LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

La salud y la desocupación han constituído los dos principales problemas cotidianos y manifiestos de los trabajadores. La lucha por la salud dentro y fuera de la fábrica aparece en la actualidad como un eje contradictorio de los enfrentamientos y conciliaciones obrero-patronales. Este libro trata de analizar en qué medida la salud de los obreros constituye un problema para ellos, para el Estado y para la empresa capitalista, y cuáles son las alternativas políticas propias de los trabajadores.

SERIE SALUD E IDEOLOGIA

FRANCO BASAGLIA Y OTROS

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

APORTES PARA UNA POLITICA DE LA SALUD

EDITORIAL NUEVA IMAGEN

Serie Salud e Ideología
A cargo de Eduardo L. Menéndez

Franco Basaglia, Elio Giovannini, Silvano Miniati, Luigi Pintor, Agostino Pirella y otros
La salud de los trabajadores
Aportes para una política de la salud

Mario Timio
Clases sociales y enfermedad
(Introducción a una epidemiología diferencial)

Luigi Cancrini, Marisa Malagoli Togliatti
Psiquiatría y relaciones sociales

Donatella Bonino
El compañero médico
(Por una nueva relación médico-paciente)

Renzo Ricchi
La muerte obrera
(Análisis de las condiciones de salud de los trabajadores)

Pierre Achard y otros
Discurso biológico y orden social
(Crítica de las teorías biologicistas en medicina, psicología y ciencias sociales)

Eduardo L. Menéndez, Ricardo Loewe
Introducción crítica a la salud pública

La salud de los trabajadores
Aportes para una política de la salud

Franco Basaglia, Elio Giovannini,
Silvano Miniati, Luigi Pintor,
Agostino Pirella y otros

La salud de los trabajadores

Aportes para una política de la salud

EDITORIAL NUEVA IMAGEN

Primera edición en italiano, 1974.
Primera edición en español, 1978.

Portada: *Marcelo Christian Ahuerma*
Traducción: *Horacio Serafini*

Título original: *La salute in fabbrica. Per una linea alternativa di gestione della salute nei posti di lavoro e nei quartieri.*

© 1974, Savelli, Roma.
© 1978, Editorial Nueva Imagen S. A.
Sacramento 109, México 12, D. F.
Correspondencia: Apdo. Postal 600, México 1, D. F.

Impreso en México

ISBN 968-429-001-2

Índice

Prólogo de Eduardo L. Menéndez
El modelo médico y la salud de los trabajadores 9

Presentación 55

Introducción 59

Los temas de la lucha por la salud
Silvano Biagioni 61

Informes e intervenciones 71

Clase y salud
Giulio Maccacaro 73

Neurosis y sectores medios: ¿Una alianza de clase?
Massimo Gaglio 91

Una presencia militante
Mario Rosignoli 95

La autogestión de la salud
Felice Piersanti 101

La medicina en la región
Maurizio Mori y Piero Spagna 105

Defensa de la salud en la fábrica y artículo 9 del estatuto de los trabajadores
Luigi Ferrajoli 113

Por una patología colectiva
Corrado Clini y Aldo Fabiani 125

Un balance de la lucha por la salud
Giovanni Polletta 129

Son los obreros quienes definen la insalubridad
Franco Lusciano 147

Psiquiatría, represión, lucha de clase
Agostino Pirella 153

El proceso de la salud
Elio Giovannini 161

Segregación y control social
Franco Basaglia 175

"Dentro o fuera" no es un falso problema
Antonietta Bernardoni 189

Ofrecer una respuesta válida
Guido Biondi 193

Conclusiones políticas. Un encuentro abierto
Silvano Miniati 201

Moción final 215

Apéndice. La medicina de los pobres
Marisa Siccardi 217

La salud en la fábrica y el control obrero
Leonardo Tomasetta 229

Prólogo

El modelo médico y la salud de los trabajadores

Con este libro se inicia una nueva colección, que tratará de dar cuenta de la problemática salud-enfermedad en los diferentes niveles de la práctica social en los cuales dicha problemática se verifica cotidianamente. Los materiales que iremos publicando tendrán niveles diferentes de profundidad y generalización, pero a partir de una concepción crítica de los fenómenos de salud. Comenzar esta colección con un libro sobre "La salud de los trabajadores", no supone orientar toda nuestra producción hacia esta problemática, pero sí implica una decisión, la de relacionar permanentemente el proceso salud-enfermedad con los procesos sociales que la determinan. La salud o mejor dicho la enfermedad constituyen hechos estructurales para toda formación social conocida; expresan no sólo la potencialidad vital en términos demográficos estrechos, sino mucho más, expresan a la totalidad de la estructura. En la medida que el trabajo, los procesos productivos directos o indirectos constituyen todavía no sólo el eje de la productividad, sino el eje de la determinación de las relaciones sociales, la exclusión teórica de esta dimensión de la explicación de los procesos colectivos de enfermedad aparece como una clara expresión ideológica de gran parte de la producción actual sobre salud.

Este libro expresa a través de la producción teórica de un conjunto de profesionales, la intencionalidad de convertir a la salud en un eje político en el más amplio sentido del concepto, es decir implicando en el proceso salud-enfermedad las acciones de los conjuntos sociales, en particular de los trabajadores. Esta concepción no aparece generada en abstracto, es producto de un proceso social e ideológico en el cual la salud

aparece tempranamente como objetivo social de los trabajadores, y a veces como objetivo directo de sus luchas sindicales y políticas y que justamente en este libro que prologamos aparece como planteo político. Los trabajadores italianos, no sólo plantean el *non delega* ("no delegar") respecto del 'puesto' en la fábrica, sino también respecto de otras dimensiones básicas de la vida cotidiana *dentro y fuera de la fábrica.* Es este 'dentro y afuera' el que nos interesa recuperar en la medida que el mismo tiende a romper las limitaciones académicas y profesionales, no para negar la especificidad de una práctica (la práctica médica), sino para incluirla y determinarla a través de las acciones ideológicas y políticas, en este caso de los trabajadores. La salud de los trabajadores nos refiere de esta manera a una comprensión mayor de los procesos de salud, ya no como la visión 'profesionalizada' del personal de salud, sino como un proceso del cual la práctica médica es sólo una parte del conjunto de las prácticas sociales, y que además refiere necesariamente a los procesos estructurales donde esta práctica y la enfermedad y la salud de los conjuntos sociales se determinan.

Esta concepción política de la salud nos conduce a tratar de precisar conceptualmente un proceso que escindió lo político, social e ideológico de la problemática salud-enfermedad a través de la formalización de lo que llamamos el Modelo Médico (de aquí en adelante: MM). Tradicionalmente la salud o mejor dicho la enfermedad ha sido aceptada como patrimonio de la práctica médica. Si bien en términos más precisos ésto refiere necesariamente a diferenciar tipos de enfermedad, y tipos de curación alternativas, lo que sí podemos afirmar es que el desarrollo capitalista determina que los procesos básicos de enfermedad son inherentes a las actividades médicas. Inclusive esta adjudicación funcional se estructura institucionalmente y fundamenta jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad. Esta apropiación teórica y práctica del área salud no significa que realmente se apropie de la totalidad del área, sino que señala que la práctica médica instituye una hegemonía respecto de las otras prácticas alternativas. Este proceso no es específico de la práctica médica, sino que se constituye en función de los conjuntos sociales y da por resultado el MM. Ahora que este modelo sea un producto social tiende a ser generalmente opacado en la reflexión teórica sobre esta problemática; más aún podemos decir que gran

parte de la acción médica específica ha estado encaminada funcionalmente a negar las determinaciones sociales e ideológicas, tratando de fundar una 'mirada' autónoma. Pero ninguna práctica social estructurada necesariamente en la cotidianeidad puede fundar una autonomía excluyente, más que en términos ideológicos. El MM *instituido* definitivamente a partir de la tercera década del siglo XIX, es producto por una parte de una multiplicidad de procesos que se expresan parcial, pero explícitamente en la autonomía relativa de la práctica médica, y por otra en el nivel de los conjuntos sociales en que esta práctica se constituye y desempeña. Es decir que para nosotros el MM es una construcción social en la cual intervienen tanto el personal de salud (básicamente el médico), como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social. El MM es en consecuencia una construcción que supone a la sociedad en que se constituye como parte intrínseca del mismo. Ahora toda sociedad, en la medida que define el área enfermedad-salud como estructural genera necesariamente modelos médicos que expresan en sus caracteres fundamentales a dicha sociedad. La salud de los trabajadores, el manejo de la salud y enfermedad, la ubicación económica y social de las formas de enfermedad por los conjuntos sociales y por la práctica médica son parte de esa construcción dinámica que denominamos MM. Explicarlo supone en consecuencia describir y analizar los diferentes sectores sociales que la salud-enfermedad relaciona en sus múltiples formas. Generalmente el análisis de esta problemática ha sido reducida al análisis de la práctica médica institucional (privada y/o pública)[1]; es decir se ha reducido a describir y analizar el modelo de los médicos, otorgando de entrada una autonomía que si bien parcialmente es lícita tiende a escindir las relaciones de salud de las relaciones sociales generales. Esta escisión en el caso de la salud de los trabajadores, de la salud en el trabajo, cobra una visibilidad mayor que en otras áreas, y permite percibir claramente las funciones ideológicas de esta escisión. Planteada la salud y sobre todo la enfermedad como área autónoma por el modelo de los médicos, como escindida de las determinacio-

[1] Se llega inclusive en lo que se denomina estudios del sector salud a reducir el análisis al sector 'público', excluyendo del mismo a la medicina privada y 'popular'.

nes sociales, una de las tareas 'no concientes' de la práctica y teoría médica será fundamentar, 'extrañar', imposibilitar la participación de los conjuntos sociales como parte activa del modelo de los médicos. Se instituye para aquéllos una función pasiva, en la cual se enmascaran las determinaciones sociales, y emergiendo la enfermedad como un abstracto. No todo énfasis en los 'hechos' significa incapacidad de abstracción o negación de la abstracción; por el contrario el modelo de los médicos fundado en una concepción empirista y positivista exige tanto la enfermedad fáctica (los síntomas), como la enfermedad abstracta (las categorías diagnósticas). En ambos casos tanto la enfermedad, como el enfermo son separados de sus relaciones sociales concretas en la práctica, aún cuando en el modelo de los médicos dicha escisión aparezca sintetizada por supuestos ideológicos y sociales sobre la caracterización social e ideológica de los enfermos. Justamente colocar la enfermedad, y sobre todo la salud en el sistema de las determinaciones sociales que operan en el proceso global desde la etiología hasta la curación, constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud. Hasta ahora las políticas para la salud han sido definidas explícita o implícitamente por los Estados; estas políticas como sabemos han sido más que de salud, políticas en contra de la enfermedad. Nuestros Ministerios y Secretarías de Salud son realmente Ministerios y Secretarías de Enfermedad. Esta política real se expresa con toda claridad tanto en el MM, como en el modelo de los médicos. Describirla y analizarla primero, y luego generar políticas alternativas que supongan la participación activa de los conjuntos sociales, incluido el personal de salud es una de las tareas que parte del movimiento obrero, que los trabajadores han comenzado a realizar cada vez más activa y concientemente. Asumir que la salud y enfermedad son emergentes estructurales de las actuales condiciones de trabajo, y de las condiciones sociales generales vinculadas al trabajo; asumir la problemática salud-enfermedad como problemática de conjunto, y no como mera expresión privada; asumir ésto supone la potencialidad de generar uno de los cuestionamientos más graves y estructurales al proceso político global. La salud aparece con total claridad a través del proceso de trabajo como un problema básicamente político. Pero como sabemos la salud dentro del proceso capitalista siempre ha sido un proceso político. Es desde esta perspectiva que señalamos que

tanto el MM, como el modelo de los médicos constituído en el desarrollo capitalista han funcionado para enmascarar, para escindir la necesaria función política de la enfermedad, y sobre todo de la salud laboral.

Caracteres del Modelo Médico

En nuestro análisis venimos escribiendo sobre el MM y sobre el modelo de los médicos, y creemos que ya aparece como evidente que el segundo constituye parte del MM. Hasta ahora ha sido el modelo de los médicos el que generalmente ha sido descripto y analizado, contribuyendo con éllo al proceso de escisión de las determinaciones sociales concretas. En el desarrollo de este trabajo focalizaremos el MM, y haremos algunas referencias cuando sea necesario al modelo subordinado.

Si bien los antecedentes, el proceso constitutivo del MM puede rastrearse en varias dimensiones y Foucault ha sofisticadamente analizado su constitución como 'mirada médica' (modelo de los médicos) durante los siglos XVI y XVII; dicho modelo se *instituye* inicialmente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, y en los EE.UU. en la última mitad de dicho siglo. El MM se instituye prácticamente a partir de la revolución industrial, es decir se genera conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de 'libre-cambio', durante el periodo 'clásico' de la constitución de la clase obrera, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial; además 'coincidirá más adelante con el nuevo proceso de expansión colonial. El MM no sólo se instituye *con* estos procesos, sino que los expresa en sus dimensiones básicas en el área salud-enfermedad.

Los caracteres estructurales del MM son; su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-socialidad, mercantilismo y la eficacia pragmática. Estos caracteres son en gran medida continuidades, pero durante el desarrollo del capitalismo en los siglos XVIII y XIX no sólo se potenciarán, sino que llevarán a sus consecuencias necesarias el contenido de dichos caracteres. El proceso capitalista irá exigiendo que estos caracteres sean los determinantes, no sólo de la práctica médica, sino del MM. La complementariedad de estos caracteres exigirá funcionalmente que la ponderación de los mismos, signifique *por*

lo menos la subordinación de los caracteres opuestos. El biologismo del modelo conduce necesariamente a la ahistoricidad y al enfoque individualista dominantes; más aún cuando se haga necesario un enfoque de conjunto, los caracteres biologistas permitirán la persistencia de un enfoque que de hecho disuelve las calidades del conjunto al convertirlo en un conjunto 'natural' (biológico), que excluye los caracteres sociales, como de hecho ocurrió con la práctica epidemiológica. Más aún cuando lo 'social' disrumpa en los periodos de crisis del modelo, lo 'psicológico' emergerá como factor explicativo, funcionando de hecho como 'contenedor' de lo social, disolviéndolo nuevamente, o mejor dicho secundarizando su importancia. El biologismo del MM se caracterizará por el exclusivismo creciente de las explicaciones biologistas sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas; esta exclusividad supondrá en los hechos la negación de los factores sociohistóricos. Este biologismo conducirá necesariamente a la concepción de una 'historia natural' (es decir bioecológica) de la enfermedad donde la 'historia social' de la enfermedad está excluida. La salud de los trabajadores para el MM hasta su entrada en crisis, será no la historia de los tiempos y ritmos de producción, no la historia del proceso y de las condiciones de producción, sino la historia de la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad. El biologismo del modelo supone la 'evolución', pero no la historia de la enfermedad; en última instancia el contenido real de lo histórico en el modelo es evolutivo. Nosotros no negamos la evolución, sino que sostenemos la incapacidad teórica de la misma para el análisis de las problemáticas sociales que determinan, por ejemplo, la salud de los trabajadores.

Además la evolución, a través del darwinismo social sirvió de mecanismo ideológico para la explotación de esos mismos y 'naturales' trabajadores; sólo la historización de la evolución podría ubicarla en otro contexto de análisis. Ahora este biologismo, evolucionismo y deshistorización no sólo cabe para el MM, sino para las variantes teóricas superadoras del mismo; así la mayoría de las escuelas psiquiátricas incluido el psicoanálisis (mejor sería decir 'los' psicoanálisis) ignoró en su práctica la función de las condiciones sociohistóricas determinadas, en la producción de enfermedad. Esta situación en el caso de la enfermedad de los trabajadores, halla su más clara expresión, en el hecho de que el conjunto de estas prácticas terapéuticas

han ignorado casi totalmente la causalidad de los procesos y condiciones laborales. Resumiendo el MM asumió como parte nuclear de su enfoque a las concepciones biológicas y evolutivas, y negó de hecho los procesos históricos. Junto con ésto negó las determinaciones socioeconómicas e ideológicas respecto de la enfermedad, aun cuando una parte de la práctica médica comenzó a incorporar al modelo lo ideológico en términos de 'barreras' a la eficacia curativa. Esta manera de asumir estos factores supone otra de las características secundarias del MM, la asumisión de lo ideológico como negativo, como opuesto a la eficacia 'positiva' de la práctica científica.

Todos estos caracteres se expresarán a través de un enfoque teórico y técnico individual, que los conjuntos sociales adoptan y avalan contradictoriamente. El principio de realidad de este aval colectivo está depositado en la eficacia comparativa de la práctica médica respecto de otras prácticas alternativas populares y académicas.[2] Esta eficacia basada en las consecuencias de sus acciones será la medida en que se funde la superioridad del MM; sobre esta eficacia se montará en gran medida su diferenciacion y superioridad respecto de las otras prácticas. El último componente estructural del MM, si bien es una continuidad, tenderá con el desarrollo del sistema capitalista a determinar *toda* actividad de salud a través de formas de valor de cambio; incluso esta determinación operará sobre los modelos alternativos médicos contribuyendo a su dislocación.[3]

Los caracteres enumerados no son fijos, sino que son dinámicos; dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en el nivel económico-político, como en los niveles relativamente autónomos de la práctica médica. De allí que nosotros al enumerar estos elementos lo hacemos desde una perspectiva metodológica; como punto de partida desde el cual se generarán modificaciones, la mayoría de las cuales están implícitas en los caracteres básicos del modelo.

Un punto importante a señalar es, que como ya dijimos, la negación complementaria de determinados factores por parte del MM, no significa desconocer que tengan cierto nivel de incidencia, ni que no sean tomados en cuenta en el proceso;

[2] Como en el caso de la medicina homeopática, que por otra parte ya ha sido casi apropiada por la medicina 'oficial', disolviéndola cada vez más como práctica diferenciada.

[3] Nos referimos a la llamada medicina tradicional y a la automedicación.

por el contrario la institucionalización y mantenimiento del MM requiere de un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de lo social. Este proceso de reconocimiento es casi siempre asumido cuando el modelo halla límites en su eficacia, sobre todo en los niveles aplicativos; pero dicho reconocimiento se asume para en lo posible desconocerlo a través de la negación o de la reabsorción.

Esta negatividad del modelo hacia lo social e histórico aparece paradójica sobre todo en la etapa de su institucionalización. La paradoja radica en que es en esta etapa, sobre todo entre 1830 y 1900, cuando en los países europeos de mayor desarrollo capitalista se generan determinados hechos sociales y económicos relacionados directamente con las condiciones de salud de los conjuntos sociales. No es sólo el libro abusivamente citado de Engels sobre las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra; toda una serie de informes sociológicos de signo político o ideológico-religioso recorren Europa en ese periodo señalando el estado de la vivienda obrera, de la familia obrera, de las condiciones de vida y de salud de los trabajadores.[4] Y junto a esto, informes específicos que señalan las tasas diferenciales de morbimortalidad y de esperanza de vida según la inserción ocupacional; estos trabajos señalan no sólo una 'patología de la pobreza', sino también la problemática de la asistencia a la 'pobreza'. Algunos de estos informes se instalan dentro de procesos que conducirán a nivel de Estado y de los grupos sociales hegemónicos a generar ciertas modificaciones en los niveles asistenciales,[5] y en algunas condiciones socioeconómicas que afectaban directamente la situación de salud de los conjuntos sociales más explotados. Justamente es en la dimensión económica en que se darán algunos cambios que objetivamente mejoran las condiciones de alimentación y de higiene de la población en su conjunto y de la clase trabajadora en particular. Esto se dará inicialmente en el país capitalista de punta, es decir en Inglaterra; el desarrollo de la productividad capitalista y la acumu-

[4] No son sólo los trabajos de Chadwick o de Booth, sino toda una serie de materiales que con diferente signo ideológico describen el impacto de la industrialización tanto en el nivel de vida, como en las consecuencias 'morales' de la clase obrera. Ver: G. Rosen (en G. Maclachlan y Th. Mckeown 1971, pp. 59-81) y M. Timio 1978.

[5] En la década de 1860 se llevará a cabo una reestructuración de la atención hospitalaria en Inglaterra para atender las necesidades de los 'pobres', es decir de los trabajadores.

lación generada en función de la expansión colonial se traducirá en el abaratamiento de los alimentos, sobre todo de determinados alimentos ricos en proteínas; en el abaratamiento de productos textiles como las telas de algodón que tenderán a reemplazar sobre todo en la 'ropa interior' a las prendas de lanas y permitirá un recambio más frecuente de las mudas, recambio que se facilita por el agregado de un tercer factor el abaratamiento del jabón que incidirá tanto en el cuidado del cuerpo, como de la ropa. A su vez algunos de estos cambios se posibilitan por la transformación de la infraestructura sanitaria, sobre todo en el aprovisionamiento de agua. Todos estos procesos conducirán a potenciar cambios radicales en las condiciones de nutrición e higiene que se adecúan positivamente a las nuevas condiciones de vida y trabajo de la sociedad industrial.[6]

Un factor determinante, como ya se señaló, fue el desarrollo de la infraestructura sanitaria; justamente este tipo de actividades comienzan a señalar la intervención del Estado en las actividades directas de salud. Ahora por supuesto que a pesar de estas modificaciones, seguían persistiendo la morbimortalidad diferencial, sobre todo en el caso de los trabajadores. Pero también es cierto que estas modificaciones condujeron a mejorar objetivamente las condiciones de salud de todos los sectores. Así paulatinamente el raquitismo y la tuberculosis dominantes en la morbimortalidad de los trabajadores y de los hijos de los trabajadores en Inglaterra irán desapareciendo; lo mismo podemos decir para toda una serie de enfermedades carenciales (pelagra) y trasmisibles (cólera), que como correctamente analiza Dubois a la hora en que se implementan los descubrimientos de la medicina bacteriológica ya están prácticamente erradicadas de estos países europeos.[7]

¿Cómo explicarnos este proceso?, es decir cómo explicarnos la negación teórica de lo social en el periodo en que se instituye el MM, cuando el mismo corresponde al periodo en que las actividades y procesos sociales no sólo aparecen como determinantes de la distribución diferencial de la morbimortalidad sino que aparecen como los factores determinantes del abatimiento de los daños, como las más eficaces acciones para la solución de los principales problemas de salud. Mckeown y

[6] E. L. Menéndez 1978.

[7] Consultar: G. Rosen 1958; G. Mclachlan y Th. Mckeown 1971; R. Dubois 1975 y 1975.

Record han demostrado que la gran disminución de la mortalidad por tuberculosis pulmonar entre 1840-70 en Inglaterra fue debida al aumento del nivel de vida y en particular a la mejor alimentación.[8] Investigaciones similares para los EEUU establecen lo mismo.

Un último señalamiento agudiza aún más esta aparente contradicción. La segunda mitad del siglo XIX corresponde al periodo de constitución e institucionalización de un tipo de acción médica que supuestamente definirá su práctica a través de factores no sólo biológicos, sino sociales, y cuya unidad de trabajo es básicamente algún tipo de conjunto social; nos referimos a la Salud Pública que basará sus actividades fundamentalmente en el desarrollo de la Epidemiología. Pero ¿qué Epidemiología generan las diferentes 'Saludes Públicas'?, generan, como era coherente esperar dentro de la racionalidad del MM, una epidemiología basada en indicadores biológicos, ahistóricos y a-sociales. Estos indicadores son como sabemos el sexo, la edad y la localización desprendidos prácticamente de toda información social. Lo curioso es que esta epidemiología inclusive comienza a secundarizar hasta casi hacer desaparecer a indicadores que como los ocupacionales aparecían ponderados positivamente por lo que podemos denominar como proto-epidemiología. De hecho la Epidemiología se constituye en una suerte de demografía deshistorizada; se construyen series 'históricas', y pirámides demográficas, las que son utilizadas no como expresión de procesos sociales, sino de procesos biológicos abstraídos de la determinación social de los mismos. Curiosamente el desarrollo de esta Epidemiología corresponde a la etapa no sólo del desarrollo de nuevas teorías sobre el trabajo, sino de la implementación de nuevas condiciones de trabajo y productividad que afectarán profundamente la salud de los trabajadores. Las nuevas condiciones de higiene y alimentación colectivas eran requisitos básicos para el desarrollo de las nuevas técnicas de producción (el taylorismo); pero dichos mejoramientos objetivos no pueden impedir dado el crecimiento intensivo de los ritmos productivos y sociales la emergencia de nuevas condiciones negativas de salud para los trabajadores. Sin embargo la Salud Pública, la actividad epidemiológica no tomaron en cuenta estas nuevas condiciones, y la enfermedad de los trabajadores sólo será registrada a través del rubro de accidentes laborales.

[8] Mckeown, Th. y G. Record 1962.

Creo que a través de lo señalado respecto de la actividad epidemiológica, se dibuja con cierta claridad la causalidad de esta aparente paradoja. De lo que estamos analizando surge que el Estado hace suyas algunas realizaciones directas de protección a la salud; ésto no sólo se expresa en lo ya señalado, sino también en las políticas de seguridad social que algunos estados establecerán en los inicios del periodo imperialista, y que tendrán un eco inmediato en varios de los países capitalistas avanzados. Pero no sólo el Estado, sino las fuerzas sociales hegemónicas generarán determinadas modificaciones en función de sus propios intereses, y como consecuencias de las presiones básicamente económicas que el movimiento obrero organizado demanda. El Estado aparece como generando las transacciones sociales necesarias 'por encima' de las fuerzas sociales; mejor dicho disuelve aparentemente la influencia de estas fuerzas, pero aceptando las determinaciones concretas que operan en la sociedad. Es decir que el Estado maneja lo social a partir de un nivel de realidad distinto que el MM; mientras éste niega o margina las determinaciones sociales, el Estado las asume, no puede hacer otra cosa, y trata en función de los procesos sociales determinantes y de la propia funcionalidad capitalista de establecer las medidas sociales directas o indirectas sobre salud. No obstante estas diferencias en el manejo de lo social, tanto el Estado, la sociedad hegemónica, como el MM sintetizado en los conjuntos sociales comparten algunos supuestos sobre lo social. Este será concebido como algo dado, 'natural' y no conflictivo. Es a partir de *ésto*, que plantea que lo social para su *desarrollo*, para su *evolución* exige la división social y técnica del trabajo, y la práctica médica será asumida como una consecuencia de dicho proceso. Esta división técnica funcional a la sociedad capitalista, fundamentará no sólo las diferencias no conflictivas, sino la autonomía de las prácticas. Esta autonomía que en el proceso productivo no puede excluir las relaciones con la estructura social en su conjunto, si fundamenta en el propio desarrollo de la práctica médica una autonomía casi absoluta respecto de la salud. Junto a la división técnica que fundamenta al mismo tiempo la autonomía médica y la estratificación social, aparecen durante este periodo otros fundamentos de la estratificación basados en categorías biológicas, y que constituyen partes 'no concien-

tes' del MM. La estratificación social e ideológica generada en los países capitalistas de punta utilizará indicadores raciales, que en algunos países se traducirá como en el caso de Inglaterra en la utilización sistemática de indicadores *dizquegenéticos* para establecer diferenciaciones en cuanto a puestos y jerarquías; los médicos formarán parte de esta 'jerarquía'. No es posible escindir el racismo dominante en las sociedades capitalistas del MM; más aún podemos decir que el biologismo del modelo y el racismo social se potencian para fundamentar las prácticas discriminatorias institucionalizadas de la acción médica.[9]

En el proceso descrito ciertos fenómenos sociales aparecerán contradictorios a las concepciones del modelo de los médicos: la negatividad de este modelo respecto de dichos factores conducirá a ignorar los fundamentos del estado de salud de la población. Esta contradicción es superada parcialmente por el Estado que se hace cargo de determinadas acciones sociales relacionadas con la salud; el Estado y los sectores sociales hegemónicos sintetizarán ideológicamente esta contradicción y la resolverán parcialmente dentro de los límites del MM. El MM en consecuencia se relaciona con el modelo hegemónico de sociedad no conflictiva, competitiva, que asume su desarrollo a través de establecer capacidades desiguales, que inclusive son planteadas como diferenciaciones biológicas. El proceso social y los fundamentos sociales son reemplazados por un proceso evolutivo orgánico. Dentro de este proceso la productividad aparecerá como el objetivo manifiesto que funda al mismo tiempo las diferencias sociales, y las diferencias en los accesos a las condiciones de salud. La enfermedad será apropiada aisladamente por el Modelo y tratada eficazmente, y éllo se demostrará a través de determinados indicadores biológicos o biologizantes que servirán de ahora en adelante como demostración objetiva de la eficacia. El MM necesariamente tenderá a enmascarar los procesos sociales profundos que condicionan la situación diferenciada de salud.

[9] No sólo se da esta potenciación racista en la medicina colonial (ver F. Fanon 1968), sino que la propia medicina metropolitana supone un modelo social estratificado con contendios socioraciales del que han dado cuenta de una manera un tanto suavizada los estudios sobre la relación médico-paciente.

Si bien hasta la década de 1960 se generaron profundas críticas a este modelo; si bien inclusive se operaron cambios importantes en algunos países capitalistas, lo real es que es básicamente en esta década cuando se generan y emergen hechos sociales generales y procesos de la propia actividad médica que cuetionan la legitimidad del modelo. La crisis del modelo se manifiesta a través de algunos de los indicadores de eficacia, y de hechos sociales que sobredeterminan a dichos indicadores. Creemos que los hechos se manifiestan en dos áreas, una que apunta a señalar la creciente ineficacia de la práctica médica, y otra que plantea claramente que dicha eficacia debe incluirse para explicar su deterioro dentro de las condiciones generales de la producción social. Diversos autores han descrito éstos procesos con claridad; diferentes corrientes críticas han enumerado estos hechos. Nosotros aquí nos limitaremos a volver a enumerarlos y reordenarlos para dar una síntesis que tal vez nos permita superar los planteos meramente ideologicistas dominantes en el análisis de esta problemática.

Como sabemos en la década de los 60' comienza a 'descubrirse' que la eficacia médica no era eficaz para toda una serie de problemas, de los cuales quizás el más grave por las consecuencias y la trasparente vinculación económica es el problema nutricional. Si bien la desnutrición es 'redescubierta' como problema inmediatamente después de la segunda guerra mundial,[10] es durante esta década que se evidencia el crecimiento acelerado de esta situación, y las limitaciones que la práctica médica tiene para actuar eficazmente sobre ella. Además la vinculación de los problemas nutricionales a la situación socioeconómica, ya no sólo aparece establecida en términos de estratificación, sino sobre todo en términos de situaciones nacionales de 'desarrollo y subdesarrollo'. El problema del hambre emerge claramente como un problema político, respecto del cual las actividades médicas son prácticas secundarias y subordinadas. Esta misma década paradójicamente señala la impresionante incidencia de la enfermedad mental y de la 'patología social', y no sólo en los EEUU, sino en prácticamente la mayoría de los países de capitalismo metro-

[10] Como problema político es descubierto durante la segunda guerra mundial.

politano y periférico. El crecimiento de servicios de todo tipo, el 'invento' de formas terapéuticas que van cada vez más de lo individual a lo colectivo (terapias breves, grupales, institucionales, comunitarios) tiene que ver con el desarrollo masivo de la enfermedad mental, y sobre todo de las neurosis. Pero ésto no sólo ocurre en los países de capitalismo 'avanzado', sino que también opera en el mundo 'subdesarrollado'. Un informe de la OPS al año 1973 generaliza lo que ya era sabido por los especialistas, el gran desarrollo de las psicosis y neurosis en la mayoría de los países americanos; la extensión del alcoholismo y la farmacodependencia a prácticamente todos los estratos sociales; la magnitud creciente de la problemática de la epilepsia y de la debilidad mental. Los informes epidemiológicos norteamericanos evidencian a su vez la intensidad creciente de un tipo especial de neurosis, las neurosis laborales. Este último fenómeno debe relacionarse con otro hecho aparentemente diferenciado, el del énfasis puesto durante este mismo periodo en lo que dio en llamarse 'humanización del trabajo'. Esta humanización es producto del reclamo objetivo de múltiples necesidades tanto de los trabajadores, del Estado, como de la patronal; justamente uno de los 'indicadores' de las necesidades de 'humanización' está referido a la creciente incidencia de enfermedad mental en los procesos laborales. Pero el desarrollo de la enfermedad mental en los lugares de trabajo, forma parte del desarrollo global de las condiciones de enfermedad en los mismos; durante esta década se evidencia que en vez de abatirse los daños laborales, algunos han comenzado a crecer aun por encima de las mejoras en las condiciones de producción. "En la industria solamente, el número de accidentes anuales que entrañan una suspensión del trabajo en todo el mundo se estima en 50 millones, es decir 160.000 aproximadamente por día. En los países industrializados se reconoce que en promedio un trabajador de cada diez en la industria es víctima diaria de un accidente que le obliga a suspender su trabajo. Es muy probable que este promedio sea más elevado en los países en vías de desarrollo. El número anual de casos mortales se estima en 100.000. Habría que añadir a estas cifras las relativas a la agricultura y a la silvicultura, sectores en que los accidentes son numerosos y graves, que no son objetos de censos mundiales."[11] Pero además de los accidentes tenemos a las enfermedades ocupacionales cuyo registro es muy defectuoso y cuya relación inmediata dado el periodo de latencia de muchas de estas enfermedades dificulta la posibilidad de documentación. Pero, y aunque aparezca paradójico hay que recordarlo, estas son las enfermedades 'del' trabajo, de los que tienen trabajo; es casi obvio señalar que las *enfermedades de la desocupación* son mucho más graves y las más intensamente desarrolladas en los países de capitalismo dependiente.

[11] G. Blanchard 1975; En el mismo informe se señala que tanto los datos estadísticos, como otro tipo de información establecen que es en el medio rural, sobre todo en los países en 'vías de industrialización' donde más aumentan los accidentes laborales.

La eficacia del modelo halla pues uno de sus límites en el evidente desarrollo social de las condiciones de enfermedad, y en las dificultades crecientes de demostrar su eficacia a partir de la mera implementación técnica. Ahora, no cabe duda que las acciones médicas incidieron en el abatimiento de determinadas formas de enfermedad; en el aumento de la esperanza de vida; en la reducción significativa de las mortalidades. Pero es a partir de la década de los 60' en que para algunos países de alto grado de desarrollo capitalista se generan hechos 'demográficos' que señalan un retroceso en la eficacia y orientan necesariamente la búsqueda de otros factores explicativos que los ponderados por el MM. Así las estadísticas señalan que en varios países aumenta la mortalidad en la edad productiva, y que se sigue profundizando la diferencia de esperanza de vida entre hombre y mujer. Como correctamente lo analiza Berlinger esto nos orienta nuevamente a buscar la causalidad en el proceso productivo. Un último fenómeno que comienza a registrarse intensamente desde la década de los 60', y respecto del cual se hace obvia la socialización de la enfermedad, es el fenómeno de contaminación y polución ambiental. El incremento de determinados cuadros de morbimortalidad de todo tipo, de los cuales son causa o vector la contaminación, es la última vuelta de tuerca para evidenciar la determinación social y productiva de la enfermedad.

Además de estos 'hechos' sociales, se desarrollan otros hechos propios de la práctica médica que apuntan a evidenciar la crisis del modelo. En varias huelgas médicas de larga duración se produjeron hechos contrastantes; la disminución de la mortalidad. Por supuesto que es demasiado esquemático ha-

cer una correlación entre estos hechos; pero este tipo de fenómenos deben ser tomados en cuenta y combinarlos con otros de una significación más profunda. Cuba se queda sin cuatro mil médicos al otro día de la Revolución, los cuales tardarán varios años en ser reemplazados; no obstante Cuba ya en los primeros años de su proceso político actual modifica radicalmente su situación de salud. Análisis generados a nivel administrativo comienzan a señalar que no necesariamente el número de médicos conduce a tener un mejor estado de salud comparativo. A esto debe sumarse el aumento acelerado de la iatrogenia en todos los niveles aplicativos. Y junto con esto el encarecimiento fenomenal de los costos en la atención y en el consumo médico. En Francia el consumo médico pasa de representar el 7% del consumo total en 1959, a representar el 10% en 1972; a su vez pasa de constituir un 4.2% del PBN en 1959 a constituir un 6.2% del mismo. El francés medio gastaba 235 francos en salud en 1959, y pasa en 1972 a gastar 1148 francos. Entre 1966 y 1972 la tasa de crecimiento de este consumo es superior a la tasa de producción y consumo nacional; luego del consumo en artículos de TV, automotores y artículos de campamento y deportes sigue el consumo médico.[12] No sólo la presencia médica en sí es cuestionada, sino que los datos para todo el sistema capitalista señala el inevitable encarecimiento de las actividades de salud.

Todas estas áreas de crisis del MM evidencian críticas de diferente nivel a los caracteres básicos del modelo: el biologismo, la ahistoricidad y la a-social concepción de la enfermedad y de su proceso curativo entran en un proceso de cuestionamiento nunca observado que llega incluso a la formulación de posiciones teóricas reaccionarias en el sentido más específico del término. Durante este periodo surgen hechos impensables para el MM, como el cuestionamiento de la acción de las vacunas; como las críticas a las 'supercondiciones' de asepsia ambiental y social (salas de terapia intensiva). La eficacia pragmática que fundaba la diferenciación del modelo de otras alternativas comienza a aparecer rebasada por los resultados crecientemente negativos de la propia práctica. La mercantilización en términos inesperados del consumo médico evidencia en toda su desnudez los objetivos

[12] Ver Dumont y Latouche 1977; Destanne de Bernis y Borelly 1975-76.

productivos de la práctica médica y las consecuencias tal vez más negativas de todo este proceso.[13]

Pero esta crisis del modelo en sus diferentes aspectos, y cuya expresión manifiesta, visible la constituye la crisis de la eficacia de los resultados médicos, está estrechamente relacionada con una crisis más general de la cual forma parte. La crisis del MM en su funcionamiento en prácticamente todas sus dimensiones se relaciona con la crisis del 'instrumento científico', con la percepción de la deformación e instrumentación del conocimiento científico que en la década de los 60' alcanza su mayor cuestionamiento. Lo señalado por Jules Henry respecto de que la investigación de la salud, se estaba convirtiendo en los EEUU en una investigación *para la muerte*, expresa en su forma más directa lo que es evidente en gran parte de la investigación actual, incluida la investigación médica. Dichos análisis y denuncias que plantean la irracionalidad de la racionalidad científica, y que en el MM aparece como cuestionando la función explícita de dicho modelo, está ligada a la emergencia de conflictos sociales y políticos cuyo paradigma de acción 'interna' y 'externa' lo constituyen los EEUU. El conflicto vietnamita alcanza en este periodo su máxima visibilidad, tanto en lo referente a la instrumentación científica en la cual participan activamente la investigación médica para la muerte, como en la producción de 'patologías sociales' (drogadicción, alcoholismo, prostitución, 'aberraciones sexuales, violencias, suicidios, etc.) llevadas a sus cuadros más exasperados.

Vietnam, entre otras cosas, evidencia en los EEUU que la violencia organizada del capitalismo genera 'patologías sociales' adentro y afuera y que la ciencia contribuye indirectamente a esa producción de 'patología'. Además durante este periodo la violencia interna desatada en los EEUU plantea en última instancia y en el sentido político más amplio la exigencia de nuevas condiciones sociales y políticas de relación, y dentro de estas nuevas condiciones de salud y enfermedad. Son los grupos con más altas tasas de morbimortalidad general, y especialmente con mayor morbimortalidad infantil; son los sectores con problemas nutricionales, con problemas de

[13] La aplicación de criterios productivos empresariales a la 'producción' de salud evidencian uno de los puntos más significativos de este proceso de mercantilización de la salud.

enfermedades trasmisibles; con problemas de infraestructura sanitaria, los que generan la tremenda violencia desatada en Norteamérica durante esta década. La antropología, la sociología y sobre todo las medicina y psiquiatría de la 'pobreza', que inmediatamente se organizan expresan hechos consumados donde lo político, lo social y la salud aparecen como una unidad de demanda por parte de estos grupos, y como un problema a encarar por el Estado norteamericano. Es la situación del conjunto de estos grupos lo que señala radicalmente las condiciones reales y no abstractas del MM en el país que expresa más significativamente el desarrollo del mismo desde la década del 30'. Si la administración Kennedy debió unificar su política en torno a determinados objetivos, donde la salud aparece como un valor manifiesto y estructural, es en función de los procesos políticos y sociales desatados dentro y fuera de los EEUU, pero en los cuales este país se constituía en eje por lo menos referencial de los mismos. Más que nunca apareció evidente que la violencia estaba dirigida a conseguir nuevas condiciones; y entre estas nuevas condiciones la salud. Pero el proceso norteamericano fue la expresión más continua de un proceso que en otros países capitalistas se manifestó con contenidos básicamente políticos. El 68' europeo, y sobre todo francés e italiano plantearon no obstante a la salud como un valor; los Comités de Acciones de Salud emergidos en Francia sobre todo señalan la quiebra teórica del MM, y la necesidad de crear nuevas concepciones colectivas en la práctica teórica y social de la salud. Años después la *tradicional* sofisticación de la *actual* producción teórica francesa trivializaría retóricamente este proceso.

En el caso italiano, si bien la crisis se va expresar en toda una serie de trabajos y estudios críticos, su expresión más importante es la generada por el movimiento obrero que plantea la unidad de acción en torno a lo político y la salud. No es casual que esto emergiera en Italia, país con los mayores déficits de salud dentro de los países capitalistas europeos, pero a su vez con el movimiento, obrero más organizado de cualquier país capitalista. La salud aparece como una condición necesaria de la lucha, y no como mera 'conseción'[14] de los sectores empresariales y estatales. La salud aparece necesariamente ligada a transformaciones tanto inmediatas, como a mediano y largo plazo, pero a partir de luchas no sólo salariales, sino políticas.

[14] Señalemos de paso que las modificaciones básicas no pueden ser leídas en términos de 'conseción'; ésta suele ser una concepción 'ultraizquierdista' en el peor sentido del término, que ignora los *reales* procesos de lucha y los reemplaza por ideologías abstraídas y abstractas.

Estos procesos no iban a darse sino excepcionalmente en los países de capitalismo dependiente; las condiciones de enfermedad son de tal naturaleza que aparecen secundarizadas por los propios conjuntos sociales y referidas claramente a condiciones económicas. Pero una cosa es la referencia evidente a las condiciones económicas de la situación nutricional, de la situación de morbimortalidad, y otra muy distinta que esto emerja como objetivo político.

El desarrollo del Modelo Médico

Para una lectura más sistemática del proceso de institucionalización del MM, trataremos de precisar *algunos* elementos del mismo a través de cuatro niveles. Estos niveles están diferenciados a los efectos del análisis, y los mismos serán desarrollados con diferente intensidad en función de los objetivos de este trabajo. Los cuatro niveles son: a) económico-político; b) el institucional; c) el de la práctica médica, y d) el ideológico.

El nivel económico-político es el de mayor abstracción de los cuatro, y nos lo planteamos en la medida de poder establecer procesos similares dentro de las estructuras capitalistas entre el MM y los procesos determinantes de la estructura. Partiendo de lo obvio, es importante señalar que el MM se crea y desarrolla en los países capitalistas metropolitanos, y que si bien algunas de sus primeras 'construcciones' se dan en países que como Italia se quedan rezagados en el proceso capitalista, lo cierto es que los caracteres hegemónicos se construirán básicamente en los principales países capitalistas (Inglaterra, Francia, Alemania, y ulteriormente los EEUU). El proceso capitalista para imponer su hegemonía necesita desarrollar sus propias estructuras y que se manifestarán desde la esfera económica, hasta la esfera de la salud. El proceso capitalista requiere la expansión permanente del capital y la conversión de la mayoría de los bienes producidos en mercancía; la práctica médica y las actividades de salud será necesariamente convertidas en bienes de cambio a lo largo de todo el proceso.

Esta conversión es una exigencia básica del Modelo que se expresará en términos manifiestos a través de formas directas

o indirectas. Este proceso esta ligado como también es obvio al desarrollo de las etapas del proceso capitalista en dos niveles complementarios: las fases que van desde la acumulación primitiva, pero sobre todo desde la etapa de libre cambio hasta la actual fase ologopólica; y en el otro nivel la construcción de la relación 'desarrollo-subdesarrollo'. Es obvio que la constitución de las condiciones actuales de salud en los países de capitalismo dependiente está construida en el proceso colonial-capitalista [15] a partir de la etapa de la acumulación primitiva. Y es obvio que las condiciones de producción que corresponden a cada fase, generará fenómenos estructurales que determinará las posibilidades del MM. Son los fenómenos estructurales de este tipo, los que contribuirán a procesar la profesión médica de 'liberal-profesional' independiente a profesional asalariado; las que conducirán a la emergencia de concentraciones monopólicas de la atención y de la producción tanto a nivel estatal como privado. El desarrollo capitalista exigirá el desarrollo funcional de nuevos sectores sociales, algunos de los cuales se elevarán a la categoría de clases y otros meramente de sectores. La división técnica del trabajo hará emerger sobre todo una serie de categorías sociales estratificadas que cumplirán nuevas funciones requeridas por los procesos sociales y productivos. Justamente el personal de salud y básicamente el médico será uno de estos nuevos productos ocupacionales con nueva significación en el sistema de estratificación. El desarrollo de este sector, al igual que el de otras 'profesiones liberales independientes' tendrán que ver con el desarrollo de nuevas necesidades ideológicas y técnicas de los sectores altos y medios de la sociedad capitalista europea, y en segundo lugar de las crecientes necesidades del proletariado. El desarrollo de este sector ocupacional está directamente ligado a la emergencia de nuevos estratos sociales que pueden y/o necesitan comprar los servicios de la práctica médica. Incorporamos al proletariado, pues su demanda será fundamental en el desarrollo demográfico de los médicos. Las mutualidades obreras, las asociaciones sindicales se plantearán tempranamente las necesidades colectivas de atención médica. Sus fondos mutuales consideraban prácticamente siempre dos tipos de fondos, uno para huelgas, paros, etc., y otro para atención médica y gastos funerarios. Es

[15] E. L. Menéndez 1978.

interesante la lectura sistemática de los libros de actas de estas asociaciones de ayuda mutua, constituidas en su mayoría por trabajadores, para cobrar noción directa de como la salud aparece colocada por los obreros como una demanda básica.[16] Esto es por supuesto casi obvio, pues la capacidad de venta de la fuerza de trabajo, está en función directa de las condiciones físicas y psíquicas de los trabajadores, y el deterioro de su salud aparece como el límite de sus posibilidades de superviviencia. Los trabajadores 'libres' que el capitalismo genera masivamente como nueva clase requiere funcionalmente de la atención médica en la medida del desarrollo y extensión de la morbimortalidad dominantes en las nuevas ciudades industriales, y en función de la ruptura de las antiguas articulaciones entre trabajo, y comunidad, y en consecuencia de atención de salud que el proceso capitalista disrumpe y organiza a partir de nuevas formas basadas en la concepción de la práctica médica como bien de cambio. Es aquí donde nuevamente aparecen las relaciones entre este nivel y el MM: una de las primeras áreas donde veremos al Estado capitalista asumir funciones planificadoras y directivas será el de la salud. Pese a las críticas de los sectores 'conservadores' el Estado se verá obligado a 'intervenir' para establecer reformas sanitarias y reformas laborales. Como ya se señaló estas modificaciones tienen que ser relacionadas con la entrada en la fase imperialista por una parte, y con el desarrollo del taylorismo por la otra; es decir con las nuevas posibilidades de redistribución de una parte de los beneficios obtenidos a través de la nueva expansión colonial y con la emergencia de una nueva ideología aplicada al desarrollo de las fuerzas productivas basada en la superexplotación de las capacidades y resistencias físicas y psicológicas de los trabajadores. Esta función del Estado que será evidente luego de la crisis de 1929, la hallamos ya presente sin embargo en un periodo mucho más temprano de la institucionalización del modelo. El famoso 'Sanitary Report' de 1842 de Chadwick plantea ya la problemática de salud en términos de producción; en 1862 el mismo Chadwick profundiza su análisis en esa dirección. Como es sabido ciertas modificaciones producidas en Inglaterra tomaron como punto de referencia estos informes; ésto no sólo señala un temprano proceso de intervención estatal, sino so-

[16] E. L. Menéndez 1966-67.

bre todo las razones de esta intervención, las cuales están basadas directamente en objetivos de productividad. Poco a poco se estructura el concepto de 'capital humano', y de la salud como capital, conceptos que se desarrollarán durante las primeras décadas del siglo xx y que justamente aparecen como propuestas ideológicas de la etapa imperialista.[17]

El proceso enumerado tenderá a hegemonizarse en algunas de sus caracterísitcas, y en consecuencia se producirán modificaciones en el MM que se correlacionan aún más estrechamente con el proceso capitalista. El MM seguirá, con la autonomía relativa que debemos reconocerle, las líneas generales del desarrollo capitalista generando procesos que son complementarios y no antagónicos. Esquematizándolos serían: un proceso de mercantilización de la práctica médica que según los países capitalistas toman formas predominantemente directas o indirectas; un proceso de concentración monopólica a nivel estatal y/o privado de la apropiación de la enfermedad (servicios, incluido equipos y fármaco); un proceso de inserción profesional y social que va desde una situación de pequeña burguesía independiente a una situación de asalariados dependientes; un proceso que va de la constitución de una identidad diferenciada a una identidad profesional en conflicto. Tomado los médicos como sector profesional diferenciado, es importante señalar que éstos expresarán durante el periodo de la institucionalización del Modelo una parte de los caracteres ideológicos dominantes en los sistemas capitalistas centrales. De esta forma el MM expresa una serie de características que son al mismo tiempo caracteres sociales e ideológicos de sus funciones no sólo profesionales, sino sociales. El individualismo, el racismo, la eficacia (éxito) formarán parte constitutiva de su ideología de clase. Y es justamente la potenciación de estas características las que convertirán, entre otras, al profesional médico en la expresión más significativa de la pequeña burguesía profesional.

