health and the developing world*. Ithaca: Cornell University Press; 1969.
- Rutstein DD. *The coming revolution in medicine*. Cambridge: MIT Press; 1967.
- Rosenheim M. Health in the world of tomorrow. *The Lancet*. 1968;292(7572):821-822.
- Marx K. *Lineamenti fondamentali della critica dell'economia politica*. Firenze: La Nuova Italia; 1970.
- Schiavuta E. *Ricerca scientifica e sviluppo capitalistico*. Contropiano. 1970;(2):285.
- World Health Organization. *Official records of the World Health Organization*. 1969;(177).
- Chronicle of the World Health Organization. 1969;23:513.
- Vagotomy: the continuing story. *The Lancet*. 1970;1(7647):597-598.
- Gaglio M. *Medicina e profitto*. Milano: Sapere Edizioni; 1971.
- Clemmesen J. *Statistical studies in aetiology of malignant neoplasm*. Copenhagen: Munksgaard; 1904.
- Il Manifesto*. 22 jun 1972. p. 3.
- Antonovsky A. Social class and the major cardiovascular diseases. *Journal of Chronic Diseases*. 1968;21:65-106.
- Berlinguer G. *Medicina del lavoro*. En: *La salute nella fabbrica*. Roma: Edizioni Italia-URSS; 1972.
- Pacino D. *L'imbroglio ecologico*. Torino: Einaudi; 1972.
- Basaglia F, Basaglia F. Prefazione. En: Jones M. *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*. Milano: Etas Kompass; 1970.
- Porta V, Calderini G. *Indagine medico-sociale sul tentato suicidio*. En: *Suicidio e tentato suicidio in Italia*. Milano: Giuffrè; 1967.

24. Cervi M. Inchiesta sugli Ospedali. Corriere della Sera. 1969.
25. Polack JC. La medicina del capitale. Milano: Feltrinelli; 1972.
26. Marx K. Il capitale. Roma: Editori Riuniti; 1970. Vol I.
27. Basaglia F. L'instituzione negata. Torino: Einaudi; 1968.
28. Maccacaro GA. Elaborazione elettronica per la medicina preventiva. A.b.d.c.e. 1968;3(4):259-279.
29. Solignac P. Pour un nouveau médecin de famille. Paris: Flammarion; 1970.
30. Kadushin C. Social class and experience of ill health. Sociological Inquiry. 1964;34(1):67-80.
31. Maccacaro GA. Problemi di medicina preventiva. A.b.d.c.e. 1971;4(1):1-14.
32. Maccacaro GA. Neuropsicofarmacologia come repressione. Note e Rassegne. 1971;3:73.
33. Foucault M, Deleuze G. Les Intellectuels et le pouvoir. Le Nouvel Observateur. 8 may 1972. p. 69.

---

#### FORMA DE CITAR

Maccacaro GA. Carta al presidente del Colegio Médico. Salud Colectiva. 2014;10(1):117-136.

---



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

---