Como sabemos la práctica médica se desarrolló a través de dos instituciones básicas: el consultorio privado y el hospital

[17] Consultar R. Fein (en G. Melachlan y Th. Mxkeown 1971, pp. 179-217). Es importante señalar que los econimistas irán abandonando esta conceptuación a partir de la década del 30', siendo ésta una de sus tantas contribuciones a opacar la ideología dominante; los economistas de la etapa a que hacemos referencia planteaban con toda claridad la mercantilización total de la fuerza de trabajo y de su salud.

público. Si bien estas dos instituciones fueron generando formas de homogeneización en algunos países, tanto en su desarrollo histórico, como aún en la actualidad expresan la normalidad de la estratificación social en los dos lugares en que los médicos realizan sus actividades básicas. Trabajos como los de Sudnow [18] nos han demostrado la persistencia y normalidad de estas prácticas estratificadas cuando las estadísticas tendían a señalar su desaparición. Esto no niega aceptar que el proceso capitalista, sobre todo para los sectores sindicalizados desarrolló en diferente nivel (México, Inglaterra) 'nuevas' instituciones que intentan disolver las condiciones iniciales de clase de la medicina hospitalaria. Estos procesos además de recientes no han conseguido en la mayoría de los países capitalistas erradicar la medicina de clase, y que el hospital siga siendo el depositario diferenciado de pacientes de segunda clase. Pero además de esto la bibliografía actual sobre instituciones, y en particular sobre instituciones médicas, sobre hospitales, ha puesto de relieve como se han potenciado el modelo estratificado de atención y las propias funciones institucionales. Como sabemos el hospital ha sido el lugar donde los médicos han aprendido y aprenden la práctica de su profesión; es el lugar de aprendizaje, de entrenamiento, y de ejercicio que a través del ensayo y error permite asumir la 'responsabilidad' de la atención privada. Si bien ésto está en vías generales de desaparición en algunos contextos capitalistas y la diferenciación no puede hacerse esquemáticamente en funciones de relaciones clasistas, lo real es que estas instituciones formaron parte normal de las actividades a través de las cuales se instituyó la práctica médica. Esta institucionalización fue y sigue siendo normal para el MM; la medicina de consultorio privado y la medicina de hospital realizadas por el mismo profesional expresan la articulación de éste en función de los estratos. Sólo la existencia de un modelo que asumía las diferenciaciones sociales como parte del mismo y de la estructura social podía funcionar sin contradicciones ideológicas en situaciones que permanentemente establecían en los hechos la arbitrariedad del modelo. Tanto para el personal de salud, como para los enfermos fue y es normal esta situación; los pacientes de las instituciones hospitalarias fueron masivamente la población trabajadora; durante muchos años en la

[18] D. Sudnow 1971.

mayoría de los países capitalistas el hospital público formó parte normal de la vida y muerte de los trabajadores y de su familia. La disciplina de los hospitales además tenían prácticamente casi todas las características de la disciplina laboral, que la disciplina de la fábrica. Los obreros reencontraban en esta institución parte de la dinámica de sus lugares de trabajo. Varias investigaciones demostraron a partir de la década del 40' las consecuencias parcialmente negativas de la institución hospitalaria; los trabajos sobre 'hospitalismo' comenzaron a cuestionar algo que era sabido por la población habituada al hospital, que la internación podía enfermar o retardar el proceso curativo.[19] Las investigaciones que a partir de la década de los 50', y sobre todo de los 60' señalan las características represivas, restrictivas, discriminatorias, diferenciadas de las instituciones hospitalarias, y que también señalan una función parcial negativa para la salud, describen y analizan lo que es obvio para el MM. Justamente si bien en algunos de los países capitalistas, el proceso económico-político (necesidades productivas, demandas del movimiento obrero) conducen a modificaciones que superan de hecho al hospital como institución diferenciadora, no cabe duda que ese mismo proceso conduce a reforzar algunos caracteres negativos. El proceso de concentración generado en gran parte para disminuir los costos de producción de salud, condujo a acentuar procesos institucionales que fomentan aún más los rasgos de despersonalización y burocratización dominantes en la realación institución-paciente; el paciente es cada vez más cosificado, y ya no tanto en función de extracción social sino en términos de 'producto final'. Nuevamente la jerga administrativa aplicada al manejo de las instituciones hospitalarias expresan con mayor claridad que muchos análisis sofisticados este proceso de institucionalización negativa.

Como sabemos el crecimiento de estas situaciones, el descubrimiento del 'hospitalismo', la burocratización, etc., condujo a proponer intentos superadores. Nuevamente estos intentos

[19] Todo un conjunto de dichos y refranes populares, de letras de música también popular (tangos, corridos) señalan al hospital como lugar de la muerte y de la enfermedad; esta institución no aparece prácticamente como curativa, sino como el lugar en que determinados estratos sociales mueren 'naturalmente'. Esta aseveración no contradice lo ya sostenido, que estas ideologías populares formen parte constitutiva del MM; por el contrario su aceptación 'natural' de la muerte hospitalaria evidencia dicha integración.

se basaron en la dimensión psicológica como recambio; sobre todo en los EEUU se pondera la dimensión 'relacional' de la enfermedad que conduce a intentar soluciones a través de mejorar la relación médico-paciente. Se trata en consecuencia de 'personalizar', 'de desburocratizar', etc., sin asumir que estos procesos han sido generados en un nivel en el cual lo psicológico solo actúa reparatoriamente, y lo que es más importante no puede operar sino en niveles superficiales y formales.

El tercer nivel es el de la práctica médica; una descripción esquemática del mismo supone consideraciones críticas en tres subniveles: a) el de la teoría médica; b) el de la profesionalización médica, y c) el de la práctica entendida por lo que *hacen* los médicos. Nuevamente debemos señalar que obviamente estos tres subniveles están intrínsecamente ligados, y que la diferenciación tiene en gran medida un objetivo metodológico.

En esta introducción no haremos prácticamente referencias a la teoría, los trabajos de Rosen, de Sigerist, de Foucault, de Sanazaro nos han señalado un procesamiento teórico dominado por el empirismo positivista y por ciertas concepciones 'vitalistas'. Estas propuestas teóricas metodológicas se potencian con las concepciones biologistas y determinan a su vez en gran medida a los aportes teóricos culturalistas y psicologistas que han penetrado en el MM sobre todo a partir de la década del 30'.

Respecto del proceso de profesionalización médica, ya hemos hecho algunas referencias al hablar del nivel económico-político. Pero este proceso fue señalado en términos de ubicación socioeconómica, dejando de lado el proceso de formación técnica profesional. Respecto de ésto debemos señalar que es recién a fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX cuando el proceso de formación técnico realmente se organiza.

No podemos desconocer la existencia de escuelas de medicina y de requisitos en la formación médica hasta entonces; pero el proceso de institucionalización universitaria sólo pasa a tener significación a partir de dichos periodos. El proceso de profesionalización técnica acompaña un proceso de ascenso de clases de los sectores burgueses y pequeño-burgueses que van exigiendo una eficacia profesional cada vez más diferenciada. Tanto estos sectores sociales, como el proceso acadé-

mico van exigiendo mejores condiciones técnicas de los curadores. El título médico comienza a ser *realmente* una exigencia durante este periodo. Este proceso se da inicialmente en los países capitalistas de punta; al respecto la práctica médica nuevamente apunta a subrayar las relaciones estrechas de la práctica de la salud con los procesos económico-políticos. Así en el caso de los EEUU este proceso de profesionalización será mucho más tardío que en algunos países europeos; hasta casi fines del siglo XIX el título de médico se podía obtener comprándolo o sólo yendo por muy poco tiempo a las escuelas de medicina; *sólo en 1892* la Universidad de Harvard prolongó a cuatro años el periodo obligatorio de estudios y exigió exámenes escritos para obtener el título de médico general. Esto no quiere decir que en EEUU no hubiera lugares de formación universitaria; a principios del siglo XX había 150 escuelas de medicina, "...pero allí las técnicas anticientíficas, como las sanguijuelas, las ventosas e incluso las sangrías se trasmitían intactas de generación en generación"[20] Como sabemos el proceso real de profesionalización se da en los EEUU durante las dos primeras décadas, con centro en la escuela de medicina John Hopkins; pero su proceso de profesionalización será tan acelerado que ya para la década de los 30' la medicina norteamericana no sólo logra equipararse a la europea, sino que comienza a convertirse en hegemónica. En el caso europeo si bien el proceso de profesionalización se da más tempranamente, es sólo a partir de principios del siglo XIX que se institucionaliza, así en Inglaterra entre 1830 y 1860 se generan importantes debates sobre la formación del médico, que darán lugar a cambios fundamentales en el proceso de formación profesional y que se expresan en la Medical Act de 1858.

Respecto de los países de capitalismo periférico, su proceso cumplirá en gran medida los mismos procesos que cumple el proceso económico-político. Su proceso de profesionalización será 'dependiente', y esta dependencia seguirá las líneas de dependencia establecidas. Así en el caso latinoamericano se instituye inicialmente un modelo colonial generado a partir de las esferas de dominación inicial, que pasa a ser ulteriormente reemplazado por modelo de influencia europea (preferentemente francés) y que a su vez pasará a ser reemplazado por el modelo norteamericano. Por supuesto que esta descripción es esquemática, y no contempla las situaciones particulares, pero podemos decir que en gran medida ésto tiene una validez general. Tanto las concepciones teóricas, como los procesos de profesionalización, como el desarrollo de la práctica médica específica seguirán casi miméticamente los modelos que establecen los países capitalistas hegemónicos. La posibilidad de adecuaciones más o menos particulares, o de ser menos esquemas imitativos, a veces grotescamente imitativos, dependerá del desarrollo de las fuerzas productivas de cada situación dependiente. En este caso y cuando afirmamos ésto no creemos ser esquemáticos, volvemos a percibir cómo a través de la problemática de salud se articulan los niveles económico-políticos y de la práctica médica (incluida la investigación) con una visibilidad y congruencia difícil de hallar en otras dimensiones. La posibilidad de realizar investigación, o de desarrollar significativamente ciertas áreas profesionales va a estar dado *directamente* por el desarrollo real de la producción y productividad de los países dependientes. La posibilidad de una división técnica del trabajo médico tanto en especialidades, como en la gran división clínica/investigación va a depender de estos procesos socioeconómicos; la posibilidad de poder desarrollar nuevas áreas (salud mental, salud ocupacional) está también en relación directa. Esto no significa que mecánicamente esta potencialidad se desarrolle (caso del área salud mental en gran parte de los países europeos), ni que en algunos países ciertas áreas se hipertrofien (caso también de la enfermedad mental en Argentina), ni que en la mayoría de los países haya por lo menos un muestrario de especialidades de bajo nivel de especialización. Pero estos procesos aparentemente excepcionales hallan su racionalidad en la medida que particularicemos el análisis.

Uno de los componentes más importantes de este proceso de profesionalización, y que veremos inmediatamente es la investigación. Las tareas de investigación dentro de la práctica médica está reducida inicialmente sólo a algunos países europeos; éstas prácticas centradas inicialmente en el campo de la bacteriología aparecen como fenómeno excepcional y no involucra al conjunto de los curadores. Durante el siglo XIX el conjunto mayoritario de los médicos no sólo son curadores, y básicamente clínicos, sino que además los investigadores constituyen una minoría casi sin significación estadística y social. Los lugares de investigación son contados con los dedos de la

[20] M. L. Gross 1968, pp. 367.

mano, y el apoyo económico a estas investigaciones es directamente insignificante. Salvo en algunos países europeos (básicamente Alemania y Francia) la investigación médica no existe. El proceso de profesionalización médica generado a partir de los años 30', y el paulatino auge y hegemonía de la medicina norteamericana están ligados a este proceso.[21]

Los lugares de este proceso de profesionalización son dos la Universidad y el Hospital, que aparecen frecuentemente unidos a través de los hospitales que dependen directamente de las universidades. Como la investigación afecta al MM lo analizaremos más adelante; ahora nos interesa enumerar los factores que integran este proceso de profesionalización y las consecuencias dinámicas de los mismos.

Este proceso de profesionalización supone a lo largo de su constitución y reformulación el mantenimiento de los caracteres básicos del MM; en consecuencia se fomentará la formación biologista, empiricista, pragmática, mercantil. Esto se evidenciará en el desarrollo de las especialidades médicas, donde algunas áreas no fueron prácticamente ni tocadas por la propia profesión. Nos referimos concretamente a la especialidad en enfermedades ocupacionales: ¿porqué esta especialidad no se desarrolló? La explicación debemos hallarla en la determinación que se genera en los diferentes niveles del MM. Como sabemos el desarrollo de las 'especialidades' desde la segunda mitad del siglo XIX está en relación con tres tipos de factores: uno que podemos denominar teórico-ideológico y que se corresponde con la concepción dominante del hombre como máquina, y a partir de lo cual se funda la posibilidad de describir, analizar, diagnosticar 'las partes' de la máquina-cuerpo; el segundo factor tiene que ver con la emergencia de nuevos sectores sociales que asumen la eficacia diferencial de la práctica médica a partir de una 'coincidencia' entre la ideología médica y las ideologías de la cotidianeidad, la medicina de especialidades funda diferenciaciones en la atención que permite ideologizar más aún las diferenciaciones sociales colectivas.

[21] Esto no niega la existencia de antecedentes en el apoyo económico a la investigación médica. Las enfermedades 'tropicales', las investigaciones de Liebig en Alemania, el apoyo de las fundaciones norteamericnas a partir de 1910 son algunas de estas evidencias; pero es sólo a partir de la década de los 30' cuando el fomento estatal y privado hacia la investigación cobra significación.

El último factor es básicamente económico y tiene que ver con las posibilidades de mercantilizar cada vez más la práctica médica. Nuevamente en nuestro análisis nos encontramos con situaciones aparentemente paradojales; así los dos primeros factores potencialmente pudieran haber dado lugar al desarrollo de una 'especialidad' laboral; pero como sabemos el desarrollo de ésta ha sido mínimo. Si la concepción mecanicista se hubiera desarrollado congruentemente hubiera normalmente llegado a las consecuencias negativas que para la 'mecánica del cuerpo', y de la mente tienen las condiciones de explotación laboral capitalista; así como el taylorismo aplicando su esquema mecanicista llegó a un 'perfeccionamiento' en la concepción mecánica de la explotación de la fuerza de trabajo, la medicina del cuerpo debía llegar a través del mismo modelo teórico a señalar la negatividad que para la 'máquina' tiene este proceso de trabajo.[22] Si el MM no llega a éstas conclusiones es por la determinación que las condiciones productivas tiene en la producción teórica ideológica; el límite de los especialistas quedará en las enfermedades que tienen los sectores de clase alto y medio, y que también pueden tener los trabajadores; pero no especializará las enfermedades que sólo son producto del trabajo.

El MM sintetizará reformulándolo los procesos que se operen en el proceso de profesionalización; así una parte de la crisis emergida en los años 60' será producto de cambios cuantitativos y económicos que amenazan la ubicación social profesional de los médicos y que dará lugar a cuestionamientos que podemos denominar como técnico-gremiales. Los procesos que llevan a ésto son el paso paulatino y la conversión de las escuelas de medicina en escuelas de 'masas'; la descalificación creciente y el deterioro tanto de la enseñanza formal, como del equipamiento básico; la emergencia de nuevos lugares de formación de minorías (institutos de investigación; áreas preferenciales de internados, etc.). Este proceso de descalificación técnica y el establecimiento de nuevos niveles diferenciales entre los curadores está en relación directa con un proceso de pérdida de hegemonía de la clínica en la práctica

[22] Aquí por supuesto no ponderamos el enfoque mecanicista, sino que señalamos que si el enfoque hubiera sido congruente teóricamente hubiera llegado a producir un conocimiento sobre enfermedades laborales que conduciría de hecho a señalar las consecuencias negativas de los criterios de productividad para la salud.

profesional. Con este análisis hemos entrado de hecho en el subnivel de la práctica médica 'en sí'; este subnivel es tal vez el que más ha sido descrito y analizado y es en él donde han radicado básicamente las denuncias contra el MM. Actualmente podríamos hablar de una especie de moda donde médicos, sociólogos, psicólogos y hasta economistas se complacen en competir en quién realiza la crítica más destructiva. Los datos sobre iatrogenia constituyen por sí solos una extensa bibliografía; las descripciones sobre la descalificación de la práctica médica, sobre lo negativo de las actuales relaciones médico-paciente, sobre la carrera institucional de los enfermos, etc., contribuyen a conformar una concepción casi uniforme del deterioro de las actividades médicas.

Para nosotros este proceso se explica parcial, pero significativamente por lo que denominamos como descalificación de la práctica clínica. Esta descalificación está a nuestro juicio en relación inversa al desarrollo hegemónico de la investigación médica. Más aún podemos decir que el desarrollo de la investigación médica potenciará algunas de las características del MM, y comenzará a emerger como paradigma de la práctica médica y de la descalificación de dicha práctica.

Ya señalamos la poca significación que la investigación médica tuvo en la práctica del conjunto de profesionales médicos hasta alrededor de 1930; a éllo debemos agregar que hasta esa fecha, si bien el paradigma de la investigación médica se daba en el campo de la bacteriología, la mayoría de la investigación era clínica. El pasaje de hegemonía en el MM se manifestará en un aumento constante de la investigación *separada de la clínica.* Este proceso y en función de los límites y funciones de este trabajo nos conduce a focalizar dos problemas que son determinantes para explicarnos las variantes actuales del MM. Primero tratar de dar una explicación al auge, desarrollo y hegemonía de la investigación; y segundo la significación que esta hegemonía tendrá para el MM. Señalemos desde ya que algunos de los caracteres de este modelo se potenciarán a través de esta hegemonía.

La sociología de la ciencia ha ido demostrando algo que también los propios historiadores de la práctica médica han señalado (Rose y Rose, Nieburg, Armytage, Bernal): la función estructural que la práctica científica tiene para el desarrollo y aseguramiento del sistema capitalista. Autores como Richta han demostrado la inserción en diferentes niveles, pero

sobre todo en el productivo de la práctica científica; incluso varios investigadores han demostrado que el gran desarrollo de la práctica científica a partir de 1930, y sobre todo desde la segunda postguerra es producto de una estructura capitalista que halla en dicha producción la solución parcial a sus problemas estructurales. Ahora, si bien ésto algunos lo aceptan para la física, la química, inclusive para la biología, la rechazan para la esfera de la práctica médica, incluida la investigación médica. Si bien se acepta para la práctica científica en general el desarrollo de un proceso de concentración y planificación monopólica similar al de los procesos económicos mono y oligopólicos, se excluiría a la producción médica de dicho proceso. Esta excepcionalidad no tiene el menor asidero en la realidad; y una leve indagación nos conduce de hecho a percibir que la práctica investigativa está insertada en el denominado proceso de 'investigación y desarrollo'. Nuestro análisis da por sentado, más aún lo considera obvio, y lo señalamos de entrada para evitar equívocos, que en el desarrollo de la investigación médica operan determinaciones que vienen tanto del 'propio juego' teórico-práctico médico, como de las demandas objetivas de la población. Pero estas determinaciones no bastan para explicar la amplitud, y sobre todo aceleramiento del proceso; junto a estas determinaciones operan otras dos: la necesidad objetiva de producir salud, aún ajeno a las demandas subjetivas de la población, en función de las necesidades directas e indirectas de productividad, y la posibilidad concretada cada vez más de apropiación de plusvalía a través de la industrialización de la salud. Salud y productividad, salud y plusvalía son los determinantes básicos de un proceso de investigación sofisticado muchas veces, pero que concluye prácticamente siempre o en la producción, o en la aplicación, o en la venta o en la compra de trabajo y/o productos. Las necesidades objetivas y subjetivas que las nuevas condiciones de vida y trabajo generan sobre la población diferenciadamente, exigen nuevos tipos de resistencia física y psíquica por parte sobre todo de los trabajadores; las necesidades de rehabilitación obliga al desarrollo de técnicas antes innecesarias; las necesidades subjetivas de aumentar la esperanza de vida en general y de los períodos activos en particular inducen al desarrollo de formas supuestamente prolongativas; las necesidades de la reproducción ampliada y de la apropiación de plusvalía a través de la producción y ventas de drogas y fárma-

cos (para investigación y atención), y de equipos (para investigación y atención) constituyen necesidades funcionales del sistema capitalista. Cada vez son más los estudios económicos que señalan no sólo el tremendo incremento del consumo médico, sino el impacto económico que para las economías nacionales tienen el desarrollo de las industrias y comercialización de medicamento y de equipo de salud. Es en estos factores 'complementarios' donde debemos encontrar los fundamentos del desarrollo masivo de la investigación. Por supuesto que una última funcionalidad está en relación con factores político-ideológicos por una parte y con presiones ocupacionales por otra; pero hasta ahora estos factores son meramente coyunturales, aún cuando no debemos descartar su incidencia en el desarrollo futuro de la investigación.

El segundo problema es el de la significación de este desarrollo investigativo para el MM. Señalemos de entrada que la práctica investigativa en la práctica médica supondrá asumir y potenciar algunos elementos constitutivos del MM La concepción de la investigación, la metodología empleadas son básicamente empirista y positivista, y éllo supone de hecho la asumsión implícita de determinados factores. Dichos factores son: la indiscutibilidad de la objetividad; la negación de la incidencia de factores ideológicos, políticos y sociales en la investigación; la negación de la incidencia de los factores institucionales en la investigación; la cosificación del objeto de investigación que supone implícitamente la despersonalización, la pasividad, la ahistoricidad del mismo; la neutralidad respecto del objeto, lo que crea junto con los otros factores una concepción burocrática e irresponsable de la enfermedad y del enfermo.[23] La práctica cotidiana de la investigación pone de manifiesto la incidencia de estos factores; los propios investigadores médicos, o para ser más amplios los investigadores que trabajan en la problemática de salud, consideran 'natural', 'objetivo' que sus sujetos/objetos sean personas compradas (mercantilización), o población cautiva (presos, soldados, huérfanos, etc.) o población no consultada (niños de hospitales).

No se les ocurre plantearse que sus sujetos de investigación, sobre los cuales realizan sus experimentos controlados, sus

[23] Para un desarrollo teórico de esta problemática ver: E. L. Menéndez 1972.

'ensayos y errores' son personas que corresponden a determinados estratos sociales. La continuidad institucional, la normalidad de la estratificación social *en los hechos* emergen en la práctica investigativa a través de la cosificación ahistórica del sujeto de investigación. Estos sujetos están sacados no sólo de su situación social e histórica, sino sacados de su situación de 'enfermos para ser curados' (muchas veces no están ni siquiera enfermos, y se los enferma a causa de la investigación); son generalmente sujetos 'para curar la enfermedad'. La 'enfermedad' aparece abstraída ya no sólo de su situación social, sino de la situación clínica, y los resultados de la investigación *bajan* al médico a través de indicaciones generales, de estadísticas, de información indicativa y no analítica, y sobre todo de información cargada de importancia diferencial. El dato de investigación se autonomiza y baja a los médicos prácticos casi metafísicamente. La nueva división del trabajo se profundiza calificadamente; la nueva división del trabajo asume no sólo las determinaciones sociopolíticas señaladas, sino el proceso de descalificación diferencial de la práctica médica a que hicimos referencia al hablar sobre profesionalización. La práctica clínica no sólo se descalifica por un deterioro objetivo del proceso de aprendizaje, se descalifica por un proceso de subordinación tácito. Los elementos clínicos en los cuales aparecían depositados los elementos 'personales', 'psicosociales' y sociales generados en la relación médico-paciente pasan a desaparecer cada vez más en la práctica. Los criterios de productividad que establecen tanto la medicina privada monopolizada, como sobre todo las instituciones de seguridad social avalan este proceso. El reemplazo de la 'actitud' clínica, por la 'actitud' farmacológica, estrechamente relacionada con el proceso anterior es parte de esta situación creciente de descalificación.

Las soluciones que se pretenden institucionalizar respecto de este proceso no han funcionado; 'crear' el médico familiar, el médico comunitario, etc., sin tomar en cuenta que el funcionamiento real como tales está determinado por las características profundas en diferentes niveles del MM conducen de hecho a su fracaso total o parcial. Este proceso de descalificación y subordinación clínicas, se halla potenciado por un proceso ya señalado, el de la concentración monopólica y burocrática de la atención médica, que da por resultado un creciente proceso de irresponsabilidad. Es justamente este pro-

ceso el que se opone estructuralmente a la real sicosocialización de la relación médico-paciente.

Este desarrollo investigativo no ha tenido casi como objeto de estudio *directo* a la salud ocupacional. Esto, aun cuando los sujetos de investigación 'general' fueran prácticamente siempre trabajadores, campesinos, desocupados, jubilados de estos sectores e hijos y mujeres de estos trabajadores (debe reconocerse que un creciente número de investigaciones se hace sobre estudiantes comprados como sujetos de investigación), no sólo se manifiesta en la investigación básica, sino también en la investigación epidemiológica. Es 'curioso' señalar que en la clasificación internacional de enfermedades no aparecen las enfermedades ocupacionales, salvo en el rubro accidentes, y aún así no diferenciadas. Sin embargo si hay un rubro específico sobre accidentes de guerra (?). Tampoco otras clasificaciones 'operativas' de morbimortalidad integran estas 'enfermedades'. Sin embargo se da una creciente masa de investigación en el campo de la rehabilitación, y en el campo de los psicofármacos en función del gran crecimiento de las situaciones de 'stress' laboral.

Pero ésto no aparece definido en términos de investigaciones para la salud ocupacional; en última instancia estas investigaciones y productos de dichas investigaciones son aun más que en otras problemáticas de enfermedad soluciones curativas y reparatorias. Es en los problemas de salud ocupacional, donde con mayor claridad se percibe que las políticas generales y de investigación en particular tienen como objetivo la enfermedad y no la salud. Si el objetivo fuera la salud, la recuperación metodológica de las situaciones históricamente determinadas sería lo básico del análisis y de la implementación. Pero justamente estas políticas generales necesitan escindir las condiciones sociales e ideológicas en la producción de enfermedad, y ponderar por encima de las mismas a las causalidades biológicas y/o psicológicas. No negamos que estas 'variables' incidan, más aun a nivel individual constituyen las acciones básicas, pero las mismas cuando son analizadas y utilizadas en si, excluyen los factores que explican los procesos colectivos de salud-enfermedad.

El último nivel a tratar es el ideológico; en gran medida en este nivel aparecen traspuestos la totalidad de los caracteres señalados en el análisis general del MM. Es decir todos los caracteres descriptos se expresan ideológicamente en la práctica médica y en la cotidianeidad de los conjuntos sociales estratificados donde esta práctica opera directa e indirectamente. Esta expresión ideológica no es uniforme, ni homogénea y genera situaciones de conflicto tanto a nivel del modelo de los médicos, como del MM; en este trabajo no entraremos a analizar estos procesos contradictorios que se agudizan en determinados periodos como la década de los 60'. Tal vez el factor que más nos interesa señalar aquí es el de la aceptación 'normal' de la participación pasiva de los conjuntos sociales en las actividades de salud. Esta pasividad se expresa a través de mensajes contradictorios que tratan por un lado de mobilizar a la población respecto de la enfermedad, pero que en la realidad traban las reales necesidades de participación de los conjuntos. La salud no está planteada en términos colectivos ni en su procesamiento etiológico, ni en su proceso curativo; sólo aparece planteada a nivel colectivo (inerte) a través de clasificaciones o de ordenamientos burocráticos y a veces de campañas especiales, que tienen que ver o con una concepción epidemiológica biologicista o con una concepción administrativa centrada en el abaratamiento de costos. En consecuencia y resumiendo lo señalado: la población es demandada a participar, pero en términos individuales, casi privados; esta solicitud de participación es contradictoria con las reales determinaciones institucionales que inhiben y frenan permanentemente la participación. Se solicita participación, pero a la hora en que la institución lo indique, en el lugar que la institución permite, con quienes la institución disponga. La escisión público-privado adquiere una funcionalidad inesperada en las relaciones institucionales de salud que los conjuntos asumen normal, y pasivamente. Esta normalidad traspone las condiciones generales estratificadas y jerarquizadas de la sociedad global, y hallan una mutua justificación, que como en casi toda actividad social excluye de hecho la asunción activa y resolutiva de los procesos y conflictos. El MM y el modelo de los médicos confirman y refunden las concepciones ideológicas dominantes. Los estudios institucionales no sólo han demostrado ésto, sino que algunos trabajos han convertido a estas relaciones institucionales ideológicas en paradigma de la sociedad global. Esta pasividad determinada, ha conducido a reformular y recuperar conceptuaciones ideológicas que para la enfermedad generalmente fueron aplicados a grupos etnográficos. La enfermedad vuelve a ser concebida como 'fatal';

tanto la enfermedad, como el proceso curativo se convierten en hechos normales de todo conjunto social e individuo, aún para aquellos procesos de enfermedad cuya *determinación* es claramente social. La enfermedad/curación y no la salud constituyen la normalidad y ésto es aprendido desde los más tempranos procesos de socialización: el espectacular aumento de *todo tipo* de automedicación desde la primera infancia, y sobre todo a partir de fármacos se estructura a través de formas ideológicas donde estar enfermo y auto medicarse constituye la regla, y la salud y la no administración de medicamentos la excepcionalidad. En trabajos realizados sobre el problema de la automedicación en niños en edad escolar hemos podido evidenciar la incidencia de este proceso y la normalidad ideológica del mismo.

En la medida que el MM se procesa históricamente en diferentes niveles, en el mismo pueden generarse conflictos ideológicos que evidencian parcialmente la situación contradictoria de este MM respecto de los procesos socioeconómicos globales. Uno de los conflictos más evidentes, y que puede llegar a expresarse en el nivel político, es el que se genera dentro del MM, con el modelo de los médicos, en la medida que los procesos socioeconómicos conducen conjuntamente con los que se dan en el nivel de la práctica médica a reformular las relaciones sociales, técnicas y económicas de los médicos. El modelo de los médicos hallaba una congruencia ya analizada entre los caracteres básicos del MM y la ubicación social de los médicos. Su situación inicial, y dominante durante un largo periodo como profesionales liberales, es decir como pertenecientes a la pequeña burguesía comenzará a ser reformulado en virtud de la conversión de los médicos investigadores (en su conjunto) y de los curadores (cada vez en mayor cantidad) en profesionales dependientes, tanto del Estado como de las empresas privadas. Este pasaje que viene dándose aceleradamentet en las dos últimas décadas en prácticamente todo el contexto capitalista, y que indefectiblemente conduce a convertir en asalariados al conjunto mayoritario de los médicos cuestiona parcialmente algunos de los elementos estructurales del MM.[24] En este trabajo como ya se dijo no podemos entrar al análisis de los conflictos ideológicos; y si señalamos esta situación es nuevamente para establecer la dinámica interrelacionada de los diferentes niveles descriptos. Los procesos de asunción política de la salud por parte de una parcialidad de los médicos en algunos países indica una posibilidad de cuestionamiento, que en los países de capitalismo dependiente se acentúa en función de la contradicción más agudizada entre oferta de mano de obra y posibilidades de absorción ocupacional. Sólo ahora pueden emerger desde la propia práctica médica la contradicción principal que se da entre las funciones políticas, económicas, ideológicas y las nececidades objetivas de salud de los conjuntos sociales. El cuestionamiento del mismo no aparece como el cuestionamiento individual de personalidades que constituyen antecedentes importantes, pero que no expresan a conjuntos sociales. Ahora dicho cuestionamiento puede asumir formas según las cuales la práctica médica aparece ligada a las otras prácticas sociales en un proceso de transformación de la salud en el más amplio sentido del término. Wirchow, Chadwick, Sigerist, de Castro expresaban cuestionamientos personales al MM, y algunas de sus críticas fueron realmente instrumentadas pero a partir de los sectores hegemónicos, y constituyendo casi siempre reformulaciones del MM. Esto no supone negar los significativos avances obtenidos por ejemplo por la medicina social británica o sueca dentro del contexto capitalista; supone junto con ésto plantear la emergencia de cuestionamientos activos y generados en las propias fuerzas sociales, y no sólo en los procesos manejados a nivel estatal o de los sectores hegemónicos. Nuevamente, y como es congruente el desarrollo de estos cuestionamientos de conjunto aparece ligado a la situación obrera, más directamente a la situación de salud de los trabajadores. Esto no significa que ponderemos una suerte de exclusivismo, y que olvidemos la emergencia de problemas de salud ocupacional en otros sectores laborales. No lo que queremos señalar es otra cosa; primero que los problemas más graves de enfermedad ocupacional siguen estando en los sectores obreros y campesinos; segundo que en algunos contextos son los trabajadores industriales los que más cuestionan su situación de enfermedad laboral, y tercero porque una parcialidad de los médicos y cada vez en forma más evidente reconocen su nueva ubicación social. Esto no significa que desconozcamos que una gran parcialidad de los trabajadores asumen la enfermedad como 'natural' y pasivamente. Desconocer esto supondría no sólo desconocer la bibliografía

[24] Para un enfoque teórico sobre este punto ver: H. Braverman 1975.

sobre el tema, que no es tan grave, sino contradecir nuestro propio análisis sobre las determinaciones ideológicas. Además ésto nos lleva a otro problema de tipo teórico, pero estrechamente ligado con el tema que estamos analizando, y que ya por desgracia está dando estudios específicos. Nos referimos a la irresponsabilidad teórica de autores que como Glucksmann analiza los 'servicios' a través de lo que benignamente podemos llamar una concepción paranoide de la historia.

De lo señalado en el último párrafo emerge un rasgo 'final' del MM o analizado por nosotros, y ponderado no sólo por Glucksmann, sino por toda una serie de autores sobre todo norteamericanos que plantean la función controladora del modelo. Nosotros, y queremos explicitarlo no negamos esta funcionalidad, que por otra parte no es difícil de evidenciar. Pero creemos que este proceso necesita ser analizado en función de las contradicciones en las cuales se desarrolla esta función controladora. Los psicoterapeutas radicales norteamericanos han señalado su preocupación por la extensión de covertura psiquiátrica a las comunidades norteamericanas en función del tipo de información no sólo de salud, sino también social, ideológica y política que la práctica psiquiátrica puede recuperar sistemáticamente. También han denunciado las funciones de control social a través del apaciguamiento obtenido a través del desarrollo de los psicofármacos. Más aun, autores que como Zsaz llevan a sus últimas consecuencias la teoría del 'etiquetamiento' perciben en *toda* enfermedad mental una 'fabricación social de la locura' prácticamente intencionada, y ven a *toda* psiquiatría como controladora y ordenadora social. Nosotros no negamos parte de estas funciones que Glucksmann eleva a categoría universal; lo que solicitamos es un mínimo de responsabilidad en el manejo de la información o por lo menos en el manejo de la fantasía.[25]

[25] Nos referimos a una de las obras más débiles y al mismo tiempo conocida de este autor (A. Glucksmann 1976) en la cual mezcla verdades 'gritadas' (las deficiencias de tanto análisis sociológico y económico) con sus propias 'verdades' que son en la mayoría de los casos 'refritos' de algunas de esas investigaciones vituperadas. Este libro está a la moda, o pretende estarlo, con información que los mismos norteamericanos fueron los primeros en señalar, pero con dudas y sobre todo con análisis 'en serio' por más empiristas que fueran. Esto no invalida lo señalado por Glucksmann para tanta producción socieconómica que se regodea en sus propias palabras sin elucidar los problemas básicos. Como sabemos esto en la producción latinoamericana puede llegar a la casi estolidez. Pero ésto no avala la escritura irresponsable de Glucksmann.

Desde esta perspectiva es que debemos señalar que tanto las instituciones formativas, como de atención/internación, como las de promoción han tenido normalmente funciones de 'control' en la medida que el tipo de organización institucional requería un ordenamiento en el cual se implica a los conjuntos sociales para asegurar el funcionamiento. Las instituciones de salud replican a la sociedad global y el tipo de investigación cuya mejor expresión es Goffman hallan sus evidencias más significativas en estas instituciones de salud en las cuales el ordenamiento represivo y restrictivo es parte intrínseca de su funcionamiento. Junto con esta funcionalidad restrictiva, el desarrollo de la Salud Pública supone la extensión cada vez mayor de amplias zonas de 'control' (cuarentena; vacunación obligatoria; capacidad de inspección sanitaria; obligatoriedades en drenajes, etc.) que suponen 'interferencias' y ordenamientos en el dominio privado. Ahora todas estas acciones de 'control' más o menos planificadas y centralizadas por el Estado u organismos paraestatales (seguridad social) son producto normal del desarrollo del estado capitalista; no es un invento maquiavélico de los sectores dominantes, sino que es un producto funcional de la complejidad creciente a través de una concepción jerarquizada de gestión. Ahora, estas tareas serán complementadas por otras actividades de salud que suponen la 'extensión a la comunidad'; el desarrollo del trabajo social supone a partir de fines del siglo XIX y como parte de las ideologías humanitarias/liberales la entrada en la 'comunidad', cuya primera unidad de trabajo será la familia. Esta tarea se hará sobre los 'pobres' y los 'desviados' y desarrollará su acción a través de un modelo de sociedad normal proyectada sobre la comunidad que aparecerá como un sistema ideológico de control.[26] Pero este proceso sólo tendrá un desarrollo importante a partir de la década de los 30'; su campo de actividad inicial será el de la salud mental, la 'patología social' y la 'pobreza' localizada por supuesto en los estratos más bajos de la población urbana, es decir en las familias de trabajadores activos o desocupados. ¿Qué significado tiene esta extensión comunitaria que halla en la década de los 60' sus mayores desarrollos en diferentes áreas sociales? Montada sobre las ideologías 'desarrollistas' la extensión comunitaria actuará desde lo económico a lo educacional, pasando

[26] C. Wrigth Mills 1962.

por el sector salud. Dentro del sector salud la extensión comunitaria irá desde la reconstrucción comunitaria hasta el trabajo en las comunidades reales, surgiendo experiencia de todo tipo que van desde las tradicionales de Marxwell Jones a las de Basaglia, y desde las acciones de promoción de salud comunitaria hasta el intento de apropiación de formas 'tradicionales' de atención (programas de parteras empíricas). A esta altura del análisis es importante señalar que la mayoría de estas experiencias fueron programadas y muchas veces llevadas a cabo por grupos que ideológicamente podemos ubicar en un amplio espectro que va desde posiciones progresistas a francamente de izquierda. Sin embargo los autores como Glucksmann o como Breil [27] aunque de diferente forma hablan de control en términos esquemáticos, unilaterales y casi intencionales. Sin negar la existencia de intencionalidad, creemos que aquí estamos en presencia de situaciones contradictorias que se van definiendo en el procesamiento de los hechos sociales.

Es decir las formaciones capitalistas generan funcionalmente estas estructuras que *pueden ser* de control; más aún las generan a través de las acciones de una parte de sus profesionales más radicales. La posibilidad de lo que se procese, aunque parezca obvio, dependerá del contexto general. Aunque podemos admitir que estas actividades tiendan al control la función que realmente realicen dependerá de las fuerzas que se muevan en la acción social. El desarrollo del MM con funciones potenciales de control debe colocarse dentro de cada formación, en la medida que no puede pensarse estas funciones como uniformes e inevitables.

Sólo un análisis procesal puede evitar el tipo de analisis que podemos denominar estructural-paranoide. Este tipo de análisis puede basarse en hechos objetivos y a veces desgarrantes y que van desde las funciones de control físico (cuya expresión más grave es la torura controlada por médicos), pasando por las acciones de control demográfico (planificación familirar) hasta las acciones de control social e ideológico (planes de extensión comunitaria). Pero estos procesos no suponen una unilateralidad ni una validez estructural sin salida, sino que implican la posibilidad de oposición, de 'desestructuración', de contradicción pero no es abstracto, ni en la dimensión

[27] Breilh, J. 1976.

sicologista, sino en la propia producción social de los procesos.

Justamente en la lucha por la *propia salud* de los trabajadores hallamos una de las líneas reales de cuestionamiento a la estructura cerrada y casi paranoide que proponen algunos autores. Para un análisis 'abierto' debemos reencontrarnos con algunas acciones objetivas/subjetivas *realizadas* en la lucha de clases. Estas luchas de diferente envergadura junto con otros procesos y/o como parte de éllos es lo que ha conducido a las formaciones capitalistas a reformular las condiciones de trabajo; son estos procesos los que han generado la situación 'privilegiada' incluida muy notoriamente la dimensión salud en algunos sectores de trabajadores en los países de capitalismo dependiente, son estos procesos los que han llevado a experiencias que como la de Gorizia pueden aparecer limitadas y hasta 'frustradas', pero que señalan su apertura y lucha crítica; son estos procesos los que se reflejan en las demandas de médicos y personal de salud con contenido todavía economicista, pero cada vez más ligados a demandas políticas globales y referidas a la reformulación de la práctica específica sobre la salud; son estos procesos los que parcial y modestamente expresan en este libro un conjunto de profesionales. Frente a la actual sofisticación casi masturbatoria de tanto estudio sobre la salud; pensamos en mucha producción actual que frente a la avalancha de enfermos y de enfermedades tanto 'física' como 'mental' sigue pensando en términos individualistas, psicologistas, biologistas, optamos por los pequeños aportes que toman en cuenta las condiciones reales de la producción de enfermedad 'abriéndola hacia lo que se procesa socialmente y no limitando el área a la autocomplacencia teórica y mercantilizada.

EDUARDO L. MENÉNDEZ

Bibliografía citada en el prólogo

Blanchard, F.: *Por un trabajo más humano, El trabajo: condiciones y medio ambiente O.I.T.* Ginebra 1975.

Braverman, H.: *Trabajo y capital monopolista* Nuestro Tiempo, México 1975.

Breilh, J.: *La medicina comunitaria ¿una nueva policía médica?* (en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, No. 84, pp. 57-82, México 1976)

Destanne de Bernis, G. y Borelly, R.: *Cours d'economie de la santé*: Université Scientifique et Medicale, Fac. de Medicine, Grenoble 1975-76 (Mimeo)

Dubois, R.: *EL espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio médico.* F.C.E., México 1975.

Dubois, R.: *El hombre adaptado.* F.C.E., México 1975.

Dumont, J. y Latouche, J.: *L'hospitalisation malade du profit.* Editions Sociales, Paris 1977.

Fanonn, F.: *Sociología de la Revolución.* ERA, México 1968.

Glucksmann, A.: *Hacia la subversión del trabajo intelectual.* ERA, México 1976.

Gross, J. L.: *Los Doctores.* Grijalbo, México 1968.

Mclachland, G. y Mckeown, Th.: *Medical History and Medical Care. A symposium of perspectives.* Oxford Univ. Press, London 1971.

Mckeown, Th. y Record, G.: *Reasons for the decline of mortality in England and Wales during ninteenth century.* (Popul. Stud., 16, pp. 94-122, 1962).

Menéndez, E. L.: *Asimilación de grupos étnicos europeos a una comunidad rural de la provincia de Entre Ríos (Argentina).* Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Ms. 1966-67.

Menéndez, E. L.: *Racismo, colonialismo y violencia científica.* CEDAL, Bs. As. 1972.

Menéndez, E. L.: *Situación colonial y enfermedad: origen y desarrollo de las condiciones actuales de morbimortalidad.* Escuela de Salud Pública de México, Publicación Interna No. 78/146 y 78/147, México 1978.

Rosen, G.: *A History of Public Health.* M. D. Publications, Inc. New York 1958.

Sudnow, D.: *La organización social de la muerte.* Tiempo Contemporáneo, Bs. As. 1971.

Timio, M.: *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial.* Nueva Imagen, México 1978.

Wright Mills, C.: *Poder, Política, Pueblo.* F.C.E., México 1962.

Presentación

En noviembre de 1973 tuvo lugar en Florencia un coloquio sobre la salud organizado por la coordinación toscana del Partido de Unidad Proletaria.

En este coloquio participaron cerca de dos mil personas, entre delegados de fábricas, estudiantes de la facultad de medicina, médicos, enfermeros, representantes de colectivos de base, empleados de empresas locales y otros militantes, empeñados todos en confrontar las propias experiencias en el sector de la salud con las aportadas por los otros participantes. Confrontación entre instituciones y movimiento sobre un punto esencial de las condiciones de trabajo: este era en definitiva el motivo de fondo de la convención y se puede decir que de lo discutido, de los informes y de las decenas de intervenciones, se ha obtenido un cuadro muy preciso del nivel actual –después de las luchas contractuales del invierno, después del cólera del verano, al comienzo de la austeridad por la crisis energética–, de la fuerza intacta del movimiento y de su expansión a nivel de la sociedad. Los cálculos que se hacían en vísperas de la convención acerca de si sería un debate importante y útil fueron superados con holgura. Más allá de la amplitud de los debates y del número de participantes y de la pasión presente en todos, se destacó otro aspecto: se trató de un debate eminentemente político y en cada intervención fue esto lo que se mantuvo en primer plano. Incluso en la parte de la convención en la que participaron psiquiatras (en una confrontación más cerrada), no se discutió en el marco de un grupo de adherentes a los trabajadores sino en un debate explícito de opciones políticas comprensibles para todos.

Sin embargo, la convención ofreció mucho más que esto, porque giró en torno a las investigaciones de los compañeros del Grupo de

Prevención e Higiene Ambiental del consejo de fábrica de la Montedison de Castellanza Varese.

El trabajo de los compañeros de Castellanza ha alcanzado gran relieve debido a que realizaron un conjunto de investigaciones muy amplias en el ámbito de la fábrica en la que trabajan. La zona de influencia se extiende, primeramente, en dirección de las fábricas vecinas, en Castellanza y las comunidades limítrofes; fábricas de productos químicos, textiles, mecánicos, en las que ya los consejos de fábrica a menudo trabajan en el sector de la salud aplicando esquemas de intervención que traducen los resultados obtenidos por los compañeros de Castellanza a las necesidades específicas de algunas fábricas. En forma análoga, esta expansión interesa también a otras fábricas, incluso muy alejadas, del grupo Montedison.

Pero es posible que el asunto llegue aún más lejos. Está el aspecto, digno de una crónica, de una lucha ejemplar: un grupo de compañeros que se hace cargo, hasta llegar al fondo del problema, de la insalubridad de ciertos trabajos, utilizando todos los instrumentos posibles y creando los necesarios para reducirla y combatirla. Hay otro aspecto aún más novedoso: estos compañeros, al hacer esto utilizan una ciencia que ya no es la del patrón. Cuando examinan los esquemas laborales en un departamento no lo hacen desde un punto de vista laboral que no considere más que las necesidades de la producción, ídolo otrora inatacable, sino partiendo de un punto de vista opuesto: la salud del hombre, del grupo de trabajadores. Esto significa que la complejidad de los procesos de la ciencia patronal, a menudo inaccesible, aparentemente siempre dotada de todas las verdades, resulta aquí despanzurrada, examinada en sus procesos reales, para luego ser refutada en su estupidez, en su realidad de explotación, de peligro, de muerte.

Introducción

Los temas de la lucha por la salud

Silvano Biagioni

Cuando la coordinación regional toscana del Partido de Unidad Proletaria decidió, hace algunos meses, organizar un coloquio sobre los problemas de la salud tuvo presente, ante todo, el duro precio que los trabajadores pagan, tanto dentro como fuera de la fábrica, por la organización del trabajo y la salubridad. Pero también se tuvo presente la necesidad de una continuación, sobre bases nuevas, de la lucha por la salud, para que ésta se convirtiera, en un momento general, en unificadora de las luchas contra el sistema capitalista.

No se trataba ni se trata de establecer si el tema de la salud es o no un tema revolucionario, aunque no es ocioso contestar a este interrogante, ya que cualquier lucha, para mantener el aliento, debe partir de premisas claras y una clara conciencia de todas las interrelaciones existentes.

Podríamos decir que el tema de la salud no es revolucionario si lo observamos solamente bajo el perfil de la racionalización de las estructuras sanitarias, de su difusión y de la gratuidad del servicio sanitario.

Pero si la salud es salario, ocupación, horas extras, modo de trabajar y de vivir, ritmos de trabajo, desarrollo productivo, económico y urbanístico, equilibrio ecológico, igualdad social, libertad, discriminación y segregación, debemos entonces decir que la salud es un tema revolucionario.

En el desarrollo del coloquio el Partido de Unidad Proletaria consideraba, por encima de todos los datos concretos de la situación, la resistencia del sistema a introducir modificaciones incluso modestas en el orden sanitario-asistencial; la tendencia a frenar el movimiento de lucha por la salud,

que había tenido momentos de gran relieve en las fábricas y en el plano general, para reencauzarlo en una tratativa a nivel institucional sin disyuntivas; la dificultad de desarrollar, en la región toscana, una "hipótesis" de "reforma" que se comprometiera con la lucha de los obreros, a su intervención en producir una rotura en el sistema sanitario vigente.

1. Movimiento de masa e instituciones sanitarias

Además, se sentía poderosamente la necesidad de ofrecer a todas las fuerzas que de algún modo estaban empeñadas en la lucha por la salud y que no estaban dispuestas a soportar las condiciones del sistema, la ocasión de un encuentro para evaluar juntas el estado del movimiento y las ricas experiencias de estos años con el fin de delinear un camino en común para la continuación de la lucha por la salud.

En el comienzo de la preparación del coloquio se rinde cuenta, por un lado, de que había amplias posibilidades, ofrecidas por un cuadro conjunto rico en experiencias y en energías –comités de base, colectivos de medicina, iniciativas y luchas de fábrica y de barrio– y, por el otro lado, se acentuaban los peligros de un verdadero socavamiento de la lucha por la salud. Y esto también como consecuencia de la nueva centro izquierda; del emerger, cada vez más nítido, en la línea del "compromiso histórico" y, por lo tanto, del fuerte impulso a la "tregua social" con la subordinación de las así llamadas reformas y por la intensificación de la explotación.

A medida que se procedía, se confirmaba la oportunidad de la elección de la coordinación toscana del Partido de Unidad Proletaria. Crecían no sólo las adhesiones de los militantes comprometidos en experiencias capaces de aportar elementos importantes, incluso científicos, a la definición de una alternativa para la salud, sino también, y sobre todo, las adhesiones de organismos de base, de consejos de fábrica o de barrios; por otra parte las adhesiones e intereses se volvían siempre un hecho más amplio.

Por eso hoy se puede decir que este coloquio representa un momento de encuentro nacional, un momento de enfrentamiento, de búsqueda de una línea política para la salud, en una lucha que ya es parte de la lucha más global por la liberación del hombre de la explotación y la alienación.

El cuadro político en el cual se ubica esta iniciativa no puede sino conferirle un significado político más amplio.

Ahora que el movimiento de masas se encuentra largamente carente; ahora que todo parece estar reencauzado (aunque con contradicciones y resistencias) en las negociaciones de la cumbre, a través de la línea de encuentros de los compromisos más o menos históricos, esta convención, estas presencias calificadas y comprometidas, sobre todo si se considera lo que representan, no pueden ser movilizadas sólo por un interés genérico en la salud, o por el deseo de conocer experiencias, ideas, y propuestas que los informes, participaciones y debates pusieron a la luz.

No es aventurado afirmar que existe una voluntad política: desarrollar en todos los niveles la lucha por la salud no quiere decir impulsar la continuación, la generalización de la lucha sobre todos los aspectos de la situación obrera y de las masas populares.

Pero, se puede decir, sin esfuerzos, que esta es la voluntad al concurrir a esta reunión: el objetivo es construir, agrediendo a esta sociedad, a sus instituciones, a la estructura que reconocen con respecto a la salud (considerada por nosotros siempre como un todo único con los otros problemas del movimiento obrero y también como tema que moviliza y unifica a vastos estratos sociales) aquella alternativa de clase que está en el centro del proceso de identificación entre el Partido de Unidad Proletaria y el Manifiesto y las fuerzas que comparten los objetivos del proceso.

Dar fuerza y continuidad a la lucha por la salud, hacer que ella sea estimulante para todo el movimiento de clase, significa partir del presupuesto de que el elemento central es la clase obrera; significa dar concreción a la palabra de orden de la convención, especificando los objetivos de fondo y particulares, rellenándolos de contenidos que lo relacionen directamente a la realidad obrera y a la necesidad de salud que emerge de los distintos niveles de nuestra sociedad.

Las luchas parciales, sectoriales y generales de estos años, el impulso por la superación del actual estado de cosas que podemos recoger, no sin dificultad, si miramos alrededor, indican que la exigencia de salud es fuerte, siempre mayor.

Del resto se nos ocurre desprender muchas palabras para demostrar que la condición de los obreros y las grandes masas, desde un punto de vista socio-sanitario, es explosiva.

Las crónicas de todos los días muestran un cuadro dramático, pero casi siempre los episodios más graves y clamorosos (de los homicidas blancos en el aborto, de la mortalidad infantil en el desequilibrio ecológico, de la segregación en el caos de las estructuras sanitarias y asistenciales) pasan como un dato normal, totalmente accidental.

En estos y otros episodios no se considera la matriz, es decir, el hecho de que ellos derivan del sistema capitalista, de la organización del trabajo y de la organización social; del enlace de intereses entre patrones y poder político, dueños en el interior y el exterior de la estructura.

Y es gravísimo que las fuerzas de clase –o que se dicen expresión, instrumento de la clase– no sepan más que balbucir una protesta o indicar sólo propuestas legislativas e institucionales.

Esto es una señal de que las fuerzas tradicionales de clase, que los partidos históricos de la izquierda en los sindicatos, aquellas fuerzas que debieran cuestionar la hegemonía de la clase capitalista, son incapaces, en realidad, de pelear por una alternativa de clase; están destinadas, también en lo ideológico, cultural y científico, a un papel subalterno y no ven otro camino que el de las correcciones posibles, el del reformismo.

No es ésta una demanda retórica. Es un interrogante dramático, grave, para el cual no es posible dar una respuesta acelerada, simplista y generalizadora, ni puede darse por concluido con buenas intenciones.

La respuesta debe ser registrada positivamente –no asumiendo el rol de jueces sino reconociendo que somos todos en diversas medidas responsables– en la lucha para rescatar lo que sea útil, lo que dé vida a las fuerzas, al movimiento: para utilizar todo el potencial de lucha ahora reprimido y condicionado; para hacer explotar las contradicciones entre los principios aclamados y practicados en un informe apremiante; para abrir un proceso de crisis del reformismo y del interclasismo, de cualquier modo en que éste se organice y enmascare.

La respuesta sobre este problema es confiada sobre todo a las fuerzas que ya hoy advierten la necesidad de salir del pantano reformista y que simultáneamente refutan la postergación de la solución a los problemas para "después de la revolución", precisamente porque saben que es en la lucha de hoy que se construye el "mañana revolucionario".

Obviamente, no se trata de contar las fuerzas hoy disponibles para esta tarea sino, partiendo de la real evaluación de las mismas, ya comprometidas o potencialmente comprometibles, tener presentes a las que sean capaces de expresar una línea estratégica alternativa que posea fuerza intrínseca y que puedan, al mismo tiempo, articular esta línea de objetivos concretos e indicaciones de lucha sobre la cual construir, en la fábrica o en la región, un movimiento de masas siempre más amplio y unitario. Ese movimiento deberá tener en el "centralismo obrero" su engranaje, y por ello deberá ser capaz de agredir al sistema en sus efectos y en su estructura, sabiendo que la salud es uno de sus eslabones más débiles.

Sobre los objetivos específicos, concretos y no "intermedios", es necesario que la convención se pronuncie resolviendo con la mayor claridad determinados problemas que en modo alguno son secundarios y que, incluso, pueden llegar a ser paralizantes o desviantes. Este punto exige ser profundamente discutido.

Entre estos problemas merece señalarse, en primer lugar, el informe de la lucha dentro de la fábrica y en la región, y entre esta lucha y las "instituciones", el "uso" que se le da a los instrumentos legislativo-jurídicos.

Es posible dar una respuesta positiva a estos problemas volviendo a una elección política, ideológica y cultural de fondo, anteriormente referida.

Si consideramos a la clase obrera como el engranaje de una lucha generalizada por la salud, y a la fábrica como el punto central de ataque al sistema, no pueden existir dificultades o dudas para afirmar que si la lucha no excede la fábrica en el momento mismo en que tiende a crecer dentro de ella, no estimulará y no conducirá la lucha por la salud en la región y desaparecerá la posibilidad de una alternativa global de marchar también hacia otros objetivos parciales.

Es en este contexto en donde debe centrarse el uso de las instituciones y la legislación y también a partir de donde se debe afrontar el problema de cómo construir, incluso a nivel institucional (sobre todo en las instituciones locales y regionales), hipótesis alternativas.

No hay duda de que éste es el aspecto más delicado porque es aquí donde nace y se alimenta el reformismo, es decir,

en la ilusión de transformar, por medio de disposiciones y leyes, el orden institucional y social, modificando así las relaciones de clase.

La presencia, la decisión de luchar dentro de las instituciones (municipales, regionales, hospitalarias, universitarias, etc.), presenta serios riesgos y no está jamás exenta de contradicciones. Ya se sabe que el medio más simple para evitar los unos y las otras es estar fuera. Pero, ¿es esto posible? En todo momento estamos frente y dentro (aunque sea inconscientemente) de las instituciones y de la legislación; estamos dentro de uno u otro modo, se trate de obreros o de obreros sanitarios, de estudiantes o empleados administrativos.

Por otra parte, ¿cómo "ignorar" las instituciones? Si el sistema mantiene, con todas las contradicciones reconocibles a simple vista, el actual orden sanitario, con su estructura y sus instrumentos jurídicos y administrativos, ¿cómo no pensar que por esta vía responde también a su necesidad de salvaguardar el poder?

Pero el sistema no es rígido. Lentamente corrige las fracturas más visibles y cuando introduce correctivos de una manera primaria (Estado) o secundaria (entidades locales y regionales), no deja de provocar efectos sobre el movimiento, sobre las masas, que vuelven más difícil una batalla frontal, decisiva.

No parece justo omitir el plano institucional en el cual es necesario más bien intervenir para abrir y acentuar las contradicciones, para poner en dificultad al sistema utilizando, incluso, sus propios instrumentos, sus propias leyes.

Es preciso plantear la lucha contra las instituciones, pero ésta no puede reducirse al nivel de la denuncia ni puede ser conducida desde el interior, institución por institución, persiguiendo la ilusión de modificar ésta o aquella.

El problema consiste en reencauzar todo –se trate de comportamientos, procedimientos o de uso de la legislación– en el movimiento de masa unitario, en la lucha obrera que se da en la fábrica o en la región, haciendo devenir cada problema, cada iniciativa, cada cuestión, en un hecho general de ruptura, de agresión al sistema; es decir, de ataque al estado de cosas existente. Y esto no tanto para imponer correctivos, o conseguir nuevas conquistas parciales (teniendo en claro, sin embargo, que ellas contribuyen al crecimiento del movimiento), sino para acrecentar el poder efectivo de

la clase obrera, su nivel de participación *(control,* no cogestión), para poner en crisis al sistema, alzar más y más el tiro, sosteniendo también por esta vía el principio de la delegación; afirmando con fuerza, en todo momento, en toda ocasión y en toda estructura, que la salud es un bien social y colectivo no delegable.

Es también necesario estar atento a la existencia de fuertes tendencias corporativistas.

Si nuestro objetivo es la defensa de la salud, si está claro que esto no se obtiene con las reformas en nombre de la eficiencia y de la racionalidad, entonces se trata de organizar la lucha por la salud en cada nivel, operando directamente sobre las causas, afrontando los problemas de la organización del trabajo y de la sociedad, del orden regional y de la ecología, de la medicina preventiva y de la ruptura del actual orden sanitario-asistencial, de las mutuales en los hospitales y en las estructuras dispersas.

Instrumentos de esta lucha no pueden ser otros, tanto en la fábrica como en la región, que los consejos de fábrica, de zona y de barrio, los comités y los colectivos de base, que deben encontrar una permanente conexión (y vinculación) entre sí, para unificar las distintas experiencias y generalizarlas; para volver homogéneo el frente de las fuerzas sociales subalternas; para unificar, concreta y operativamente sobre el plano de la lucha, a obreros, estudiantes y obreros sanitarios. Somos conscientes de las dificultades que enfrentaremos, en especial en la construcción de consejos de zona que expresen y desarrollen todas las potencialidades de lucha unitaria; esta dificultad reside esencialmente en la tendencia de estos organismos a la fácil y rápida burocratización. Pero precisamente por esto vale la pena insistir en los consejos sobre las cuestiones de la autonomía y unidad obreras.

Porque la lucha por la salud no puede ser sólo respuesta de las elecciones políticas, económicas y sociales de los patrones y de sus gobiernos; porque tampoco puede serlo sólo de la estructura existente, sino también individualización de los momentos de organización de la defensa de la salud, que ofrece perspectivas de alternativas al actual orden sanitario en el sentido de la seguridad social; por estas dos razones, conviene valorar propuestas como la de la unidad local de los servicios sanitarios y sociales, ya que saldan lo sanitario

con lo social, introduciendo espacios para la participación y el control obrero y de masas. Deben asumirse entre los objetivos de lucha porque permiten ligar lo particular con lo general, dando horizontes políticos más amplios a la lucha obrera.

2. *Para no dispersar las fuerzas*

Estas no son más que algunas hipótesis de trabajo para la convención. Consideraciones que la coordinación toscana del Partido de Unidad Proletaria piensa como convenientes para ser debatidas y que deben ser profundizadas y confrontadas con las experiencias, a fin de definir una línea para la salud que posea fuerza movilizadora y unificadora y que se articule en objetivos en los que nos encontremos todos comprometidos después de la convención.

Esperamos que surjan del debate ricas experiencias y elaboraciones que organismos colectivos militantes han confiado; que se mantenga una permanente ligazón con la realidad y que se procure, desde el principio hasta el final de la convención, evitar posiciones perjudiciales, sectarias o acomodaticias.

Puede parecer superfluo subrayar la necesidad de que la convención no se reduzca a ser sede de intercambio de opiniones sino que, por el contrario, que de ella salgan conclusiones operativas, aunque sean parciales y no definitivas. Si no sucediera así, nos habremos perjudicado nosotros mismos, pero sobre todo habremos perjudicado a los compañeros que desde distintos puntos del país llegaron aquí como invitados.

Por eso, señalemos algunas exigencias.

La primera (no en orden de importancia) es la de garantizar la coordinación entre las fuerzas que se reconocen comprometidas en una batalla alternativa por la salud como parte de la lucha general. Tal como dice la palabra de orden: por la liberación del hombre de la explotación y de la alienación. Sabiendo que comités o consultas pueden no responder en los hechos a esta exigencia, pensamos que las restantes serán satisfechas de cualquier modo.

La segunda exigencia es la de especificar algunas áreas de intervención y también algunos sectores en los cuales concentrar el máximo de recursos y de fuerzas: grandes fábricas, grandes ciudades, teniendo presente las condiciones objetivas y subjetivas más propicias. Esto no significa reducir o detener, sino simplemente no dispersar los esfuerzos, confiando en la capacidad autónoma de las fuerzas empeñadas en la lucha –se trate de comités de base, consejos de fábrica o simples militantes– por generalizarla a todos los niveles y en todos los lugares.

Tercera exigencia: un instrumento de información-contrainformación que ofrezca a los organismos de base y a los militantes un constante punto de referencia, también teórico y científico, que garantice la circulación, difusión y generalización rápida de las experiencias y de las propuestas.

Sabemos que existen muchas publicaciones que se ocupan de la salud. Esto es un síntoma de vitalidad pero al mismo tiempo de fragmentación. ¿Es posible utilizar alguna de esas publicaciones para difundir en ellas, permanentemente, toda novedad?

Para concluir, quiero reafirmar que la coordinación toscana del Partido de Unidad Proletaria, al promover esta convención no tuvo otro objetivo más que el de brindar una forma de contacto, un encuentro entre las fuerzas y los militantes destacados en las fábricas, la región y las instituciones para la defensa de la salud, con el fin de que fuese posible lograr un estímulo a la consecusión de esta lucha.

Las premisas son éstas. Trabajemos estos dos días para dar pasos hacia adelante, sabiendo que el tiempo apremia y que urge ofrecer una línea política y objetivos al movimiento para una más sólida continuación de la lucha por la salud.

Informes e intervenciones

Clase y salud

Giulio Maccacaro

La clase y la salud de las que queremos discutir son, naturalmente, la salud de la clase obrera; entendiendo esta cuestión como problema político y como problema médico. Luego veremos cómo este problema es asumido o negado en el tiempo y en el lugar en que se convierte en científico y didáctico, esto es, en universitario.

Nosotros ponemos la salud de la clase obrera en el centro de cada problema médico, científico y político. No creemos estar forzando las cosas al proponer la tesis de que en la sociedad capitalista la conservación y el consumo de esta salud –conservación a la medida del consumo programado– son el punto de esto que es política y el tema de aquéllo que es ciencia.

Simplemente nos referimos, aceptadas todas las implicaciones, a una conocidísima y límpida frase de Marx:

> La clase obrera es la única que liberándose, libera también a los demás hombres,

para decir –con una paráfrasis pequeña pero correcta– que *la salud obrera es la única que liberándose, libera también la salud de los demás hombres.*

Si esto es cierto, como nosotros creemos, también es cierto –para retomar brevemente cosas que ya se han dicho y discutido muchas veces– que no se puede trabajar por la salud de los hombres sino poniéndose del lado –bien preciso– de una elección de clase. Y es cierto que cuando uno se mantiene –como médico, como político o como disertador sobre medicina y política– en el medio de un compromiso entre las partes, no trabaja para la liberación de la salud del hombre.

En efecto, –en el orden capitalista y en la hegemonía burguesa, tanto más agravada cuanto más próxima al agotamiento de su deber histórico– a la medicina ya no se le concede ninguna neutralidad; es más: ni siquiera la ilusión de poder tenerla.

Perderse con el capital o salvarse con el trabajo: es la única elección que le queda a la medicina, no como elección moral sino como elección teórica y práctica. Por lo tanto, es cierto que llevar a sus protagonistas "oficiales", los médicos, a tomar conciencia de esto, significa inducirlos a *reconocer y elegir su propia ubicación de clase.* No comprender esta necesidad y renunciar a este compromiso, creer aún que en medicina existen *contradicciones entre cultura y profesión, entre ciencia y ganancia,* como si esta ciencia no estuviera exactamente al servicio de esa ganancia y esa cultura no fuera perfectamente instrumental a esta profesión, *redescubrir el interclasismo en patología* e inventar *el extremismo en medicina;* todo esto es equivocado y peligroso (más allá de las buenas intenciones) porque de hecho induce a replegarse sobre aquella moderación reformista que se ajusta al diseño, no de la clase obrera, sino de su antagonista histórico, el capital.

Dada esta premisa –entendida ciertamente como apertura y no como cierre de un debate constructivo con las otras fuerzas de la izquierda– podemos introducirnos en lo vivo de nuestro tema, recurriendo a otro pensamiento de Marx:

> A cada acumulación de capital corresponde una acumulación de miseria, aun cuando crezcan los salarios.

Creo que éste es un buen punto de partida para nosotros si entendemos por *miseria creciente* el progresivo *empobrecimiento de la salud* de la clase obrera. No queremos decir que esta interpretación agota el significado, riquísimo, atribuido por Marx a ese término; se quiere decir que en ese término también está contenido el significado sobre el cual versa nuestro debate.

En efecto, desde su nacimiento hasta hoy, el capitalismo –que ha llegado a formas más o menos maduras según los países– no ha sido más que la apropiación privada de los frutos del trabajo social como condición necesaria para la reproducción y acumulación del capital en sí, a través de la expropiación de la plusvalía que el capitalista, que tiene la concesión de

retener la ganancia, opera sobre el trabajador, que está obligado a ceder su plustrabajo.

De aquí la ecuación: *Plusvalía para el capitalista = menor salud para el trabajador,* tanto más válida cuanto menos entendida en forma mecánica y cuanto más resuelta a indicar que la sustracción de la salud por la adición de valor no ocurre sólo en el momento laboral de la relación de producción, sino también en el imperioso realizarse de la capacidad de tal relación, al organizarse según la lógica exacta todo el tiempo y el espacio, toda forma y relación de la vida del hombre, en la fábrica y en la casa, en la ciudad y en la región.

He aquí por qué el problema de la salud obrera es tan central: hoy en términos urgentes, ayer en forma quizá menos aparente, en la historia del capital, en la historia del proletariado, es decir, en la historia de su enfrentamiento.

En lo que respecta al capital y a sus relaciones con la salud obrera es necesario evitar dos ingenuidades en las que ya se ha incurrido en otros debates de la izquierda.

La primera consiste en tomar textualmente otra frase muy citada de Marx:

> El capital no se preocupa de la salud y la vida del trabajador si no es constreñido por la sociedad,

para derivar de allí la conclusión de que cuanto se haga por la salud obrera está fuera de los intereses y la gestión del capital. Veremos en cambio, dentro de poco, cómo su interés en tal gestión se ha vuelto siempre más asiduo e interventor.

La segunda consiste en creer que, en todo caso, una actitud como la que recién se mencionó pertenece a un capitalista de otro siglo, de vieja estampa, mientras que el neocapitalista, más iluminado, habría advertido que cuanto mejor es la salud del obrero, tanto mayor es la ganancia del patrón, al cual le convendría, por lo tanto, cuidar de la misma. Si así no lo hiciera sería por un retraso sustancial o por falta de mentalidad capitalista.

El error común a estas dos posiciones (sobre las cuales, por otra parte, no querría detenerme más) está en atribuir al capital una lógica *cualitativa* –la salud es un bien, la salud no es un bien–, mientras que la lógica del capital es absolutamente *cuantitativa.* No olvidemos, para confirmar esto, que toda la ciencia burguesa ha sido fundada sobre la cuantificación de la

calidad para privilegiarse con el valor de cambio y que, si es lícito presentir un nacimiento de la ciencia proletaria, ésta tendrá entre sus temas de fondo la calificación de la cantidad para revaluar el valor de uso.

Al patrón no le interesa que la salud obrera sea aplastada al cero por ciento o sea elevada al cien por ciento de su potencialidad: esto es, que se manifieste, como presencia o como ausencia de calidad. A él le interesa, lo diré aún más cínicamente, que se mantenga en aquel nivel, en aquella cantidad que corresponde a un costo de conservación ventajoso respecto al producto de consumo. En efecto, el modo de producción capitalista –así complejo y múltiple en sus evoluciones y manifestaciones– no hace, desde siempre, más que una simple cosa: una continua, enorme, programada transfusión de las venas de un cuerpo social, la clase del trabajo, a las venas de otro cuerpo social, la clase del capital.

Ahora, el receptor de esta transfusión, en la medida en que es también el dueño del donante, no tiene interés en su muerte sino en su bienestar.

Su interés es, simplemente, mantenerlo en vida en el nivel de "alimentación" que cuesta menos del valor de la sangre vertida y que puede variar de un momento a otro, de un lugar a otro.

En este sentido se comprende como *la organización científica del trabajo* (de Bedaux a Taylor, de la psicotécnica a la ergonomia, de los destajos a los MAC, etc.) y, en el fondo, *el trabajo mismo de la organización científica*, envolviéndose contextualmente en el desarrollo capitalista, no habrían tenido más que una cuestión de fondo: optimizar –es decir, programar y administrar cuantitativamente– la transformación del trabajo obrero en capital variable del patrón.

En los hornos de esta transformación arde la salud obrera, cuyo valor es adjudicado, por lo tanto, en base a parámetros de este tipo, volumen de la reserva, regularidad del flujo, combustibilidad en trabajo, es decir, en plusvalías y similares.

El "no cuidado" del que habla Marx se refiere, naturalmente, al valor de uso que produce el trabajador: no ciertamente al valor de cambio que le asigna el capital; el flujo de su disponibilidad es necesario en la producción pero a condición de que se discipline a los programas de la ganancia; la cantidad total y la distribución local de la salud poseen, o mejor

dicho, deben conocer amplísimas variantes porque alrededor de la demanda media continúa el juego de la oferta.

1. Una historia de la salud

A la luz de las consideraciones que hemos desarrollado, se comprende ahora bastante bien cuál es la historia de la salud obrera "desde el lado" del capital.

1) En una primera fase, indiferencia absoluta y explotación despiadada hasta cuando y hasta donde el *ejército de reserva de la fuerza de trabajo* parecía en condiciones de sustituir continuamente a las víctimas de un trabajo inhumano. Eran tiempos en los cuales también los niños eran arreados a las minas, las mujeres se consumían catorce horas al día en las fábricas de hilados, los campesinos terminaban en el manicomio por la pelagra y si un operario comenzaba a escupir sangre a los veinte años se decía que en su familia eran débiles del pecho. Sin embargo, había siempre otros hombres, otras mujeres, otros niños a la espera, delante de los canceles de la fábrica y de las haciendas agrícolas.

2) Contemporáneamente, existía una segunda fase correspondiente al aumento exponencial en extensión, invasora y complementadora del proyecto capitalista.

Para este proyecto –en su exigencia fundamental de programar cuantitativamente el trabajo y el producto, la inversión y la ganancia– eran incompatibles e insoportables las graves perturbaciones demográficas y económicas, producidas a menudo con salvaje imprevisibilidad por las enfermedades infecciosas, epidémicas y endémicas en los centros mismos del nuevo sistema productivo. Nace así la nueva medicina –científica, fiscalista y burguesa– largamente victoriosa en las batallas empeñadas contra la patología infecciosa y parasitaria, pero solamente allí donde ésta interfería el desarrollo productivo: capaz de controlar con eficacia la situación higiénico-sanitaria pero sólo en los lugares y en los momentos que fueran señalados por la elección del capital.

Se trata de una medicina resuelta a eliminar, más que las enfermedades, su irracionalidad; a aumentar, más que la salud , su convertibilidad; a reasegurar más que a curar.

Es una medicina que resume por lo menos tres objetivos:

a) reducir a disciplina, como se ha dicho, una de las causas

de posible aleatoriedad y perturbación del proyecto capitalista;

b) atribuir a una naturaleza oscuramente antagónica la causa de la enfermedad, definida, por lo tanto, como inevitable y, sobre todo, como *irresponsable;*

c) afirmar la materialidad de la enfermedad, demostrando la correspondencia entre la especificidad física de la causa y la del órgano afectado: el bacilo de Koch produce la tuberculosis en los pulmones; la espiroqueta leutica produce la sífilis en los genitales, etc. Estas son verdaderas enfermedades y las otras, si son verdaderas, ¿deben ser como éstas?

En esta fase, la intervención médica, además de diagnóstica y terapéutica en el sentido de una mayor sistematización del empirismo tradicional, es sobre todo higiénica, profiláctica y de policía sanitaria.

La medicina, entonces controlada por la burguesía, la defiende no sólo contra la enfermedad sino también contra el enfermo, del cual aún se ignora el remedio, pero se afirma y se margina la desgracia que no está jamás exenta de una sospecha de debilidad o de culpa.

En esta etapa, la asistencia es todavía por demás caritativa, el hospital es lugar de desamparados, la salud obrera es un hecho individual: es decir, no existe aún como problema de clase ni por una parte ni por la otra; por otro lado, existe sólo la preocupación de evitar inesperadas calamidades sanitarias sobre la vía del desarrollo capitalista.

3) La etapa siguiente –que es desarrollo de la precedente y anterior a la actual– corresponde a una nueva imagen de la salud obrera en la mira del capital: no más inagotable reserva para su demanda de fuerza de trabajo en cualesquiera condiciones, y ni siquiera más reserva controlable con el cuidado de la policía sanitaria de un combustible necesario, sino tutora vil sobre la medida de los costos de producción.

La salud obrera deviene ella misma, en materia prima, por trabajar, transformar, consumir, librándola al hombre con odiosas atenciones y a la racionalidad tecnológica que guía la elaboración, la transformación y el consumo de las materias antes tomadas a la naturaleza. Con la reorganización científica del trabajo, el obrero no es sólo el utensilio versátil sino que es también una pieza fresada, torneada, rectificada por otras piezas. La cadena es concebida y medida para dos funciones recíprocamente necesarias: el montaje de la máquina y el

desmontaje del hombre. A la completa industrialización de la salud del hombre debe corresponder la premisa de que su salud está defendida por la devoción de la industria. Comienza la era del remedio: primero etiológico, sobre todo con los químicos terapéuticos y los antibióticos, reemplazado luego con las hormonas y las vitaminas, y, finalmente, sintomático con los analgésicos y los sicotrópicos.

Contemporáneamente, por aquella necesidad de gobierno total que es propia del desarrollo capitalista, el mutualismo pasa a formas estatales de ejercicio que gestionan la prestación asegurada con el sistema de la capitalización, idóneo para asegurar un enorme retiro ulterior sobre los frutos del trabajo social; la institución médica, en suma, y el hospital general en particular, vienen modelándose como proyecciones sanitarias de la fábrica por su concentración y taylorización de los actos diagnósticos y terapéuticos; la medicina académica y la práctica enfatizan como nunca la etapa curativa para resaltar y, al mismo tiempo, disimular en su interior el momento del remedio.

Cuando, posteriormente, se hace demasiado difícil disimular la sustancial y creciente ineficacia médica del aparato y de la acción sanitaria, el capital transformará a aquel que es el verdadero problema de *función* en problema de *funcionamiento,* para convertirlo, naturalmente, en llave de *eficiencia* que, en un sistema dado, es siempre una demanda del poder constituido. Establecidas tales premisas, es entonces el capital el que –como en los años sesentas– puede solicitar reformas al Estado, proponer servicios que lleven a un mayor nivel de racionalidad la tarea de consumir conservándola y conservar consumiendo la salud de la clase obrera.

4) Esto es tanto más necesario en el pasaje a una cuarta etapa que es –en una sociedad como la nuestra– cuando se hace claro entre ambos antagonistas históricos, que también la patología ha cambiado y que las nuevas enfermedades no pueden ser ya vistas como perturbaciones externas y controlables en el proyecto capitalista de producción, o como daños reparables conexos, surgidos por deficiencias de control.

El capital, que siempre ha hecho sus *cuentas sobre la* salud obrera, se encuentra ahora en el deber de hacer las *cuentas con la* salud obrera: ya no convertida en un objeto de transacción sino en sujeto de contradicciones: de una acusación que, como quería Marx, nace de la clase pero está hoy, verdaderamente,

"a nombre" de todos los hombres. No basta ya con oponerle la respuesta de los falsos remedios; es necesario imponerle el remedio del silencio.

Por esto no es suficiente ya el control sanitario: es necesario ahora, el control social.

Es necesario imponer una medicina dispuesta a clasificar la enfermedad como rebelión (véase la campaña sobre el ausentismo) y la rebelión como enfermedad (véase la transformación médica y la gestión farmacológica de los problemas sociales).

La nueva medicina no es, entonces, ni curativa ni preventiva: es sobre todo y *quizá solamente*, calmante y marginante. La medicina del silencio ante la voz del sufrimiento obrero.

Por todo esto la medicina, manteniendo e incluso magnificando las formas de un sistema asistencial, está convertida de hecho en un sistema administrativo.

2. *La salud de las clases subalternas*

Con esta relación breve –forzosamente incompleta y esquemática– sobre la historia de la salud obrera en la gestión de la clase del capital, debemos abrir otra –a pesar mío, aún más esquemática e incompleta– sobre la historia de la salud obrera en las experiencias de la clase del trabajo. Tengamos bien claro que una es dialécticamente inseparable de la otra.

También desde este punto de vista parecen reconocibles algunas fases que en parte coinciden y en parte se interaccionan con las precedentemente señaladas. Las consignaré como: fase de *rendición,* fase de *defensa* y fase de *lucha.*

1) A la primera corresponde un uso para el trabajador y, por eso, una imagen de su propia salud también meramente corpórea, totalmente desprovista de defensa y de esperanza en los encuentros del trabajo y de su explotación.

Es la situación de la cual no está ausente la descripción de Marx y de muchos otros testimonios políticos, sociológicos y literarios del pasado remoto.

Pero naturalmente no está ausente ni en el pasado reciente ni en el presente: es decir, cuando y donde el capitalismo, convertido en imperialista, no encuentra en la resistencia de los trabajadores o en la rigidez del mercado de trabajo un límite a su connatural vocación omnidestructiva. En estas

condiciones no conoce ni pasado ni presente, solamente su ley sin tiempo. He leído en la cuarta sección del primer libro de *El Capital* la descripción de las condiciones de vida y de salud de los mineros ingleses de alrededores de 1840. He visitado el museo de los mineros de sal gema, activos en la primera mitad del Novecientos, en las cercanías de Cracovia, en Polonia.

He escuchado de los protagonistas sobrevivientes cómo era la vida y la salud de los mineros chinos de Tangshan antes de la liberación. He visto cómo es, en 1970, la vida y la salud de los mineros de Lota, en Chile, y de sus hijos en el interior y afuera del socavón.

Ninguna diferencia: cuando y donde la clase no está sujeta y, menos aún, no tiene clara conciencia de sí, la salud obrera no tiene valor alguno. Es vivida mientras dura, como favor de la autoridad o providencial bendición: oportunamente, la enfermedad es debilidad y desgracia; así que en el hombre no queda, antes o después, otra cosa más que la *rendición.* Esta situación tiene aún hoy su actualidad local. Como fase histórica puede decirse que en Italia se extiende hasta los últimos decenios del siglo pasado.

2) La fase de *defensa* comienza alrededor de 1880 cuando se constituyen las primeras mutuales llamadas, precisamente,"Asociaciones de socorro mutuo".

En una situación en la cual el mercado del trabajo está totalmente controlado por la oferta, la cual tiene buen juego frente a una demanda casi sin límites y sin condiciones, estas mutuales voluntarias corresponden al intento del trabajador de no hacerse expulsar de tal mercado por motivos de salud.

La enfermedad es pérdida de trabajo, es decir, de salario sin el cual el trabajador no puede curar su enfermedad. El salario es medida del trabajo (que es justamente apariencia de salud) sin el cual no se tiene derecho a otro salario. La circularidad de esta situación tiene la característica de un torbellino en el fondo del cual sólo hay desocupación y marginación.

El trabajador comprende que la única mano a la que puede agarrarse para no tocar fondo en este torbellino es la de otro trabajador: un pacto que se llama, precisamente, de mutuo socorro para afrontar la enfermedad, vista sobre todo como salario ausente y como mantenimiento sanitario.

El patrón, naturalmente, advierte de inmediato que con esta forma organizada de solidaridad obrera sobre el pro-

blema de la salud, nace y crece una nueva capacidad contractual del trabajador.

Por lo tanto, lo amenaza y lo hostiliza de diversas formas cuando –encontrándose en condiciones de menor facilidad sobre el mercado de trabajo– no ve las posibles ventajas para su proyecto de desarrollo según la lógica, la cual ya ha dado señales de optimización de la relación "conservación-consumo" de la fuerza de trabajo. Ahora exige y obtiene, a través del Estado, un arreglo publicitario de la mutualidad, que le asegura un control más o menos descubierto.

Y, convertida en el intervalo fascista, dictada ahora la Carta del Trabajo, fundados los entes que todavía hoy gestionan los contratos de seguros obligatorios, continúa en su labor de arrojar contra las mutuales voluntarias una violencia represiva que parece desproporcionada en su efectiva dimensión pero que está en cambio conmensurada a su potencial capacidad –bien individualizada por el capital– de hacer nacer del problema de la salud una solidaridad de clase y una voluntad política proyectada sobre otros niveles.

En esta larga fase que se extiende prolongadamente también en el post-fascismo y que –en tanto se refiere a la salud obrera– se puede correctamente llamar de defensa, el obrero toma conciencia de sí como elemento fundamental del proceso productivo, protagonista del desarrollo económico, sujeto de voluntad política. No debe más "justificarse" pero puede afirmarse como trabajador y es notable que en esta afirmación se acompaña, en la tradición socialista de nuestro país, de una evaluación del trabajo como valor: de cualquier modo positivo, garantía de derechos, testimonio de moralidad.

La positividad de la salud obrera durante esta fase no está, es decir, "no se siente", en contradicción con la positividad del trabajo "en sí" por sus contenidos y su lógica, pero sí entra en contradicción con la negatividad del ambiente o, como se dice actualmente, de las circunstancias que lo contienen. Es así como esta negatividad parece tener dos ulteriores atributos: ser esencialmente *física,* en el sentido de la materialidad de sus causas y de la corporeidad de sus efectos, o ser *añadida,* en el sentido de no esencial al cumplimiento del proceso productivo, sino impuesta por la insaciable avidez de explotación del patrón.

Es como si el trabajador y el trabajo estuvieran incluidos,

por condiciones externas y no estructurales, en un paréntesis de desvalorización de su relación, que se liberará en todo su valor solamente cuando esta o aquella condición adversa sea extinguida nuevamente.

Así, en la reafirmación de tal certeza y en la constatación de su inutilidad, pudo aparecer una razonable alternativa, la *monetización* de la salud, cuya imagen totalmente organicista y mecanicista, se pone a su vez fuera del paréntesis respecto a la subjetividad de la relación entre el obrero y su trabajo.

3. De la defensa a la lucha

Es precisamente la explosión de esta conciencia específica –para todos inesperada y muchos deseada– la que señala en los años sesentas el pasaje de la fase *defensiva* a la fase de *lucha* en el campo de la salud obrera. Con esto no se quiere decir que cuanto la clase obrera había obtenido hasta aquel entonces en materia sanitaria y asistencial no hubiese sido pagado con una larga vicisitud de luchas y sacrificios; lo que se afirma es que estas luchas y estos sacrificios habían estado volcados más a la defensa contra la enfermedad a fin de resguardar la capacidad de trabajo, que a la lucha contra la insalubridad del mismo, para resguardar la integridad de la salud.

Con los años sesentas se inicia una vuelta histórica que es inútil intentar explicar utilizando el mismo doctrinario de la ciencia y de la política tradicional de los que no fueron capaces de preverla ni siquiera con un día de anticipación. Es útil, en cambio, procurar entender sus características más originales, así como hoy estamos obligados a reconocerlas, teniendo bien claro que ellas están todavía lejos de una definición, como está lejos de cumplirse el proceso entonces iniciado.

a) Ante todo, el *retiro de la comisión,* que ha significado para la clase obrera no sólo un cambio en su relación con el técnico de la salud sino el descubrimiento de su propia capacidad de hablar, finalmente, en primera persona de la salud y de otros asuntos.

Esto genera el descubrimiento de que, cambiando el sujeto del discurso, cambia el discurso mismo; se visualiza ahora una imagen de la salud muy distinta a la sostenida hasta entonces.

b) De aquí surge la inmediata especificación de una *dimensión "mental"* del propio bienestar-malestar, no más en-

tendido como conformidad-deformidad a los modelos laborales y organizativos del trabajo propuestos por el sistema de producción, sino como liberación de la conciencia del trabajador, que se ubica en relación dialéctica con el contenido mismo del trabajo al mismo tiempo que con sus circunstancias.

c) Y entonces, el reconocimiento de un *cuarto grupo de factores de insalubridad* que, agregándose al de la insalubridad ambiental genérica, de la insalubridad ambiental específica y de la fatiga física, determina y acredita finalmente un sufrimiento obrero que está más allá de la enfermedad profesional y el infortunio referido por las tablas y estadísticas.

d) Y todavía, el surgimiento del *grupo obrero homogéneo* como sujeto real: productivo, político, científico. Por un lado, ámbito de expansión de la experiencia individual de trabajo; por el otro, núcleo primario y natural de la clase; entre los dos, verdadero interlocutor de todo discurso sobre la insalubridad y la salud capaz de afrontar la comprobación de la práctica.

e) De aquí *la encuesta de fábrica,* en sus diversas formas de cuestionario y de indagaciones, el control ambiental de salud en los diversos tipos de gestión directa e indirecta: en todo caso como etapa de concientización y de autointerrogación del colectivo obrero; en los casos más avanzados, como etapa de movilización y crecimiento de la conciencia política.

f) Y por último, el nuevo conocimiento de la *relación entre fábrica y región:* es decir, la comprensión de la fábrica como lugar de máxima concentración de una insalubridad compleja, entendida como uso capitalista del hombre y del ambiente, que se extiende en cada "lugar" social. De aquí la encuesta realizada en la fábrica y con ella y sus nuevos instrumentos, sus métodos, su experiencia para activar y enriquecer nuevos modos y expresiones de la conciencia colectiva: los comités de barrio, los de zona, los escolares, etc. Sobre todo en aquellos que se forman no sobre modelos institucionales y sobre módulos sectoriales sino a partir de reales problemas colectivos.

Estas son las características que me parecen originales de la actual fase de lucha de la clase obrera por su propia salud, reconocida como bien primario e inalienable, como medida verdadera del más codiciado bien colectivo.

La discusión dará a los compañeros presentes la oportunidad de profundizar tales características, sobre todo con referencia a directas experiencias de base. Pero, en las intenciones

y en los límites de esta ponencia, me parece suficiente cuanto hemos visto, por lo menos para reconocer la evidencia y la coherencia de una conclusión importante: en el tránsito por la fase de *rendición,* de *defensa* y de *lucha* por la salud, la clase obrera ha madurado no sólo su propia conciencia política general sino también la específica.

Y esto en el sentido de que, revocando la pasiva consignación de sí a la enfermedad y al médico, o bien renunciando a su rol de objeto sanitario, ha venido descubriendo y afirmando su capacidad al considerarse como sujeto de una razón de la salud que es salud de la razón.

Si esta conclusión no es infundada y el análisis que la precede no está errado, estamos junto a un punto de notable claridad sobre las posiciones y los términos del encuentro actual entre capital y trabajo en torno a los problemas de la salud: por una parte, la *medicalización de la política,* como elección del capital; por la otra, la *politización de la medicina,* como elección de la clase.

4. Medicina y gestión social

La "medicalización" de la política corresponde a la incrementada necesidad o voluntad de control social por parte del empresariado, sea éste privado o estatal, puesto que esta diferencia actualmente es de escaso peso, mientras las multinacionales de la empresa vienen colocando en crisis no sólo la geografía de las naciones sino también el internacionalismo de los pueblos.

Esta "medicalización" se ejerce con la reducción diagnóstica y la contención terapéutica –sobre todo por vía psiquiátrica– de la no conformidad a los cánones del sistema productivo, de la originalidad individual y colectiva, de la fantasía social y política. Pero se ejerce también con la *exasperada tecnificación del acto médico y del sistema sanitario,* lo que significa –inevitablemente hoy, cuando en el mando capitalista todo poder de la técnica se convierte en técnica de su poder– consignar la medicina al control industrial. Y ya que, como habíamos dicho, esta medicina es siempre menos un sistema asistencial y siempre más un sistema administrativo, todo se resuelve (en último análisis) en un aumento de la capacidad del capital para administrar sanitariamente la sociedad, aparentando administrar socialmente la medicina.

Con esta luz se ve claramente qué significan precisamente ciertas anticipaciones de reforma sanitaria, ciertas grandes medidas de las mutuales y de los farmacéuticos en el campo de la medicina predictiva disfrazada de preventiva, ciertas nuevas sociedades con capital compuesto por las proyecciones de sistemas sanitarios y hospitalarios, ciertas efervescencias de iniciativas industriales en los campos de la técnica, y de la informática médica: todas propuestas, en último análisis, de una comisión totalmente hecha al técnico para que la remita a las manos del patrón.

La politización de la medicina significa exactamente lo contrario: sobre todo, el retiro de la comisión no sólo por la gestión del acto médico como complejo de prácticas y de instituciones sino también por la definición de la salud y de la enfermedad, por la crítica de la regla y de la desviación.

No se quiere decir que la salud se extingue y la enfermedad nace exclusivamente por el roce de las fuerzas sociales que se enfrentan, sino que se afirma que salud y enfermedad, por este enfrentamiento, son redefinidas en su ser tanto para el individuo como para la colectividad.

De ahí que la protección de una y la lucha contra la otra no pueden considerarse fuera de este enfrentamiento y deban ser protagonizadas por sus sujetos históricos.

Si la medicina del capital sirve para administrar la patología del capital, la salud de la clase obrera requiere una medicina de la clase obrera: no exactamente "para la clase" sino "de la clase", en el sentido de que en ella la clase se exprese finalmente como sujeto médico y político, así como ella misma se ha educado con sus luchas en los últimos años: primero en el inicio de un camino, ahora con mucho por recorrer.

En este punto, después de haber intentado aclarar cómo, sobre el problema de la salud, el choque entre capital y trabajo, entre burguesía y proletariado, es también choque frontal de dos hipótesis alternativas e irreconciliables sobre el uso social de la medicina como práctica y como ciencia, resulta más fácil especificar la posición de la universidad actual y de la alternativa sobre este campo de tal choque. Vale decir que no nos internaremos en el funcionamiento sino solamente en la *función* de la Escuela médica, a fin de que quede clara la interdependencia entre las dos cosas. Es decir, en lo que respecta a las circunstancias de su trabajo didáctico científico, asumiremos que la Escuela médica no encuentra dificultad

alguna en el desarrollo de su proyecto: es este proyecto el que nos interesa y que muestra un esmerado ordenamiento al servicio del capital y en la producción de médicos que lo confirman en el mando.

5. *La vieja y la nueva escuela médica*

1) El primer bienio es el de la enseñanza del naturalismo y debe convencer acerca de que el hombre es precisamente un objeto natural y no un sujeto social. Para conocerlo conviene comenzar por su cadáver, es decir, por la forma extrema de su reducción a cosa: despojado de nombre, de rol, de historia.

2) El segundo bienio es el de la enseñanza del mecanicismo: la cosa inerte, resuelta en aparatos descompuestos en órganos, se convierte en máquina móvil, gastable, reparable. El estudiante aprende la técnica de la objetivación y de la individualización de la máquina-paciente, es decir de su desocialización.

3) El tercer bienio es fundamentalmente diagnóstico-terapéutico, pero sobre todo reductivo. Diagnosticar quiere decir reducir el mal a la enfermedad, la enfermedad a un órgano afectado, el órgano a la señal de su afección y la afección a su medición.

Curar quiere decir, simétricamente, corregir el síntoma para ocultar la afección, hacer callar el órgano para fingir la derrota de la enfermedad, cubrir la enfermedad para simular la salud. Así el joven médico aprende su función; su intervención tiende siempre a extraer de su clase al trabajador enfermo, cortando las relaciones con ella, reduciéndolo a un caso.

Lo que no aprende es la prevención primaria: la que, para la patología hoy dominante, llamaría a su causa sistema dominante y lo desenmascararía como principal agente patógeno del hombre y devastador del ambiente.

Es, pues, evidente que la función de nuestra universidad, independientemente de todo disfuncionamiento, es la de preparar médicos inclinados en grado sumo al proyecto sanitario del capital; prestos, como hemos visto, a operar –aún con la violencia de la ciencia– *por la medicalización de la política, contra la politización de la medicina.* Ulteriores acotaciones lo confirman: 1) la amenaza de un número cerrado para aumentar una selectividad que en nuestro país es siempre de clase; 2)

el abandono de cualquier reforma para empobrecer ulteriormente el contenido didáctico de la escuela médica; 3) el consiguiente reconocimiento de la insuficiencia formativa de la escuela médica y la entrega, en el séptimo y octavo años, del recién graduado a la estructura de las corporaciones profesionales.

En este punto el médico puede decirse formado como pieza semielaborada, cuya última mano tendrá lugar en una o más escuelas de especialización que, dándole ulteriores títulos y ninguna competencia real, tranquilizarán su crisis de identidad, crisis que podría derivarse del creerse un obrero sanitario, y de ser transformado en administrador social, administrado a su vez: es decir, administrador por cuenta de terceros, por cuenta del poder; sin fascinación y sin discreción, de la burguesía.

En este juego de poder aparece, por consiguiente, enteramente al servicio de la institución médica universitaria que hoy se ubica, objetivamente, en el camino de la liberación obrera como un ulterior y por cierto no omisible obstáculo.

Un obstáculo que no puede ser –a corto o mediano plazo– ni abandonado, ni cercado, ni destruido, sino que por el contrario, exige tomar, ocupar, expugnar.

Para destruir a sus actuales ocupantes; es decir, a la ideología y la práctica que nos dominan.

Deberemos, pues, renovar nuestro empeño contra los procedimientos que amenazan una ulterior selectividad de clase y corporativización profesional: aludo aquí al número cerrado y al séptimo y octavo años.

Deberemos sobre todo asumir la decisión de luchar por:

1) *un diferente plan de estudios* que parta de la realidad social para unir, al hombre con la realidad de los nexos de los cuales es nudo y por los cuales derivan o son moduladas su salud y su enfermedad;

2) *un diferente método de estudio* que parta de la práctica y vaya hacia la teoría como síntesis crítica de la experiencia. Es necesario desmitificar el eslogan de que "se llega a médico estudiando", para sustituirlo por aquel más honesto y profundo de que "se estudia llegando a médico";

3) *un diferente tiempo de estudio* que reduzca el periodo de propedeuticidad deformativa y despolitizante para abrir, en el ámbito de los seis años, un sexto año de efectivo aprendizaje como médico hospitalario, de ambulancias y de comunidad,

tendiente a una experiencia global de base. Plantear, además que en cada año, desde el primero, se reserve un número fijo de horas diarias para la práctica sanitaria (en colaboración con el personal para-médico) puesta al servicio efectivo del enfermo;

4) *un diferente contenido en el estudio* orientado a las reales necesidades y a las intervenciones eficaces: con amplio espacio, por consiguiente, para la disciplina preventiva, para la epidemiología, la higiene del trabajo, etcétera;

5) *un diferente objetivo de formación* que no sea más el de producir un graduado, portador de un título sin competencia, sino un operario preparado y listo a ser eficaz en la realidad social en la que le toque desenvolverse.

Naturalmente, objetivos como éstos, cuya viabilidad está definida por la voluntad política que los multiplica, deben ser empuñados por estudiantes, docentes, enfermeros y médicos que hayan hecho una elección de clase congruente. No son *sus objetivos* ni pueden ser alcanzados sólo con sus propias fuerzas. Son *objetivos de la clase obrera,* de las fuerzas del trabajo, de las masas populares que –en las varias formas de su vanguardia y en la experiencia de su luchas– pueden reivindicar el derecho de imponer esta renovación y guiar el proceso. Y el derecho de decidir que el primer objetivo por conquistar es la libertad de buscar y especificar autónomamente sus propios objetivos.

Por eso cada propuesta que hagamos hoy no puede ser más que indicativa y, en mi sentir, cada ulterior aspiración de definición no es con el fin de un ejercicio académico o el inicio de otra aspiración. La clase obrera ha sido siempre demasiado "pensada" por quienes han terminado por sorprenderse de encontrarla así vigorosamente, originalmente, lúcidamente "pensante" sobre los finales de los años sesentas. Hoy se puede y se debe apoyar todas las formas de apropiación y de autogestión que puedan *colocar a la clase como sujeto* de una lucha por la salud que no deje de ser jamás, en cuanto tal, una lucha contra el sistema. Es falso el dilema que se propone a la clase obrera: o la conquista hoy o la revolución en otra ocasión. Para la clase obrera cuentan las conquistas que forman parte de una estrategia para la revolución, porque cualquiera de ellas –si, además de su valor actual, no fuese también un acelerador del proceso de crisis estructural del sistema capitalista– sería sólo aparente y, al final, perentorias.

Conviene pues secundar –cada uno en el interior de su rol,

que es para siempre un rol interno– el proceso de *apropiación,* por parte de la clase obrera de los instrumentos de conocimiento de los mecanismos de ganancia y de explotación del capital y de los instrumentos de autocontrol y de autogestión de la salud.

Conviene dar todo el apoyo y toda la contribución –de fuerzas, de ideas, de críticas– a los consejos de fábrica, a los consejos de zona, a los comités de barrio, a los colectivos enfermeros-enfermos, a los movimientos estudiantiles; es decir, a las formas en las cuales se expresa la voluntad de base de las masas.

Así se delinea una correcta relación de los técnicos con la clase: no ser "el" sino estar "en el" pensamiento de la clase obrera, porque este pensamiento se libera y se expresa en su capacidad de no ser *pensamiento separado,* como el de los burgueses, sino *pensamiento reintegrado,* es decir capaz de pensar en conjunto la sociedad y la naturaleza, el trabajo y la salud.

De esta capacidad, la conquista de las ciento cincuenta horas de estudio es otra prueba y otra posibilidad de expansión: es el inicio de un proceso que puede llegar muy lejos y que espero pase también por la conquista de *ciento cincuenta horas de trabajo* en fábrica para los profesores, los estudiantes y los médicos. No trabajo "sobre la fábrica" o "para la fábrica" sino trabajo "en la fábrica" y "de fábrica".

Mas hasta ahora las ciento cincuenta horas representan, en tanto resguardan los problemas de la salud, la posibilidad de ingreso de los trabajadores en la facultad y en los hospitales con una exigencia de estudio que pueda convertirse inmediatamente en propuestas de enseñanza factibles de transformarse a su vez en hipótesis de investigación –entre trabajadores, estudiantes y obreros sanitarios– destinadas a proseguir y desarrollar el proceso de apropiación obrera de la medicina como práctica y como conocimiento que ya está iniciado con la conciencia de que sólo eso puede llevarnos a encontrar una nueva salud del hombre y a fundar una nueva ciencia de la salud.

Neurosis viscerales y sectores medios: ¿Una alianza de clase?

Massimo Gaglio

Las neurosis viscerales son enfermedades de los órganos internos que atacan sobre todo el aparato cardiovascular y digestivo (cardiopatía irritable, distonía neurovegetativa en manifestaciones preferentemente circulatorias y/o respiratorias, dispepsias gastroduodenales hipersténicas e hiposténicas, discinesias colecisto-biliares, enterocolonpatía irritable, formas destrozadas y oligosintomáticas).

Estas enfermedades reconocen dos connotaciones: a) carencias de lesiones estructurales demostrada o fundadamente presumibles con los actuales instrumentos diagnósticos; b) condiciones prolongadas de ansia y/o ansia-depresión, determinadas por una situación conflictual con el ambiente. Se trata, a saber, de precisas desviaciones "funcionales", causadas por condiciones objetivamente "ecológicas".

La difusión de estas enfermedades es notable, difícil de calcular por la insuficiencia de estadísticas, por confusión de nomenclatura y por el reconocimiento mismo de algunos disturbios. Excluyendo la "pequeña patología" (malestares, astenia, disfunciones transitorias, etc.) y las enfermedades internas con huella más definida de base o componente psiconeural (por ejemplo, úlcera, gastritis, hipertensión, infarto) la incidencia de las neurosis viscerales se puede calcular en nuestro país a un medio millón por año.[1] Ésta cifra es defectuosamente aproximada porque, computando tales enfermedades con criterios más extensos, se alcanza a un número mucho más elevado de personas que la padecen (de tres millones y medio

[1] M. Gaglio, *Le neurosi sono sociosi.* Entrevista en "Gazzettino médico", 1973, 31/10.

a once millones de personas). Por otro lado, investigaciones estadísticas indican que de cerca de cinco millones de emigrados italianos, especialmente en Alemania y Suiza, al menos el 20% sufre de enfermedades gastro-duodeno-biliares derivadas de situaciones conflictuales (impacto entre "culturas" diversas en un medio de vida difícil).[2]

La clase obrera es atacada en forma preponderante por estas enfermedades. Investigaciones dirigidas en base al método de los "grupos homogéneos" (subjetividad colectiva, supraindividualidad) en los trabajadores de la industria, ha precisado resultados válidos bajo el perfil científico: entre los mecánicos metalúrgicos (Breda, Alfa-Romeo, Zoppas, Borletti, Fondetie emiliana) y los textiles (San Remo, Lebale), los trabajadores de aparatos electrónicos (Ates), la incidencia de enfermedades particularmente digestivas, de componentes neurales, recoge una cifra que oscila entre 42% y 66% de los trabajadores, según el tipo de trabajo.

También en el sector terciario algunos grupos son particularmente atacados (por ejemplo, autotransportadores y sobre todo tranviarios, 83%).

El sector de empleados no resulta exento: del 25% al 55% de los bancarios, según el trabajo, sufre de neurosis visceral o enfermedades afines.[3]

Observaciones personales en el último cuadrienio, han reportado la identificación de 588 personas con neurosis visceral (252 con disturbios cardiovasculares y 366 con disturbios digestivos). La relación de la enfermedad con las condiciones laborales y socioeconómicas ofrece algunos elementos que requieren de atención y profundización. Las mujeres con actividad doméstica (en edades que oscilan, como máximo, entre los 20 y los 35 años), ocupan el 28% de las observaciones, sea por neurosis cardiovasculares, sea por neurosis digestivas. Siguen los estudiantes, especialmente universitarios (25%), los empleados profesionales (14%) y los maestros de enseñanza media o elemental (12% sólo por digestivopatía disfuncional). Las condiciones económicas, cuando ha sido posible establecerlas con suficiente aproximación, eran de grado medio-

[2] M. Gaglio, Conferencia impresa sobre *Attualità in tema di patologia gastroduodenale*. Cfr. diarios cotidianos del 3, 8, 1973.

[3] Estos elementos, ampliamente difundidos y publicados, son recolectados en una investigación personal (en curso de edición). Sobre el asunto, cfr. G. Jervis, *Condizione operaia e nevrosi*, "Inchiesta", 1973, 3, 10, 5.

inferior en el 83%, superior o medio en el 12%, inferior en el 5%.

También con límites evidentes (particularidad socioambiental del terriotrio examinado, Sicilia oriental, tipificación de la abundancia casuística en el ámbito de la medicina universitaria) parece sin embargo posible vislumbrar que los sectores medios son atacados en medida apreciable por las neurosis viscerales.

Es difícil precisar los contornos de esta "casi clase". Probablemente es posible basarse en la modalidad de conducción de la vida cotidiana media y/o pequeño-burguesa, en el poder social limitado con carencia de poder económico y político, en las condiciones culturales generalmente desprovistas de raíces sólidas que siguen acríticamente los modelos de comportamiento impuestos por las clases hegemónicas, en base a las aspiraciones genéricas de individualismo y a la protección clientelar con aspiraciones más o menos frustradas de arribismo social.[4]

Las condiciones de trabajo sitúan a estos sectores al centro de las relaciones de producción, con la fábrica "en el monte" y con consumo-reproducción "en el valle": así, se convierten *en el ojo del ciclón del proceso capitalista*, ya sea en su desarrollo o bien en sus interminables contradicciones. Por otro lado, particularmente para el sector empleado burocrático, se asiste apenas a la "degradación" del sector terciario y a la diversidad de retribuciones y atribuciones.[5] La modalidad del desenvolvimiento del trabajo no afecta directamente las condiciones psicofísicas, como sucede con los obreros (ritmos, destajos, turnos, etc.), pero comporta automáticamente una profunda discrepancia entre la responsabilidad de las tareas y la falta absoluta de posibilidades decisionales, incluso en el ámbito de la propia actividad cotidiana y de la misma devaluación "objetiva" del trabajo desarrollado.

A esta ubicación laboral se agrega, con efecto múltiple, el

[4] Para referencias más completas y precisas, cfr. P. Sylos Labini, *Sviluppo economico e classi sociali in Italia*, "Quaderni di sociologia", 1972, 21, 4 e *La lotta politica e le classi sociali*, "Astrolabio", 1972, 31, 3. Otras referencias, en P. Calzabini, *Problemi per analisi delle classi in Italia*, "Politica ed economia, 1973, 4, 5, 58:0. Cecchi, *La macchia dolio della "clase" media*, "Rinascita", 1973, 30, 41, 10.

[5] Reporto anual-Cencis sulla situazione sociale del paese, 1973 (cfr. también G. Chiaramonte, *Prigioneri dei ceti medi?*, "Rinascita", 1974, 31, 1, 9).

uso disipado del tiempo libre que no es más que la continuación de la explotación, puesto que se somete a las exigencias del consumo y a la imposición de falsos placeres.

Cualquiera de estas condiciones, vistas individualmente, reflejan con particular claridad este modelo de sociedad basado en la ganancia, en la competencia, la agresividad, la opresión. Los sectores medios viven cotidianamente estas situaciones conflictivas y frustrantes sin tener, al menos, "conciencia de clase". Y por tanto, sin hacer siquiera intentos por conseguir la solidaridad y la creatividad colectiva, únicos instrumentos posibles para liberarse de la explotación.

Surge la perspectiva de un trabajo tenaz y modesto por parte de los compañeros que desarrollan una actividad entre los sectores medios, para llevar y recibir éstas y otras informaciones mediante enlaces, núcleos e intentos organizativos. Noticias y experiencias podrán ser útiles para superar peligrosas contraposiciones con la clase obrera: estos sectores saben oscuramente que han "de perder muchas cosas, incluso las propias cadenas".[6] Pero implicada directamente, en primera persona, en la propia piel, en la "patología del desarrollo", que es el desarrollo de la patología de la dirección capitalista –de lo que son ejemplares las neurosis viscerales intensas, como degeneración de la sociedad– se podrá aprender asimismo que

> de todas las cosas que existen en el mundo, la más preciosa son los hombres.[7]

[6] H. Marcuse, *Controrivoluzione e rivolta,* Mondadori Ed., Milano, 1973, p 14.

[7] Mao tse-tung, *Il fallimiento della concezione idealistica della storia* (1949), Obras escogidas, Ed., Riuniti, Roma, 1964, V, p. 430.

Una presencia militante

Mario Rosignoli

En un encuentro con el consejo de fábrica de la Perugina, luego de la visita al establecimiento, un obrero dijo: "Nosotros estamos como las alubias De Rica, directamente del campo a la fábrica."

En esta frase, aunque en términos paradójicos, está contenida la definición de la realidad social y económica de la zona de Perugia; una realidad en la que se ve coexistir a los sectores productivos más variados y alejados entre sí con un sustrato social producido por la economía rural en disgregación.

Por eso, en esta situación, el problema de la salud ha significado para nosotros un atraso político para afrontar la patología en todas sus expresiones.

1. *Las fábricas en Perugia*

La Perugina, 4 000 empleados, el 25% de la producción de chocolate en Italia, una red de exportaciones en 70 países, tiene en el establecimiento de S. Sisto una de las fábricas más modernas de Europa. Su cadena de producción, totalmente automática, cuenta con una capacidad productiva que se aproxima a las 120 toneladas diarias. Este elevado desarrollo tecnológico permite a la planta ser la segunda en Italia (por su facturación anual) en el sector de dulces. Allí se garantiza la ausencia relativa de sustancias nocivas y de trabajos pesados y peligrosos, pero no se garantiza –ni siquiera mínimamente– la salubridad de la fábrica. En efecto, los males de la Perugina son sobre todo aquellos comprendidos en el cuarto grupo de los factores insalubres y que deben imputarse a la organización científica del trabajo y al consiguiente desarrollo tecnoló-

gico: monotonía, repetitividad, ritmos excesivos, angustia, responsabilidad, etcétera. De los factores insalubres tradicionales, presentes sólo en algunas secciones, el ruido, el calor y la alta temperatura son los más graves, mientras la única sustancia nociva de cierta gravedad es el almidón.

El obrero de la Perugina es fundamentalmente una prolongación mecánica de la máquina. La lucha por la salud en la fábrica es una lucha por la reducción de los ritmos, contra el destajo y las horas extras y también contra el trabajo parcializado y repetitivo.

Fuera de la Perugina se encuentra la red de las pequeñas y medianas industrias.

En el sector de la cerámica, donde la demanda crece de continuo, las ganancias son altísimas y el plomo corroe el organismo del 70% de los empleados. En la Falcinelli, de Spello, la Pbemia supera el porcentaje de 0.60 miligramos por litro en más del 40% de los operarios; en la Delta-ala supera los 0.6 miligramos por litro en más del 18% de los operarios. En la misma fábrica, 89 obreros sobre 123 acusan jaqueca, insomnio, nerviosismo, fácil irritabilidad; 25, hormigueos en las manos, brazos y cuerpo; 20, cólicos abdominales; 27, disminución de la fuerza física; 100 obreros denuncian la ausencia de aspiradoras; 104, la de ventiladores.

En el sector textil, también en plena expansión y con elevadas ganancias, el polvo de los cortes de telas y los vapores de las planchas asfixian a los jóvenes operarios (edad media de 23 años).

En el Ellesse, 700 obreros trabajan en una fábrica construida para 300 personas, sin iluminación y ventilación directa, con una temperatura cercana a los 40 grados, la que provoca, sobre todo en verano, dos o tres desmayos diarios.

En casi diez mil habitaciones los remalladores permanecen en los telares de la mañana a la tarde, trabajando en el mismo lugar donde comen y duermen, cohabitando familia y máquina en un espacio reducido. La fácil irritabilidad, las relaciones familiares alteradas, los retrasos en las menstruaciones, los malestares psicosomáticos en general, rebasan las carpetas clínicas.

Alrededor de este oasis productivo existen nuevas instalaciones urbanas, con un irracional desarrollo edilicio, arriendos, subarriendos, ninguna práctica anti-accidente, pequeños patrones, ex campesinos que lucran con sus coterráneos.

Un albañil muere en julio pasado en el hospital de Perugia después de una caída en un taller edilicio; el patrón denuncia el incidente en la Casa nueva de Ponte della Pietra; los compañeros de trabajo no avalan la declaración. Muchos días después se descubre que el albañil había caído en otro taller, a diez kilómetros de distancia, precipitándose desde una altura de siete metros mientras estaba dedicado a la construcción de un cobertizo, por abuso de su patrón.

Es uno de los veintisiete operarios de la construcción muertos en los primeros meses de 1973; un gravísimo record para la Umbria.

2. *El colectivo de medicina*

Y en fin: todo alrededor es campo, el trabajo hecho de sol a sol, las manos abandonadas dentro de los engranajes de las máquinas, la vida abandonada bajo los tractores obligados a arar sobre las colinas con una pendiente de más del 15%, el trabajo dividido por mitades entre los campos y la fábrica vecina, las dos supercarreteras que la surcan, donde la fatiga, la oscuridad, el frío y la peligrosidad de la ruta segan la vida de los operarios que regresan por la tarde del trabajo a sus casas, en bicicleta o en motocicleta (no existe un registro oficial de estas muertes y de estos accidentes).

El único registro de esta patología se encuentra en el hospital regional de Perugia y no es sino un eco falseado y distorsionado, propio de la facultad y de su "didáctica".

Ahora recordamos cuando en noviembre de 1969 algunos de nosotros, después de un año de asambleas y discusiones sobre la figura del médico, sobre la medicina de clase, sobre los caminos de los profesionales, propusimos a los estudiantes una lucha para que los planes de estudio se elaboraran según las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud, planes que de hecho representaban –al menos– una racionalización de los actuales estudios de medicina. La propuesta tuvo un apoyo notable entre los estudiantes y se advirtió claramente cómo la exigencia de una nueva didáctica estaba realmente presente en gran parte del cuerpo estudiantil.

Sin embargo, pese a aquéllas participaciones de base, se fue al encuentro de una derrota cuando el consejo de facultad no sólo no aceptó nuestras propuestas de estudios interdiscipli-

narios, de subdivisión de la facultad en cuatro direcciones (médico, quirúrgico, de investigación y social), sino que a su vez propuso planes de estudio que estimulaban el *ninguneo* de los estudiantes y de hecho descalificaban a la facultad.

Fue entonces que se constató la imposibilidad de proponer un esquema de didáctica sin que de hecho se lo practicase; una didáctica que al negar la cientificidad de los actuales estudios médicos, propusiese el conocimiento de la enfermedad allí donde ella se generaba: en la fábrica y en el barrio, es decir, que no sólo limitara el poder de los patrones y de los médicos, sino que diera también una información que de hecho superara la conciencia posible de la clase médica, completamente desviada en lo que respecta a su ideología.

Nace entonces la necesidad de un organismo responsable de realizar un análisis y una participación totalizante que, por una parte, se vinculase a la realidad obrera y, por la otra, marcase su presencia en el interior de la universidad y del hospital, unificando, de manera homogénea y sobre un trabajo socialmente útil, la ambigua realidad estudiantil y aquella integrada por los docentes y no docentes disponibles.

La constitución de un colectivo político unitario de medicina, un organismo que aspira a ser de masa y que se articula en tres grupos de acción (fábrica, facultad y hospital) fue aquí, para nosotros, una elección, en cierto sentido, obligatoria.

La dimensión global y política del colectivo representa la garantía de que la lucha y la participación no sean más sectoriales y corporativas, aun en aquellos casos que han ocupado más trabajo y discusiones entre nosotros mismos; me refiero a los costos de la escuela y al problema de la discriminación.

Para nosotros, luchar contra los costos no puede significar sólo una acción por el libro gratuito, por la abolición de las tasas de inscripción y de laboratorio; luchar contra la selección no puede significar sólo tener exámenes más fáciles con la consecuencia de autodiscriminarnos también profesionalmente.

Es necesario que aquel texto, a precio de costo, tenga también contenidos diversos, indicaciones etiopatogenéticas que lleven a la causa social de la enfermedad, referida sobre todo a la realidad de nuestra región.

Es necesario que los laboratorios y los instrumentos didácticos sean gratuitos, pero también accesibles para estudios alternativos sobre los medicamentos, sobre las sustancias nocivas en las fábricas, sobre el saturnismo y la pneomoconiosis, por ejemplo.

Pero es sobre todo necesario que la lucha por la selección esté ligada propiamente en esta nueva didáctica que estamos sosteniendo, con la fiscalización de las experiencias reales de los estudios concluidos en contacto, desde el primer año, con la realidad social.

Nosotros creemos factible que nuestro trabajo se extienda al de la medicina del trabajo y de la higiene; puede así empeñarse también en las clásicas materias de la clínica, si trata de definir de vez en vez los argumentos y construir los instrumentos apropiados, es decir, aquellos colectivos de investigación (estudiantes, docentes, obreros) que representen la memoria científica de cada iniciativa didáctica y de estudio, capaces de dar una continuidad y de operar una síntesis de las varias iniciativas emprendidas, sean éstas encuestas o cursos de educación sanitaria o lecciones populares.

Precisamente ahora, la demanda de las 150 horas de los mecánicos metalúrgicos, o más propiamente para nosotros, las 120 horas de los textiles, también limitadas por contrato a los obreros estudiantiles, deben ser la primera etapa indispensable para la constitución del "monte de oro" con el cual se pueda realizar una primera ruptura del cuerpo separado de la escuela. Para nosotros, los de Perugia, esto significa necesariamente una referencia y una utilización de los espacios, aunque sean limitados, que se puedan abrir en las entidades locales de una región roja.

Es decir, significa, por parte de los estudiantes, luchar por la apertura de los institutos universitarios a esta demanda; por parte de los operarios, arrancar al patrón el reconocimiento del derecho al estudio; por parte de todos, hacer que los entes locales financien este "monte de oro".

Y también para que la entidad local haga de los hospitales de la zona y de las estructuras sanitarias de base un lugar abierto a las exigencias de una real calificación de los estudiantes de medicina, colocándolos en condiciones de afrontar también la enfermedad declarada.

Nosotros creemos que de este modo el colectivo político de medicina podrá representar para los estudiantes el instrumento más valioso de control y de gestión, manifestando una calificación real vista en función de los intereses de las masas

populares y, una vez inserto y operante en el consejo de zona, podrá contribuir en forma válida al control de la salud y de la estructura sanitaria por parte de la clase obrera.

La autogestión de la salud

Felice Piersanti

El Manifiesto ha discutido largamente en su periódico y en sus organizaciones el tema de la cultura médica, entendida ésta no como un problema abstracto sino como un problema concreto de una sociedad dividida en clases, al nivel de la lucha de clases que surge de la base obrera en el punto más alto de la lucha misma.

Estamos de acuerdo con la afirmación hecha por el compañero Maccacaro en su exposición inicial, acerca de que la lucha por la separación y análisis clínico de los casos identificados como instrumentos seudocientíficos o instrumentos de la ciencia burguesa, que se propone el no esclarecimiento político de la enfermedad, es un hecho esencial que debe ser llevado al primer plano de la lucha de la clase obrera. Al centro de la temática y de la lucha se sitúa la redefinición de la unidad trabajador-ambiente, incluso desde el punto de vista médico, para el esclarecimiento de la enfermedad. No se trata de hacer el diagnóstico para curar la enfermedad, sino de prevenirla modificando sustancialmente la causa real, altamente patógena, que es la sociedad dividida en clases basada en la ganancia, en la prioridad del hecho individual y en la marginación del más débil. Es, sin embargo, importante tratar de superar estas reflexiones teóricas para pasar a los intentos concretos de propuesta, remitiéndose a las palabras de Marx de que la coincidencia de la transformación del ambiente y de la actividad humana sólo puede ser concebida y racionalmente comprendida como una práctica revolucionaria. Sólo entonces, en la práctica de la lucha, podremos ser capaces de transformar nuestras afirmaciones teóricas en una realidad concreta de lucha por la transformación de la sociedad.

Un intento italiano para responder a la situación de crisis en el campo de la salud es el intento reformista de la lucha por la reforma sanitaria. Este intento, que alrededor de 1968-69 propugnaba una participación popular en la conducción de la unidad sanitaria local y facilitaba, por tanto, el nivel de lucha conseguido, hoy, en el momento en que se identifica sustancialmente con la valorización de las entidades locales en la gestión de la reforma sanitaria, termina, a nuestros ojos, por perder incluso la capacidad para proponer objetivos concretos. En general, los reformistas sostienen que su fuerza reside en la posibilidad de movilizar a millones de personas sobre la base de objetivos concretos y accesibles. Nosotros, por nuestra parte, sostenemos que el objetivo de la valorización de las entidades locales no puede por sí mismo atraer a millones de trabajadores en torno a propuestas de transformación de la salud y de la sociedad. Es, de hecho, un objetivo que no convence sino que se arrastra cansadamente de comisión en comisión. No se trata de tranquilizar ni de racionalizar mediante la reforma sanitaria, sino de realizar, a través de la autogestión de la salud, una serie de propuestas que sean al mismo tiempo comprensibles para millones de personas pero no reabsorbidas en la medida en que sean gestionadas por ellas mismas; que profundicen las contradicciones y que permitan, a través de una discusión colectiva de los trabajadores, el proceso de esclarecimiento revolucionario que genera en los trabajadores la conciencia del carácter patógeno de una sociedad basada en la ganancia.

¿Qué significa, de hecho, la autogestión de la salud? Significa la superación de la división social del trabajo mediante la discusión colectiva y la participación en las elecciones acerca de la salud de los trabajadores; superación de la división entre la teoría y la práctica en la que se basa toda la práctica médica, toda la facultad de medicina y que es indispensable y posible superar a través de la participación de los trabajadores en el proceso de la construcción de la salud.

Es, por tanto, la crítica, la superación y la destrucción de la facultad de medicina como cuerpo separado y agregado en la formación de los médicos y en la gestión de la investigación. Es, en cambio, la participación de los estudiantes en la medicina bajo la dirección de la clase obrera en un proceso en el cual aprender y luchar estén íntimamente ligados uno con otro. Superación de la investigación considerada como neutral por una investigación que se ponga claramente de parte de la clase obrera contra la burguesía.

Es probable que estos objetivos puedan ser traducidos en objetivos inmediatos en breve término. Si la crítica de la universidad no se transforma en una invasión de las estrucuras sanitarias de base, de los hospitales y de sus poliambulatorios por parte de los estudiantes de medicina y de sus grupos de investigación, en una acción que sea coordinada por los consejos de zona y por los consejos de fábrica y que pueda realmente comenzar a proponer un proceso inicial de reapropiación proletaria de estas estructuras sanitarias surgidas del trabajo de los obreros; y si, en cambio, se sitúa frente a los trabajadores como algo contrario y hostil, y no de socialización de los conocimientos médicos y biológicos, vendrá a afianzar a la casta médica que la gestiona separadamente y le dará fuentes de privilegio.

El problema de la salud debe ser gestionado por órganos de contrapoder alternativo surgidos de la lucha, como los consejos de zona y los consejos de fábrica; órganos capaces de gestionar los problemas de la salud y los complejos problemas de la sociedad en su conjunto. Nosotros sostenemos que también éste es un modo correcto de enfrentar el problema de las relaciones con los sectores medios. Si las relaciones en el campo específico de los médicos y los técnicos de la salud se interpretan como una suerte de carrera en su tendencia a perpetuar las posiciones de privilegio no hacen otra cosa que reafirmar posiciones corporativas ya de por sí profundamente presentes. Pero, en cambio, si son entendidas como una lucha contra la jerarquía por un sentido diferente de la medicina y de la didáctica médica, por una participación de estos estratos en un proceso profundamente diferente que acabe con la alienación, con la dificultad en la que se encuentran, con la separación que ellos mismos advierten y los compromete con un sentido diferente, nosotros sostenemos que se puede así constituir una relación correcta que sea la premisa, no ya de un compromiso histórico, sino de un bloque que en torno a la clase obrera luche por la transformación de esta sociedad.

La medicina en la región

Maurizio Mori
Piero Spagna

Esta intervención, en una fase del encuentro dedicada a la "defensa de la salud en la fábrica", fue pensada como una contribución específica de dos compañeros que, médico-higienista el uno, y administrador de una entidad local el otro, confrontan su respectiva experiencia sobre los problemas de las intervenciones llamadas "técnicas"; aquellas, a saber, aptas para el control de las condiciones del trabajo (el riesgo) y de las condiciones de salud de los trabajadores (el daño).

La ponencia se mueve en el marco de:

1) una propuesta sobre los objetivos y características generales de la intervención;

2) una evaluación crítica de las intervenciones institucionales en la práctica;

3) una definición de la relación entre instituciones públicas, organizaciones sindicales, técnicos sanitarios;

4) algunas consideraciones finales sobre la relación entre la lucha por la salud en la fábrica y la sociedad.

1. *Objetivos y características generales de la intervención*

Cada intervención técnica debe estar encaminada a relacionar las consecuencias, o sea el daño, con la causa, esto es, la insalubridad. Debe ser, por tanto, la síntesis de una serie de conocimientos analíticos evaluados en su generalidad y unidad. Cualquier intervención que quiera afrontar separadamente los síntomas de la enfermedad y que tienda a separar los factores patógenos es inútil o dañina porque ofrece una falsa cobertura técnica (la prestación sanitaria) a una

situación encaminada exclusivamente a la producción y a la ganancia.

La intervención técnica debe plantearse como primer fin la eliminación del riesgo; esto es parcialmente compatible con fases históricas de reformismo y con coyunturas sindicales favorables y, no obstante, objetivamente contradictorias con los modos de desarrollo capitalista. Es de importancia decisiva que la intervención sea permanente y garantice el carácter irreversible de las conquistas efectuadas a través de la afirmación práctica de la prioridad del derecho a la salud, respecto a las evaluaciones económico-productivas.

Es necesario evitar las hipótesis encaminadas a afirmar la preponderancia de la medicina del trabajo y el mantenimiento de una estructura vertical específica para los trabajadores, puesto que éstas son tendencias burocráticas y corporativas. El trabajador debe ser visto como una totalidad biológica y social, como hombre y ciudadano. Es preciso poner el acento, a cada momento, sobre la solución horizontal de los servicios, sobre la medicina de la región, la única capaz de garantizar la protección a la salud dentro y fuera de la fábrica, la única capaz de dar una solución conjunta a los problemas de seguridad social, la única capaz de relacionarse con la voluntad de gestión de la salud (esto es, de administración de las condiciones de trabajo y de definición de la calidad de la vida) por parte de los trabajadores y ciudadanos, la única capaz de recuperar la separación entre los "pioneros de la prevención" y los "burócratas del aparato terapéutico", en una disponibilidad renovada de técnicos sanitarios; la única, en fin, capaz de mantener un estandard permanente de eficiencia y de evitar los riesgos de la casualidad y el voluntarismo.

Una intervención técnica, para ser eficaz, debe fundarse en un difundido nivel de conocimiento del derecho a la salud, sobre una fuerte capacidad de lucha por la concreción de este derecho, sobre un preciso conocimiento de los síntomas y una aguda intuición de las causas del malestar por parte del grupo social al que se refiere. Esto es a lo que llamamos participación.

Participación en la fábrica de cada uno de los trabajadores, de los grupos homogéneos por departamento, de la asamblea; participación en la sociedad de los ciudadanos, de los colectivos de barrio, participación que puede ciertamente admitir mediaciones transitorias de parte de las representaciones consejales, sindicales, asociativas, pero que no tolera –pese al

derrumbe técnico y a la degeneración burocrática de cada intervención– ser reducida a una farsa a través de delegados permanentes, confiados a falsas representaciones parainstitucionales.

2. *Evaluación de las intervenciones institucionales en la práctica*

En seguida debemos precisar por qué hablamos de intervenciones institucionales. ¿No basta, tal vez, la intervención reivindicativa desarrollada directamente sin ningún apoyo técnico de parte de los trabajadores colectivos, con el objeto de remover la causa de la insalubridad en un ambiente de trabajo? ¿No es suficiente para los trabajadores disponer, si lo consideran útil y necesario, de expertos de su confianza a fin de concretar situaciones ya presentes para su valoración autónoma? En principio es afirmativa a ambas preguntas. Pero es necesario todavía tener en cuenta algunas consideraciones adicionales derivadas de la experiencia de estos años:

a) la reivindicación es más podesosa si es avalada por la "ciencia";

b) la reivindicación se impone a la larga si es sostenida por un servicio técnico permanente;

c) la reivindicación no es desproporcionada ni sectorial si es garantizada por la comunidad fuera de la fábrica.

De estas consideraciones, no ajenas a la formulación misma del artículo 9 del Estatuto de los derechos de los trabajadores, surge la investigación, frecuentemente puesta en práctica, de las intervenciones institucionales.

Consideramos negativo no sólo lo que se refiere al punto 1 sino, tomando también nota de la justa recusación de la que es objeto por parte de los trabajadores, cada hipótesis sobre si continuar o reutilizar los instrumentos institucionales centralizados y paraempresariales como el Enpi y las mutuales, y, precisamente por esto, subrayamos el peligro de los intentos renovadores que tienden a proponer nuevamente a estas entidades (bajo otra forma) como garantía de la nueva medicina en la fábrica.

Dirigimos, en cambio, nuestra atención sobre las entidades locales (municipales y provinciales), por tres hechos precisos: a) su –aunque siempre imperfecta– representatividad demo-

crática; b) su –aunque a menudo sólo potencial– capacidad de intervención global sobre los fenómenos regionales y sociales, uso del suelo y de los servicios; c) su capacidad de competencia –pese a ser sectorial y anquilosada– en varios ámbitos sanitarios y asistenciales.

La insistencia de la entidad local –nula por largos años, aunque gestionada por la izquierda– sobre la exigencia de defensa de la salud de los trabajadores, ha comenzado a tomar un mínimo de consistencia con la sociabilización del problema de la salud que trajeron consigo las luchas reivindicativas del 68-69 y los litigios con las distintas empresas abiertos por la aplicación del artículo 9 del Estatuto de los derechos de los trabajadores. Pero estamos todavía en presencia de iniciativas esporádicas, poco más que ejemplares y también notablemente deformes, especialmente en lo referido a la relación con las organizaciones de los trabajadores.

Estas experiencias son conducidas en tres niveles que aparecen en orden decreciente de validez y coherencia clasista.

La entidad local organiza un servicio de prevención de la salud en la fábrica (en el ámbito de o colateralmente a) y sus respectivos servicios de higiene y profilaxis, y lo coloca, por medio de los sindicatos, a disposición de los trabajadores que lo utilizan cuando su capacidad de lucha les permite volver operante el artículo 9. Un servicio, por tanto, que deriva del aumento de la conciencia y de la movilización obrera y que permite abrir con estas llaves la puerta de la fábrica.

La entidad local busca moverse de manera autónoma, utilizando el poco espacio que se puede abrir, con el artículo 40 del T.U. sanitario de 1934, para cumplir con la actividad de vigilancia de las condiciones higiénicas en la fábrica. Un servicio, entonces, que a pesar de las grandes limitaciones que representa una intervención desde el exterior, trata de estimular a través de una demostración política de disponibilidad, el crecimiento de la conciencia obrera en situaciones difíciles.

La entidad local, conjuntamente con las organizaciones sindicales (y en algunos casos de descarado interclasismo, junto con las empresariales) instituye un comité para la intervención en la fábrica en defensa de la salud, facilitando para este objeto instrumentos técnicos específicos. Un servicio, por tanto, que realizando en los hechos una cogestión, vincula las luchas obreras con la capacidad técnico-organizativa de la

entidad local e introduce elementos de la subalternidad de la salud a contingencias productivistas.

Existe además otra situación, la más amplia y difundida de todas: la ausencia absoluta de toda intervención en la tutela de la salud de la fábrica por parte de la entidad local.

En este caso se vuelve todavía más urgente plantear un enfrentamiento con la entidad local, señalándola con claridad y sin rémoras como vinculada a la patronal.

Pero también en las mejores situaciones es necesario que el servicio de la medicina del trabajo no funcione como "tranquilizante social" y para estos fines debe garantizarse:

a) plena autonomía obrera;

b) acentuación de una instancia dedicada a la individualización y cuantificación de la insalubridad.

3. *La relación institución-representatividad obrera-técnico sanitaria*

De las condiciones arriba expuestas se desprende una definición de la relación entre la entidad local y las organizaciones sindicales que excluye decididamente cualquier forma de cogestión del servicio de medicina del trabajo.

En el ámbito de la respectiva responsabilidad frente al movimiento obrero, a la entidad local corresponde la organización y gestión administrativa de los servicios técnicos de sanidad, mientras que a la organización sindical la capacidad autónoma de guiar la lucha por la modificación de las condiciones ambientales y sociales en la fábrica y de exigir los servicios necesarios.

Los aspectos operativos de esta relación pueden entonces articularse en fases cronológicamente enlazadas, pero distintas en cuanto a su competencia. La entidad local se encarga de determinar las características ambientales, exige las intervenciones diagnósticas y analíticas sobre los trabajadores, coordina la investigación estadística y epidemiológica, pone en relación las condiciones obreras con las condiciones de toda la comunidad, define las intervenciones correctivas a escala del orden regional y de los servicios sociales. La organización sindical promueve el desarrollo de un proceso en el que los trabajadores se hagan cargo de la defensa de su propia salud, dirige la reivindicación del establecimiento por confiar el ser-

vicio técnico a la entidad local, define las formas de autoencuesta trabajadora, organiza la lucha por la modificación de las condiciones ambientales y de la organización del trabajo.

En este ámbito el rol específico del técnico sanitario, en tanto, prevé la lectura epidemiológica de los datos objetivos y subjetivos, mientras prevé la explicación de contenidos profesionales y la utilización de la capacidad profesional, mientras prevé la comprensión de los distintos fenómenos y de su globalidad; en tanto prevé que la salud dentro y fuera de la fábrica son una misma e indivisible cosa y que, por tanto, la relación fábrica-sociedad excluye la posibilidad de resolver los problemas de la salud solamente en la fábrica.

El rol del técnico toma sus premisas de dos principios fundamentales:

a) la adopción del punto de vista obrero; con la lucha de la clase obrera se abre por primera vez también para el técnico la posibilidad real de trabajar, con perspectivas concretas, por salvaguardar la salud de la fábrica; esto es una contribución a la recuperación de su dignidad profesional;

b) la participación en la lucha de los trabajadores contra la insalubridad en la fábrica; si la participación de los trabajadores (en la gestión de la salud) es primaria, esto es "política", la participación de los técnicos se ve subordinada en términos de objetivos (defensa de la salud de los trabajadores) y de reconocimiento del rol hegemónico de la clase obrera: la lucha de los trabajadores es la condición indispensable para el técnico de agredir realmente el riesgo, es decir, de hacer su propio oficio.

En términos más propiamente políticos, esto sugiere una forma diferente de considerar la así llamada política de la alianza respecto a los partidos de la izquierda histórica, que también en el enfrentamiento de los médicos utilizan una estrategia de reblandecimiento de un sector medio corporativo y parasitario, antes que una oferta de recalificación profesional y técnica en el ámbito de la función hegemónica de la clase trabajadora.

Ejemplifiquemos de dos maneras esta tesis, tomando como punto de partida el Estatuto de los derechos de los trabajadores.

A–El artículo 5 y el ausentismo; el médico cuenta con tres modos alternativos de enfrentarse a este problema:

1) el médico fiscal;

2) el médico que ofrece un certificado y una terapia sintomática útil sólo para el empresario;
3) el médico que investiga con los trabajadores la causa del ausentismo, indagando sobre la condición del trabajo y, en general, sobre la situación obrera.

B–El artículo 9, el control del ambiente y de los trabajadores, la solución y las intervenciones correctoras. Se entra propiamente en el "específico técnico" del técnico de la salud. Participar en la lucha de los trabajadores por la aplicación del artícuo 9, entrar en la fábrica con y para los trabajadores, concebir la salud –y a la enfermedad– en relación inmediata con las condiciones y la organización del trabajo; todo esto significa para el técnico entre otras cosas, superar la insuficiencia y la mistificación de la estadística sobre la enfermedad en el trabajo, conseguir datos epidemiológicos reales, adquirir conocimiento para impugnar, junto con los trabajadores, la "institucionalización" (el cuadro) de las enfermedades profesionales.

La acción del técnico vuelve ahora a cuantificar los factores de insalubridad, a proveer a los trabajadores de elementos ulteriores de conocimiento sobre los factores de riesgo y daño; a dar, en una palabra, "objetividad científica" a las observaciones subjetivas de los trabajadores de modo de permitir a la clase trabajadora ajustarse a las modificaciones del ambiente y del proceso productivo, sobre la base de datos calificados.

Debe señalarse que, de cualquier modo, el empeño y la intervención de los técnicos no sólo no son determinantes, sino ni siquiera deben ser condicionantes de la movilización y de la lucha obrera por la gestión de la salud:

1) porque a veces (y no raramente) la presencia de los técnicos no es necesaria, aunque pueda ser útil: la subjetividad obrera se encuentra en condiciones de proveer toda una masa de informaciones esenciales y preciosas para el conocimiento de los riesgos y del daño y para afrontar una línea de lucha y de modificación, es decir, de gestión de la salud;

2) porque la clase obrera no puede retardar su movilización y su lucha ni la apertura de litigios con el empresario sobre los temas de la salud, por la ausencia de instrumentos técnicos de cuantificación o en espera de las largas indagaciones técnicas de conocimiento, que a menudo tienden a crecer sobre sí mismas y a no tener fin.

4. *Consideración final*

La diferencia entre la verdadera y falsa medicina preventiva está en su capacidad de encaminarse –con el mínimo indispensable "consumo" de prestaciones sanitarias– a la eliminación de las causas de la enfermedad.

La "reforma sanitaria" no está en espera de improbables actos de donación, ni es propiciada con períodos retardados. Ella es construida como un progresivo avance del poder obrero que atropella toda la estructura de la producción y las instituciones de la sociedad civil.

El desarrollo de la fuerza productiva puede constituir el progreso social sólo si se atribuyen a los costos de la producción los gravámenes necesarios que garanticen la salud de los trabajadores.

La especificación de la lucha obrera como elemento resolutivo del resaneamiento de la fábrica es la llave para determinar en la clase obrera el sujeto histórico de la "batalla ecológica" y para confirmar, aunque sea bajo este aspecto específico, su derecho a la hegemonía sobre los otros sectores sociales.

Defensa de la salud en la fábrica y artículo 9 del estatuto de los trabajadores

Luigi Ferrajoli

De los diversos informes desarrollados hasta ahora en este encuentro surge una afirmación importante: la defensa de la salud en la fábrica puede ser una defensa efectiva y no ilusoria en cuanto sea ejercida en primera persona por los trabajadores: es decir, no delegada en órganos o en sujetos tales como, por un lado, entidades de asistencia y previsión estatales y paraempresariales o, por otro, técnicos, es decir, médicos, psiquiatras, etcétera.

Si este es el objetivo coincidentemente indicado por todas las intervenciones que se han sucedido hasta ahora, el problema que se presenta es el siguiente: ¿cómo debe articularse operativamente esta defensa *directa* de la salud por parte de los trabajadores? ¿Según qué formas, qué instrumentos, qué estrategias?

1. El estatuto de los trabajadores

Creo que es evidente que una estrategia de lucha por la defensa directa de la salud en la fábrica se encuadra en una estrategia más general de lucha dentro de las instituciones, encaminada a la máxima utilización de los espacios de poder abiertos en nuestro ordenamiento de conquistas legislativas realizadas por la lucha obrera: desde las legislaciones sobre la prevención de los accidentes de trabajo pasando por las numerosas leyes sobre la vigilancia de la salud en la fábrica y sobre la higiene de los ambientes de trabajo, hasta el Estatuto de los derechos de los trabajadores. Entre estas normas, la más importante para nuestro tema es, ciertamente, el artículo 9 del

Estatuto de los trabajadores que representa, tal vez, la más avanzada de las conquistas que el movimiento obrero ha llegado a obtener a nivel legislativo. Esta norma afirma:

> Los trabajadores, mediante su representación, tienen el derecho de controlar la aplicación de las normas para la prevención de los accidentes de las enfermedades profesionales y de promover la investigación, elaboración y aplicación de todas las medidas encaminadas a vigilar su salud y su integridad física.

El valor político de esta norma reside en el hecho de que ella consagra como un *derecho* de los trabajadores aquello que en este encuentro ha sido señalado como el objetivo de la lucha por la defensa de la salud en la fábrica: la gestión directa por parte de los trabajadores de la defensa de su salud a través del poder que se les reconoce de controlar la insalubridad de su ambiente y de sus condiciones de trabajo y de modo integral, de la forma misma de la organización capitalista del trabajo. Se trata de una gran conquista con respecto a toda la legislación precedente y a toda la contratación colectiva pasada, bajo tres aspectos extremadamente calificados, que desarrollaremos a continuación.

1) Esta norma, confiando directamente a los trabajadores el control sobre las condiciones del ambiente de trabajo y la intervención directa en su modificación, señala un paso adelante con respecto a la vieja disciplina contractual de las equívocas comisiones mixtas o comités paritarios de los años 60, cuya principal función terminaba siendo, en la práctica, la de mediar el conflicto entre las razones del capital y las de los trabajadores. El artículo 9 dice, de hecho, que son *los trabajadores,* y sólo ellos, quienes poseen el derecho de control y de promoción en materia de vigilancia de su salud e integridad física y que esto lo pueden hacer *mediante sus representantes* y no mediante *los representantes,* esto último es muy importante pues significa solamente mediante organismos preconstituidos por los trabajadores en el sindicato o en la fábrica; al decir mediante *sus representantes,* esto es, mediante representantes designados por los trabajadores y designados de nuevo no ya necesariamente por los sindicatos o por los órganos obreros predefinidos, sino generalmente por "trabajadores"; y no solamente por asambleas generales sino también por asambleas de departamento; no sólo por consejos de fábrica sino también por componentes minoritarios de los consejos de fábrica, o sea por un número limitado de delegados y, más generalmente, por pequeños grupos de trabajadores.

Todo esto significa la posibilidad de un control y de una gestión directa por parte de los trabajadores de las propias condiciones de trabajo sin necesidad de mediaciones de ningún tipo; significa que los trabajadores, por pocos o muchos que sean, pueden designar a sus propios representantes, a sus propios médicos, a sus propios técnicos y puedan hacerlos entrar en la fábrica y hacerlos que exijan todos los controles que consideren necesarios al ambiente de trabajo y todas las investigaciones pertinentes para la elaboración y aplicación de las medidas apropiadas para la vigilancia de la salud; significa, en una palabra, que el objetivo del autocontrol de la salud queda legalmente garantizado como derecho y que eso se arregla con el instrumento legal que garantice la aplicación.

2) El segundo aspecto que califica a esta norma es la enorme extensión del objeto de poder de intervención obrera por ella instituido en materia de salud. El artículo 9 admite, de hecho, no sólo las intervenciones obreras específicamente mencionadas, los derechos a *controlar* la aplicación de las normas para la prevención de accidentes o enfermedades profesionales, sino también las intervenciones de los trabajadores –garantizadas por "el derecho de promover la investigación, elaboración y aplicación de todas las medidas apropiadas para la vigilancia de su salud y su integridad física"– derechos a *modificar* todos aquellos aspectos de la insalubridad derivados del trabajo en cuanto tal; esto es lo que se explica en el actual orden productivo: insalubridad producida por el ambiente, por el ritmo y carga del trabajo excesivo, por la excesiva especialización del trabajo, por la excesiva explotación, etcétera.[1] Esto significa que los trabajadores tienen no solamente derecho de controlar el respeto a todas las numerosas leyes en materia de accidentes, de higiene y de salud en la fábrica, de denunciar sus violaciones a la autoridad judicial, de pretender e imponer su observancia, sino también el derecho de investigar e imponer su aplicación en defensa de la propia salud e integridad física de todas las medidas necesarias a este fin,

[1] Tiziano True, *Statuto dei lavoratori e organizzazione del lavoro,* Informes para el IX Congreso Nacional de los Comités de acción por la justicia sobre "Economia e Statuto dei lavoratori", Roma, 1972, p. 17.

comprendidas las transformaciones del proceso y de las organizaciones capitalistas de la producción y del trabajo.

3) El tercer aspecto que califica al artículo 9 es la concreta practicabilidad del derecho a la salud, es decir su concreta protección judicial. En virtud de esta norma, el principio constitucional según el cual "la República protege la salud como derecho fundamental del individuo y de interés para la comunidad" (art. 32), se convierte, en efecto, respecto a la protección de la salud en la fábrica, en un derecho subjetivo de la salud del que es titular la colectividad obrera de la fábrica y por el cual es posible, en caso de violación, la reintegración por vía judicial a partir de la iniciativa directa de los trabajadores. Esto puede llevarse a cabo mediante múltiples medios procesales.

En primer lugar, mediante el procedimiento civil ordinario y, todavía mejor, mediante el procedimiento de urgencia previsto por el artículo 700 del código de procedimiento civil que consiente, en caso de que el derecho "sea amenazado por un perjuicio inminente e irreparable", el "solicitar con recurso al juez (sobre la base de informes técnicos preparados por representantes de los trabajadores) los procedimientos de urgencia que resulten, según las circunstancias, más idóneos para asegurar" la integridad del derecho a la salud. Esos informes pueden contener medidas de prevención y de seguridad exigidas al empleador, modificaciones del ambiente de trabajo, transformación de las condiciones y de la organización del trabajo, etcétera.

En segundo lugar, mediante el instrumento penal. Puesto que las violaciones de las leyes sobre la prevención de accidentes y sobre la higiene del ambiente de trabajo constituyen delitos, su averiguación sobre la base del derecho de control asegurado por el artículo 9 pueden ser denunciados a la autoridad judicial, donde son conminadas al legislador del trabajo las sanciones penales previstas por las leyes.

Finalmente, sobre la base de los principios generales en materia de contrato, la averiguación de las violaciones citadas consiente el autocontrol colectivo de los trabajadores mediante el rechazo a prestar servicios en condiciones consideradas nocivas: no se trata de una "huelga", se entiende, sino de una forma de abstención del trabajo justificada por la inaceptabilidad de las prestaciones laborales en condiciones que no corresponden a las previstas por el contrato y las leyes e

incompatibles con el interés del deudor (la salud), garantizado por la Constitución y por ello subordinados a los del acreedor; la consecuencia es que los trabajadores, en vez de ser exonerados de la obligación de las prestaciones laborales tienen derecho (contrariamente a la hipótesis de huelga) a la indemnización de los daños en una medida integral, es decir, a la retribución por el tiempo de abstención justificada del trabajo.[2]

2. *Una conquista poco utilizada*

Ahora bien, el aspecto más desalentador de este artículo 9 del Estatuto de los trabajadores, del cual he demostrado su enorme valor como instrumento de defensa de la salud dentro de la fábrica, es la falta casi total de utilización que de él hacen el movimiento obrero y sindical. Esta norma casi no ha sido invocada por los trabajadores. Después de unos tres años de la entrada en vigor del Estatuto, los casos en que éste ha sido utilizado en todo el territorio nacional se cuentan con los dedos de la mano. ¿Cómo se explica esta inercia del movimiento obrero?

Creo que una primera razón es la falta en el movimiento obrero de una estructura organizativa adecuada a este objetivo; es decir, la inexistencia de una interrelación orgánica y operativa entre movimiento obrero y técnicos-médicos, alternativas capaces de desarrollar en forma estable las funciones de representación de los trabajadores por el control y la vigilancia de la salud. Si los trabajadores se confían siempre a la intervención de los órganos de inspección pública para la vigilancia de su salud es porque no existe una organización de médicos democráticos al servicio del movimiento obrero. Existen, en cambio –y la presencia de tantos médicos en este congreso no puede ser tomada como un testimonio seguro– técnicos disponibles a nivel individual. Pero esta disponibilidad individual no tiene ningún valor político ni ninguna utilidad práctica si no se traduce organizativamente en una disponibilidad política operativa. No sirve de mucho que en una

[2] Tiziano Treu, *cit.* p. 20; Giorgio Ghezzi; *Statuto dei lavoratori tutela della salute nei luoghi di lavoro;* en "Rivista trimestrale di diritto e procedura civile" 1971, p. 762, nota 25.

cierta región haya uno o más médicos democráticos relacionados entre ellos; es necesario que el movimiento pueda inspirar confianza, antes que sobre éste o aquél buen médico, sobre una organización política de médicos democráticos, orgánica y establemente unida y políticamente constituida: también porque la actividad de control, de investigación y de elaboración de las medidas necesarias a la vigilancia de la salud de una determinada fábrica requieren a menudo, por su especialidad, la intervención de médicos democráticos residentes en otras zonas del país, que solamente la presencia de una organización nacional de médicos democráticos puede asegurar concreta y rápidamente.

Es evidente que esta organización de médicos no existe hoy ni existirá mañana si el movimiento obrero no adquiere la capacidad política de gestionar los instrumentos legales de intervención de los que ya dispone y con ellos los técnicos necesarios. Y es ésta, me parece, otra de las razones importantes de la inercia obrera en materia de utilización de los instrumentos legales de autocontrol de la salud: el escaso nivel de conciencia de los trabajadores en el orden de los derechos y de los medios legales de los que *ya* disponen y la falta consecuente de una estrategia de lucha de la clase obrera sobre el terreno institucional, encaminada a valorar prácticamente todas aquellas leyes que le son favorables y que está dispuesta a arrebatar al patrón al precio de una lucha larga y fatigosa.

Es un hecho que el terreno institucional, y en particular el judicial, siempre ha estado olvidado como terreno específico de lucha del movimiento obrero y siempre ha oscilado, contradictoriamente, entre una exaltación a veces triunfalista de las conquistas legislativas de vez en cuando realizadas y una extraordinaria incapacidad de hacerlas operativas en la práctica; entre una lucha siempre dura y empeñada en la conquista sobre el plano normativo, es decir, legislativo y contractual, de nuevas garantías y nuevos espacios de poder obrero, y una práctica tendenciosamente renunciatoria a la utilización y a la defensa de los derechos y de los poderes consagrados a nivel normativo. He hablado del artículo 9 del Estatuto de los trabajadores, que representa tal vez un caso límite de inaplicación. Pero cuanto he dicho para el artículo 9 puede ser repetido para el Estatuto entero de los derechos de los trabajadores. Sin embargo, esta ley no ha sido un gracioso regalo de la clase dominante; ella representa, aun con todos sus límites, el

fruto más importante en términos normativos de la lucha del otoño del 69. Recordemos la satisfacción de los sindicatos cuando la ley fue aprobada, la exaltación de sus contenidos políticos innovadores, de los espacios de poder y de las garantías que ella abría al movimiento. Y bien, la utilización de esta ley ha sido hasta ahora escasísima. El artículo 28 del Estatuto –que prevé la posibilidad para los sindicatos de recurrir al juez contra cualquier comportamiento antisindical del patrón, y que habría podido ser utilizado cotidianamente como instrumento constante de control de la prepotencia patronal en la fábrica– ha tenido aplicaciones sólo excepcionales y esporádicas, dado que los recursos de los jueces partidarios de los sindicatos han sido poquísimos. Lo mismo se puede decir para todas las legislaciones sobre la prevención de los accidentes de trabajo y sobre el control de la higiene y de la salud en la fábrica: se trata de leyes que preven una cantidad innumerable de medidas de seguridad y prevención, obligaciones, cumplimientos menudos y detallados por parte de los legisladores del trabajo. Pero ni los trabajadores ni los sindicatos las han invocado jamás directamente. Desde hace más de seis años soy el juez penal de un centro industrial como Prato y jamás he recibido una denuncia de violaciones realizada directamente por parte de los trabajadores o de sus organizaciones sindicales. Se prefiere, antes que controlar directamente la observancia y la aplicación de estas normas –como el artículo 9 del Estatuto prevé, atribuyendo a los trabajadores un directo poder de control como era de cualquier modo posible, aún antes del Estatuto, con el instrumento de la denuncia penal del patrón a la autoridad judicial–, delegar enteramente este control a los órganos del Estado, es decir, a los Inspectores del trabajo que son, entre otras cosas, afectados por las carencias de personal y por graves deficiencias organizativas; al mismo tiempo se lamenta, la ineficiencia de estos órganos.

Esta inercia carece de justificación política. La conquista de una ley por parte del movimiento obrero no es jamás una conquista definitiva; el empresariado trata siempre de neutralizarla, recuperando a nivel de aplicaciones prácticas todo lo que ha tenido que ceder a nivel legislativo. Se dice entonces que ha derivado de la Constitución Republicana. ¿Por qué la Constitución es hoy poco más que una simulación disfrazada que cubre la realidad del viejo Estado de policía fascista, que ha permanecido casi inalterado en sus estructuras autoritarias

y aplastantes? Porque el movimiento democrático y popular, después de aquel feliz momento de nuestra historia que fue la fase constituyente, no ha tenido la fuerza y la capacidad de traducir aquella gran conquista en una transformación efectiva del Estado, es decir, imponer la supresión de la legislación fascista y la adecuación de todo el viejo aparato institucional al nuevo diseño constitucional. Hoy, muchos de los derechos y muchas de las garantías contenidas en el Estatuto de los trabajadores, y en particular los contenidos en el artículo 9, peligran con tener el mismo fin, es decir, permanecer como letra muerta a causa de la falta de recursos jurisdiccionales por parte de los trabajadores y la incapacidad de los sindicatos para imponer su aplicación.

3. Lucha social y lucha institucional

Si se quiere defender una ley es necesario usarla, es decir, ejercitar y hacer valer cotidianamente los derechos que ella señala y utilizar al máximo los instrumentos legales que ella ofrece para su control. Por lo tanto, si se quiere hacer operante y efectivo el Estatuto de los trabajadores y, más en general, toda la legislación en materia de trabajo, se necesita que el movimiento obrero lleve el conflicto de clase al terreno institucional, utilizando también en el plano judicial todos los instrumentos legales que se han conquistado. El empresariado sabe conducir muy bien su lucha de clases sobre este terreno; sabe utilizar, y muy bien, los medios legales que le son favorables; no descuida la legalidad y le da todo el uso que puede darle de acuerdo a sus intereses: basta pensar en todas las denuncias penales de la parte empresarial –por participar en desórdenes, por bloquear las calles, por ocupar las fábricas– de las que son víctimas los trabajadores en los momentos de más agudo conflicto social y que pesan siempre, de manera decisiva, sobre las contrataciones empresariales. Se dirá: el derecho es preponderantemente un derecho burgués, de clase, y el uso que de él hace el patrón es por ello obvio y natural. Pero ésta es una simplificación. El orden burgués es un orden fuertemente contradictorio, en el interior del cual el movimiento obrero y democrático ha conseguido introducir, con sus luchas, normas ahora favorables –como la Constitución, el Estatuto de los trabajadores, toda la legislación sobre el

trabajo– que están provistas de una lógica antagónica a la dominante. A las denuncias de los empresarios pueden corresponder exactamente las denuncias contrarias de parte de los trabajadores: si esto se concretara habría ciertamente más ocasiones de denuncia de una parte que de la otra, pues la violencia y la ilegalidad empresarial son mucho más extensas y frecuentes que las "transgresiones" de los trabajadores.

Por cierto, los instrumentos judiciales, la lucha institucional, no excluyen la lucha extra institucional a nivel social, que se mantiene como el terreno principal del enfrentamiento. No la excluyen, pero tampoco deben de ser excluidas: las dos formas de lucha deben, más bien, armonizarse, apoyarse la una como sostén de la otra. Las iniciativas judiciales, útiles para poner al empresariado en el terreno de la ilegalidad, deben ser acompañadas (porque son las que poseen la fuerza y las que, en definitiva, llevan al triunfo), por la movilización política, las huelgas y la lucha social. No debe temerse el siempre posible fracaso judicial. En primer lugar porque, si bien es probable que en muchos casos la acción judicial no consiga resultados positivos, en otros (y diría, la mayoría) sí los tiene. En segundo lugar, porque el fracaso judicial no puede y no debe ser considerado como un fracaso político: al contrario, en la medida en que sea injusto, se puede convertir en ocasión de denuncia al exterior de la falsa neutralidad del juicio y de la naturaleza clasista y parcial de la justicia y puede alimentar, convenientemente subyacente a la crítica pública y al debate político, un saludable factor de crisis y de desgarramiento en el interior de la magistratura. La defensa justificada de los trabajadores frente a la magistratura no debe, en síntesis, resolverse con la parálisis.

Si todo esto es verdad, la defensa de la salud en la fábrica por parte de los trabajadores podrá aplicarse concretamente cuando se consigan dos objetivos:

El primero es la articulación de la lucha en defensa de la salud en la fábrica en todos los frentes y en todos los terrenos posibles, sin descuidar ninguno, incluido –por lo tanto– el legal y el judicial. Esto puede realizarse a través de una reapropiación obrera de todos los instrumentos legales de defensa de los trabajadores (el del empleo está hoy enteramente delegado a los abogados de los sindicatos) y la gestión directa a nivel de fábrica por parte de los trabajadores. Es necesario para tal fin una conciencia y un conocimiento más maduros de los ins-

trumentos legales. Estoy convencido de que la inercia obrera en materia de denuncias penales y la promoción de los procesos civiles individuales y colectivos contra los legisladores del trabajo es, por lo menos en parte, debida a la ignorancia de estos instrumentos y de su práctica operativa. Este conocimiento debe ser difundido en la clase trabajadora y para este fin puede ser útil una alianza orgánica y directa de ésta con los técnicos del derecho (magistrados democráticos, abogados, juristas de izquierda). Y debe ser difundida directamente entre los trabajadores y no sólo entre los cuadros sindicales: los sindicatos pueden actuar, de hecho, como factores de estímulo y conducción, pero en lo que respecta al artículo 9 del Estatuto no puede sustituirse a los trabajadores, a los que la ley reserva, en vía exclusiva, la legitimidad de actuar. Corresponde a éstos –es decir, a los consejos de fábrica, a los delegados, a las asambleas de departamentos, etc.– sin posibilidad de mediaciones ni delegaciones de ninguna clase, ejercer los derechos establecidos en el artículo 9 y eventualmente, en caso de resistencia empresarial, actuar por vía judicial. Y el ejercicio de estos derechos, en tanto pueda realizarse el autocontrol de la salud en la fábrica, en cuanto se convierta en una práctica cotidiana, es decir, se traduzca en un control permanente de las condiciones de trabajo; en cuanto que todos los trabajadores estén en situación de conocer sus derechos, las medidas de seguridad y prevención que guarda cada máquina en la que trabajan y aquellas relativas a la higiene de su ambiente de trabajo, de manera que puedan protestar constantemente contra las violaciones y exigir su observancia.

4. Medicina democrática

El segundo objetivo es el desarrollo de una organización política de los médicos conscientemente dispuestos a operar como técnicos orgánicos de la clase obrera, que determine la emancipación de la condición disociada y atomizada de los que quieren conservar su rol tradicional. La técnica, cualquier técnica profesional, se revela como un factor de empobrecimiento político de los trabajadores. Esto vale, ciertamente, para la técnica jurídica necesaria a la conducción de los procesos en materia de trabajo, que es frenada por los abogados que ahora la ejercen aun cuando trabajen en las oficinas legales de

los sindicatos, de manera muy a menudo burocrática, paternalista y mercantilista, sin ningún control real por parte de los trabajadores interesados. Pero vale, en igual medida, para la técnica médica, que puede ser también ella una técnica de dominio impuesta autoritariamente a los trabajadores. La constitución de un grupo organizado a nivel nacional de médicos democráticos –sobre el modelo de muchos otros grupos constituidos por profesionales (como "Magistratura Democratica", "Farnesina Democratica" y por último "Psichiatria Democratica")– es una condición necesaria porque la unión entre técnicos-médicos y trabajadores no respeta las formas tradicionales de la relación médico paciente, sino que se convierte en un instrumento político gestionado por el movimiento obrero y es, al mismo tiempo, una unidad no esporádica ni ocasional sino orgánica y estable. Solo en virtud de una unión semejante, las experiencias importantes que aquí se han referido de conducción política de los médicos por parte de los trabajadores para la defensa directa de la salud en la fábrica, no serán experiencias ejemplares debido a la buena voluntad de unos pocos médicos aislados, sino que podrán generalizarse a todo el movimiento. Sólo de este modo los médicos democráticos podrán convertirse en instrumentos efectivos de control por parte de la clase obrera y ser, con tal fin, responsables de una manera no contingente ni individual. Sólo así, en síntesis, su presencia en el movimiento, con el aumento de la hegemonía obrera, podrá multiplicarse cuantitativamente y aumentar cualitativamente.

Por una patología colectiva

Corrado Clini
Aldo Fabiani

El compañero Ferrajoli ha propuesto la constitución de una organización política de médicos democráticos –pensando en llevarla a la práctica– pero entretanto sería importante que los médicos residentes democráticos adscritos a la CGIL denunciaran abiertamente la cuestión de la organización corporativa de los médicos residentes. Sería importante provocar una aclaración discriminando claramente las posiciones corporativas y "fascistas" de los colegas.

1) El compañero Maccacaro ha insistido en la exigencia de constituir una medicina del proletariado, alternativa de esta clase. Ciertamente, la asistencia e intervención respecto a la salud en la fábrica debe estar determinada y orientada en forma constante por el conocimiento de las condiciones del ambiente de trabajo y por las observaciones e indicaciones procedentes de los trabajadores.

En definitiva, una intervención sanitaria sobre la salud por parte de los trabajadores, basada en una práctica diferente de la medicina oficial, debe tener como primer objetivo la definición de los riesgos ambientales y proporcionar un cuadro de referencias acerca de las condiciones colectivas de salubridad en el ambiente de trabajo. Debe modificarse la metodología de la medicina de clase, que individualiza los problemas e impide la comprensión cabal de las causas sociales y ambientales de las enfermedades. Se debe sustituir la patología individual, subdividida en apartados, por una patología colectiva departamental y, a partir de este hecho, extraer cada conclusión diagnóstica y cada indicación acerca de las modificaciones ambientales y las eventuales terapias por realizar.

Este hecho exige el rechazo de la ideología de la asistencia,

que convierte a la medicina en instrumento represivo y la adopción, por otro lado, de una práctica preventiva lo suficientemente accesible al movimiento obrero.

2) La intervención en la fábrica, según lo anteriormente dicho, debe estar dirigida a que los trabajadores realicen una enumeración concreta de las condiciones de salud imperantes. Para este propósito es clara y ejemplar la experiencia de la Montedison, pese a que se refiere a una realidad que ha alcanzado niveles de madurez y sensibilidad política que no son precisamente muy comunes. En la mayor parte de los casos no existen ya consignas organizativas que el movimiento obrero no haya recibido.

En este orden inciden fuertemente los niveles salariales enormemente inadecuados con respecto al costo de la vida; está siempre presente la monetización, tanto en la práctica como en las mentalidades, de muchas situaciones sindicales internas de grandes y pequeñas empresas. Se hace entonces necesario adecuar el nivel de participación al grado de sensibilidad y movilidad de la organización. Sería un grave error afirmar que todas nuestras intervenciones deberían hacerse al nivel de la Montedison. Esto daría lugar a que el médico y los técnicos de la salud expliquen a los obreros la línea justa a seguir, prescindiendo de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores cuando, en cambio, "deberían" gestionar la intervención en todas sus fases.

Esta aclaración se hace necesaria porque la mayoría de las veces ha sucedido que la participación de los técnicos de la salud en la fábrica se ha convertido en un elemento de agitación sin consecuencia para las condiciones de trabajo y de salud. De cualquier manera, existen algunos puntos fundamentales que deben ser necesariamente considerados:

a) la intervención debe hacerse a partir de una consulta en los consejos de fábrica y no a través de la empresa;

b) la intervención debe realizarse a través de una serie de momentos o etapas en los que se debe hacer resaltar el conocimiento de los datos ambientales y los detalles que surgen de la observación de los obreros.

1. La experiencia Italsider

En Italsider procedimos en base a las siguientes etapas:

a) inspección en la fábrica, guiados por los delegados del departamento;

b) asambleas de departamento para definir los detalles ambientales referentes a los riesgos resaltados;

c) discusión sobre los criterios de preparación de los estatutos sanitarios de riesgo individual;

d) relación ambiental (pólvora, gas, humo, clima, ruido, iluminación);

e) reuniones con los delegados de departamento para decidir, en base a la relación ambiental, los exámenes clínicos a efectuar y, eventualmente, la visita médica;

f) elaboración estadística de los datos por departamento o por grupo homogéneo;

g) compilación de los registros bioestadísticos por departamento.

A través de esta serie de procedimientos se quiere resumir, en una sola acción, la intervención de los médicos y la iniciativa de los trabajadores y avanzar hacia una completa socialización del conocimiento de tal manera que el movimiento se difunda y sea capaz de impulsar los instrumentos de conocimiento y de intervención; que este es un objetivo posible lo demuestra la experiencia de Montedison.

3) La intervención de la fábrica debe dar lugar a una respuesta teórica y práctica respecto a las funciones del hospital, de la mutual, del Enpi. Evidentemente, esta "estimulación" debe estar ligada no tanto a la cantidad y seriedad técnica de la intervención, sino a la calidad de la práctica de la intervención misma, que debe desenmascarar la "nocividad" de la ideología de la asistencia y afirmar el valor práctico y útil que tiene para los fines de la defensa de la salud una línea de prevención colectivamente administrada por los trabajadores.

En este contexto, la institución que parece más adecuada es la entidad local.

Se propone la entidad local como administradora del servicio porque es necesario confrontar nuestros pasos con la realidad. No se intenta idealizar la democraticidad de la entidad local, pero no se puede aceptar tampoco como real la evasión del compañero Piersanti, o al menos no forma parte de la gran mayoría de las situaciones que se presentan en la realidad

actual. No es posible olvidar el paso atrás del contrato nacional de los metalúrgicos respecto al artículo 9 del estatuto del trabajador, el grado de madurez del sindicato y de la misma base obrera.

La punta de lanza que significa la Montedison, la de Roma que señalara Piersanti, no es sin embargo, la realidad de la base: basta recordar lo que decía el compañero de Massa de la Piaggio acerca del hecho de que desde hace tres años no se renueva el consejo de fábrica. Pero no idealizamos la entidad local: como decían Mori y Spagna, a la entidad local le toca la administración del servicio y a la base obrera la de la salud.

Pero existe otro motivo para resaltar, aquí y ahora, a la entidad local: la administración horizontal de los servicios y la paralela administración horizontal de la salud por parte de la asamblea de base, no solamente dentro sino fuera de la fábrica en todo el territorio: es la entidad local la que debe, y sobre todo, puede hacerlo.

Se piensa, por ejemplo, en un programa mínimo –que se espera comience la semana próxima– de una medicina alternativa que afronte el problema sanitario de la escuela, considerándola (como lo es), un lugar de trabajo para jóvenes y adultos y volcando en ella los conceptos-base de la medicina del trabajo aplicables a la fábrica: la escuela también es un lugar insalubre, tanto por sus características ambientales como por las que provienen de la irregularidad en las relaciones personales que la hacen, aquí y ahora, una escuela de educación al público y de la cual raramente salen técnicos capaces de realizar su labor tal como lo requieren una conciencia democrática y tal como lo exige la clase obrera.

Un balance de la lucha por la salud

Giovanni Polletta

La lucha por la seguridad social, etapa de construcción de una alternativa anticapitalista, nace de la lucha en la fábrica, ya sea a través de una correcta definición de los objetivos e instrumentos obreros de impugnación de la organización del trabajo o a través de la extensión de estos objetivos e instrumentos fuera de la fábrica.

La hipótesis reformista de la lucha por la salud y la seguridad social muestra una cierta contradicción al considerar por un lado al obrero, primera y principal víctima de la organización del trabajo, como el protagonista de la lucha en la fábrica y, por el otro, al ciudadano, entendido en sentido genérico y a menudo, en último análisis interclasista, como el sujeto de un proceso democrático en la gestión de los problemas de la salud en la región.

La contradicción es, por otra parte, sólo aparente si se considera que el objetivo de tal hipótesis reformista reside siempre en "una fábrica a la medida del hombre", definición que no intenta poner en discusión el proceso de explotación de la fuerza de trabajo sino solamente las condiciones insoportables, en momentos políticos y económicos coyunturales, en los que el proceso de explotación se concreta.

Existe una lógica reformista que, sin embargo, tiene su activo en la capacidad de movilización sobre los problemas del ambiente, contra sus características de insalubridad; por la sensibilización de la población sobre la necesidad de eficientes organismos sanitarios, centrales y periféricos; por la creación de un movimiento para la conquista de la reforma sanitaria.

Pero esta lógica entra en contradicción con sí misma cuando, teniendo efectos destacados sobre el sistema capita-

lista, no pone en evidencia las contradicciones ni en tensión los equilibrios internos.

> Si es evidente que el actual mecanismo sanitario y asistencial está en crisis y al borde del colapso, también es cierto que reformar profundamente las estructuras sanitarias y mutualistas, poniendo el acento sobre la prevención y sobre la necesidad de considerar la salud como un bien colectivo, puede significar abrir un proceso imposible de ser controlado por los dueños del poder.

De la dificultad para resolver esta contradicción, planteada dramáticamente en los años de las grandes luchas del 69 al 71, tanto el sistema capitalista como las fuerzas reformistas que se mueven en su interior consideran que deriva la parálisis de la política dominante en el sector sanitario y la reducción del alcance de las reivindicaciones sanitarias y sociales del movimiento obrero en su conjunto.

Sin embargo todo esto no impide que, precisamente en este sector, maduren las exigencias por llegar a un momento de encuentro y de racionalización que sea, junto con la defensa de la salud, compatible con la defensa del costo del trabajo, la lucha contra el parasitismo y la renta particularmente floreciente en la sanidad y en la asistencia en general, por la alianza de las fuerzas productivas para un desarrollo económico equilibrado.

1. La lucha por la salud en la fábrica: desarrollo y límites de las experiencias

La lucha por la salud en la fábrica es iniciada en el 69 por el gran movimiento de repudio a la monetización de la salubridad y la seguridad y ha hecho crecer poco a poco en los trabajadores la conciencia y la sensibilidad de clase. La lucha contra la monetización de la salubridad ha incluido, por una parte, el significado de las horas extras, del trabajo a destajo y del encuadramiento único, mientras por la otra ha afirmado la necesidad de la autogestión de la salud como parte del proceso de construcción y de afirmación de la subjetividad obrera.

Con el desarrollo de las experiencias de lucha, también a nivel de organización de clase se constituyó un patrimonio teórico y de movimiento que, por una parte, encuadra la lucha

por la salud en la fábrica en una lucha más general dirigida contra la organización capitalista del trabajo en todos sus aspectos recíprocamente determinantes y, por la otra, confía la lucha a la conciencia de clase del trabajador, del grupo homogéneo, del delegado y del consejo de fábrica. Esta evolución está presente en los documentos oficiales del sindicato, en muchos contratos nacionales, con un incremento en el año 72 que es testimonio de cómo fueron conseguidas algunas conquistas y del replanteo surgido ante la espontaneidad vislumbrada en la etapa organizativa.

Pero en esta línea, paradójicamente, el proceso de elaboración del movimiento tendió a saldar, sólo en el ambiente de trabajo, sus riesgos y sus daños con los otros componentes estructurales del trabajo y fue menos profundo en el sector agrícola, donde tales vínculos, en especial con el nivel de ocupación, son más evidentes.

El retraso de elaboración y de lucha en el sector agrícola refleja la diferencia del nivel de experiencias entre este sector y el industrial. Pero no puede ser considerado fatalmente si se recuerda que en el sector agrícola, respecto al industrial, la incidencia de los accidentes es doble y la proporción de los accidentes mortales resulta cuádruple. Junto a estas condiciones de trabajo, de las cuales los datos suministrados son sólo un ejemplo, podemos constatar que un millón y medio de jornaleros tienen de cincuenta a un máximo de doscientos días laborables al año; de ahí se concluye que en el sector agrícola, el primer nivel a partir del cual se organiza la lucha contra la insalubridad, los accidentes y las enfermedades profesionales es el de la lucha por la estabilidad, por la elevación de los mínimos niveles ocupacionales.

Sin embargo, las carencias en este sector son sólo el más evidente de los retrasos en la estrategia política y sindical sobre los problemas de la salud en el medio de trabajo. Existen también otros que inciden notablemente en el proceso general del movimiento de clase.

Recorriendo los documentos, las conclusiones de mesas redondas, las actas de los convenios sindicales a nivel confederal, es siempre notorio que junto a aquel crecimiento teórico y de movimiento expuesto arriba, existe preocupación por pasar de la experiencia ejemplar a la difusión de la lucha, de la conquista de puntos importantes en el contrato nacional a su extensión en las empresas y a su realización, en modo más

general, mediante la asunción de una línea sindical para su aplicación.

En la situación actual se tiene la impresión de que esto no ha ocurrido, lo que ha significado una parálisis sobre el problema específico.

Las razones del fenómeno son múltiples y, en primer lugar, es importante el efecto de reflujo constatado en el área de la salud en la fábrica, derivado de la lucha por la ocupación, la implantación de las horas extras, la reestructuración de las empresas, en enfrentamientos por los cuales el movimiento obrero está ahora completamente alistado en posiciones de defensa.

Es sintomática la situación de muchas fábricas, por ejemplo la Bertolini de Reggio Emilia. Allí, hace dos años (con un trabajo sobre la salud desarrollado por la medicina del trabajo y por el servicio siquiátrico provincial junto con el consejo de fábrica, tendiente a especificar y denunciar las condiciones insalubres de trabajo y a abordar en su totalidad cada grupo homogéneo) se habían creado las condiciones objetivas y subjetivas para un avance general que entendiese la lucha contra la insalubridad como un aspecto inseparable de la lucha más amplia conta la organización capitalista del trabajo.

En estos meses, la empresa ha procedido a una reestructuración, caracterizada simplemente por la habilitación de otra sección, sin que ésta encontrase más obstáculo que una huelga espontánea por parte de pocos obreros y un encuentro entre el consejo de fábrica y el patrón, quien ha "prometido" verificar en los próximos meses las cambiantes condiciones de trabajo y de insalubridad. Al menos en nuestra provincia existen muchos otros ejemplos en los que las conquistas sobre la salud en la fábrica están estrechamente ligadas a la situación general y a su articulación y fuerza en cada empresa en particular.

Actualmente el avance patronal y gubernamental, tendiente a recrear en la fábrica las condiciones anteriores al 69 a través de la puesta en práctica de una tregua sobre todos los objetivos levantados por el movimiento y de una reactivación de la productividad, ha provocado en los lugares de trabajo una pausa y un retroceso en la lucha por la salud.

Pero este dato, que aflora frecuentemente en los análisis de las plataformas empresariales, en especial en las pequeñas y medianas empresas, encuentra sin embargo una de sus razones en el modo como anteriormente se había concretado una conciencia obrera sobre estos problemas específicos.

Los niveles de conciencia obrera sobre el problema no han sido tales y por lo tanto han sido difusos al intentar superar la conciencia y la lucha sobre los primeros dos grupos de factores de insalubridad; es decir, sobre los MAC de los polvos, los vapores, los humos, y sobre los factores de insalubridad ligados a la luz, el ruido, la temperatura, la ventilación y la humedad.

Se tiene la impresión de que las iniciativas sindicales de las entidades locales y los servicios de medicina del trabajo habían abierto discusiones y acciones sobre los problemas más urgentes de la insalubridad en la fábrica, sobre los factores más inmediatamente peligrosos para la salud del trabajador, más visibles y palpables.

En esta situación, la respuesta de saneamiento del lugar de trabajo de agentes tóxicos e insalubres es un pretexto para intentar higienizar las condiciones de trabajo perdiendo de vista las relaciones de causalidad existentes entre organización del trabajo y niveles de MAC insalubres para los trabajadores.

Así, en el ataque patronal la respuesta está dada y es, desdichadamente, de defensa sobre los problemas irrenunciables, sobre las condiciones "inhumanas" de trabajo, y no de ataque a partir de la continuidad del crecimiento de la conciencia de clase, a partir de los niveles alcanzados y de la lucha que precisamente había puesto en cuestionamiento, de manera urgente y principal, la relación de explotación y la organización del trabajo que de ella deriva.

No por casualidad, en líneas generales, es menor la conciencia organizada y, en consecuencia, también la lucha sobre el tercer y cuarto grupo de los factores de insalubridad, cuya importancia está confiada a la conciencia obrera: conciencia hecha de síntomas no objetivables y desligados, aparentemente, del proceso de producción.

Esta problemática está ahora restringida a debates teóricos y a experiencias ejemplares, cuyo desenlace político es imposible o insignificante. La aplicación de los reglamentos sanitarios y los registros bioestadísticos que, sin embargo, han sido introducidos por el grupo homogéneo en muchos contratos nacionales como instrumentos de información y de control de las condiciones generales de trabajo y de sus repercusiones sobre la salud del trabajador, quedaron en letra muerta en casi todas las empresas o fueron iniciativas limitadas al simple registro de datos no calificables.

Los retrasos sobre la problemática de la insalubridad y de la salud en la fábrica experimentan, de nuevo, aspectos negativos en relación a la política sindical general: así, se detecta la ausencia de lucha contra las formas en las cuales se está operando la reactivación de la producción; la débil respuesta sindical a la demanda patronal de introducción del tercer turno, de la plena utilización de los establecimientos en los feriados de entre semana; la demora en la respuesta sobre los problemas planteados por la reivindicación masiva de las horas extras, contra el aumento de los ritmos, pero sobre todo, los frenos puestos a la demanda obrera de un aumento generalizado y sustancial del salario.

La línea mayoritaria en el movimiento obrero, responsable de estos efectos negativos, provoca sobre el problema de la salud en el interior de las empresas un retroceso general tal que, en muchas de ellas, especialmente en las pequeñas y medianas, se ha regresado a la monetización de la seguridad.

Todo esto plantea serias dudas sobre la capacidad y la calidad de dirección política de la izquierda organizada para continuar las luchas en el otoño en curso.

2. *Indicaciones para la continuación de la lucha*

La continuación de la lucha por la salud en la fábrica, correctamente entendida, se funda por consiguiente en algunos elementos cardinales que conviene profundizar y que servirán como modelos de comportamiento político también para la lucha por la defensa de la salud y por la seguridad social fuera de la fábrica.

El primer punto por afrontar es el del repudio a la productividad en el sentido patronal del término. Parece súperfluo tener que denunciar todavía la no neutralidad de la productividad; ésta no es una exigencia objetivamente inmutable en cada tipo de desarrollo económico, pero tiene dos valores de referencia que pueden ser el incremento del capital o el crecimiento del bienestar de los trabajadores y la progresiva liberación del trabajo. También el desarrollo tecnológico, función de la productividad, puede ser una moneda de dos caras por cuanto encubre los fines de su aplicación. Necesariamente, desarrollo tecnológico y productividad pueden ser utilizados y son utilizados como elementos que amenazan

agudamente las condiciones de los trabajadores y, en particular, su salud mental y física.

Dicho esto, no está demás aclarar que la lucha por un determinado uso del desarrollo tecnológico y por un determinado incremento de la productividad parte y se desarrolla de la definición de las condiciones de trabajo del obrero particular del grupo homogéneo y de la totalidad de los obreros de una empresa.

El ausentismo, producto legítimo e inevitable del malestar subjetivo del trabajador, constituye todavía un modo privado y ajeno a la fábrica de liberarse de los múltiples factores insalubres y, en cuanto tal, incide escasamente sobre el plano de las respuestas a la organización del trabajo; también porque al mismo tiempo se visualiza sin relación causal alguna respecto a la misma organización citada.

Pero el ausentismo es, de cualquier modo, el producto de una conciencia obrera y en cuanto tal es el nivel inferior por organizar para quitarnos toda la carga de rechazo en el interior de la fábrica, estableciendo las relaciones con la organización del trabajo y con todos los otros elementos que la caracterizan.

La complejidad de tales nexos, la interdependencia y el efecto multiplicador que existe entre los distintos elementos, no pueden ser afrontados en el caso específico por un técnico, cualquiera que este sea, por ser demasiado ajeno a la relación de explotación en la práctica de aquella sección y en aquel momento. El técnico y sus conocimientos deben estar en total subordinación respecto de la conciencia obrera si se desea establecer una conducción correcta de la relación clase-sociedad.

En efecto, el contenido de los conocimientos técnicos, de los cuales el médico es depositario, está determinado por la utilización permanente de la medicina para objetivos completamente opuestos, en una mistificación cada vez más sutil pero contradictoria del estado de salud y una búsqueda clasista de las causas de la enfermedad. Por todo esto, tal contenido es a menudo inútil a los fines de la clase obrera en el sentido de que carecen de conocimientos adecuados a las exigencias presentes de la conciencia obrera.

Por otra parte, en la medida en que la conciencia médica, solicitada para una función distinta por el contacto cotidiano con el grupo homogéneo y el consejo de fábrica en la bús-

queda y en la denuncia de la relación entre explotación y salud, afine los instrumentos útiles a este fin y los ponga al servicio de la clase, y en tanto la socialización de las técnicas sanitarias permita su superación, su desmitificación y la utilización de nuevas metodologías, la conciencia obrera se desarrollará y desarrollará su capacidad de lucha.

Esta observación es indispensable para superar la contradicción interna del técnico que frecuentemente, en experiencias pasadas, ha hecho que el obrero sanitario negase su rol facilitando que el técnico mantuviera su hegemonía sobre el movimiento. Esto ha podido ocurrir en el ámbito de una clara elección y de un notable esfuerzo político de clase a través de una metodología que, aislando el problema sanitario de los particulares niveles de conciencia y de movilización sobre las condiciones obreras dadas en la específica realidad de las empresas, tendía de nuevo a privilegiar la búsqueda de una nueva ubicación de los mismos obreros sanitarios.

Se quiere decir más claramente que una evaluación superficial de los niveles de conciencia obrera y de la relativa capacidad de lucha pudo motivar en algunos técnicos politizados la voluntad de teorizar y de reivindicar su autonomía política en el sector sanitario y también de autodesignarse vanguardia de una línea política de clase.

El modelo de la relación política entre un grupo homogéneo y técnico de la salud constituye una referencia paradigmática también entre la relación entre el mismo sujeto y las estructuras sanitarias existentes y futuras. La no-delegación al técnico, su subordinación a la conciencia obrera y a los intereses de clase afecta también a las futuras USLSS y las iniciativas que la entidad local asume en el plano sanitario a nivel hospitalario y extrahospitalario.

El papel que las entidades locales han asumido en algunas regiones y provincias con respecto a la defensa de la salud en la fábrica crece constantemente en importancia, al punto de constituir uno de los polos de referencia en la valoración específica de los problemas.

Los servicios de medicina del trabajo y de higiene mental provinciales o familiares que intervienen en la fábrica para la defensa mental y física de los trabajadores tienen su razón de origen, al menos por la experiencia que conocemos, en la fisonomía de los instrumentos tendientes a constituir elementos de conocimiento específico para el grupo homogéneo y a

favorecer el conocimiento de la relación entre explotación e insalubridad, entre medicina clásica y mistificación de las contradicciones de clase. Esto pudo suceder en los años cruciales de los 70 por la presión que las entidades locales ejercieron para elevar la respuesta obrera y por la capacidad de algunos técnicos avanzados para recabar en esta situación espacios de relativa autonomía política respecto a la dirección política de las entidades locales mismas.

De cualquier manera, no ha sido superada ni en los mejores momentos la ambigüedad de una posición oscilante entre dirección política de las entidades locales, centralismo obrero y autonomía política del técnico, lo que hace que las experiencias significativamente anticapitalistas sean casi siempre afectadas por una parálisis cuando acometen el nudo crucial del enfrentamiento entre el papel y uso de las entidades locales e instrumentos y objetivos del movimiento de clase en el interior de la empresa particular.

La ofensiva económica y política antiobrera, el consiguiente reflujo y el declinar de la lucha sobre los problemas de la situación obrera, han eliminado el punto político de referencia más importante de estos servicios y provocado una notable disminución de la lucha obrera por una utilización distinta de las entidades locales. En consecuencia, éstas han vuelto a asumir con mayor fuerza el rol de mediadores –que han tenido siempre– en los contrastes de clase.

La experiencia de la Emilia-Romagna, y creemos también que la de otras situaciones, demuestra cómo incluso para los servicios creados por las entidades locales, una gestión política alternativa y anticapitalista es más factible cuando estos servicios están dirigidos por la vanguardia del movimiento obrero contra la organización capitalista en la fábrica y en la sociedad, pues esta vanguardia conduce las entidades locales más allá de toda su ilusoria función anticapitalista institucional.

La autonomía del grupo homogéneo y su capacidad de análisis de las condiciones de trabajo en relación al peligro y la situación de malestar, son también, a nuestro parecer, elementos importantes en los enfrentamientos del sindicato.

En efecto, es por estos análisis elementales que se eleva la conciencia y la necesidad de lucha, pero sobre todo por una linea homogénea de enfrentamiento y de choque en la fábrica y en la región.

La crítica del espontaneísmo ejercida en los últimos años

–por el peligro del corporativismo presente en el espontaneísmo– no puede significar un esquema para penetrar en cada empresa, adaptándola caso por caso, sino por el contrario, debe llevar a la capacidad de homogeneizar las líneas políticas que existen en cada lucha en particular.

Esto quiere decir que es necesario poner en movimiento un trabajo de confrontación y de crítica entre los grupos homogéneos en el ámbito de una empresa y luego, a nivel general, por sector industrial o geográficamente homogéneos, entre trabajadores de fábrica y trabajadores en lucha en el conjunto de la regional.

3. *La lucha por la salud en la región*

De la confrontación y del proceso de homogeneización de la lucha por la salud que llevan a cabo los trabajadores en la fábrica con la de los trabajadores en la región, se deriva la indivisibilidad de los dos aspectos y su reconfirmación como partes de un objetivo único, expresable en el compromiso y en el movimiento, productos de la conquista de la reforma sanitaria. También sobre este tema, en algunas regiones se produjo un trabajo de aprontamiento de instrumentos que intentó prefigurar una nueva realidad sanitaria. En discusión de estos puntos hay establecido, sin embargo, un discurso más general que trata sobre:

a) tendencias y aspectos contradictorios de la política sanitaria y de seguridad social en la actual estructura capitalista de la sociedad;

b) dimensión y significado de la batalla por las reformas;

c) instrumentos de lucha y de desarrollo del poder obrero en Italia.

La naturaleza de clase y las características de la política sanitaria y de seguridad social han sido analizadas en muchas ocasiones; nos limitamos por esto a algunos aspectos más actuales y a las implicaciones que ellos tienen sobre la probable evolución de tal política en sentido capitalista.

Por su naturaleza no preventiva, curativa en modo heterogéneo (por calidad y por región, heterogeneidad que emerge de las dos funciones que ejerce de acuerdo a una diferencia de clase), escasamente rehabilitativa, la medicina actual no responde ni siquiera a las exigencias más elementales de las

masas populares, ni a la necesidad de la defensa del costo de trabajo. Esto pone al capitalismo italiano en la necesidad de reestructurar este sector según las dos siguientes condiciones: controlar las tensiones sociales y pagar menos en términos de mutualidad, ausencia del trabajo, etcétera. De los dos criterios, el primero parece política e históricamente el más importante y urgente no sólo porque es multiplicado por los fenómenos de concentración urbana de una masa de población siempre creciente que, por las características del desarrollo económico italiano, abandona sectores tradicionales de la ocupación, sino también por condiciones de amenaza civil al apremiar sus estructuras urbanas o suburbanas, hoy más que saturadas. Este aspecto del problema es particularmente evidente en el Mediodía (no sólo entendido geográficamente) donde son hoy recurrentes las explosiones de rebelión como lo demuestra el cólera de Nápoles, último en el orden del tiempo.

El segundo criterio, localizado en algunas áreas de concentración industrial y de ocupación, es menos urgente y tal vez omisible, ya sea desde el punto de vista histórico (recuérdese 1968-70), ya sea desde el punto de vista económico y coyuntural.

En líneas generales, teniendo en cuenta la articulación de los dos aspectos, la crisis de la ocupación, la parcial renovación tecnológica y estructural, el desarrollo progresivo de la ocupación parcial y precaria, así como de la terciaria, que en Italia excede también los límites "fisiológicos" de una economía desarrollada, el derrumbe incontenible de la ocupación agrícola, permiten al capital una cierta libertad de maniobra sobre los problemas del costo de la fuerza de trabajo.

Se presentan en cambio problemas más urgentes sobre el plano de la asistencia, sea de la fuerza de trabajo calificada en espera del primer empleo o de aquella superexplotada jubilación precoz o accidental o con enfermedades profesionales.

La ausencia de prevención asistencial tiende a crear situaciones explosivas y por eso se replantea la intervención a los fines de control social.

Por otra parte, alrededor de la política sanitaria juegan sectores importantes de la industria farmacéutica, de la construcción, mecánica, sanitaria, etcétera, y también de la ocupación terciaria cuyos impulsos pueden canalizarse en la demanda del desarrollo siempre más hipertrófico de las grandes

instituciones sanitarias, a veces eficientes, pero de cualquier modo nunca enfrentadas respecto a los enormes intereses constituidos.

Se desarrolla así una política sanitaria del empresariado y de sus fuerzas políticas caracterizada por la integración de aspectos sanitarios y asistenciales cada vez más estrecha; con la tendencia, por una parte, a crear servicios sanitarios mejores y funcionales a los intereses de algunos sectores industriales y, por la otra, una red de servicios de taponamiento, a nivel de todas las edades, de los problemas sociales que el desarrollo capitalista crea por su naturaleza sin posibilidad alguna de resolverlos si no es en el plano asistencial.

La estrecha relación entre el desarrollo capitalista y el carácter cada vez más asistencial de los servicios sociales y sanitarios está demostrado por un dato significativo: en Italia hay profundas diferencias regionales del desarrollo productivo y del rédito obtenido de modo lineal, diferencias en la estructura y en la extensión de las instituciones sanitarias y de los servicios sociales. Esto es verificable tanto en la confrontación entre el norte y el sur de Italia como en el interior de cada región particular, entre territorios sujetos a un fuerte desarrollo económico industrial y zonas de disgregación económica y social. Un ejemplo es visible en la relación entre las zonas montañosas de la Emilia y las zonas de llanura y de asentamiento industrial.

Este análisis es sin duda esquemático y, sobre todo, no tiene en cuenta las grandes luchas que el movimiento obrero conduce precisamente por la conquista de servicios sociales, identificando en él no tanto a instrumentos de equilibrio del sistema y de control social sino, por el contrario, momentos de crecimiento civil y cultural de las masas populares, respuesta improrrogable respecto a las exigencias de reducir las desigualdades culturales, sociales y ambientales, tanto del hombre en formación como de aquel ya realizado. Y es sin duda en este sentido que las entidades locales manejadas democráticamente se comprometen como protagonistas en la creación de tales estructuras y en la solicitud de la gestión democrática por parte de los ciudadanos; así es como con este espíritu nacen iniciativas, hipótesis y realizaciones de instituciones sanitarias diversas ligadas al control del barrio y de los representantes electos.

Pero ambas hipótesis sobre el significado y sobre la utilización de los servicios sociales parecen ubicadas en la visión reformista de la política de seguridad social y son tanto más coincidentes cuanto a nivel general se actúa más en la práctica de la fiscalización de los gravámenes sociales que, descargando sobre la colectividad el costo de los mismos, impone a la entidad local el papel de gestor de las contradicciones más o menos explosivas derivadas del orden social y económico capitalista. Por eso, por el modo como son recuperadas actualmente las formas de lucha del movimiento obrero tendientes a obtener instrumentos de seguridad social, la entidad local, en otras dimensiones, se caracteriza como el Estado por ser una estructura no neutral sino funcional al desarrollo capitalista de la sociedad.

El uso siempre mayor de la fiscalización de los gravámenes sociales, al caracterizarse al Estado capitalista como Estado asistencial, es funcional a una economía como la italiana, siempre más integrada al subimperialismo europeo dominado por las multinacionales, con necesidades siempre en aumento de descargar sobre la colectividad un número creciente de costos pasivos de los balances administrativos, resguardando el costo del trabajo. La colectividad consiente que su subsistencia dependa de la prosperidad de las multinacionales "locales", que necesitan descargar el peso de los costos sociales del desarrollo capitalista desigual, continuamente en crisis.

Por otra parte, el aparato económico y productivo italiano es inadecuado coyunturalmente y, por un cierto tiempo, también estructuralmente, para sostener de manera satisfactoria el peso de un Estado asistencial. La pobreza de la cuota productiva y su limitada productividad, debida a las características de los sectores productivos asignados por la división internacional del trabajo, no pueden sostener los gravámenes de la parte improductiva de los trabajadores y, por lo tanto, ésta no puede crecer ulteriormente.

4. La reforma sanitaria

Estas consideraciones nos llevan al segundo punto general por aclarar: la política de las reformas. De las dos hipótesis surgidas para este propósito de un reciente debate, una parece fuera de toda posible realización; la otra es tanto más funcio-

nal al desarrollo capitalista que no puede ser considerada ni siquiera en el ámbito del reformismo.

En efecto, en el sentido económico están fuera de toda actualidad las hipótesis de algunas reformas aplicadas de inmediato (construcción, transportes, sanidad), que sirvieron para impulsar una economía en crisis y que por su carácter redujeron los desequilibrios territoriales y sectoriales logrando una economía menos desigual.

La irrealidad está en la estrechez de las márgenes disponibles, en la imposibilidad de atacar los más amplios márgenes de renta presentes en estos sectores; de ahí la impracticabilidad de un "serio reformismo" a través de la alianza de los "sectores productivos".

Vienen al caso los últimos datos de la marcha económica, indicadores de que estamos en presencia de una fuerte retracción basada en la conjunción de dos elementos: la tregua en la fábrica y la deuda por la inflación monetaria, como siempre ha ocurrido durante las crisis de la economía italiana. En particular, la expansión ha estado a cargo de las industrias manufactureras, excluyendo la de la construcción, que mientras constituyó durante años una de las más tradicionales del desarrollo industrial, en este momento no presenta síntomas de incremento de la producción.

Parece más acertada la otra hipótesis, es decir, aquella que aplaza las reformas más urgentes para el momento en que el ciclo ascienda de nuevo y deje márgenes económicos costeables al Estado para las reformas; es la única practicable por parte de la centroizquierda: interesa sólo por el hecho de que está derrotada.

Pero en la historia de estos últimos años el movimiento obrero ha elaborado, a nuestro parecer, otras hipótesis políticas de reformas, otros modelos de comportamiento y de lucha.

La lucha por las reformas es, en primer lugar, una praxis política que, partiendo de la condena de las condiciones de trabajo y de vida, establece las primeras etapas de organización en relación a la conciencia que el capitalismo produce fuera de la fábrica, determinando e induciendo necesidades no reales y alterando, por su vinculación al producto, todas las posibilidades vitales y sociales del individuo.

Se debe constatar, por ejemplo, que los auges más significativos de la lucha por la vivienda después del inútil estallido de

la huelga del 69, tuvieron lugar en los barrios y en las aldeas con la ocupación de las casas desalquiladas, con la autorreducción de las rentas, con la apropiación de los servicios que la estructura capitalista del barrio no preveía.

Esta práctica se convierte así en la praxis de lucha sobre todos los problemas sociales, aportando éxito a miles de experiencias y de formas embrionarias de organización.

Sobre su futuro y sobre su generalización pesa negativamente la ausencia de recuperación política en una estrategia, si no completa, por lo menos de más largo alcance, y también la ausencia de una fuerza política que en las escuelas, en los barrios y en las fábricas supiera recoger la dualidad de poderes que surgirían del enfrentamiento, para generar desde allí una alternativa política opuesta al capitalismo.

Sea como fuera, permanece válida la indicación de una política de reformas que siga esta vía, superando la fractura entre fábrica y sociedad, entre movimiento producido y conquistas políticas, entre crítica y utilización alternativa de las instituciones.

Por otra parte, en este sentido marchaba la propuesta política de creación de las zonas sindicales intersectoriales. Más allá de la definición formal, la creación de las zonas en la curva del natural desarrollo político de los consejos de fábrica ha sido, en los últimos años, el objetivo capaz de construir los instrumentos válidos al proceso de prolongación de la crítica anticapitalista desde el interior de la fábrica hasta su exterior.

Entre el 69 y el 70 surge la urgencia de unificar las luchas de los ocupados con las de los desocupados y de los ocupados parcial y transitoriamente, detectando en el encuentro en los barrios y en las aldeas (por la vivienda, la educación, los transportes y la salud) el núcleo de objetivos capaces de ser asumidos también por el proletariado que en las fábricas abría cauces hacia un nivel político más alto.

En el curso de la elaboración de estas hipótesis políticas, las masas, especialmente los jóvenes, han encontrado un nuevo modo de hacer política sobre contenidos unitarios y generales para el proletariado en su conjunto y sobre los cuales algunas categorías sociales, definibles como sectores intermedios (estudiantes, maestros, técnicos proletarizados y, en algunos casos, también comerciantes), han generado una profunda renovación de conciencia y de ubicación política en un número jamás visto, ubicándose junto a la clase obrera.

Mientras ha ocurrido esto, el consejo de zona se ha convertido en un ejemplo de cómo una correcta línea política de alianza es posible sólo en aquellos momentos de lucha en los cuales el movimiento obrero es el portador hegemónico de una línea estratégica alternativa, no subordinada a las fuerzas políticas del capital.

Pero si el consejo de zona en su propuesta correcta quiere frenar esta praxis y estos contenidos para lograr un nuevo instrumento político, su proceso de formación no puede ser sino largo y complejo, tomando en cuenta la conciencia política global de los trabajadores, operando por vías confusas, a través de distintas tentativas y correcciones. No puede surgir del encuentro de directivas sindicales ni concentrar sólo fuerzas sindicales que se atribuyan la dirección de la lucha "a priori", antes del desarrollo del movimiento en la región, sin obstáculos para condicionar luchas espontáneas y autónomas.

La actual realidad de los consejos de zona, salvo raras excepciones, es aquella que produce, sin embargo, un corto circuito que, ampliándose de la fábrica a la región, frena movimientos reales y potenciales que en la región misma llevan adelante políticas diversas, táctica y estratégicamente. Se va así engendrando, en la mayor parte de los consejos de zona, una forma burocrática o sindical, producto de una concepción mecánica de la lucha en la región y de un desesperado intento de proponer la política de las reformas en términos no compartidos por los adherentes más fieles a ellas.

Uno de los tantos contenidos perdidos en esta forma de desarrollo de los consejos de zona reside en la relación entre intereses objetivos de los trabajadores en la producción y capacidad de lucha de los trabajadores sanitarios y, al mismo tiempo, la real posibilidad de aplicar esta relación en la defensa de la salud de los trabajadores en la fábrica y en la sociedad.

La exigencia política que el movimiento obrero y las fuerzas sociales hacen a los trabajadores sanitarios es la de concretar una serie de objetivos que hagan posible una gestión política de los servicios de y para los trabajadores, más allá de la responsabilidad administrativa de las entidades locales y de la eficiencia real de los servicios mismos.

El primer objetivo de un servicio sanitario para los trabajadores es que sea capaz de comprender y denunciar, sobre el plano preventivo, los estrechos nexos existentes entre la insalubridad en la fábrica y la organización capitalista de la sociedad, entre enfermedades y estructura capitalista de la región. Alcanzar este objetivo significa tener sobre todo la voluntad política de utilizar instrumentos y métodos coherentes; eso puede también realizarse a través de la medicina del trabajo, la ambiental y la escolar, en cuanto estructuras de la entidad local, pero sólo si entre los trabajadores de la fábrica y los de sanidad o los de servicios sociales existe ya una visión unitaria de los intereses del movimiento obrero y si esta visión surge de una práctica política a nivel de base, tanto en la fábrica como en la región.

Sólo esta relación unitaria de base con los trabajadores de la sanidad y con los estudiantes puede garantizar a la clase obrera la gestión clasista de los instrumentos sanitarios. En este contexto, otras problemáticas van resolviéndose: así como en la fábrica la relación con el grupo homogéneo pone en discusión los conocimientos del médico (después de que estos son socializados), así en general el obrero sanitario y la estructura correspondiente deben medir el nivel de su profesionalismo, de los conocimientos específicos, sus características funcionales y estructurales en la demanda política de los consejos de fábrica y de las fuerzas sociales.

A la luz de esta elaboración nace la lucha contra un poder que tiende a acrecentar el hospital, haciéndolo cada vez más elefantiásico y, al mismo tiempo, ineficiente; pero también la crítica es a la descentralización y la eficiencia del hospital mismo, que es funcional al objetivo de prevención a nivel de fábrica y de región.

En estos años, en la provincia de RE se están desarrollando estructuras periféricas en el ámbito de la creación de las USLSS, a nivel de fracciones y de barrios: son los centros socio-sanitarios.

Su instrumentalización puede ser doble: llevar la asistencia a los niveles más avanzados posibles, además de efectuar diagnosis precoces, y, allí donde surgen necesidades sanitarias, difundiendo la intervención sanitaria y ofreciendo soluciones rehabilitativas no marginales a todas las edades; además puede investir al trabajador de una función activamente preventiva en la fábrica y en la región, exigiéndole una conciencia más específica a los fines de prevenir las necesidades en salud y, por lo tanto, del daño.

Ejemplos análogos a la doble funcionalidad de los centros

socio-sanitarios se pueden hacer uno tras otro y pueden llegar a dar lugar a una pirámide de la estructura de los servicios sanitarios y sociales. El hospital y el USLSS, en su proceso de racionalización logística y funcional, pueden seguir las dos vías antes citadas.

La elección de la segunda hipótesis es sólo posible si la gestión política corresponde a los trabajadores y si ella lucha por objetivos unitarios entre trabajadores en la fábrica y trabajadores de los servicios, según una estrategia global construida día a día, en una relación que sitúa al movimiento obrero por encima de los intereses de clase y de la política de alianzas.

Son los obreros quienes definen la insalubridad

Franco Lusciano

Cuando se habla de los problemas de la lucha por la salud es preciso tener en cuenta los problemas reales de las condiciones de trabajo de las masas populares, sobre todo las del sur, y ver siempre hasta qué punto la situación dramática de las fábricas y de la región está estrechamente ligada al tipo de desarrollo capitalista, a las tendencias de la carrera por la ganancia máxima del empresariado y a las fuerzas políticas que lo sostienen. Por eso yo querría partir, esquemáticamente, de la situación dramática en la que se encuentra una de las concentraciones más grandes de obreros de nuestro país y de la que tanto se habla en los últimos meses: me refiero a Porto Marghera.

1. *La situación de los obreros en Porto Marghera y sus alrededores y el problema de la salud*

La realidad de este "polo" es bien conocida; los datos que siguen son elementos posteriores de conocimiento.

–1 500 obreros intoxicados en dos años (desde 1971) debido a fugas de gas y alrededor de 200 internados en hospitales;

–centenares de obreros atacados de silicosis (véase SIRMA), por envenenamiento de plomo, sordera, capacidad respiratoria reducida y otras enfermedades profesionales (véase Fertilizzanti-Azotati-Breda-Montefibre- etc);

–centenares de accidentes de los trabajadores de las "empresas" a destajo, algunos de ellos mortales; basta con leer un documento de la FILLEA-CGIL provincial para darse cuenta de la agresión empresarial a la salud de estos trabajadores y de

las condiciones inhumanas en las que se ven obligados a trabajar.

Si se considera el territorio en su conjunto, la situación no es mejor: en los alrededores, millares de familias viven en condiciones habitacionales insalubres a causa del humo de las fábricas; de la avenida San Marco, calle del Popolo, en Malcontenta, en Emiligni, etcétera, niños y adultos respiran anhídrido sulfuroso y pólvora descargada sin interrupción por la fábrica. Una investigación realizada entre pequeños de Porto Marghera, Mestre y zonas circunvecinas, ha señalado que "es como si fumaran 20 cigarros al día": cada hora, en la fábrica Montedison se descargan 140 kilogramos de anhídrido sulfuroso. A todo esto se agrega el problema de la inestabilidad que mantiene el 80% de la clase obrera de Porto Marghera y que restringe a los trabajadores, con gravísimo daño para su salud, seguida por el requerimiento del capital y de las fuerzas políticas que actúan detrás, de estar de 12 a 14 horas fuera de casa, a viajar en pésimas condiciones y a destruirse tanto física como psíquicamente en un espacio de pocos años. Lo expuesto es sólo un esquema, ya que una exposición detallada sobre las primeras investigaciones de los consejos de fábrica y de varios institutos de medicina del trabajo sobre la dramática condición obrera, requeriría de mucho tiempo.

2. *La línea del empresariado y de las fuerzas que lo sostienen, de duro ataque al poder, al salario y a la condición de los trabajadores*

En esta situación, y considerando las grandes luchas obreras de estos años (1968-69) contra la organización del trabajo –porque cuando se habla de ambiente de insalubridad, se debe hablar de organización del trabajo– debemos analizar la línea de conducta del empresariado. Se hace referencia particularmente a la línea Montedison en Porto Marghera, pero es claro que este análisis vale para todo el país. Son dos los momentos que se interrelacionan de manera dialéctica, pero ante todo existe la intención de escindir el problema de la insalubridad del de la organización del trabajo. La posición de la Montedison es partidaria de solucionar los problemas y evitar que haya meses de discusión sobre la organización del trabajo, la productividad, etcétera. ¿Cuáles son las proposiciones de la Montedison? En un primer momento, la máscara antigas. Así el patrón dice "Les compro 50 000 máscaras y está todo arreglado". Cuando esta ridícula tentativa choca con la lucha obrera, la Montedison hace levantar los caminos de las fábricas. En las últimas semanas se viene poniendo sobre la mesa de las negociaciones la oferta de 36 millares y de un "plano" de resaneamiento de la Montedison para todas sus fábricas a fin de resolver, como ellos dicen, los problemas ecológicos del ambiente. Pero, junto a esta línea, con planteamientos más o menos convincentes según las etapas y grados de combatividad obrera, está siempre la voluntad del empresariado de *golpear el poder que la clase obrera* ha conquistado en estos años.

La descentralización del trabajo, que en el Veneto ha alcanzado enormes proporciones, el aumento de la estratificación y la movilidad obrera, la flexibilidad del horario, el duro ataque al salario y a los niveles de ocupación (5 000 obreros de la empresa despedidos en Porto Marghera en 18 meses, la perspectiva de clausura de los "ramos secos" de Cefis con la posibilidad de otro millar de desocupados), representan la tentativa del empresario de voltear a su favor las relaciones de fuerza. El gran encuentro es sobre este problema de poder y es sobre todo esto que se necesita articular la lucha contra la organización del trabajo y, por tanto, a favor de la salud.

3. *Un ejemplo de lucha por la salud contra la organización del trabajo de los obreros de los departamentos AS de la petroquímica de Porto Marghera. Conclusión de esta lucha*

Es significativa la experiencia de lucha de los obreros de la petroquímica de Porto Marghera, cuyo desenlace causa todavía asombro. Los obreros, con el apoyo de los de la Montefibre, salieron del departamento y de la fábrica, después de una enésima fuga de gas, rehusándose a volver a entrar antes de un resaneamiento de la planta, con garantía de salario obrero. Se ha subrayado así con fuerza que son los obreros quienes deciden sobre la insalubridad de un departamento, la rechazan, imponen al patrón el resaneamiento, se sirven de técnicos y médicos de su propia confianza y,

sobre todo, no pierden su salario. Esta lucha está estrechamente ligada a aquella contra la organización del trabajo que concierne a la reducción del horario, el rechazo de las horas extras, el salario, el aumento de los miembros, etcétera, y ambas señalan el retorno de la conciencia y la autonomía obrera como verdaderos centros de decisión. En torno a esta lucha se ha dado una gran movilización de obreros, estudiantes y trabajadores. Sin embargo, esta experiencia permanece aislada, siendo este aislamiento responsabilidad de las fuerzas políticas y sindicales. El aislamiento de los trabajadores de los AS causó un decaimiento en la lucha, y es por eso que en la conclusión de la disputa se ha recibido el pago del salario "al contado" sin un examen real del resaneamiento llevado a cabo.

4. *La perspectiva de lucha obrera en Porto Marghera por la salud y el poder; nuestro empeño y el desbocamiento político*

Se trata de ubicar el problema de la salud en algunas plataformas de la administración que aparezcan delante de la misma plataforma provincial sobre el ambiente.

> Como dijeron los trabajadores de la Mira Lanza, la lucha por el ambiente, por la salud, es una lucha contra la organización del trabajo y, por lo tanto, deberíamos combatir la organización del trabajo que provoca las intoxicaciones, la insalubridad de los departamentos, el ruido, el calor excesivo, etcétera.

Parece importante lo que dicen los trabajadores de la Montefibre, Mira Lanza, etcétera, cuando afirman que es necesario reducir el horario de trabajo por turnos a 37 horas con 20 minutos y ligar este problema al aumento de la planta.

Se necesita, sin embargo, generalizar esta experiencia no dándola por ganada y socializar esta lucha por la salud organizándola en el territorio. Esto requiere la individualización de los señalamientos respecto al trabajo, con objetivos que pueden ser:

– pelear para conseguir que el principio de las plantas insalubres se cierren por decisión de los obreros con el pago integral de su salario sea común a todas las fábricas;

– remarcar sobre el plano general la lucha contra la organización del trabajo, por la reducción del horario, por los ritmos, contra la insalubridad, etcétera, como problema político de fondo, ligando a este tipo de lucha el impulso de los delegados de la autonomía obrera (en crisis en muchas fábricas), reafirmando que el sujeto de conocimiento de la ciencia alternativa y de la lucha es la clase obrera;

– trabajar por la desmitificación del problema de los "investimentos", del "nuevo modelo de desarrollo", etcétera, una idea peligrosa para el movimiento obrero que sabe tanto de cogestión como de corresponsabilidad;

– rechazar los discursos abstractos, manteniendo siempre como referentes la necesidad y la exigencia de la clase obrera y de las masas explotadas;

– trabajar por la construcción de un bloque social en torno a la clase obrera: trabajadores de los PMI, trabajadores a domicilio, desocupados, estudiantes, etcétera.

Es de estas categorías reales que nacen los consejos de zona que tenemos en el programa conjunto: la necesidad de una lucha por la salud en el territorio, por los servicios sociales, por una autogestión de las condiciones de vida. Aquí se propone concretamente la alianza con los técnicos, médicos, por una lucha contra las instituciones (hospitales, entidades locales, varios centros de medicina, universidad, etc.) para generar contradicciones en su interior que permitan utilizarlas o destruirlas según sea necesario.

En fin: este trabajo no tiene sentido si no se lo ve en la perspectiva de la lucha política contra el capitalismo y el gobierno (expresión de aquél), en la búsqueda de una real alternativa de clase.

Psiquiatría, represión, lucha de clase

Agostino Pirella

> El Estado es una organización especial de la fuerza, es la organización de la violencia para la represión de una cierta clase.
>
> Lenin, *Estado y Revolución*

En el capítulo 52 del último libro de El Capital, Marx analiza la cuestión de cuántas son las clases y cuáles son sus características distintivas.

> De un primer vistazo –escribe Marx– puede parecer que esto se deba a la igualdad de sus ingresos y de sus fuentes de ingreso. Sin embargo desde un punto de vista similar, también los médicos, por ejemplo, y los empleados formarían dos clases en cuanto que entran en dos distintos agrupamientos sociales y los ingresos de los componentes de cada uno de ellos provienen de una misma fuente. Lo mismo podría decirse acerca del infinito fraccionamiento de intereses y posiciones generadas por la división social del trabajo entre los trabajadores, los capitalistas y los propietarios de la tierra.

En este punto el manuscrito de Marx se interrumpe y El Capital termina. Todo parece indicar que la continuación del análisis llevase a desechar que los médicos y los empleados forman dos clases o una clase distinta, en base al ingreso o a su fuente. Más bien, las distinciones habrían podido hacerse respecto a las clases y a la lucha entre ellas. Esto es lo que hace Lenin en *El Estado y la revolución* cuando, tomando las clásicas formulaciones marx-engelsianas, califica a la pequeña burguesía como aquel estrato del que provienen los que desempeñan

> empleos relativamente cómodos, tranquilos y honorables, que ponen sus títulos *por encima* del pueblo (el subrayado es de Lenin).

Pequeña burguesía que, de este modo, está de parte de la gran burgusía a la que permanece subordinada por medio de las ventajas que puede obtener de ella en el aparato burocrático en el que se refugia. Las claras afirmaciones de Lenin sobre el carácter represivo-autoritario de este aparato confirman la interrelación de intereses económicos y de funcionalidad institucional de tipo represivo que este aparato sostiene y reproduce.

1. El aparato psiquiátrico-represivo

Considero que el aparato psiquiátrico, en una sociedad dividida en clases y caracterizada por profundos desequilibrios y desigualdades, está en gran medida supeditado al modelo estatal de tipo represivo-autoritario analizado por Lenin y en el cual los médicos y los estratos relativamente privilegiados de pequeños burgueses asumen roles "por encima del pueblo". En su conjunto, los análisis, las denuncias, las iniciativas y las luchas que provienen de los hospitales psiquiátricos conforman un cuadro general en el que la represión y la violencia se convierten en un hecho institucionalizado y no episódico o accidental. Que esto suceda frente a un hecho que llamamos "enfermedad mental" o a comportamientos de rebelión juvenil, o aún sobre sujetos simplemente necesitados de asistencia (el 20 a 30% de los rehabilitados en hospitales psiquiátricos tienen sesenta años de edad) es relativamente poco importante porque los análisis, las denuncias y las luchas sobre este terreno han demostrado que lo que unifica a estos hombres y los lleva a tolerar la gestión represiva del aparato psiquiátrico no está en su comportamiento y mucho menos en su cerebro, sino, por una parte, en su no funcionalidad respecto a la sociedad dividida en clases y, por la otra, en la necesidad del aparato burocrático-represivo de darle una cobertura científica a la represión pura y simple. De otro modo no se entendería el motivo por el cual, por ejemplo, el alcoholismo es considerado actualmente una enfermedad a curar, un comportamiento a reprimir psiquiátricamente, un delito a castigar por normas y códigos. De parte del aparato burocrático-represivo la funcionalidad social es conseguida por medio de la quietud institucional. Las manifestaciones humanas

de las contradicciones sociales deben ser reducidas al silencio.

Esto es ahora notorio y afortunadamente son otros los parámetros de la explicación de clase. Sin embargo es necesario tratar de comprender mejor qué ha sucedido en estos años y por qué, junto a tantas bellas palabras, programas valiosos y perentorios sobre la necesidad de abolir o superar la represión psiquiátrica, ésta todavía se perpetúa o se transforma simplemente en una segregación con la ayuda de los medios más silenciosos y más modernos de condicionamiento y de violencia. A la violencia manifiesta se la sustituye por una violencia más sutil: la violencia del rechazo sistemático, de los sedantes farmacológicos, de la persuasión psicoterapéutica. Medios, sin embargo, que conviven con formas brutales de chantaje y con la amenaza de las peores sanciones punitivas.

2. La lucha de 1968-69

La clase obrera ha asumido nuevos compromisos de lucha a partir de la segunda mitad de los años sesentas, a través de las luchas de los obreros que pusieron en primer plano el problema de la salud, el rechazo a la delegación de responsabilidades en los técnicos; con las de los estudiantes, que denunciaron el carácter de clase de la ciencia y de la medicina que era reproducido en la escuela. El 68 es el año en que se publica *Istituzione negata,* mientras que el año anterior, editada por una administración provincial de izquierda, aparecía *Che cos'e la psichiatria?,* dos volúmenes a cargo de Franco Basaglia que representaron el punto de ruptura más fuerte con la psiquiatría tradicional y su práctica. El Congreso realizado en el Instituto Gramsci en el 69, titulado *Psicologia, psichiatria e rapporti di potere,* se dio después junto al intento de esclarecimiento posterior y la iniciación de una confrontación y de un debate que está en marcha aún hoy sobre los contenidos, el significado y la posibilidad de una iniciativa sobre este terreno específico.

Estamos frente a una interrelación, algunas veces inextricable, de temas políticos generales, de temas específicos que miran a la psiquiatría como tal o a las instituciones de la segregación y de la violencia en su conjunto; de temas que

se refieren a la organización de la ciencia, su modo de reproducción y de funcionamiento como investigación y conocimiento o como cobertura de una práctica represiva. Y es significativo, a mi parecer, cómo se les descubre en una especie de fácil unanimidad cuando se denuncia el carácter político y no neutral de la ciencia, de la medicina y, en el caso particular de la psiquiatría, por llegar en cambio a encontrar demasiado duro no sólo el que el paraíso de las formulaciones ideológicas descienda a decidir correctamente cómo afrontar, aquí y ahora, sin expedientes empíricos sino con una correcta combinación entre la teoría y la práctica, lo que se debe hacer, lo que el médico y la enfermera, el administrador, deben hacer con el rehabilitado en el hospital psiquiátrico, con el problema de la supervivencia física y psicológica del hombre que se tiene enfrente. Choques o divergencias que después no miran solamente el destino de cada individuo sino la credibilidad en una línea de gestión de las contradicciones como una lucha y como la generalización de ella.

3. Rechazo a la temática institucional

Según una primera aproximación, la divergencia se puede formular así. Los hospitales psiquiátricos pueden ser superados gradualmente talando, por así decirlo, la hierba bajo los pies. Puesto que los mecanismos de exclusión son sociales, es socialmente como se deben afrontar, con iniciativas oportunas de varios géneros, con estructuras asistenciales idóneas, con equipos de higiene mental. En esta óptica, la estructura de la segregación y sus aparatos no entran en el rubro social, pero están nuevamente *out;* el ghetto se acepta como poco factible y la línea correcta bloquea también la puerta del exterior. Bajo una lógica aparentemente seria se esconden en esta posición oportunismos de varios géneros que encuentran una confirmación particular en la serie de divergencias teóricas que será útil examinar.

Una primera posición de oportunismo es la que rechaza integrar dentro de una lógica de clase al segregado, al internado, al estigmatizado, al loco. Le reconoce el carácter de "víctima de la sociedad" pero le niega el carácter y la legitimidad como ser humano capaz de reconocer la violencia y

denunciarla. Sin embargo, una de las cosas más sorprendentes, que todavía hoy me perturban profundamente, es esta capacidad del internado o del segregado de denunciar con fuerza a su verdugo y a la injusticia y desigualdad a que lo condena el sistema social. La vena oportunista podría emerger ante la necesidad de evitar afrontar y resolver colectivamente la contradicción con los enfermeros, a veces llevados a rechazar, según una lógica de grupo, el enfrentamiento con su condición particular de explotados y de represores al mismo tiempo.

También resulta oportunista eludir la lógica del enfrentamiento sobre el difícil terreno del prejuicio racista del loco como "peligroso", que se alimenta no sólo del amarillismo de la línea periodística "negra" ("el monstruo se agita en primera plana") sino también por la permanencia de los hospitales de los locos como una realidad y como una fantasía a nivel popular.

Es, en fin, oportunista el no llamar a una verdadera práctica cotidiana a la clase obrera para que se mida con estos temas que, si no se afrontan a tiempo, producen o reproducen incesantemente –como recordaba Fannon a propósito de los colonizados de Argelia– fantasmas de impotencia y de derrota que alternan con fantasmas de identificación con el opresor. La nueva conciencia obrera de estos años, la nueva conciencia de la opresión y de la explotación, ameritan conquistar también el terreno difícil de la segregación como riesgo colectivo de los explotados y como terreno de choque y de lucha.

Y es a partir de la fábrica, de la nueva conciencia obrera de los mecanismos de explotación, de marginación, de segregación, que puede nacer y que de hecho ha nacido, en Gorizia como en Arezzo, el encuentro entre la lucha en la fábrica contra la insalubridad, los riesgos, la amenaza a la salud mental y al equilibrio psíquico (ciento cuarenta obreros de Gorizia y de Monfalcone han pasado en estos últimos años por el hospital psiquiátrico) y la lucha de los internados, de los enfermeros, de los médicos (no más funcionarios del aparato represivo) contra la lógica de la internación, de la represión y de la segregación. Encuentro aquí que las contradicciones se vuelven estridentes y que amenazan con minar a cada momento la recomposición de las formaciones, pero que representa una línea justa de unificación en la

lucha por la defensa de la salud, contra la represión, contra la explotación; línea justa de acuerdo con un gran despliegue de ocupados, subocupados, desocupados, pensionados, enfermeros, asistentes sociales y médicos, recompuestos según una óptica de clase y no dependiendo de acuerdos de cumbres burocráticas.

En esta formación, en esta línea, adquieren nuevo significado y nuevo impulso algunas definiciones teóricas que, nacidas al calor de la lucha, son poco a poco rebajadas en su importancia, al tiempo que se asentaba, a nivel específicamente psiquiátrico, la restauración de la autoridad represiva del aparato burocrático.

4. Temática antiautoritaria

En la polémica con las facciones anárquicas sobre esta temática, se ha afirmado muchas veces el carácter clasista de las instituciones de la violencia, su funcionalidad respecto al sistema social en su conjunto, su adecuación sucesiva según la modalidad de la "tolerancia represiva", el acuerdo con la "autoridad despótica" y "rigurosamente normativa" de la que habla Marx. También aquí la relación que da significado a la temática antiinstitucional y antiautoritaria no es sólo la que se sitúa como reivindicación de necesidades fundamentales de los ciudadanos, normada por la Constitución, sino la que se hermana con las reivindicaciones obreras contra los instrumentos sociales de su opresión dentro de la fábrica y en el territorio. Esto replantea que la lucha sea actualmente en defensa de derechos inalienables y por la destrucción de mecanismos de represión de la "autoridad despótica". Por otra parte, ella permite observar cada episodio de violencia realizado por cada uno de los exponentes de las instituciones, para captar el sentido general de la violencia institucional y social en su conjunto, mostrando al mismo tiempo la lógica según la cual la víctima es víctima del aparato de la represión.

5. La negación del rol

En este contexto, la temática de la negación del propio rol por parte de los médicos, los psiquiatras y los técnicos institucionales, también parece obvia. La negación del rol no es sólo el rechazo de la ciencia burguesa, mistificada y mistificadora. No es sólo la negación de la medicina y de la psiquiatría de clase. Es la negación del papel institucional que asegura la resolución de las contradicciones que se extienden sobre amplios sectores sociales; es la negación y el rechazo a alinearse con la lógica institucional y, actualmente, el compromiso de promover iniciativas de signo contrario: unificación de las reivindicaciones, participación masiva contra los problemas de la represión, la segregación, la marginación, el sufrimiento sicológico.

Negar el propio rol significa, como está escrito en el documento programático de "Psiquiatria Democratica":

1) la especificación y la lucha contra el propio rol de poder en el confrontamiento con el beneficiario del servicio;

2) la especificación de la persona con necesidades sociales no satisfechas que la internación cancela, ocultándoselas bajo la diagnosis de la enfermedad;

3) la especificación de los instrumentos terapéuticos implícitos en el propio rol específico, una vez liberado de la instrumentalización que el sistema social aplica a través de la delegación del control del poder;

4) la especificación y el reconocimiento de las personas y de las fuerzas sociales involucradas y por involucrar en esta lucha. Existe entonces, en el proceso de la negación del propio rol, un momento de liberación que no está ligado a momentos de tipo voluntarista y conciencialista, pero que reconoce etapas precisas de comprobación del significado, del rol y de la función específica en las relaciones sociales y en la práctica de las instituciones. Finalmente, negar el propio rol quiere decir, para el médico, trabajar para construir una ciencia alternativa que sirva a los oprimidos y a los explotados.

6. Validez "científica" de la conciencia

De las luchas obreras y de las reflexiones de los médicos democráticos sobre la funcionalidad social represiva del propio rol nace, junto al rechazo de la delegación en los técnicos de la defensa de la salud (otra cara de la negación del rol), el valor de la conciencia obrera. Ella aparece como

autorreflexión obrera constante sobre los daños que el modo de producción capitalista y la organización del trabajo producen sobre el cuerpo y sobre la vida del trabajador. Ella es investigación común, según los métodos de la validez consensual, de las causas y de los remedios. Ella es "nueva ciencia".

Es decir, más allá de las generalizaciones fáciles (la respuesta del patrón, y no sólo del patrón, es múltiple y a menudo lista para cortarle las uñas a la iniciativa obrera) vale como ejemplo fundamental teórico-práctico de trabajo médico y político dentro y fuera de la fábrica, en los hospitales y en los lugares en los que se establece el nexo segregación-explotación. Para nosotros, que hemos llevado adelante la experiencia de la negación institucional que encontramos nuevamente comprometida, dentro y fuera de las instituciones de la violencia, para afrontar según una lógica de unificación y recomposición nuevos compromisos de lucha y de alianza, el valor de la conciencia del explotado y del oprimido es de fundamental importancia.

Estos temas ideológicos, políticos, científicos se encuentran por lo tanto, dentro de una nueva lógica de identificación práctica-teórica de los aparatos burocrático-represivos, de denuncia y de lucha contra ellas y contra todas las variantes, más o menos aplazadas, que las nuevas tendencias del "Estado asistencial" tienden a reproducir incesantemente. En este sentido es posible trabajar por una línea cuidadosa que procure no separar la lucha contra las situaciones represivas en el interior de un campo específico institucional, de la lucha más general en la fábrica, en el barrio, en la sociedad, por la afirmación de nuevos instrumentos de poder, de nuevas articulaciones institucionales que se han consolidado en las manos de la clase obrera.

El proceso de la salud

Elio Giovannini

Se me ha solicitado que participe en la discusión con una evaluación crítica de la experiencia que el movimiento sindical ha realizado en torno a los problemas de la lucha por la salud. Y creo, siendo rigurosamente fiel al tema, que es importante añadir a los diversos datos de referencia que han surgido de un debate por cierto interesante, elementos ulteriores al panorama general, en particular a la referencia esencial proporcionada por una verificación de la construcción y de la experiencia en el período de lucha por la salud, la cual ha sido proporcionada por el consejo de fábrica de la Montedison de Castellanza. Estoy convencido de que si, como se ha dicho al final de la primera intervención de esta mañana, el eje de cada lucha por la salud es la clase obrera, se hace absolutamente necesario partir del nivel real de las experiencias y de los resultados logrados por la lucha obrera en un momento complejo y difícil que no admite triunfalismos. Por tanto, es útil partir de un examen realista de la situación que vivimos, de aquello que hemos llevado a cabo y de aquello que no hemos llevado a cabo y de los problemas que se han abierto frente a la iniciativa conjunta del movimiento.

Muy rápido, para no repetir cosas que ya se han dicho largamente, es notable detectar que para el conjunto del movimiento sindical el despegue conjunto de la experiencia y de la lucha sobre los problemas de la salud reconoce su origen en un triple orden de razones, a saber: en el ingreso en la lucha obrera y en la dirección de facto de esta lucha y del sindicato de las terceras categorías de los trabajadores de línea de los años 1968-69 y, por tanto, de la con-

ciencia –llevada por estos trabajadores a la lucha y a la organización– de la insalubridad de la organización del trabajo, como un dato que forma una parte importante en la propia experiencia directa; en la desmitificación política y cultural (llevada a cabo por el movimiento estudiantil del 68) de los roles y de la división de los roles, con todas las consecuencias largamente anotadas; y también, me parece justo decirlo, de una elaboración de vanguardia realizada en un sector particular del movimiento sindical en Torino entre técnicos de la salud y grupos de fábrica, en particular de la Fiat, que han jugado un papel importante al dar algunas perspectivas conjuntas de dirección y de lucha en el trabajo de la organización sindical.

Inmediatamente a estas conquistas se han realizado otras de las que citaré las más importantes, tal como la de la *ausencia* (la superación de tres días de ausencia de los trabajadores de industria) por lo que ésta ha significado, en términos concretos, en relación al problema de la defensa de la salud y de la lucha en un cierto tipo de organización del trabajo y a la sucesiva conquista del Estatuto con codificaciones de estos resultados.

1. El frente se ensancha

Además de estas reminiscencias históricas, ¿cómo están ahora las cosas? Según creo, y de acuerdo con un nivel cuantitativamente importante de resultados logrados por el movimiento sindical, partimos del hecho de que en los últimos dos o tres años en particular, las cuestiones relativas al ambiente de trabajo se han extendido a categorías menores de la industria que hasta ayer estaban fuera de esta orientación; a categorías de servicio como los autoferrotranviarios, los bancarios, hasta llegar a la movilización, dentro de esta cuestión, de los sectores de la tierra: es decir, nos encontramos en los últimos dos o tres años frente a una expansión importante del conjunto de la experiencia de algunos grupos avanzados de los sectores industriales, al conjunto del movimiento de los trabajadores.

El segundo dato importante, que me limito a subrayar muy rápidamente, es que nos encontramos ante una generalización impresionante del nivel de logros contractuales

sobre las cuestiones del ambiente, si partimos de los informes que datan de hace algunos meses y que son susceptibles de alguna integración. De 1972-73 prácticamente tres millones y ochocientos mil trabajadores han conquistado en los contratos nacionales de categoría, medidas encaminadas a mejorar y a participar en la solución de problemas ambientales de riesgo en la empresa.

Estamos, por tanto, desde el punto de vista de la contratación integradora de la fábrica, frente a una enorme difusión de los instrumentos de documentación –en millares de acuerdos– de los registros de los datos ambientales y bioestadísticos; frente a la conquista, en centenares de acuerdos, de manuales de riesgo sanitario y frente a la transformación de las entidades locales. Para dar una idea también cuantitativa de la dinámica de este proceso, bastará decir que mientras en el 69 habíamos logrado solamente el 2.9% de los acuerdos integradores de la fábrica que incluían problemas del ambiente, en el 70 hemos llegado al 4.6%, en el 71 al 13.1% y en el 72 al 16.1%.

Desde el punto de vista puramente estadístico este es un dato que señala el imponente crecimiento cuantitativo de la generalización de esta cuestión en los contenidos concretos de la contratación.

Creo que debe también recordarse dentro de esta relación, pues se trata de un hecho importante, la abolición de los comités antiaccidentes que casi por todas partes han sido superados y transformados en instrumentos de control obrero; se realiza también una vasta experimentación del método de la investigación que se ha generalizado en centenares y millares de situaciones empresariales. Por cuanto se refiere a los resultados conjuntos obtenidos, existe una enorme gama de experiencias realizadas a nivel de territorio con el objeto de construir centros de medicina preventiva para el desarrollo de una unidad sanitaria local; la adquisición en forma extremadamente variada, y en muchos casos espuria, de elementos de relación entre la presión sindical en la fábrica, la lucha obrera y el lanzamiento de iniciativas sobre los problemas de la salud realizadas con el concurso de las entidades locales.

Al trazar un balance conjunto de lo que se ha hecho, aun con todas las partidas todavía abiertas y el riesgo que esto comporta, es importante señalar que estamos por primera

vez en el despegue de un proceso territorial, como el de Marghera, sobre los problemas de la salud; este proceso representa, desde este punto de vista, un aporte, importante en la experiencia histórica del sindicato italiano.

2. *Una disminución de velocidad*

Dicho esto, que ya había sido mencionado, pero es preciso saber de qué cosa estamos hablando y de la impresionante dimensión de lo que hemos construido, de lo que, bien o mal ha hecho en estos años el movimiento sindical, creo que se debe añadir que no podemos dejar de registrar en el conjunto de la temática de la salud una notable disminución del avance, en los últimos años. Esta disminución de velocidad que –lo recordaba un compañero hoy al medio día– es atribuida a elementos de orden general, al hecho de que no se puede pensar en una autonomía técnica de la iniciativa del sindicato sobre los temas de la salud abstrayéndola del cuadro político general, del nivel de compromiso sobre los temas de la organización del trabajo, del cuadro de relaciones de fuerza con las otras clases, pero que también –y esto me interesa señalarlo ahora– representa una disminución del avance específico respecto de los temas de la salud. ¿Qué ha faltado? Reafirmar realmente en el territorio con la perspectiva que hace algunos años parecía más inmediata y cercana, la generalización de una reforma sanitaria; no se ha utilizado críticamente la legislación existente; no se ha efectuado una confrontación real con el conjunto del aparato de las mutuales; lo que sí se ha hecho, aunque sea duro de admitir, es una progresiva marginación del sindicato del compromiso con los temas de la salud en el territorio. Porque es verdad que ha crecido enormemente el número de las indagaciones obreras; es verdad que prácticamente no se puede avanzar sin tropezar con poderosas indagaciones y estudios realizados sobre comunas, provincias, regiones e institutos de medicina del trabajo; pero también es verdad que estas investigaciones higiénico-sanitarias muchas veces son realizadas *sobre los obreros* y no *con* los obreros y *por* los obreros.

También es justo decir que, si bien es cierto que existen centenares y millares de investigaciones acordadas con los

sindicatos, de hecho estas investigaciones son en buena medida delegadas, con una enorme proliferación y una diversificación insostenible de instrumentos de control, transformando la participación obrera en un hecho considerablemente subalterno, para hablar sólo de cosas concretas que todos conocemos. En muchísimos, en demasiados casos, el lugar privilegiado que ocupa el técnico externo, ya sea en la entidad local o en el instituto de medicina del trabajo o en el departamento en asamblea, ha sustituido la investigación obrera, la iniciativa y la movilización del grupo homogéneo; en muchos, demasiados casos, el cuestionario de grupo ha sido sustituido por el cuestionario individual; en muchos casos se ha preferido evitar la descripción de las elaboraciones para llegar, en cambio, a la descripción de los efectos nocivos de las elaboraciones rompiendo incluso la relación real con el grupo homogéneo y con la posibilidad de movilización existente en la empresa.

3. *Centralización de la salud*

El otro aspecto que caracteriza esta disminución de velocidad, y el más importante políticamente, reside en el hecho de que en estos años en la organización sindical se detecta una parcialización creciente de las reivindicaciones del ambiente de trabajo como reivindicación autónoma. En este momento no existe plataforma reivindicativa en la que no aparezca el título de "ambiente de trabajo": es un hecho casi formal y, en general, las características son las mismas, lo cual no significa, de hecho, que tengamos un mayor control sobre los ambientes de trabajo; significa simplemente que ciertos temas se han asumido y se han convertido en temas comunes de la reivindicación obrera. Pero, desde este punto de vista, y en mayor medida de lo que sucedía hace algunos años, la separación de las iniciativas relativas a los problemas de la organización del trabajo y a los problemas de los técnicos del cuarto grupo de las fábricas, han disminuido frente al empuje del desarrollo de las luchas obreras, del sindicato y del enfrentamiento con el patrón.

Quisiera plantear esta evaluación haciendo una referencia muy precisa al cuadro concreto en el que nos movemos: un cuadro caracterizado por una respuesta empresarial

que en cualquier momento puede convertirse en un duro ataque.

Aunque pueda parecer un razonamiento obsoleto, no podemos de ningún modo olvidar que en los últimos meses, y en particular en el último año, hemos soportado una feroz ofensiva empresarial al salario y al poder; se ha realizado, como decía un compañero hace poco, una pausa y un retroceso en la lucha por la salud porque en realidad, como ha sucedido en el 73 a través de la maniobra de la inflación interna y la devaluación externa de la lira, en el momento en que se logró una recuperación importante para las ganancias de la empresa, se realizó una redistribución del rédito a favor del capital y contra los trabajadores y esto tuvo un fuerte impacto sobre los problemas de la organización del trabajo y sobre los problemas del ambiente. Porque cuando se ataca al salario no se afecta solamente el salario sino que se afecta el poder; cuando se dan formas disfrazadas de monetización porque hay tal reconocimiento de la polivalencia o del nivel que lo acredita como elemento real de monetización oculta, no del viejo sino del nuevo tipo, evidentemente retrocedemos en el plano del control de la salud. Desde este punto de vista vale la consideración que se hace en particular sobre este terreno y, en general, sobre todos los problemas de organización del trabajo acerca de que no hay una sola conquista que sea definitiva ni hay nada completamente asegurado, porque es del conjunto de las relaciones de fuerza que depende la capacidad de resistencia y de ataque de la clase obrera. Pero al lado de esta respuesta conjunta que contempla la acción general del empresariado existen dos respuestas que hacen referencia específica a las cuestiones que estamos discutiendo. Existe, mientras tanto, una respuesta indirecta a la iniciativa empresarial sobre el problema de la organización del trabajo.

4. La recuperación del empresariado

En el momento en el que hemos cuidado de concluir de cualquier modo imponiendo la contratación reivindicativa sindical, del 68 en adelante, con etapas cada vez mayores de control y rigidez de la erogación de la fuerza de trabajo, los márgenes de movilización de la empresa se han convertido

en nuevos instrumentos de recuperación del patrón y todos sabemos que éstos se pueden dividir en dos órdenes: la dilatación del trabajo precario externo, es decir, de pequeñas industrias arrendadas, etcétera, de las que hemos hablado muchas veces y, de otra parte, un fenómeno que crece bajo nuestros ojos, que es la ulterior modificación, por parte del empresario, de la organización del trabajo. La intención empresarial es la de convertir a la empresa en un establo modelo en el que haya menos enfermedades, menos tensiones, en el que se trabaje mejor y, desde este punto de vista, estas islas coyunturales, que no se reducen solamente a la experiencia Olivetti o a la experiencia Fiat, sino que hemos encontrado directamente en las empresas textiles del Veneto y en una serie de otras instituciones que parecían no tener grandes problemas de organización del trabajo, significan una respuesta importante del patrón; significan la transferencia al interior del grupo homogéneo del problema de la organización del trabajo; significa reconocer un nivel de autonomía obrera que en este punto se convierte en una cogestión obrera de la organización del trabajo, en una resolución colectiva que surge del viejo tipo de organización del trabajo. La introducción de un horario flexible, actualmente presente en varias empresas y no sólo para los empleados de categoría, es otro de los aspectos de una respuesta que señala que el empresario no desconoce el hecho de que la gran ofensiva obrera en las organizaciones del trabajo y la salud se ha convertido en respuesta, incluso, y precisamente, respecto a los temas que se refieren a la salud. En realidad se ha dado en los últimos años, en medida creciente, una disposición patronal a reconocer la necesidad de reducir los niveles de insalubridad tradicionales. Pero esta disposición, a la cual aludieron muchos compañeros en el día de hoy, tiene las características que vamos a subrayar: la primera corresponde a la de tener rigurosamente separados los factores insalubres, es decir, evitar de cualquier modo la politización del problema del control de la salud al señalar los factores insalubres y, a partir de aquí, si los factores insalubres son separados, como es consecuente en la lógica patronal, las medidas son delegadas, en el mejor de los casos, a entes designados de común acuerdo, pero de todos modos a factores externos, dejando fuera al grupo homogéneo. Se tiende además a descomponer la contratación

de la organización del trabajo; los comités ambientales, que en muchos casos han sido una conquista obrera al romper el viejo esquema del comité sobre accidentes del trabajo, están realizando en muchas empresas intentos de delegar la contratación del ambiente a un grupo de técnicos separados del consejo de fábrica, que discute todas las demás cosas; discute los destajos, los escalafones, la organización del trabajo. El empresario intenta, por lo tanto, responder a la sólida presión, a los cambios en las relaciones de fuerza conseguidos por la lucha obrera de gran parte de las empresas de nuestro país, con una línea suficientemente dúctil que en este momento acompaña a la línea general del empresariado, la línea dura de la inflación, y que es la reducción del poder obrero en las empresas; una línea dúctil e inteligente capaz de tomar algunos de los elementos de la presión obrera y de absorberlos en una organización patronal del trabajo conveniente y correspondiente a las exigencias del capital.

En este contexto el nivel de madurez y de experiencia logrado es enorme y ha sido realizado no por grupos limitados –no es verdad que hay pocas fábricas como Castellanza–; son decenas de miles de cuadros obreros los que han desarrollado experiencias diversas con diferente nivel de compromiso y que han avanzado sobre estos problemas en estos años. Todo esto no puede ser destruido y cancelado de un día para otro, por tanto debemos estar conscientes de todo aquello que hemos logrado y es preciso, además, observar con mucha atención aquello que no hemos conseguido, aquello que atañe al patrón y la línea general a través de la cual hoy se produce el enfrentamiento de clase sobre estas cuestiones.

5. *Qué hacer por la salud*

Es en estos términos en los que quisiera hacer muy rápidamente algunas hipótesis sobre las cuestiones que atañen al *qué hacer* con respecto a estos temas de la salud. No quiero referirme a cuestiones ya señaladas aquí de orden técnico, de enorme valor político que necesitamos absolutamente como la memoria conjunta de datos que hoy es posible a través del centro de documentación constituido por los patronatos de las confederaciones, o bien, aquella de la homogeneización de los instrumentos que a este punto se convierten en una exigencia política obligada si queremos evitar la destrucción de una masa enorme de trabajo que se ha realizado en centenares de empresas.

Creo que el *qué hacer* se refiere al hecho de que en este momento es el empresario el que conduce en gran medida el ataque y que el equilibrio que hemos conquistado en este terreno es absolutamente precario, dependiendo en gran medida de lo que suceda en los próximos meses y del nivel real de las relaciones de fuerza.

En una situación similar, el primer problema que tenemos delante es el de decidir con claridad qué es lo que debemos distribuir en la fábrica; que, en sustancia, los elementos de recuperación generalizada de la iniciativa sindical sobre las cuestiones del ambiente deben partir, sobre todo, de situaciones contractuales, de la aplicación de los acuerdos, de la movilización, de la organización de los trabajadores en los procesos integradores de fábrica más que de iniciativas promocionales externas.

Esta es la primera elección neta hecha de parte de la organización sindical para salir de una fase que en cualquier caso es una fase de estancamiento.

Una segunda consideración que pienso debe asumirse es la siguiente: hoy no es en modo alguno imaginable desarrollar un impulso de la problemática referente a los ambientes de trabajo, si este impulso no va ligado al de la problemática de la organización del trabajo.

En este momento no tiene mayor sentido, en términos propagandísticos, la acción de vanguardia ejemplar en este departamento o aquella línea, si no estamos realmente en condiciones de construir conjuntamente, a nivel de fábrica o a nivel de clase, una iniciativa que recupere los términos centrales de nuestra línea después de un año de duro ataque empresarial. Y los términos centrales son, por cierto, el ambiente, pero el ambiente entendido como control y organización del horario efectivo de trabajo, como recuperación del control sobre las condiciones de trabajo, sobre los ritmos, vencimientos, cargo de trabajo; el ambiente como rechazo de una movilidad y una polivalencia difundida de la fuerza de trabajo más allá de las empresas; el ambiente como control de plantas, liquidación de contratos, vale de-

cir, la línea que puede hoy volver a dar impulso y cuerpo a una iniciativa conjunta del sindicato sobre los temas de la salud y una línea que pasa por ser una continuación conjunta del compromiso del sindicato en las cuestiones de las organizaciones del trabajo; punto en el que existe una durísima resistencia empresarial.

El compañero de Venecia ha señalado el problema del departamento AS, de la clausura y posterior reapertura de la sección de la petroquímica que produce ácido sulfúrico; creo que vale la pena hablar sobre esta experiencia porque se trata de un punto sobre el que se jugará en los próximos meses gran parte del proceso químico y del enfrentamiento real en las empresas químicas del país.

6. *El caso Marghera-Montedison*

¿Qué ha sucedido realmente al AS? Ha sucedido que los trabajadores, al poner en marcha una indicación de los sindicatos respecto a uno de los puntos de la plataforma reivindicativa sobre la salud de Venecia, frente a un establecimiento contaminado o envenenado, han decidido cerrarlo y ponerlo fuera de la producción y naturalmente han declarado justo y necesario que ésta no fuera considerada una ausencia del trabajo sino un producto inconveniente, con toda evidencia, de la dirección y de la cual la dirección es responsable. Por esto hemos salido del AS de Marghera y hemos abierto, sobre este punto, un enfrentamiento con la empresa. ¿Qué ha sucedido sucesivamente? Ha sucedido que se ha hecho saber, por parte del consejo de administración de la Montedison, y no por un director del personal, que existía una decisión de dicho consejo sobre el problema del pago de 400 trabajadores y que prácticamente la Montedison transformaba en cuestión general de principio el problema de la lucha de la fábrica por la salud y sobre problemas de la organización del trabajo abierta en aquella empresa petrolera.

Ha sucedido, en esencia, que el empresariado lo ha intentado y, creo que sin retroceder demasiado en el tiempo hasta experiencias históricas notables como la *Huelga de las agujas de Torino,* es muy fácil ver con claridad qué significa aislar una lucha obrera que comienza en un punto, cuando

todavía las otras fábricas del sector permanecen cerradas a cuestiones de este género, limitando el choque a un grupo reducido de trabajadores y haciendo pesar sobre la lucha obrera el problema de diez mil trabajadores comprometidos en los trabajos en la cumbre y en el comienzo de aquella lucha. Frente a este tipo de operaciones, en el momento en que el empresario ha propuesto combatir en este terreno, hemos decidido, creo que correctamente, rechazar este tipo de choque; hemos decidido que la lucha de la Montedison no se hace con 400 del AS; no se hace sobre una cuestión de principio que puede, quizá, no ser comprendida por muchos otros trabajadores. Pero se ha generalizado en todo el grupo y en todas las empresas, y no sólo en las empresas Montedison, el derecho que hemos tomado de los AS y que intentamos recuperar en el curso de la lucha en cada momento, de decidir autónomamente sobre la base de la sensibilidad obrera, del nivel de relaciones de fuerza, de la conciencia de la relación existente entre aquello y la línea conjunta de la lucha del empresario de cerrar los establecimientos cuando estos dañen la salud de los trabajadores y de considerar esta forma de lucha como una forma de lucha legítima que intentamos gestionar en concreto y que pretendemos imponer en una negociación en la que nosotros detentemos todo el peso de la clase obrera y no solamente el de un departamento o de un grupo limitado de trabajadores.

7. *Un punto central del proceso químico*

Me he referido a este episodio no sólo para discutir abiertamente la intervención del sindicato en este asunto particular sino para decir que sobre este punto nos jugaremos el caso de química; para decir que el problema de la salud, de problema histórico y de evaluación de lo que hemos hecho en los años en curso o de evaluación político-cultural, se convierte en la cuestión central de la lucha obrera en los próximos meses y en el momento en que pongamos en movimiento la mejor parte de la clase obrera, en el momento en que finalmente pongamos en movimiento a un millón de trabajadores de la industria de los grandes grupos químicos, mecánicos y textiles, en el momento en que pongamos en

juego lo mejor de las fuerzas de la clase obrera; el enfrentamiento de otoño e invierno con el empresariado será uno de los puntos centrales de nuestra problemática, uno de los puntos sobre el cual se necesita discurrir, teniendo conciencia de que esta vez nadie bromea; esta vez la partida es grande para nosotros porque nos estamos jugando (tal como decía un compañero), no el ambiente o un derecho sindical sino el poder y las relaciones de fuerza. También el empresario se juega el poder y las relaciones de fuerza; también el empresario arriesga en Marghera (como en la Fiat) la posibilidad, presente en un sector importante del grupo empresarial, de hacer finalmente las cuentas sobre las relaciones de trabajo después del largo carnaval que ya ha durado demasiados años. Esto resta un punto central al encuentro en las fábricas en las próximas semanas.

Por cuanto se refiere al territorio, creo que también aquí se necesita partir en forma realista de los problemas de la gente: es necesario partir de aquello que hemos dicho y de lo que aún no hemos dicho. El cólera del Sur es un ejemplo muy instructivo: no hemos acertado a construir ni siquiera una instancia de acción de masas, de construcción real, de movilización conjunta de los trabajadores. Cierto que identificamos dentro de esto un amplio límite que no se agota solamente en la salud, ni solamente en una parte de la temática del sindicato; se refiere a la condición misma de la organización sindical del Mediodía, se refiere a la relación entre ocupados y desocupados, se refiere a la estructura de una organización sindical en gran medida inadecuada para ofrecer un espacio y una capacidad de dirección y de movimiento al grueso del proletariado meridional que está fuera de la organización porque está fuera de un trabajo estable en gran parte de nuestro país. Pero creo que en el territorio también se trata, partiendo de los problemas abiertos, como en el caso de Marghera, de transferir las experiencias y los instrumentos construidos en la fábrica y también los métodos de investigación obrera aceptados por años de experiencia a nivel horizontal. Se trata de utilizar los consejos de zona y no los consejos de zona ideales –aquellos que quisiéramos hacer si de nosotros dependiera– sino los que existen malos, torcidos, cojos y burocráticos, pero que son etapas reales de una primera relación de las estructuras intercategoriales del sindicato. Ellos son utilizados

para transferir toda la problemática del ambiente, toda la problemática horizontal del compromiso con la salud, para hacerlos trabajar y moverse; así con la propuesta de una iniciativa sobre los temas que se refieren al conjunto de los trabajadores presentes al nivel de zona se podrán romper los actuales elementos de burocratización. Creo, por otro lado, que no podemos ignorar que en este cuadro político existe el problema de enfrentar la contrarreforma sanitaria que viene avanzando. Estamos frente a medidas anunciadas por el Ministerio de trabajo que tienden a segregar completamente la prevención de la cura y de la rehabilitación, ya sea para cambiar, reconstruir o revitalizar el ENPL. Estamos frente a medidas sobre precios farmacéuticos que tienden a crear nuevos motivos de ruptura: el problema de la reforma sanitaria es todavía hoy, antes que una lucha por conquistas, una lucha por impedir que, aprovechando los vacíos actuales en la línea conjunta del movimiento, se desarrollen medidas iniciales de contrarreforma que hagan imposible, por muchos años, toda posibilidad de avance conjunto de nuestra línea en el territorio.

8. Por la autonomía obrera

Quiero agregar una última cosa –antes de concluir– relacionada con el tema para el que he sido invitado a hablar. El sindicato es institucionalmente un instrumento de dos frentes de la lucha obrera: en el momento en el que rechaza un acuerdo, el sindicato promueve la lucha y es un instrumento apto para enfrentar al capitalismo; en el momento en el que realiza un acuerdo, el sindicato reconfirma la estructura existente, reconoce el dominio del patrón y es instrumento de conservación del sistema. El sindicato institucionalmente es esto y, por tanto, no es posible pedir a ningún sindicato abstracto, y menos a este sindicato histórico y concreto que tiene prestigio en la tradición política y en la lucha de clases de nuestro país, que se convierta en otra cosa. Creo, sin embargo, que en este aspecto se puede decir que, tras una crisis que ha permanecido durante años de esperanzas –y hablo de los años rugientes del 1968-69–, cuando en muchos de nosotros existía la ilusión de que bastaba una sacudida un poco fuerte al cuadro de las relaciones a nivel social para

provocar casi automáticamente consecuencias a nivel político; creo que este puede ser el punto sobre el cual actuar y sobre el cual presionar sin ignorar el carácter político de la lucha obrera, para construir etapas diferentes y más avanzadas de impulso a la lucha política de la clase obrera; hemos tratado de analizar, sobre todo, la situación en las fábricas, procurando ahondar acerca de las relaciones de fuerza que existen en el establecimiento con respecto al patrón y las relaciones de fuerza que el empresario logra reconstruir fuera de la fábrica y aquello que le da fuerza al empresario a nivel de Estado, de poder y de ligas políticas. Nunca como en este año del 73, esta diversidad se vuelve tan gigantesca: todo lo que los empresarios han tratado desesperadamente de arrancar y no lo han conseguido lo vemos en la maniobra económica, en los juegos de poder, en el hecho de utilizar estos instrumentos. Sentimos así la necesidad y la exigencia, exigencia elemental más que necesidad, de que la continuación de la lucha por la organización sobre el llamado pilar de la tradición sindical, que es también rica e importante, o sobre el solo impulso de la autonomía del 69, no corra el riesgo de irse por la borda. Quiero decir con franqueza que estoy muy convencido de que en relación a las hipótesis que esta mañana hacía Maccacaro de ver pasar las 150 horas una tras otra, de trabajar por una transformación de la relación escuela-trabajo, que en concreto significa trabajar por una ruptura de este mercado de trabajo –la condición esencial y fundamental para toda alternativa respecto a cuestiones de la estructura económica–, me parece muy difícil pensar que una operación de este género, que pueda consentir un respiro político real a la lucha obrera, pase solamente por ser una apelación a la lucha obrera, al impulso y a la combatividad de los trabajadores o como una invitación al sindicato a ser fiel a sí mismo. Creo que el problema con el que nos enfrentamos, y este será el tema sobre el que se discutirá mañana en el Congreso, es aquel de transformar la autonomía obrera en alternativa política; el problema que tenemos enfrente es el de conquistar, en el momento en el que obtengamos los instrumentos de una lucha más avanzada, la perspectiva política que haga posible esta lucha.

Segregación y control social

Franco Basaglia

A doce años de iniciada la lucha por la transformación de las instituciones psiquiátricas, las condiciones que han ido poco a poco madurando transfirieron el problema de la asistencia al enfermo mental de lo "específico neutral" a la problemática política que la misma transformación había hecho surgir.

La liberación de los enfermos mentales no es una medida esclarecedora de la lógica por la cual –en el caso específico de la internación psiquiátrica–, bajo la etiqueta de la enfermedad y con el aval de la ciencia, las instituciones psiquiátricas han resuelto hasta la fecha la tarea de controlar el sector de marginados que, por causas diversas (enfermedad, pobreza, falta de recursos económicos y culturales, ausencia de un rol social por desarrollar), no tienen un lugar en la estructra económica de la sociedad. Pero este mecanismo engloba en la misma lógica todos los roles comprendidos en la delegación del control –médicos, enfermeros y obreros– que, bajo la coartada de la intervención técnica, resuelven un claro mandato político en el mantenimiento y en la reafirmación de los manicomios como instituciones y de la función de control social que representan.

La escuela positivista en el campo de la psiquiatría –de neto tinte milanés– había señalado que los enfermos mentales, como los criminales, sufrían de una modificación biológica ante la cual no había nada más que hacer que proteger esta *diversidad originaria* con la internación. La internación de esta diversidad biológica había así encontrado su justificación científica en la ideología médica, que debía –según la nueva ley de 1904 sobre la asistencia psiquiátrica– por un

lado, sancionar la necesidad del cuidado del asistido y, por el otro, salvaguardar a la sociedad de la peligrosidad del loco. Pero la contradicción sobre la que se funda esta ley –contradicción insalvable entre el concepto de vigilancia y el de cuidado, entre el interés del particular (el enfermo asilado) y la seguridad social (la colectividad por defender de la peligrosidad implícita en la enfermedad)– se había traducido en una total preeminencia de la vigilancia sobre el cuidado, obviamente, en perjuicio del internado y en beneficio de la sociedad. La aceptación de esta lógica ha servido, desde principios de siglo hasta hoy, para garantizar el control social de comportamientos definidos como biológicamente diversos, de naturaleza irreversible, asegurando al mismo tiempo la incolumidad de la sociedad "civil".

Pero la acción de transformación realizada en los últimos años en las instituciones psiquiátricas ha evidenciado que muy a menudo esta diversidad, codificada bajo la etiqueta de enfermedad, puede ser una diversidad de naturaleza totalmente contraria: un pecado original, el de pertenecer a la clase dominada, cuya presencia en la sociedad es aceptada solamente cuando se adecúa a reglas que no han sido fabricadas por su vida sino por su dominio.

Si intentamos examinar cuáles han sido hasta la fecha los movimientos reivindicativos por parte de la clase obrera en este siglo, quedaremos desconcertados al comprobar cómo se ha descuidado –hasta estos últimos años– el problema de la salud, considerado sólo en relación a la insalubridad en los lugares de trabajo, donde ello se presenta en forma macroscópica y en una relación explícita más directa. El hecho es sin embargo fácilmente explicable con la incorporación, por parte de todos, del concepto positivista de la enfermedad, que ponía el problema sobre una base "objetiva", "científica", totalmente separada del terreno de la acción política.

Esto significa que hasta hoy todos habíamos aceptado las definiciones de enfermedad que nos eran impuestas y, al mismo tiempo, las consecuencias derivadas de tal aceptación: la separación total entre el terreno de la enfermedad, de competencia de los médicos y de la medicina, y el de la salud, donde se podía insertar el juego de la lucha política.

Pero en este momento resulta claro que la evolución de una enfermedad puede ser diversa de acuerdo a la clase del enfermo, así como la codificación misma de enfermedad. Y

que una escisión tal entre los distintos terrenos de competencia no es aceptable por más tiempo; como no es ya aceptable la delegación dada a los médicos y a los enfermeros de guardianes y garantes de esta escisión.

1. La exclusión de los "diversos"

Es aquí donde se inserta la cuestión de una transformación con características de lucha política en el interior de las instituciones sanitarias, de las cuales conocemos la finalidad y funciones precisamente políticas.

Pero por lo que se ha podido ver hasta hoy en las instituciones psiquiátricas, la lucha, por ejemplo, del cuerpo de enfermeros, sector que asume la primera delegación de control y de dominio del enfermo, está dando apenas los primeros pasos que no siguen la senda de la simple reivindicación sindical de tipo corporativo. Si se omite; como uno de los temas de esta lucha, la relación de dominio que existe entre enfermero y enfermo en una institución psiquiátrica (el ejemplo vale también, por supuesto, para toda la medicina en general), no se hace más que confirmar, también a nivel de la lucha proletaria, la relación de dominio entre médico y enfermero. Las reivindicaciones salariales (más que legítimas, sobre todo después de la confirmación de la enorme distancia, sancionada por la reciente ley, sobre el aumento de los ingresos de los médicos) no pueden desligarse de la reivindicación por una revaloración del trabajo del enfermero, que deberá pasar por la búsqueda de un tipo de relación distinta tanto con el propio objeto de trabajo, el internado, como con el cuerpo médico, que representa en la institución la garantía del mantenimiento de la ideología dominante.

Pero también en esta esfera el blanco de la lucha presenta notables ambigüedades. La exigencia de una nueva dignidad profesional de los enfermeros hospitalarios, de un adiestramiento que califique de manera distinta su intervención técnica, es vista como el adecuamiento al modelo médico a través de la incorporación de este modelo como nueva forma, más calificada, de *ser enfermero.* Pero la calidad de súbdito y la subordinación del enfermero al médico (que sería mantenida y conservada intacta también a través

de esta nueva identificación propuesta al enfermero para su valoración) reitera el modelo de dominio precedente; modelo que si permanece válido en la relación entre médico y enfermero, se confirma en la relación entre enfermero e internado, donde este último encontraría las orientaciones para la apropiación de su salud en la adaptación y en la dependencia del enfermero y del personal médico. Exactamente como en la lógica actual de los manicomios.

En la lucha por la defensa y la apropiación de su lugar de trabajo por parte del cuerpo de enfermeros, no ha aparecido aún de manera generalizada y generalizable un elemento fundamental: la alianza-complicidad del enfermero con el internado (que pertenecen, tal vez en un escalón más bajo, a la misma clase), por liberarse de la subordinación al poder médico, representante en la institución hospitalaria de la garantía de control que implica su rol.

La lucha que se efectúa en estos últimos años en las instituciones psiquiátricas ha puesto en sus justos términos la relación, si no directamente la absoluta identificación, entre intervención técnica e intervención política. Esto significa que los roles que juegan en la institución hospitalaria asumen una función bien precisa en el control y en la eliminación del internado, a través de una serie de delegaciones de las cuales todos somos cómplices. Pero el rechazo de esta delegación no es automático: pasa a través de una serie de mediaciones, ya que la institución existe y sobrevive en la forma en que pueda lograrlo, sobre todo por los roles de poder que ofrece individualmente y a los cuales es difícil renunciar. Privilegios que se consolidan, jerarquías que consolidan los privilegios, un submundo de chantajes y extorsiones de poder, en el cual la agresión siempre viene a recaer sobre el último eslabón de la jerarquía institucional: el enfermo.

La lucha por la transformación de las instituciones psiquiátricas ha demostrado lo difícil que resulta romper este cerco de delegaciones de poder, aun a nivel del cuerpo de enfermeros. Estos siempre han terminado, como todos los dominados, por incorporar y hacer propia la agresión del dominador (en este caso el médico) y traducirla en la agresión al enfermo. El mantenimiento del manicomio y de la lógica de la internación se ha basado siempre, y se basa aún hoy, en la delegación de esta agresión por parte del enfermero,

ya que es quien está en contacto directo y constante con el internado. El manicomio puede seguir existiendo simplemente porque crea las condiciones por las cuales los juegos de poder, desde el médico a todas las jerarquías subalternas, pueden desprenderse de su agresividad antes que de su obligación terapéutica en los encuentros con el enfermo. De este modo, la función de control del manicomio está garantizada a todos los niveles y por todos los roles.

Ahora bien, la liberación del enfermo, realizada en algunas instituciones psiquiátricas, abre la función del grupo médico en general a perspectivas de lucha completamente distintas, que compromete a las mismas organizaciones políticas y sindicales, y que pueden ser individualizadas también en las indicaciones prácticas surgidas en estos años de trabajo.

2. *Enfermos e instituciones*

En la fábrica y en todos los lugares en donde se explota a la clase obrera, la especificación de los niveles de lucha es más clara: el objeto de trabajo muestra explícitamente la alienación a la cual está sometido el obrero; la insalubridad en la fábrica señala explícitamente las consecuencias sobre la salud del trabajador; su acción reivindicativa va directamente en perjuicio del patrón y de la lógica patronal. Pero cuando el objeto de su trabajo es *un hombre,* el problema se complica porque el obrero de la institución psiquiátrica o sanitaria está en condiciones de descargar las agresiones que soporta y que deberían ser dirigidas contra el patrón, sobre el objeto de su trabajo: un hombre, por demás sufrido, a merced de su poder. *Si el obrero en lucha sólo tiene para perder sus propias cadenas, el enfermero que lucha en un hospital puede perder la posibilidad de imponer las cadenas a quien depende de él.* En esta situación tiene un buen juego la ideología de la custodia y de la curación que cubre todo (y es su deber cubrirlo todo), de modo que el mismo agente de la agresión no sea jamás consciente de lo que hace. El médico, el enfermero, el obrero psiquiátrico *deben encontrarse con la ideología médica que justifica cada una de sus intervenciones en los daños al internado,* y aún no están claros los términos de la lucha capaces de destruir esta lógica.

Sólo cuando la obra de transformación de una institución psiquiátrica coloca al internado como sujeto primero de la transformación, los roles del cuerpo médico comienzan a perfilarse con claridad en sus explícitas funciones. Esto quiere decir que sólo en el momento en el cual están el uno frente al otro, *el asistido y el que lo asiste,* se entrevé la posibilidad de considerar estos dos polos sobre los cuales se funda la institución; no como polos opuestos, antagónicos, sino como dos términos contradictorios de un mismo problema: la salud y la enfermedad, representados respectivamente por el grupo médico y por el internado.

Pero esta salud y esta enfermedad no están totalmente separadas. Así como el internado está enfermo por la violencia y la segregación de las que es objeto, los enfermeros y el grupo médico están *también* enfermos por la violencia y por la segregación de las que son sujeto. Sobre esta comunidad de intentos –la lucha contra el sufrimiento, común al internado como a su custodio– puede hacer una nueva estrategia de intervención que plantee algo más que la simple reivindicación económica por parte de los trabajadores; reivindicación que, en tanto legítima, continuaría manteniendo a internados e internantes encerrados en la misma cadena de violencia si no se enriqueciera de nuevos conceptos y de una nueva finalidad.

La lucha realizada en estos años ha puesto en crisis, además de la ideología científica que justifica la violencia en los manicomios, la relación entre los diversos niveles de los administradores de esta violencia. Lo que se ha visto y sobre lo que vale la pena discutir en esta sede, es que uno de los ejes sobre el que tuvo buen juego nuestro sistema social para la conservación de estas instituciones resultó ser –además del médico, directo representante por su pertenencia a la clase dominante– el enfermero. Aun perteneciendo a la misma clase del internado que custodia, el enfermero está oprimido por la delegación médica y jurídica, por la amenaza de la pérdida de su lugar de trabajo, por la responsabilidad que la escala jerárquica descarga sobre él. En estas condiciones no puede identificarse totalmente con el rol que le es impuesto, tanto más por no poder ver en qué consiste el esclarecimiento de clase en una situación en la que todo es confusión entre custodia y curación, entre responsabilidad jurídica y riesgo personal, entre la subordinación al médico como detentor de la salud y una enfermedad de la cual el enfermero –exactamente igual que el médico– comprende los parámetros sólo en base a un comportamiento más o menos tolerado por la organización hospitalaria.

En estas condiciones, la elección del enfermero no es fácil ni resulta fácil de madurar. Menos aún cuando parte de las contradicciones, abiertas por el vuelco práctico realizado en algunas instituciones psiquiátricas, han sido recuperadas por el sector médico que, puesto en crisis por estas realizaciones, se defiende óptimamente a través de un corporativismo lúcido que tiende a racionalizar el problema mediante la ubicación en el plano puramente verbal de la ideología de la custodia y la asunción de otra ideología: la sociológica. Las palabras de orden más actuales y más modernas son entonces la medicina preventiva, el mantenimiento de la salud, la lucha en la región, que a menudo se reducen a coartadas apenas útiles para encubrir la realidad que queda invariable a sus espaldas, porque lo que queda invariable es la estructura institucional y los modelos de las delegaciones y del poder sobre la cual ella se funda.

Estas palabras tienen y tendrán un sentido si se logra romper el cerco institucional; es decir, si se logra primero romper el poder médico, al cual el modelo se adapta, y se adecúa el poder del enfermero.

Pero si aún se mueve en un terreno dividido, donde técnica y política funcionan separadas y no como dos aspectos complementarios del mismo problema, no basta con definir un trabajo "político" aunque éste se visualice como válido. Es por la toma de conciencia surgida de la acción y por las consecuencias sociales que ella comporta que la acción se hace política; la toma de conciencia sobre el terreno práctico de lo que haga el internado por la tranquilidad social, quién es el internado y a qué clase pertenece, qué complicidad de clase implican la ideología médica y la ideología de la custodia en el control de la marginación. La toma de conciencia de su complicidad puede llevar a subjetivizar el trabajo (a asumirlo personalmente, en primera persona, sobre sus espaldas; a su propio cargo, con todo lo que una posición tal supone), negándole la posibilidad de objetivar en una nueva realidad ideológica, delegando en otros el significado y la consecuencia: la ciencia por un lado, la organización social por el otro.

3. *El rol del enfermero*

La lucha corporativa pequeño burguesa a la que asistimos en casi todos los manicomios es la evidencia de esta separación: el enfermero no lucha casi nunca por la transformación de su trabajo, de su relación con el enfermo, por su liberación de la ideología que ha incorporado y que cree útil para su defensa, en tanto que ésta está hecha para impedirle que tome conciencia de sí mismo, de su lugar en la sociedad, del peso social de su rol. Insiste en mantener separada la toma de conciencia del significado de su trabajo en el plano práctico, de la lucha política que actúa fuera de ese plano. Entonces perpetúa una vez más la división sobre la cual se funda *la unidad totalizadora* del manicomio.

Cuando frente a una vanguardia burguesa lúcida se plantea la crisis de la institución, existen dos posibilidades: la racionalización de la crisis y el englobamiento de la institución en la ideología de la psiquiatría social y en la formación de un nuevo tipo de control que encierra a un nivel distinto las contradicciones abiertas por la crisis, o la toma a su cargo de esta crisis por parte de los trabajadores que, si desean proceder coherentemente en la toma de conciencia política del propio trabajo y de su rol, deben asumir sobre sí el peso de esta crisis, en la transformación de su relación con el enfermo y de la ideología que han incorporado. En este caso, el peso de la crisis puede ser *dividido* con el médico, que la ha provocado originariamente. Pero el enfermero debe convertirse en el sujeto determinante de la acción; en complicidad con el internado, debe llegar a quitar de las manos del "patrón" la brillantez del sistema para usarla en beneficio de su clase.

Es en este momento que las organizaciones políticas de izquierda y los sindicatos –si no desean convertirse en órganos de freno de esta operación, manteniendo la lucha sobre un plano corporativo de división– pueden y deben convertirse en los protagonistas de la transformación, abriendo en el campo de la salud un nuevo tipo de lucha, que sea común para el sano y para el enfermo. En caso contrario, la ambigüedad de una lucha que se frena a medio camino será un arma que servirá nuevamente para la opresión del trabajador sano (el enfermero) y para el trabajador enfermo (el internado).

En estos últimos años, las fuerzas de izquierda han visto con precisión la ambigüedad de tantos movimientos dispersos en este campo. Grupos separados que entran en competencia, en un juego intelectualoide, en el cual con frecuencia el sufrimiento del enfermo y el malestar laboral de los enfermeros son la ocasión para la afirmación de nuevos juegos de poder.

Pero también es verdad que no se ha hecho nada hasta la fecha por parte de las fuerzas de izquierda, para liberar a los enfermeros y a los internados del cerco institucional, sin cuya ruptura no puede haber transformaciones.

4. *Psiquiatría democrática*

El discurso de la prevención y el trabajo en la región no será más que un duplicado de la misma lógica institucional llevada al exterior si no se tiene el valor y no se logra antes romper el cerco institucional privado. La relación directa con el usuario de un servicio no puede darse sino cuando la organización política está en condiciones de afrontar esta relación directa; es decir, cuando el protagonista de la transformación en la administración de la salud es el trabajador que pretende un servicio que responda a sus exigencias y al cual pueda controlar directamente. En este caso, volviendo al problema específico del hospital psiquiátrico, sano y enfermo (enfermero e internado) pueden enfrentarse sobre el mismo terreno, superando la división que los lleva a "chocar" o, mejor dicho, a "desencontrarse".

El límite de los movimientos anti-institucionales psiquiátricos es todavía el de nacer de una vanguardia médica, seguida de una mínima vanguardia de enfermeros. Esto es lo que mantiene la acción sobre un plano individual, de grupos separados. Y es esto lo que intentamos superar con la constitución del grupo de psiquiatría democrática, que se plantea romper tanto el corporativismo de los médicos como el de los enfermeros, con la propuesta de una lucha unitaria en la que el técnico pueda

> Ofrecer una práctica que sirva realmente a instancias políticas, no sólo sanitarias y menos aún solamente psiquiátricas. El grupo de obreros psiquiátricos que decidió actuar en este

sentido no se plantea constituirse como grupo político ni podría hacerlo. Ello presupone que la politización de su acción consiste en proponer un terreno de confrontación recíproca para el técnico y el político, a través de la creación de situaciones alternativas sobre las cuales se verifique un real esclarecimiento de clase, llevando a clarificar los términos de una "lucha de clases" que, en el interior de la lógica institucional, resultan a menudo vagos y desenfocados (del documento programático de Psiquiatría democrática).

Pero las perspectivas de lucha no son simples. Menos aún porque, más allá de la dificultad implícita en una lucha que implique al poder médico y a partir de él a la ideología dominante, se agolpan los problemas provenientes del nacimiento de nuevas ideologías entre los mismos obreros en lucha.

En Trieste, donde trabajo actualmente, estamos viviendo una crisis permanente cuya naturaleza es difícil de definir. Los jóvenes obreros inmersos en el terreno institucional, recién salidos de la lucha estudiantil, tienen sobre sus espaldas una experiencia en la que era posible mantener abiertas las contradicciones de la situación en la cual estaban por actuar, ya que refutaban en bloque el futuro preparado para ellos por nuestro sistema social. En las condiciones de estos estudiantes, el rechazo pudo ser total, no existiendo un compromiso directo por parte de quienes, por definición, tienen un rol pasivo en el interior de la lógica del aprendizaje. El único instrumento de defensa a su disposición es el rechazo que, en la medida en que se generaliza a todo el sector estudiantil, se convierte en el único instrumento de poder del cual éste goza.

Pero el estudiante recién graduado, en el momento en que afronta la realidad de una institución en la que debe cubrir un rol técnico que teóricamente rechaza, se encuentra en la práctica decidido a disponer de ese rol como de un instrumento de defensa individual, detrás del cual puede ocultar o mitificar las contradicciones reales de la situación en la cual tiene que vivir y que él mismo ha abierto con su acción.

La contradicción abierta por la liberación del internado y por la apertura de alternativas que lo hacían salir de la única dimensión institucional en la que estaba constreñido, ha lanzado a la angustia al cuerpo médico, incluidos los enfermeros que se encuentran con que han perdido su rol anterior sin haber comprendido aún su nuevo rol frente al enfermo, que puede rechazar la total sujeción a su poder. Pero la crisis de angustia en la que cae inevitablemente una institución en el momento en que se rompe la rigidez de los roles institucionalizados debe ser caracterizada como una contradicción constante, teniendo el grupo médico no sólo la responsabilidad de la liberación de la institución sino también la de la gradual reapropiación de la libertad por parte de los internados, destruidos en el pasado por la segregación.

5. *Dos líneas a confrontar*

La contradicción entre liberación y administración de la institución es entonces la primera que se debe tener en cuenta. Pero frente a ésta, que aparece como un "compromiso con el poder" (hacer funcionar la institución), los jóvenes técnicos-políticos privilegian la "revolución", que no puede ser sino ideológica en un momento en el cual la revolución no está realizada. La frustración que surge frente al hecho de que "trabajar en una institución psiquiátrica no es después de todo tan revolucionario", puede tener dos desenlaces diferentes:

1) la búsqueda de un agente revolucionario que, por pertenecer a la clase obrera, debe garantizar "la línea políticamente correcta" de acción. De aquí el alejamiento del interés del joven técnico politizado por el enfermo (que, por supuesto, pertenece a la clase proletaria) con el enfermero, como lucha tendiente al desarrollo de su toma de conciencia. Todo esto trasladando como problema secundario el del enfermo: de este lado lo de la relación del enfermero con el enfermo, por cuya liberación se está luchando; y de este lado lo de la institución, cuya ruptura en el interior del sistema general adquiriría un significado político;

2) la defensa de su autonomía de trabajo, posible en una sociedad en transformación que, separada de la responsabilidad en los enfrentamientos de la estrategia común en la lucha, puede fácilmente traducirse en la defensa de los privilegios conquistados y a partir de allí en la defensa de su poder, bajo el mito de ser la vanguardia de la vanguardia; o sea, bajo el slogan de la nueva ideología política correcta.

No son problemas subestimables porque a menudo estas acciones aislacionistas a ultranza (frecuentemente aislacionistas por el aislacionismo) sirven sólo para frenar la obra de transformación realizada, que no puede sino proceder por grados.

Pero, ¿somos nosotros quienes establecemos esta gradualidad como nuestra defensa o como defensa de nuestro poder, o son los extremistas quienes –no pagando directamente las consecuencias de sus acciones, que en nuestro caso pueden también recaer sobre los enfermos y sobre los enfermeros– usan la "política" como una nueva ideología, en defensa propia y del rol adquirido?

En otras palabras, ¿somos nosotros quienes estamos superados y debemos ceder el paso a los que –partiendo de una situación de poder que nosotros mismos habíamos permitido a través de la autonomía de trabajo– quieren secundarnos; o nuestro juicio sobre la táctica y la estrategia que perseguimos resulta todavía válido porque es constantemente cotejado con la realidad sobre la cual se opera?

Dejando de lado los errores que todos cometemos, tengo la impresión de que se está viviendo un fenómeno de regresión, ligado quizá a un estado de impotencia: es decir, al retorno de lo específico a lo general, no como movimiento dialéctico sino como regresión al estado de lo "político institucional" que precedía a la apropiación del significado político implícito en cada intervención técnica específica. El modo de ampliar la problemática reside para mí, todavía, por parte del técnico que ha hecho una elección política, en la comprensión de una ideología sobre un terreno práctico específico a partir del cual es posible ampliar la comprensión práctica de las funciones de la ideología de nuestro sistema social.

Pero ésta no es una estrategia que los nuevos técnicos politizados compartan, porque presumen de moverse en un terreno liberado y de poder proponerse como grupo político que no tiene necesidad de pasar a través de la acción en lo específico sino sólo de vincularse a las grandes problemáticas de la lucha obrera. Pero, ¿dónde ocurre esta vinculación? ¿A través de declaraciones y volanteadas?

No obstante la perplejidad que pueden experimentar frente al hecho de no querer usar el poder del que obviamente dispongo para imponer mi estrategia de lucha a

aquellos que trabajan conmigo, continúo pensando que los obreros en las instituciones psiquiátricas son los internados y los enfermeros, que han incorporado la ideología de la enfermedad y del dominio a través de la enfermedad misma; y que es todavía nuestra tarea, como obreros de un sector específico, la de actuar de manera tal que todos aquellos que están envueltos en la red institucional, se apropien del conocimiento de los procesos de dominio de los cuales son víctimas (procesos que pasan también a través de la enfermedad y su control), para así poder oponerse a ellos.

"Dentro o fuera" no es un falso problema

Antonietta Bernardoni

En nombre del grupo nacional por la salud mental quiero plantear aquí la que a mi parecer es una cuestión fundamental: los trabajadores y sus organizaciones, ¿están ahora en condiciones de dirigir por su cuenta la lucha por una radical transformación de las actividades relacionadas con la salud físico-mental, se trate de actividades preventivas, curativas o rehabilitativas, o bien deben continuar delegando en los técnicos un poder que en realidad es político y por lo tanto no delegable en medida alguna sino administrable en primera persona? Este es el problema real y de base que necesitamos plantearnos.

Me parece totalmente errado decir, como lo hacía Basaglia, que dentro o fuera es un falso problema y que se trata de un asunto de costumbre. ¡Es necesario preguntar a un preso si estar dentro o fuera es la misma cosa! Dentro o fuera no es un falso problema; dentro está el poder técnico, fuera están las organizaciones de los trabajadores.

Nosotros criticamos los fundamentos que Basaglia da a estos problemas y, dada la dificultad de poder establecer un diálogo con él a causa de sus múltiples compromisos, queremos aprovechar su presencia para pedirle algunas aclaraciones. Preguntarle adónde quiere llegar, qué relación tiene su política con la constitución de las unidades locales, porque no vemos una posible y auténtica relación entre la comunidad terapéutica y la unidad local.

Leo una frase del informe de Basaglia: "...habíamos intentado destruir la institución", pero en realidad la institución se renueva y si, en particular, el hospital psiquiátrico encuentra hoy nuevas fuerzas para continuar bajo mentiro-

sos desnudos, con cortinas rosas en las ventanas, bajo el nombre de comunidad terapéutica, esto es consecuencia de la explicación de Basaglia, del cual, por otra parte, ninguno de nosotros desconoce los méritos. El grupo por la gestión de la salud mental –entonces grupo modenés por la gestión social de la salud mental– en el momento de las dimisiones de Basaglia tomó posiciones de manera precisa. Solidaridad incondicional con el profesor Basaglia y sus colaboradores en lo que se refiere a los obstáculos interpuestos a sus acciones por una administración conservadora como la de Gorizia. Solidaridad incondicional, pleno reconocimiento de la obra de valiente ruptura de los límites psiquiátricos tradicionales por él cumplida desde hace once años, abriendo el hospital de Gorizia con una firme invitación a llevar adelante las luchas en estrecha y permanente ligazón con los trabajadores, con todas las fuerzas populares organizadas.

Es aquí donde Basaglia tiene la mayor dificultad; es aquí donde los sindicatos lo molestan. En realidad, la obra de los sindicatos es frecuentemente criticable –nosotros mismos nos encontramos con dificultades, pues el sindicato nos ha prohibido las reuniones que teníamos en la Casa del pueblo– y la existencia de obstáculos es innegable. Creo sin embargo que ellas no pueden ser superadas sino a través de un necesario encuentro abierto sobre todos los temas con los trabajadores y con sus representantes. Por eso reiteramos al profesor Basaglia nuestra firme invitación a llevar adelante la lucha en estrecha y permanente ligazón con los trabajadores y con las fuerzas populares organizadas.

La clase trabajadora no puede eximirse de exigir al profesor Basaglia algunas aclaraciones de fondo que, a nuestro parecer, serán útiles para despejar el terreno de todo futuro malentendido.

Una crítica –como la que estoy realizando– es una etapa necesaria, porque la política del estar todos unidos, sin criticarnos entre nosotros, sin establecer qué cosa ha sido coherente con las acciones precedentes, es una política inaceptable. Cada uno debe dar cuenta de sus propias acciones y de sus propios proyectos: sobre todo si se detenta un poder, directo o indirecto, de persuasión más o menos oculta a través de los medios de masas, se torna aún más necesario que se dé cuenta de la utilización de tal poder. Porque el poder no debe ser de esta o aquella persona, sino de la clase

obrera, de los trabajadores. No se delega aquí la resolución de los problemas psiquiátricos, como de los problemas de la salud mental, a una persona, aunque sea valiosísima: estos problemas son problemas de todos; constituyamos por eso los comités para la reforma sanitaria como nuestra organización ha invitado a hacerlo. Y quiero cerrar esta plática afirmando que la salud debe ser gestionada colectivamente y deben ser desmantelados los centros de poder de cualquier color que sean las paredes que representan las ciudadelas de este poder.

Ofrecer una respuesta válida

Guido Biondi

Quisiera que los compañeros no tuvieran en cuenta el título de asesor regional sobre el cual insiste el compañero Miniati. Tal vez Miniati quiere resaltar que también el PdUP tiene un asesor regional: una especie de collar, la flor institucional del ojal de nuestro partido. Pero no es esta cualidad de la que yo quiero hablar. Quisiera, en cambio, señalar algunas consideraciones de carácter general en las que se ha entretenido esta mañana el compañero Pintor; consideraciones ya bastante presentes en la exposición introductoria del compañero Biagioni.

En el curso del Congreso los problemas de la salud han sido tratados desde diferentes puntos de vista; creo, sin embargo, que es posible afirmar que cada aspecto de la lucha por la salud puede ser dirigido hacia cuestiones de carácter general que quisiera considerar brevemente. Se ha afirmado, pienso que justamente, que es necesario intervenir con todos los medios y los grados de iniciativa posibles, para hacer que se lleve a cabo el proceso de apropiación por la clase obrera de la llamada "gestión de la salud". Ahora, desde este punto de vista, el compañero Pintor ha invitado, justamente, a considerar en forma realista los términos de la cuestión en el sentido de que estos casos de apropiación no sean considerados como términos generales en la realidad de nuestro país y en este momento dado.

1. Apropiación obrera de la gestión de la salud

En efecto, estos casos de apropiación por parte de la clase obrera (no hablo de reapropiación porque, en realidad, la

clase obrera no se ha apropiado nunca de nada) representan todavía un fenómeno aislado en el contexto de nuestro país.

Para alcanzar resultados generalizados es indispensable tener en cuenta que esta apropiación se puede llevar a cabo en dos direcciones específicas: una, frente a organismos ya existentes en la realidad de nuestro país o en vía de formación. Hablo, por ejemplo, del movimiento que se ha realizado para afirmar la unidad local, para construir los distritos sanitarios; movimiento que, sostengo, sería equivocado considerar ajeno a nosotros en el sentido de que en este momento, a mi juicio, debemos participar con todo nuestro peso posible. Elegir la participación dentro de este movimiento significa, en la práctica, responder a aquellos que nos piden trabajar en los organismos existentes o permanecer ajenos a ellos. Creo que esto es un hecho característico de toda fuerza política que pretenda unificar estrechamente las etapas correspondientes a la lucha democrática con las de la lucha socialista.

Desde este punto de vista, yo no daría por descontados los problemas con los que nos enfrentamos. Quisiera, a este propósito, considerar muy brevemente una experiencia que hemos realizado en Toscana, de la que hablaba hace quince días nuestro quincenal *Unidad Proletaria.* Hemos elaborado, quizá imprudentemente, un modelo, una hipótesis de unidad local; lo hemos hecho con compañeros que trabajan en el departamento de seguridad social, con la colaboración de compañeros que trabajan al nivel del Administrador provincial, observando, al interior de una mayoría de izquierda, un punto incurable de conflicto propio de los sistemas de control sobre la gestión de la unidad local por parte de la clase obrera.

Esto demuestra que también en el terreno institucional es posible encontrar un plano de enfrentamiento y de debate sobre el cual creo que es justa, como fuerza de izquierda que somos, nuestra intervención activa. Pero es evidente que no podemos agotar nuestra iniciativa en ese terreno; debemos al mismo tiempo distinguirnos de las otras fuerzas conservando nuestra iniciativa y, eventualmente, creando organismos junto a las instituciones ya existentes manteniendo el carácter de extrema movilidad, evitando que cristalicen y se consoliden estas iniciativas y estos instrumentos,

pero haciendo, sí, que no determinen nunca un momento delegado en la clase obrera. Este es el segundo elemento que debemos tener bien presente en nuestro trabajo dirigido a la apropiación de la iniciativa en el campo de la salud por parte de la clase obrera.

2. *El papel subordinado del técnico de la salud*

En el curso del debate hemos dicho ya que esta iniciativa debe tener un carácter permanente, debe tender a reproducirse continuamente y por eso debe ser alimentada por nuevas reivindicaciones, por nuevas luchas, por nuevas iniciativas.

Para asegurar la apropiación por parte de la clase obrera de la lucha por la salud, es preciso lograr la subordinación del técnico y del servicio respecto de la clase obrera. No es posible llegar a este resultado hasta que la relación se dé entre el operador sanitario, social, de un lado, y el trabajador individual, o trabajador, o ciudadano, por el otro.

Cito el caso del trabajo en la fábrica. Las organizaciones sindicales insisten en dos iniciativas específicas: el registro de los datos ambientales, por un lado y el manual del riesgo, por otro. Creo, por tanto, que cometeríamos un grave error si pensáramos especificar correctamente la iniciativa de empezar en la fábrica recavando los elementos para elaborar estas iniciativas de la suma de los manuales de riesgo. Yo no niego que pueda también darse una intervención del trabajador individual, pero es evidente que ésta no es la vía: no es, por tanto, la suma de las observaciones que hagamos sobre el individuo particular la que pueda dar el conjunto de conocimientos para determinar una iniciativa al nivel del ambiente de la fábrica, sino que es la observación del ambiente de la fábrica en cuanto tal el que puede producir este resultado. Repito: no niego que puedan darse las iniciativas que provengan del individuo; en el campo de la psiquiatría, por ejemplo, es esencial la reconstrucción del pasado del paciente individualmente considerado. Sin embargo, es evidente que, por otro lado, no determinaremos nunca una relación de subordinación del técnico respecto a la clase obrera pero tendremos, en cambio, la subordinación de la clase obrera respecto al técnico hasta que apuntemos a la

entidad colectiva; hasta que no derribemos la lógica de la relación. Y la lógica de la relación pone hoy al individuo desnudo frente al operador. El individuo está, en efecto, desnudo frente al técnico, no solamente desnudo en sentido literal, sino también en sentido figurado, en el sentido de que, presentándose como individuo, está culturalmente subordinado.

No estamos en condiciones de transformar esta lógica a pesar de nuestra buena voluntad hasta que la relación respecto al técnico y respecto al servicio no sea señalada exactamente por el conjunto.

Este problema de la subordinación del técnico presenta, naturalmente, otros aspectos y, a este propósito, quisiera referirme al problema relativo a la formación del técnico. Esta mañana ha hablado sobre este punto un representante del movimiento estudiantil y me ha parecido entender que ellos pensaban resolver el problema cambiando simplemente, y de cualquier modo, el grado de información. Ellos pensaban que todo esto podría ser resuelto pasando de un cierto tipo de información a otro.

Ahora, el problema se refiere al hecho de que la universidad forme, en el campo específico de la medicina, personal técnico que no esté solamente orientado a la intervención terapéutica y descuide el hecho fundamental de la prevención, sino que se mueva en una lógica, ni más ni menos, que es la que lleva continuamente al individuo antes que al ambiente, a la consideración del territorio, de la fábrica, del hecho conjunto de la socialización del individuo. Se trata, por tanto, de romper esta lógica y esta es una batalla que también amerita llevarse a cabo en el interior de la universidad. Desde este punto de vista quisiera decir que aquí no entra en cuestión solamente el médico, porque si pensamos en la iniciativa de la fábrica como una iniciativa de apoyo respecto a la iniciativa de la clase obrera, que debe considerar siempre el dato preponderante de la situación, esta es una iniciativa que atañe al médico pero también al biólogo, al arquitecto, al ingeniero, al químico, etcétera. Comprendemos que el problema no reside en referirse a un sector de la universidad, en el caso específico del sector de la medicina, sino al conjunto de la universidad.

He considerado hasta aquí algunos temas que se refieren al sector específico de la salud.

Creo, sin embargo, que estos temas no toman en cuenta otros caracteres todavía más generales sobre los que quiero entretenerme brevemente para luego concluir.

3. Un compromiso de larga duración

El éxito de la línea que el Congreso trata de lograr en el campo específico de la sanidad depende del grado de afirmación y de éxito que nosotros intentamos asegurar al compromiso estratégico de la lucha por el poder en Italia. Quiero decir, por tanto, que una línea sobre los problemas de la salud, como aquella sumariamente considerada, no puede tener éxito si se inserta en una estrategia de avanzada democrática en la sociedad actual, porque ésta presupone, contrariamente a lo que nosotros sostenemos, la creación de organismos de la llamada gestión de tipo consolidado y cristalizado; presupone que también los nuevos aportes que surgen en el curso de la lucha (por ejemplo los elementos surgidos en el curso de las luchas de 1968-69), sean gradualmente recuperados y dirigidos a un tipo de organización consolidada y cristalizada.

Esta línea presupone una participación delegada de la clase obrera y un nivel más o menos elevado de paz social. Por tanto, no es suficiente que afirmemos una línea válida, la más correcta posible en el campo de la salud, si no impulsamos un proceso de desarrollo, de crecimiento de una estrategia completamente diferente de ésta y también diferente de una estrategia de tipo minoritario de nuevo maximalismo que niega el crecimiento a largo plazo e intenta saltar la etapa intermedia apuntando a la revolución toda y de un solo golpe. Se puede afirmar, en cambio, esta línea en defensa de la salud si se afirma al mismo tiempo una estrategia de lucha por el poder, fundada en el desarrollo de un movimiento de tipo conciliar, y uso estos términos para indicar no tanto la experiencia del pasado sino para considerar toda la temática del control. Esta línea se puede afirmar si el movimiento conciliar crece al mismo tiempo que el partido con características revolucionarias: esta lucha se afirma si se le da un carácter permanente. No por nada el adversario ha hecho bien el signo cuando ha situado en el conflicto permanente al enemigo a combatir. He querido decir esto,

aunque sea sumariamente, para llamar la atención de todos nosotros considerando que no podemos eludir el tránsito por el terreno de la lucha por la salud si no pasamos por este terreno más general. He querido decir esto porque aquellos que se hacen portadores de esta línea de intervención en el sector de la salud deben, creo yo, librar todas las consecuencias. Pintor decía en su intervención que la estrategia de la que somos portadores es largamente minoritaria y este es un hecho que debe estar bien presente en nosotros, y desde este punto de vista creo que una primera consecuencia que debe ser asumida es la de predisponerse a un trabajo y a una lucha de larga duración.

Es indispensable, por otra parte, especificar modos de continuidad de nuestro trabajo para evitar que este congreso se convierta en un hecho episódico y aislado.

El compañero Biagioni al inicio de este Congreso formulaba, a este propósito, las hipótesis de trabajo que tal vez no han sido suficientemente discutidas en el curso del debate.

El problema, sin embargo, no es el de especificar formas de coordinación entre especialistas del sector bajo nuestro examen, sino especificar una forma de organización que pueda llevar adelante con continuidad nuestra línea conjunta.

Tenemos frente a nosotros, repito, tiempos de larga duración, y debemos de saber que la pregunta que hacía Pintor esta mañana no tiene una respuesta fácil. Pintor decía: nosotros observamos, al interior de los estratos burgueses, una extrema movilidad política; asistimos al hecho de que la burguesía es capaz de moverse, sobre sus diversos instrumentos, de la DC a los liberales, a los fascistas, y así sucesivamente; y se preguntaba por qué esto no sucede en el otro sector, en el sector de la izquierda de nuestro país. Creo que una respuesta (en mucho implícita en la exposición de Pintor) la daba Lenin en su tiempo cuando llamaba a considerar las razones por las cuales es muy fácil para la estrategia reformista llegar incluso al interior de la clase obrera.

Pero este es sólo un aspecto del problema; el otro aspecto es aquel relativo a la capacidad de retención y seriedad que estaremos en grado de portar en esta empresa porque, independientemente de la línea reformista de la que ciertas organizaciones del proletariado italiano son portadoras (y por las cuales no sentimos ninguna simpatía), debemos re-

conocer, sin embargo, sus elementos notables de retención y seriedad. Nosotros debemos demostrar estas cualidades al mismo nivel. Se trata, en definitiva, de alcanzar la capacidad de ofrecer respuestas válidas no sólo en las cuestiones específicas que hemos discutido y aquellas relativas al sector de la salud, sino las de carácter más general de nuestro compromiso estratégico, asegurando a nuestro trabajo un carácter de larga duración. Sólo de este modo estaremos en condiciones de producir tales resultados; de otra manera, las explosiones seguirán siendo, por siempre, explosiones.

Conclusiones políticas

Un encuentro abierto

Silvano Miniati

Realmente creo que sería pedirle demasiado a cualquier compañero, y en especial a mí, que extrajera conclusiones de un encuentro como éste que, compartiendo lo dicho por otro compañero, ha marcado diferencias de posiciones y de orientaciones determinadas en cierta medida por la asimismo distinta orientación política entre los participantes al encuentro. Porque, no lo olvidemos, se trataba de un encuentro abierto, con la participación de compañeros pertenecientes a varias organizaciones que se encuentran en discusión también entre sí en lo referente a la propuesta política general, pero que son el fruto de los distintos niveles logrados en las experiencias realizadas en estos años. Sin embargo, creo que se equivocan los compañeros que, en forma explícita o no, han intentado plantear en este encuentro una caracterización defensiva, y en cierta medida residual, de nuestra situación actual.

Creo que debemos despejar el terreno sobre un interrogante planteado en el encuentro: nosotros no somos los restos de un glorioso ejército que combatió en las luchas de 1967-68-69, los más duros en morir, los más coherentes, los que nos obstinamos en mantener en alto la bandera de la autonomía obrera.

1. Para no malgastar el trabajo de base

Por cierto, desde el 67-69 hasta hoy ha corrido el agua bajo los puentes y el movimiento obrero se encuentra en una situación de extrema dificultad. Pero no creo que, si por una parte no podemos aceptar los conceptos de quienes ha-

blan de un movimiento obrero a la ofensiva, que está por desarticularlo todo, tampoco podemos aceptar una visión pesimista, para nada gramsciana, de un movimiento obrero golpeado en exceso, donde el único rol del que no ha bajado la cabeza está en testimoniar, en hacer ver que sí hemos perdido pero que nosotros al menos reaccionamos contra nuestra derrota. En lo referente a las fuerzas presentes en este encuentro y a las que en lo general pelean en el interior del movimiento obrero contra una estrategia divisionista y derrotista, todavía mayoritaria, creo que podemos hablar correctamente de una especie de núcleos que, en alguna medida, son el residuo de las luchas de 1967-69; pero que son, en gran medida, la vanguardia de una continuación lenta, difícil, en condiciones diversas, de la lucha obrera de los años que vivimos.

Por cierto compañeros, hay en nosotros todavía (y quizás aquí debamos encontrar las razones de nuestra dificultad) mucha improvisación, mucha tendencia a permanecer encerrados en nuestro campo específico; es decir, a hacer de cada experiencia singular un hecho que apaga nuestras exigencias individuales y colectivas. Pero hay también –y en el encuentro ha surgido con claridad, tanto en las discusiones de situaciones particulares como en las discusiones generales– un patrimonio enorme de energías, de conocimiento político, de experiencias, de instrumentos que si se utilizan bien pueden producir, en lo inmediato y sobre todo a largo plazo, resultados muy importantes.

¿Cuál es en el fondo el límite surgido de la experiencia de estos años? Se trata de un límite que no siempre en este encuentro hemos percibido, precisamente porque todavía hoy nuestras ocasiones de encuentro las utilizamos más para resumir las experiencias recíprocas que para discutir lo que debemos hacer de mañana en adelante. De esto se derivan serios problemas. No podemos correr el riesgo de seguir consumiendo una parte de nuestro tiempo en encuentros que sólo nos sirvan para enterarnos de situaciones que podemos conocer en otros momentos. Ayer por la tarde, escuchando al compañero de la Montedison de Castellanza, creo que cada uno de nosotros quedó positivamente maravillado por la experiencia realizada por estos compañeros. Pero el problema es éste: debemos dar un primer salto de calidad, que nos ubique en condiciones, con los instrumentos adecuados, de llegar a un encuentro en el cual, experiencias como la de los compañeros de la Montedison de Castellanza y –por fortuna– otras decenas, centenas de experiencias existentes hoy en nuestro país a nivel de fábricas, sean incorporadas por todos, al menos a nivel del conocimiento. Porque si no superamos esta primera cuestión elemental de la difusión, de la socialización de las experiencias, corremos el riesgo de permanecer en la idea de que nuestros encuentros pueden abrirse allí donde las razones de tiempo y de organización nos obliguen a concentrarnos.

Pero el límite más relevante de la experiencia de estos meses, de la cual hemos ahora discutido poco y sobre la que debemos discutir en las próximas semanas, en los próximos meses, no es sólo a nivel sanitario; se refiere a la especialización-sectarización encerrada en sí misma. Hemos tenido experiencias muy avanzadas en el sector de la psiquiatría, pero los ecos de esta polémica, para los que como nosotros no son del sector, corren el riesgo de hacerla aparecer como demasiado personalizada, como demasiado condicionada por una relación de amor y odio hacia ciertos compañeros que, para bien o para mal, han representado determinada línea, la han llevado adelante, la han caracterizado. Pero al lado de estos episodios, superables sólo mediante la socialización de las experiencias en el sector de la psiquiatría, se han logrado otras experiencias también avanzadísimas, como la del problema de la cárcel dentro y fuera de la cárcel, y como la de los problemas de los inválidos. Piénsese, por ejemplo, en las experiencias que los compañeros de Florencia han puesto en marcha y de las cuales, por otro lado, no hemos tenido el eco en este encuentro. También hemos hecho importantes experiencias en consejos de fábrica y en los barrios.

El drama está sin embargo en que todas estas experiencias nacieron, se desarrollaron y vencieron en un breve plazo y después sufrieron un reflujo sobre sí mismas porque no hay experiencia, no hay iniciativa por importante que sea que, antes o después, aun siendo una iniciativa válida, no se enfrente con la situación general, con el marco político que caracteriza a la sociedad. Las crisis de estas importantes experiencias se explican por el hecho, demostrado en estos años, de que mil comités de barrio, diez mil consejos de fábrica, cien mil colectivos asentados sobre posi-

ciones revolucionarias, contrarias a la posición reformista, no se convierten de por sí en una línea política vencedora si no hay un organismo colectivo que lleve la experiencia política más avanzada a una síntesis política y a una línea general. Este es el problema que nosotros tenemos enfrente y que nos planteamos en términos de militancia política: ¿qué ha producido nuestro trabajo? Nosotros estamos hoy aquí para traer, en cierta medida, un resultado y un balance desconsolante.

Echemos un vistazo sobre Florencia, Turín, Milán, Roma y otros lugares donde están aquellas decenas de compañeros que con nosotros, en 1968-69, en el 70, en el 71, llevaron adelante una justa crítica a la posición reformista, divisionista de las grandes organizaciones históricas del movimiento obrero.

Hoy viene al caso, precisamente porque es el momento en el que esta línea reformista y divisionista se está acentuando, se está haciendo más clara a los ojos de las masas y existen decenas de militantes que se sitúan en aquellas organizaciones, convencidos de haber elegido el mal menor, la única posición posible. ¿Esto por qué, compañeros? Porque en un comité de barrio, en un colectivo de hospital, en un colectivo sanitario, se puede estar, se puede hacer política, se puede trabajar útilmente y se va adelante por algunas semanas, por algunos meses; pero mientras se trabaja colectivamente se da lugar a un proceso de crecimiento de la capacidad y de la conciencia política colectiva que después nadie puede erradicar de sus niveles de negligencia o de sectarismo de la propia organización. Tratemos de hacer que los compañeros que trabajan con nosotros a nivel específico consideren al mismo tiempo el problema de la relación entre el trabajo específico y el marco político general. Y cuando estos compañeros lleguen a la conclusión de que nuestra posición es justa, que no puede hacerse lucha política en lo específico sin un punto de referencia estratégico general, entonces la respuesta estratégica, la respuesta organizativa, se la damos nosotros o irán a buscarla con el que tenga capacidad de dársela. Esta es la historia que pesa sobre nuestras espaldas en estos años. No se puede hablar de traiciones, de oportunismo, respecto a compañeros que han hecho otra elección; antes que nada debemos hablar de nuestra insuficiencia y de nuestra presunción, tal vez mio-

pes al pensar que los problemas de la estrategia no se resuelven en un encuentro general, dentro del movimiento obrero, sino encerrados en una estancia, en un pequeño club de grillos parlantes que discuten de todo, que juzgan todo y a todos, sin siquiera responsabilizarse de la necesidad de enfrentarse con el exterior y sin considerar que los compañeros vuelven a la fábrica y tienen que dar una respuesta a *aquel* sindicato constituido de *tal* modo, tienen que dar una respuesta a *aquella* línea reformista que, en *cierta* medida, marcha hacia adelante.

2. *La tregua y el compromiso histórico*

Y hoy, el error mayor lo han remarcado muchos compañeros y, de manera eficaz, el compañero Pintor y el compañero Biondi: el problema planteado es el de tomar conciencia de que lo que está en discusión no es la línea más avanzada en la lucha por la salud en Italia sino que esta línea está en discusión por cuanto tiene que ver con la más general de la autonomía obrera, de la alternativa de clase en nuestro país. Porque debemos estar todos conscientes que si tiene lugar el ataque a la rigidez del mercado de trabajo, si el patrón obtiene de ello la movilidad, si obtiene un cierto tipo de utilización de los empleados, una prolongación de la tregua que sin haber sido oficialmente declarada está de cualquier modo concedida en nuestro país, entonces no habrá lugar para una línea alternativa y válida de la salud, ni será posible vencer en el camino de encerrarnos en lo específico. Porque si pierde la línea del poder obrero en la fábrica y en la sociedad, avanza la línea del compromiso histórico. Esta no es una posición banal de malvender el movimiento obrero al adversario; precisamente, porque el Partido Comunista Italiano, el Partido Socialista y gran parte de las organizaciones sindicales asumen hoy esta línea y la asumen al descubierto, nosotros debemos estar listos para hacer la caricatura de la línea de estas organizaciones pensando que, simplificándola bastante y convirtiéndola de algún modo en rídicula, será más fácil combatirla después.

Nosotros estamos en presencia de una línea predominante, todavía hoy, en el movimiento obrero; y predomina porque tiene toda una serie de motivaciones serias que nos

han hecho saltar, porque si no nos hicieran saltar las motivaciones y los análisis sobre los que esta línea se basa, no es con volantes o con proclamas o con acusacioes de revisionismo lanzadas a diestra y siniestra que podemos pensar en vencer. La cuestión fundamental de esta línea, acentuada sobre todo después de las dramáticas vicisitudes de Chile, es la que convierte siempre en mejor la línea del mal menor, que convierte siempre en mejor la línea de la desconfianza en la posibilidad del movimiento obrero de asumir, en cuanto tal y en cuanto clase obrera, un rol hegemónico en el proceso de transformación socialista de nuestra sociedad.

Es decir, la línea de los que hoy nos vienen a decir que sin un acuerdo con la Democracia Cristiana, que sin un acuerdo con el capitalismo avanzado en función de una dura lucha contra la renta parasitaria, el período posterior a Rumor no es un momento de avance del movimiento obrero sino que es un período de caos, de peligro, de caída en crisis de los mínimos espacios democráticos de nuestro país.

Esta es una línea de resignación, una línea tendiente a dividir aún más la lucha por la defensa de la democracia de la lucha por la salvaguardia de las perspectivas de transformación socialista en nuestro país. Es una línea que podemos derrotar en la medida en que sepamos volver a vincularnos al impulso antagónico que nace del interior del proceso de producción de las fábricas, en la medida en que sepamos dar confianza a los trabajadores, en la medida en que sepamos afrontar con claridad el nudo del interclasismo católico y reabrir con la Democracia Cristiana, y en contra de ella, un encuentro que no puede ocurrir en el marco de los periódicos, de las revistas o del parlamento, sino que debe ocurrir solamente en el marco de una lucha que rompa las relaciones de subordinación que todavía hoy tienen por millones los trabajadores italianos respecto a los designios de la Democracia Cristiana.

3. Salario: el eje de la lucha

Si verdaderamente hoy es decisivo hacer saltar ya la tregua social, incluso en lo referente a la lucha por la salud, creo que lo definitivo es darnos cuenta que debemos centrar el enfrentamiento en la lucha por el salario.

Sé compañeros, que sobre el salario, y no sólo entre los reformistas sino también en la nueva izquierda, muchas veces se corre un riesgo enorme al pensar en hacerle la competencia a las organizaciones tradicionales, por lo cual si la CGIL pide veinte, para ser revolucionario es necesario pedir cuarenta o sesenta. Y entonces algunos fruncen la nariz frente a la demanda salarial sosteniendo que no es una demanda de calidad, que en el fondo el patrón puede siempre absorberla. Así se hace en el campo reformista cuando se subordina y se pone en contradicción el salario con la resolución de los objetivos de los problemas de la ocupación, del drama del Mediodía. Hoy la victoria de la clase obrera sobre el problema del salario es importante, decisiva incluso si la vemos desde el ángulo de este encuentro, porque de otro modo, si esta victoria falla, habrá lugar para la política de Lama, para el discurso dominante en las confederaciones sindicales. Nosotros nos encontramos en pleno 1973 viendo pasar desde la izquierda la política de las rentas que el movimiento obrero italiano ha rechazado de entrada, no sólo con palabras sino también con hechos, con las luchas de estos años. Si tiene lugar la política de la tregua, es decir, una línea que subordina la solución de los problemas sociales y de la ocupación a la del salario, no hay posibilidad de revancha para el Mediodía de Italia no sólo sobre los problemas de la ocupación sino tampoco sobre los problemas mismos de la salud. En el curso de este debate se aludió a menudo al problema del cólera, al modo como la clase dirigente lo ha utilizado, al modo hábil con el cual, incluso sabiendo que no era verdad, se ha culpado a los enfrentamientos de ser los responsables del cólera. El objetivo de este plan era expulsar a quienes representaban la oposición más inmediata a la reestructuración de la zona afectada y de hecho, al ensayo general del despido de la joven clase obrera napolitana para confinarla al campo, a treinta o cuarenta kilómetros de la ciudad, porque estaba convirtiéndose en un interlocutor incómodo para la ciudad mafiosa de los Gava y de los aliados de Gava en la ciudad de Nápoles. Pero también aquí debemos estar conscientes de que en el Mediodía hoy avanzan dos líneas alrededor de los problemas importantes nacidos con el cólera. Por una parte, con la búsqueda de una unidad fácil entre todas las corrientes que están contra el cólera, se puede lograr una gran

conciencia a condición de que sea antifascista; entonces pueden hacerse encuentros como los que se están haciendo en el Mediodía: se puede hablar hasta el infinito de la necesidad de reestructuración, de la necesidad de reordenamiento hidrogeológico de la situación del Mediodía, de la necesidad de sistematizar y de utilizar las aguas con fines sociales.

Pero cuando se crea una conciencia que lleva a estrechos contactos, en alianza con una clase dirigente, con un tipo de sector social, de aparatos, de entidades, de subentidades, de agregados del poder y del subpoder, que son los directos responsables de la situación, entonces se condena al movimiento obrero tanto a la parálisis como a la denuncia, y no se modifica mínimamente la situación real. El otro objetivo es el de la lucha que parte de la fábrica, la respuesta al proceso de organización capitalista de la sociedad y del Estado. A esta lucha es necesario darle un signo de clase. Pero esta lucha es posible en la medida en que se resuelva al mismo tiempo el elemento más visible, más importante, más movilizador que existe hoy frente a los trabajadores: el del salario, el de la reapropiación de la parte del poder adquisitivo que ha sido expropiada a los trabajadores por el aumento del costo de la vida.

Entonces la lucha por el salario se convierte también en lucha concreta contra las horas extras, contra la utilización irracional de las instalaciones de producción, es decir, sé convierte en una medida de defensa mínima sin la cual se está perdido frente a la acción del patrón. Por esto debemos conducir la lucha más general considerando esta línea. Pero debemos también conducir las luchas por el salario, estando atentos en las luchas obreras a no asumir posiciones que parezcan de principio y que tal vez sólo son de una aristocracia intelectual que nada tiene que ver con la clase obrera y sus problemas.

El obrero meridional, el obrero de la fábrica del norte, el desocupado, muchas veces no siente el problema de la salud como fue tratado en este encuentro. ¿Pero es culpa del obrero o es culpa nuestra, de nuestro modo de trabajo, de la pretensión que a veces tenemos de elaborar nuestra respuesta en el curso de la sesión del colectivo, de la sesión del centro, y de buscar después un interlocutor dispuesto a que le metamos en la cabeza para marcarle, como a un soldadito

de plomo, la línea que los expertos hemos trazado para el movimiento obrero? Está claro que todo tipo de lucha que ha avanzado sobre los problemas de la ecología, de la defensa del ambiente, de la defensa de los centros históricos; que ha combinado a menudo la necesidad de llenar los ojos de cualquier intelectual progresista con la defensa ante la contaminación, ante la invasión de la ciudad por las máquinas, ante la necesidad de una nueva política de transportes, ha terminado por configurar a nivel de la izquierda un extraño proyecto de alianzas con todos y contra nadie; ha terminado traduciéndose, en la mayoría de las veces, en bellas palabras en los consejos comunales, provinciales o regionales y en reuniones que han producido, en su mayoría, tomas de posición sin sentido.

Pero es importante vencer *hoy* sobre el problema del salario, sobre la necesidad de quebrar la tregua social, porque de otra manera, más allá de lo que puedan decir ciertos compañeros de la izquierda oficial, sin continuación de la lucha hoy no hay siquiera posibilidad de custodiar la vigencia de los espacios democráticos en nuestro país. Y sorprende que quien nos amonestó en los años pasados por considerar que el enemigo principal era la Democracia Cristiana; sorprende que quien en los años pasados nos amonestó para explicarnos que no hay interpretación ni siquiera defensiva de la Constitución republicana, hoy nos vuelva a reiterar una interpretación totalmente defensiva, una alianza con las fuerzas que se oponen también a una aplicación más avanzada de la Constitución republicana. Sobre este terreno, compañeros, un golpe por detrás golpea también conquistas que parecían consolidadas y las hace correr el riesgo de convertirse en vanas.

No sé si bajo el gobierno de Andreotti, algún jefe de policía o algún agente soñó con meter en la cárcel a Darío Fo, y esto no porque Andreotti fuera más o menos bravo que Rumor sino porque entonces éramos tres millones de trabajadores en lucha, había un clima distinto en el país y Andreotti se tambaleaba bajo los golpes de la lucha obrera. Hoy el clima es sustancialmente diferente: nosotros sostenemos que la situación está en movimiento ya que existe la posibilidad de continuar la lucha. Pero no hay duda de que los patrones están tentando, están ensayando, están probando para verificar en los hechos concretos si es verdadera

la convicción, existente en algunos ambientes, de que el movimiento obrero está domado.

Y es de aquí que nació hace algunos meses, luego de un período no precisamente fácil, nuestra decisión, la decisión de los compañeros del Manifiesto, de dar cauce a un proceso de unificación política y organizativa. Sobre este proyecto existen dudas, existe perplejidad, existen posiciones netamente contrarias y aun creo que cada uno de la izquierda, oficial y no oficial, está llamado a hacer sus cuentas con esta propuesta. ¿Pero por qué arribamos a esto, compañeros? Todos saben que las relaciones anteriores entre el Partido de Unidad Proletaria y el Manifiesto no habían sido relaciones fáciles; en la mayor parte de los casos, estas relaciones fueron debidas a una tendencia común por hacer prevalecer, abandonando todas las buenas intenciones, los intereses particulares de cada organización respecto a los intereses generales del movimiento. Habían sido relaciones difíciles, de polémica, de acuerdos en ciertos momentos. Si ahora hemos tomado esta decisión (y no ha sido una decisión fácil, madurada en una noche de insomnio) se debe a que, evaluando concretamente la situación general del movimiento obrero, estamos de acuerdo en que hay algunas cuestiones comunes que fueron consideradas. Equivocamos, es verdad, cuando construimos nuestra propuesta y la hicimos pública en el momento en que sobre Mirafiori ondeaba la bandera roja, la clase obrera estaba al ataque; pero ninguno de los compañeros del Manifiesto estaba tan ciego, tan políticamente desprovisto como para pensar que aquella bandera roja, según escribió alguien entonces improvisadamente para infundir pavor, era la antecámara de la revolución.

4. La unificación entre el PUP y El Manifiesto

Se trataba también en aquella ocasión, como en el 68 y en el 69, de un momento de grandes luchas sindicales, de enorme y agudo enfrentamiento social, que había llevado a chocar con un cuadro político que presentaba signos negativos y se había encontrado en contradicción con una izquierda que, a nivel político, ofrecía no sólo soluciones más arredradas sino también divergentes de la línea que asumían las luchas en las fábricas. Es por esto que lanzamos

aquella propuesta, sabiendo que tal vez llegábamos tarde en relación a la reivindicación, porque nos dábamos cuenta que también aquel cambio de lucha tendría un impacto negativo con el cuadro político general y porque todos nos dábamos cuenta de que se les hacía cada vez más difícil a los compañeros el convencer a los obreros para la lucha. Quien, por ejemplo, desde las columnas de "Lotta continua" describe a una clase obrera de la Fiat totalmente lista para la revolución y que no se moviliza porque está sobre esa botella el tapón de los burócratas sindicales opuestos a la explosión revolucionaria de la clase obrera, hace la caricatura de los obreros de la Fiat. La situación de la Fiat, por el contrario, no es tal. Su situación actual es de pesadez, debida por cierto al modo como el sindicato y la izquierda se han comportado. Pero la cuestión más urgente para quienes estamos frente a la Fiat se refiere a la extrema dificultad para poner de nuevo en marcha la situación. Allí hay una situación que día a día crece, madura y se prepara para el enfrentamiento. Pero los obreros de la Fiat, como el resto de los trabajadores, tienen un interrogante dentro de sus cabezas; ellos se plantean: hagamos otra gran lucha, paguemos en términos de duros sacrificios, ¿y después, la salida política cuál es? Si la salida política debe ser el compromiso histórico, nosotros pensamos que son legítimas las perplejidades, las dudas de los compañeros de la Fiat en volverse a poner en movimiento y continuar la lucha en una situación que permanentemente no ofrece garantía de salida política alguna. Esto porque ha nacido la propuesta, la necesidad de poner fin a un proceso de fragmentación irracional de la izquierda italiana, por el cual cada grupo producía otros cinco, uno más rojo que el otro; ha nacido la necesidad de trabajar con modestia, sin presunciones de ninguna clase, para tejer una red de relaciones políticas y organizativas cada vez más amplia. Una vez realizada en los próximos meses la unificación del Partido de Unidad Proletaria y El Manifiesto, nosotros no pretendemos ni pensamos siquiera tener resuelto el problema de la construcción de la organización revolucionaria de la clase obrera. Sabemos que sólo se trata de un primer paso adelante, importante y decisivo, en este camino de construcción; pero que para recorrerlo totalmente necesitamos lograr algunas condiciones. Pero compañeros, y creo que ésta es otra lección surgida del en-

cuentro, nosotros nos avecinamos sobre este camino porque, sin complacencia alguna, sin sectarismos, sin indulgencias, en la búsqueda de carteles con miles de etiquetas, pensamos que ha llegado el momento de enfrentar tanto el estado de fragmentación como de estancamiento existente en la izquierda. Sé muy bien que si hemos decidido marchar separadamente con los compañeros del Manifiesto, pero en base a un firme pacto de unidad de acción, habremos encontrado tantos amigos en la derecha como en la izquierda, porque nadie desea responderse qué espacio conquistamos en estos años nosotros y los compañeros del Manifiesto. La oposición que nos ataca desde la izquierda y la derecha está por un plan político que trata de colocar en discusión el estado de estancamiento existente en la izquierda italiana, parlamentaria y extraparlamentaria.

Por eso fastidia mucho cuando en encuentros como éste, donde nos esforzamos por lograr la mayor apertura, por dar a todos la posibilidad de plantear a fondo, encontramos todavía algunos acentos propagandísticos, a los cuales quizá ninguno de nosotros logra en definitiva sustraerse del todo, que demuestran que existe un espíritu de cuerpo capaz de dar envidia a los alpinos.

Debemos terminar con esta costumbre porque aquí se juega nuestra credibilidad política y nosotros estamos hoy en capacidad de no hacer confusiones. Creo que la solución propuesta por los compañeros es la más correcta: la de no pretender hacer hoy los comités formales y, menos aún, pretender, compañero Taddeo, establecer aquí qué es y qué no es coherente con determinada línea, porque corremos el riesgo de volver a caminar por caminos viejos y polvorientos. Los compañeros han hecho bien al proponer un método de trabajo de alianza con todos, de una selección que se realice sobre los hechos, sobre las iniciatvas. Pero debemos tener en cuenta que la línea desarrollada en estos días no tiene posibilidad de vencer cuando alguien (militante de la izquierda sindical, compañero comunista en desacuerdo por la capitulación del PCI ante la Democracia Cristiana, militante sin partido que quire asumir un compromiso político), al tratar de voltear la espalda a su organización, se asome a la ventana y no vea en el lugar de la izquierda más que un arca de Noé, dentro de la cual se mueve de todo, en un permanente círculo vicioso incapaz de formular una po-

lítica triunfante. Este es el desafío que tenemos delante; no bastan las palabras de orden justo, no bastan los análisis justos, no bastan las líneas justas: nosotros podemos vencer hoy porque sobre los problemas de la salud hemos demostrado tener ideas claras, hemos demostrado que podemos reunir compañeros que por su trabajo específico, por los títulos que tienen para conducir la lucha, por el prestigio acumulado incluso a nivel universitario y hospitalario –y no son hechos que uno descuide–, pueden hacer una gran contribución. Pero si bien no bastan las ideas claras, creo que el compañero Maccacaro ayer nos dio una lección definitiva con su exposición. No es verdad que haya cosas difíciles explicables sólo con palabras difíciles; el compañero Maccacaro logró hablarnos de cosas dificilísimas y hacérnoslas entender a todos, incluso a quienes como yo nos cuesta distinguir una aguja de inyección de cualquier otro instrumento médico. El problema es tener las ideas claras para poder trabajar, pero no basta con tener las ideas claras, no basta con hacer bellos encuentros, no basta con las justas palabras de orden; se necesita atención, continuidad, estilo de trabajo, capacidad de medirse hasta lo último en el movimiento, de demostrar a los trabajadores que somos diferentes no sólo porque sostenemos una estrategia diferente sino porque sabemos especificar un modo diferente de organizar colectivamente el trabajo; de organizar de un modo diferente el crecimiento de la conciencia obrera, para hacer que los obreros no tengan que seguir delegando en otros la dirección de la lucha.

Creo que si damos este salto adelante, las decenas y los centenares de colectivos que han establecido contacto entre sí y con nosotros, pueden aumentar, podremos precisar mejor nuestra tarea, podremos llevarlo adelante, podremos utilizar todos los instrumentos a partir del "Manifiesto" cotidiano, para divulgar más aún nuestra experiencia, para establecer una alianza general. Pero creo que un gran trabajo realmente es posible si de parte de cada uno, sobre todo de la nuestra, no hay ninguna pretensión de hegemonizar y de instrumentar nada a nadie. Existe, sin embargo, la conciencia de que no se puede continuar marchando en orden disperso, con la presunción de tener cada uno la verdad y tirársela en la cara a los demás.

En el movimiento obrero se abre un desafío histórico y

nosotros podemos afrontar ese desafío y podemos vencerlo, a condición de que nuestro *no* a la estrategia de los otros se convierta en un sí a nuestra estrategia, que es la del movimiento obrero, de la transformación radical de la sociedad; un sí en el terreno del análisis, en el terreno de la propuesta política, en el terreno de la capacidad y de la fuerza organizativa de poseer tal propuesta, no sólo presente en el movimiento obrero sino triunfante en los enfrentamientos de los próximos meses y de los próximos años.

Moción final

El encuentro sobre la salud promovido por el Partido de Unidad Proletaria y desarrollado en Florencia los días 10 y 11 de noviembre de 1973, por la amplia y calificada participación con la que contó (consejos de fábrica y de barrio, colectivos de base y de medicina, organizaciones de masas), por el permanente y elevado debate que lo ha caracterizado, testimonia que en el país, en las fábricas, en la región y en las instituciones, existe una fuerte voluntad de lucha por la salud que lleva a cabo, aunque de modo fragmentario y entre graves dificultades, experiencias de gran valor, a lo largo de la línea que el movimiento obrero y estudiantil expresó en los años 1968-69: autonomía obrera, autogestión de la lucha y alternativa de clase.

Es evidente el conocimiento de que la lucha por la salud puede convertirse en una etapa de la lucha más general por la liberación del hombre de la explotación y de la alienación sólo cuando la salud es asumida como hecho social, colectivo y no delegable, sólo si la clase obrera se convierte en los hechos en el elemento central por la conquista de la salud y, a partir de aquí, por hacer crecer el poder obrero.

El encuentro afirma que es necesario desarrollar la lucha, generalizando las ricas experiencias maduradas en las fábricas, en la región y en las instituciones; desarrollando la línea de los consejos y de los colectivos, como etapa de realización de la autonomía obrera y de unificación de todo el movimiento.

Esta lucha, sin embargo, puede atacar al sistema capitalista en todas sus articulaciones y conseguir poco a poco objetivos más elevados, siempre que no se encierre en situa-

ciones específicas sino que se convierta en un hecho político global, en una perspectiva de alternativa de clase, que es el centro del proceso de unificación entre el Partido de Unidad Proletaria y el Manifiesto, y del empeño de otras fuerzas políticas, sociales y sindicales por construir una nueva fuerza política que ofrezca nuevos espacios al movimiento y permita combatir las predominantes tendencias reformistas, sobre todo en la actual fase que es de gran encuentro social y político.

La lucha por la salud en las fábricas, en la región y en las instituciones debe convertirse en una lucha de masas, haciendo de cada aspecto de la salud –es decir, de la condición de la clase obrera y de los estratos sociales subalternos– un instrumento de ataque al sistema para agudizar sus contradicciones y construir la alternativa de clase.

Por eso el encuentro advierte la necesidad y la urgencia de una profunda y estrecha vinculación, unitaria y abierta, entre todas las fuerzas de clase comprometidas en la lucha por la salud. Consecuentemente decide dar vida a una coordinadora nacional entre tales fuerzas, con carácter provisorio y abierto, que en tanto haga frente a la necesidad improrrogable de reunir y estimular todo el potencial existente en el país, para hacer crecer el movimiento, generalizarlo y politizarlo.

Esta coordinadora está confiada, en un primer momento, a las fuerzas que han organizado el encuentro y a los relatores, que en breve tiempo deberán convocar a todos los consejos de fábrica, de zona y de barrio, a los comités de base y a los colectivos de la salud, para designar sus representantes a una conferencia que constituya formalmente el organismo operativo de la coordinadora nacional.

Al mismo tiempo, invita a los consejos y a los colectivos a establecer, también a nivel regional, análogas formas de coordinación.

Apéndice

La medicina de los pobres

Marisa Siccardi

Deseo retomar el concepto de "despersonalización" expresado ya por Maccacaro y por Basaglia, y precisar que ésta se da en cualquier institución hospitalaria.

De hecho, en la preparación básica de todos los grupos de trabajadores sanitarios (médicos y no médicos; sobre todo si la enseñanza a los segundos es impartida por los primeros) sólo excepcionalmente se hace referencia a la salud como a

> una condición de armónico equilibrio funcional, físico y psíquico del individuo dinámicamente integrado en su ambiente natural y social (Soppilli),

y al concepto de enfermedad como una ruptura de este equilibrio.

Los estudiantes de medicina y los enfermeros aprenden que el objetivo de la medicina es "la cura de la enfermedad". En todos los casos, por años, se trata de hacer comprender que tal concepto de que el objetivo es sólo la salud no es más que una distorsión de lo que es la "medicina": defensa del sano, devolución de la salud al enfermo.

Sólo teniendo bien claro este concepto fundamental se puede comprender que prevención, cura y rehabilitación sean aspectos inseparables de la medicina, que tiene al hombre por objeto, en su unidad psicosomática y social. Insisto particularmente en el término social, que es el que se tiende a eludir más que cualquier otro.

En el preámbulo de la Constitución de la Organización mundial de la salud se afirma que

> la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para la paz y la seguridad en el mundo,

y el artículo 32 de la Constitución italiana dice que

> la salud es un derecho fundamental del individuo y un interés de la colectividad.

La estructura y el sistema social en general hacen que este derecho sea solamente privilegio de unos cuantos.

Hasta ahora se ha hablado fundamentalmente de la carencia a nivel preventivo y de la lucha que, en este terreno, vienen dando los trabajadores.

Se necesita, sin embargo, recordar a aquellos que, a su pesar, han traspasado el "límite de seguridad" en el que el accidente o la enfermedad ya han trastornado el equilibrio que señalábamos al principio.

El trabajador que tiene la desgracia de salir lesionado en su integridad psicofísica y social, tiene que pasar a menudo por una larga odisea: la misma suerte del desocupado que, para ofrecer su fuerza de trabajo, pasa largas horas o jornadas de espera en la oficina de colocación sin saber qué esperar. No existe nada que garantice un buen trabajo, seguro y redituable, así como no hay una estructura actual que asegure una asistencia adecuada, una cura válida, técnicos capaces. En la "desgracia", sólo cabe esperar tener la "fortuna" de caer en buenas manos.

El paciente, el accidentado, el enfermo, el ser humano que hasta hace poco tenía por lo menos un nombre, si tiene la mala suerte de encontrarse en condiciones tales que lo obligan a recuperarse en un hospital, se convierte de repente en un número, en un "caso" más o menos interesante desde el punto de vista didáctico (¿pero cuál didáctica?), que no teniendo diploma tiene que respetar rigurosamente ciertos horarios: de los médicos, del personal de enfermería o técnico, de los auxiliares, incluso de los empleados. El es el intruso que debe adecuarse a los compromisos de unos y otros y no, por cierto, la persona para la cual existe el hospital en su triple función preventiva-curativa-rehabilitadora.

Al mismo mecánico, al campesino y al albañil, que en su propio lugar de trabajo se le invita a participar en la lucha de clases y al que se trata de hacer comprender cada vez

más su situación de explotado, de repente puede suceder, (ya ha sucedido), que se le reprochen sus pies sucios, el sudor maloliente del que impregna la ropa, su incapacidad para expresarse correctamente o con desenvoltura.

Por otro lado, con la aceptación, a menudo por la insuficiencia o la incorrecta asignación de los puestos-cama (según una cierta costumbre las "recomendaciones" parecen ser válidas también a este respecto) –no se hace lista de espera–, asistimos a menudo, y sobre todo en los grandes centros hopitalarios del Centro-Norte, al peregrinaje cotidiano de gente desarraigada de su ambiente social que espera inútilmente, que no sabe a donde ir y que lleva siempre junto su valija amarrada con un cordón.

En los lugares de curación señalados todo, o casi, es antinatural. En algunos hospitales los internados se levantan a las tres y media o cuatro de la mañana; a las siete deben tener las colchas estiradas y deben estar perfectamente en orden para la visita médica (¡cuidado con encontrar algo fuera de lugar!). En otros, en cambio, se hace interrumpir la comida para la visita. Las once y las cinco se convierten en las horas de la comida y de la cena.

El que está inmóvil en la cama algunas veces debe, incluso, orinar dentro de un horario. La hora de la siesta se convierte en la hora de la visita de los parientes, considerados casi siempre inoportunos, generalmente por los mismos pacientes, y sobre todo cuando se les permite pedir noticias.

Todo lo señalado en el artículo 2 de la ley 12.II.68, n. 132 acerca de que (los hospitales)

> promueven la educación higiénico-sanitaria del enfermo y del núcleo familiar

a decir verdad no se pone en práctica en ninguno o casi en ninguno.

El enfermo es la persona que "debe" y al cual se le "prohíbe". Basta leer algunos reglamentos hospitalarios para los internados. ¿Para qué darles explicaciones?

Muy a menudo se advierte que la mayor relación humana con el internado la tiene el auxiliar que, al entrar en la sala de estar a hacer la limpieza da a todos los buenos días y les pregunta, tal vez con una palmada, si han dormido bien. Los otros, los médicos, los enfermeros, etcétera., pre-

sos de sus "misiones superiores" (ayudante o primario, pequeños médicos, etcétera) o con el pensamiento en la actividad privada o bien en el segundo –y más lucrativo– trabajo fuera del hospital, en muy pocas ocasiones tienen tiempo para el contacto humano. En otros casos éste se hace imposible por el excesivo trabajo, por el *stress* al que están sujetos los enfermeros.

Las *necesidades* y los *problemas* del paciente son cosas que no se consideran y para las cuales "no hay tiempo".

La "descomposición anatómica", puesta muy bien en evidencia por Maccacaro, se traduce en la abstracción anatomo-patológica del "caso".

Surgen así los "casos engorrosos", los "pasables", los pacientes "buenos" y los "malos", los "maníacos" y, en fin, aquellos que "se van". Se trata de retener a los casos "interesantes" de estudiar o de cualquier modo válidos para los fines casuísticos clínico-médicos y quirúrgicos, según la clínica o el departamento. Recuperar, por ejemplo, en una división ortopédico-traumatológica a los pacientes que deben sujetarse a ciclos de fisiokinesioterapia significa "quitar el puesto-cama a los que se han de operar". Se resta importancia al hecho de que no todas las intervenciones son ugentes. ¿Quién se acuerda de que la rehabilitación física es una premisa indispensable de la social?

A menudo existe una estrecha relación entre prevención y rehabilitación: el accidentado que es socorrido prontamente y curado en la forma más adecuada, está ya en el camino de una futura rehabilitación.

Bastan algunas veces descuidos en apariencia leves para hacer que su estancia sea prolongada (con el consecuente malestar personal, de los familiares y aumento de su ansiedad) gracias al surgimiento de complicaciones: llagas por la posición horizontal, infecciones vesiculares, rigidez de las articulaciones, parálisis intestinal son solamente algunos ejemplos.

Algo más, a propósito de esto, es el hecho de que son los de convalescencia prolongada, los inválidos del trabajo y civiles y los ancianos los más necesitados de asistencia. Todos ellos deben *pedir,* rogando, aquello a lo que, en efecto, tienen derecho.

No sé si alguno de ustedes ha tenido la oportunidad de advertir la expresión temerosa del internado que, al tener

necesidad de pocas o muchas cosas, se las arregla para darles furtivamente algún dinero o para hacerles un "hermoso regalo" (proporcionado en grado jerárquico: auxiliar, enfermero, jefe de sala, médico, etc.) y de observar acentuarse en su mirada el miedo y la duda si hay rechazo de parte de ustedes, a pesar de que vaya acompañado de las más amplias seguridades acerca de su asistencia.

Esta actitud no es típica de una cierta extracción social: se evidencia a todos los niveles.

El jornalero meridional, el mecánico lombardo, el estibador ligurino o el extractor de la Apuana tienen en común, entre otras cosas, también esta terrible resignación, esta fe en la "compensación", como única vía para ver al menos satisfechas algunas necesidades físicas elementales o una mejor cura del médico. Por otra parte, algunos de los aquí presentes saben a qué precio de sumisión han obtenido la "gracia" de la cura y de la asistencia o cómo la intervención para la rehabilitación ha sido ficticia y exclusiva.

Otro hecho que me parece muy grave es la insuficiencia o la falta de información en lo que respecta a la real condición física del paciente o a las previsiones que le corresponden.

Muy a menudo hay seres humanos en espera sobre la mesa de operaciones sin saber lo que les será practicado. Otro ni siquiera saben la época de la dimisión o del reingreso, tal vez en otros hospitales. Y, finalmente, cuando la muerte es el suceso inevitable, se prefiere dejar al enfermo en la atrocidad de la duda, sin preocuparse mínimamente de por qué *quieren y tienen el derecho de saber.*

Médicos y enfermeros creen que cumplen plenamente con su deber llenándoles los orificios de tubos: sondas, transfusiones, catéteres... "se ha hecho todo lo posible" y se espera a que muera: *solo,* y que esto suceda cuando estén los otros colegas de turno.

Todo lo que tiene carácter médico está rodeado para el paciente de una vestidura mágica. El sentirse rodeado del misterio y la sacralidad del médico-santo que lo cura le sugiere una tácita sumisión. La tercera revolución de la medicina, que Maccacaro describió hace tiempo, ha señalado que el objetivo no es más soterrar al hombre al capricho de Dios o de la naturaleza, sino al capricho (y a la explotación) de los otros hombres, de la sociedad, de la fábrica y *del hospital.*

Pirella, al hablar de la "violencia represiva" que existe en los hospitales, ha señalado justamente las frustraciones de que son sujetos los trabajadores sanitarios. De hecho, son las instituciones sanitarias mismas las que

> hasta que aumente el poder del ciudadano en la determinación de sus propias condiciones de vida y el poder terapéutico-preventivo de los sanitarios, serán cada vez más un instrumento opresivo.[1]

Del por qué de esta violencia, de la situación conflictiva que existe entre los trabajadores sanitarios médicos y no médicos y que tiene origen en la organización, entendida

> en función de las tensiones que se vienen a crear entre las exigencias del individuo y de los grupos informales de las organizaciones mismas a las que pertenecen y de cómo sus componentes (de las organizaciones) están en fase continua de manipulación recíproca con el fin de optimizar el logro de los propios objetivos

se habla en un amplio y exhaustivo ensayo del sociólogo Vianello, en una investigación acerca de la asistencia enfermerística en los hospitales generales.[2]

Este pone en evidencia cómo el conflicto se da como norma al interior de la organización *en este sistema social* para que el comportamiento de rol de sus miembros se vea influenciado en forma decisiva. Sin embargo, Vianello no habla del último explotado: el paciente.

Se hace, por tanto, indispensable que la actividad sanitaria se valga hoy de la participación directa de los ciudadanos, con el auxilio de los técnicos, para la modificación de las condiciones ambientales y sociales que influyen en la salud.

Las luchas políticas y sindicales de estos últimos años han puesto en evidencia un nuevo conocimiento de la relación trabajo-salud y han hecho que en el trabajador se empiece a crear una verdadera conciencia sanitaria. Mara ha dado una

[1] Giovanni Berlinguer, *L'educazione sanitaria e l'educazione permanente*, XIII curso de verano de ES. –Centro sper, para ES. –Instituto de higiene– Universidad de Perugia.

[2] M. Vianello, *Contributo alla critica della teoria classica dell'organizzazione*, Franco Angeli Ed. Milano, 1973, p. 85.

prueba válida ilustrando con experiencias de carácter preventivo que están dirigiendo los trabajadores de la Montedison de Castellanza.

Pero el deber de los ciudadanos y de todos los trabajadores es entonces transformar no sólo el ambiente de trabajo sino también la organización sanitaria a fin de que los servicios (hospitales, ambulancias, etc.) puedan convertirse en un instrumento real de prevención al servicio de la colectividad.

Las profesiones sanitarias no médicas, consideradas hasta ahora como "auxiliares", no deben ser consideradas como auxiliares del médico, sino que la función de estos trabajadores, unida a la de los médicos, debe ser auxiliar frente a la toma de conciencia y al compromiso de los trabajadores en la causa de la insalubridad y su posible prevención.

A esto se agrega la necesidad de difundir por doquier, con seriedad la educación sanitaria * para oponerla a la "deseducación sanitaria" difundida, por ejemplo, por los medios de información de masas (comerciales de TV, publicidad de los periódicos) y comprometer a los trabajadores sanitarios, los llamados técnicos de la salud, en la lucha por una Reforma sanitaria real dirigida a las unidades locales de seguridad social contra la organización sanitaria actual basada en la explotación, en el clientelismo, en los juegos de poder que se detienen en el color, que

> utilizan los hospitales para sus propios fines (prestigio social, lucro, etcétera) más de los que los necesitan (primarios, directores de clínica, de departamento, etcétera).

Es importante, por tanto, entender que no sólo el problema de la prevención sino también el de los accidentados, los enfermos, el de toda desventaja física o psíquica y, sobre todo, el de los inválidos se debe encuadrar en la perspectiva de la lucha entre explotados y explotadores, tanto más si se considera que la casi totalidad de los inválidos del trabajo pertenece al proletariado y al subproletariado.

Quisiera recordar una vez más, para este propósito, que el término "inválido" viene a señalar a quien no tiene fuerza

* Al respecto téngase presente la utilización eventual de las 150 horas concedidas a los trabajadores para estudiar.

de trabajo que vender y poner al servicio del capital para hacerle obtener mayor ganancia. El juicio de invalidez se calcula, de hecho, en base a la capacidad de producir, sin ninguna consideración al malestar social del individuo, porque en este sistema el hombre sano que se enferma es considerado como una mercancía, como un valor de cambio.

Estoy de acuerdo con los compañeros del colectivo PdUP-Manifiesto de Bologna sobre el concepto base de un contrato único para todos los trabajadores hospitalarios y sobre la desjerarquización.

Quisiera, no obstante, que a este propósito alguno me explicara en qué consiste ahora la consagración, señalada en la "Propuesta para la definición de las hipótesis de plataforma reivindicativa global" de la FLO, del empleo del término "por concepto" (con relativo y más elevado nivel de retribución) al que no se adecúa ningún trabajador sanitario no médico, ya sea especializado, aun con nivel universitario y que, independientemente del título de estudio, desarrollan funciones y trabajos que prescinden de una elaboración exclusivamente conceptual, a menudo de notable empeño. Tenemos pues, personas que al hacerse empleados se consideran "por concepto" y que una vez que se especializan y que se convierten en técnico, enfermera u obstetra ¡consideran que no desarrollan más trabajos por concepto!

Se quiere, por tanto, mantener una distancia entre trabajo manual y trabajo intelectual que en realidad no existe.

La referencia a las abundantes figuras de jefe y subjefe deben ir señaladas, según creo, también sobre el plano administrativo-burocrático, para no aumentar la divagación y agravar la ya existente situación conflictiva.

Por lo que respecta al desarrollo horizontal más que vertical de las organizaciones (a las que hacía referencia también Mori y Spagna), los expositores olvidaron señalar un hecho muy importante pero no expresado ni siquiera por consideración hacia los organismos sindicales.

Hablamos mucho de trabajo de grupo, de la importancia de la participación de todos los componentes de un equipo en la programación y ejecución del trabajo mismo, pero nadie hace referencia a la preparación de este grupo: no se trata de hacer sólo una exposición sobre la enseñanza didáctica impartida a los estudiantes de medicina o a los enfermeros profesionales o a las trabajadoras sociales, etcétera.

Se necesita mucho más de una *preparación de base interdisciplinaria* y aun a nivel estudiantil.

De hecho, no nos maravillamos del contraste existente hoy entre médicos, psicólogos y sociólogos, o de los conflictos de competencia entre asistentes sociales y asistentes sanitarios, desde el momento en que la enseñanza de ciertas materias comunes a los señalamientos de estudio viene impartida, aun cuando se haga bien, en compartimientos estancos, sin que se realicen encuentros, seminarios, trabajos de grupo entre estudiantes de diferentes facultades y escuelas.

Personalmente, yo he tenido desde hace tiempo la suerte de realizar estas experiencias gracias al Centro Experimental de E.S. de Perugia y de participar durante algunos meses en una investigación de barrio (hasta ahora en práctica), que se desarrolla bajo el patrocinio del Instituto Italiano de Medicina Social en Roma. Los grupos de trabajo están integrados por estudiantes de medicina, de sociología, por dirigentes de la asistencia de enfermería, de arquitectura, de escuelas para I.P. y para A.S.V. En ellas, cada uno pone realmente a disposición de todos los demás la experiencia adquirida en su sector específico, y la ventaja que el grupo y cada individuo aporta, como una contribución a los fines de la colectividad, es enorme.

Estoy convencida de que si este tipo de aprendizaje práctico fuera posible para todos, los técnicos de mañana, los trabajadores sanitarios y sociales, todos, sabrían mucho mejor trabajar en equipo, incluyendo en el equipo mismo, obviamente, al beneficiario del servicio, sano o enfermo, según los casos.

Por lo que respecta a la escuela para I.P. me parece importante subrayar el hecho de que en la mayoría de las escuelas la enseñanza es impartida por médicos que, si bien son expertos en sus disciplinas, carecen de una preparación pedagógica y sociológica. El resultado es que se tiende a crear enfermeros mini-médicos ya sea en el campo teórico como en el práctico.

Es importante tener presente todo esto sobre todo cuando se habla de calificación o recalificación: ella debe ser real, no ficticia, en el sentido de no poner sólo etiquetas, y debe tratar de proponer a los médicos el modelo en el que se inspiran los enfermeros y al que tienden a asemejarse aun en el plano social.

Por otra parte, constatamos que el número de horas de aprendizaje y de escuela es válido solamente si se relaciona con la validez de los contenidos y de la experiencia.

Una última referencia a lo que ha dicho Mara [3] a propósito de los MAC.

Ya que con MAC se intenta

> la Concentración Máxima Aceptable de un contaminador aéreo que pueda ser inhalado por un trabajador sin ningún daño para la salud (excepción hecho de los casos de hipersensibilidad), por un período diario de ocho horas laborables, por una semana de cuarenta horas (seguida de dos días de reposo laborable) y que pueda comprender, incluso, la vida entera laborable;

se debe tener presente que la sucesión de las ocho horas, de las cuarenta horas semanales y de los dos días, es fundamentalmente porque sobre esta base se fijan los valores MAC: por tanto, querer señalar estos valores a los trabajadores comprometidos con turnos de trabajo extraordinarios constituiría, sin duda, una fuente de graves errores. Sin contar la variación de los MAC en relación a las diferentes fases del ciclo de trabajo, al estado de manutención de las instalaciones, a la ventilación, a la temperatura ambiental, etcétera.

V. Del Vecchio [4] pone ahora en evidencia que establecer los valores del MAC no constituye la frontera entre seguridad y peligro y pone en guardia contra los riesgos del hábito y de las diferentes posibilidades de resistencia individual, etcétera.

Los valores legales de los MAC varían en los diferentes países, pero las diferencias más profundas se encuentran entre la lista americana y la rusa. Y esto porque, según los investigadores rusos,

> los standars higiénicos deben ser progresivos respecto al desarrollo técnico presente, y simplemente establecer cuáles son los requisitos para una atmósfera no contaminada donde constreñir la técnica de investigación de métodos para lograr el mejoramiento y para acercarse a los standars propuestos.

[3] La intervención de Mara está publicada en el II volumen de este libro.
[4] Por V. Del Vecchio, *Corso d'igiene*, 1972.

En cada país existe, sin embargo, la tendencia –sin tener todavía un reconocimiento legal internacional– a seguir una lista propia nacional, que puede parecer lógica si se piensa en las diferencias geográficas, alimentarias y, por lo tanto, en todas las variables que puedan influenciar el metabolismo de un contaminador industrial.

En Italia, sin embargo, en cuanto a mí me consta, falta todavía una lista del género, por otro lado repetidamente requerida por los higienistas del Consejo superior de sanidad.

Afortunadamente, la toma de conciencia de los trabajadores en la observación de la salud, tiene hoy la ventaja sobre la contrapartida de la indemnización del riesgo que legaliza, en un cierto sentido, el "deber" de arriesgarse al riesgo mismo. De hecho, sobre demanda precisa de los sindicatos, el contrato de los trabajadores químicos de 1971 ha previsto la emanación de los MAC en este sector de trabajo.

Por la toma de conciencia sobre el compromiso profundo que pueden y deben asumir los trabajadores, de cómo es posible de valorar la intervención directa en cada nivel, sostengo que los trabajadores de la Montedison de Castellanza están dando el mejor ejemplo.

La salud en la fábrica y el control obrero

Leonardo Tomasetta

1. Situación de la salud en la fábrica en Italia

Los datos sobre la salud en la fábrica en Italia, independientemente de la fuente o la técnica de relevamiento, concuerdan sin equivocación sobre un punto: nuestro país está en los primeros lugares de la clasificación internacional de las sociedades industriales por ausentismo laboral, directamente determinado por causas traumáticas o patógenas producidas en el lugar de trabajo.

Un promedio de seis muertos diarios sobre cerca de un millón y medio de accidentes de trabajo por año, no significa sólo una primacía absoluta a nivel europeo y mundial sino también un índice altamente significativo de la comercialización de vidas obreras que cada día se realiza sin correlación sobre el mercado del trabajo.

Si se añaden las enfermedades profesionales, es decir, aquella pequeña cantidad de enfermedades laborales que la "ley" reconoce como tales sólo cuando sus efectos destructivos de la salud aparecen como irreversibles, se puede calcular que cada día cerca de ciento cincuenta trabajadores se ven definitivamente expulsados del proceso productivo por graves e irreparables disminuciones de la propia integridad física.

Esto es lo que surge de las estadísticas oficiales a nivel de la destrucción definitiva del patrimonio humano comprometido en el trabajo, pero el cuadro de la salud en la fábrica se hace todavía más dramático si se tienen en cuenta las actividades de desgaste físico y psíquico que se producen y se acumulan cotidianamente y que se manifiestan endémica o

crónicamente bajo la forma de "ausencia por enfermedad". En este punto, contrariamente de lo que se intenta acreditar para sostener la tesis de la "desafición por el trabajo", no estamos todavía en el primer puesto y, por lo menos en lo que respecta al área del Mercado Común Europeo, estamos lejanamente superados en algunos sectores por Holanda y Alemania. Todavía, por lo menos un 46% de las horas no laborables en Italia en un año, deben atribuirse a ausencia, por enfermedad; ausencia que, aun cuando deben remontarse a causas no estrictamente definibles como patológicas en sentido clínico, constituyen siempre –como lo señala Ferrarotti–

> un expediente de autodefensa elemental que los obreros ponen en acción frente a una amenaza objetiva contra su integridad psicofísica.[1]

Del resto, en encuentros anteriores, no han faltado informes y relaciones sobre experiencias vividas y sobre investigaciones dirigidas por colectivos de fábrica y centros de medicina preventiva, a través de los cuales los datos analíticos hablan con mayor elocuencia, no sólo en su síntesis cuantitativa sino también, y mejor todavía, en su expresividad cualitativa.

Mi contribución a este encuentro no pretende ser más que, por un lado, una forma de asumir como adquiridos y probatorios los datos y las experiencias traducidas en los documentos; por otro lado, tratar de aportar en el intento de ordenarlos y de explicarlos, tanto en la función expresada por la organización capitalista del trabajo como en conexión con las líneas estratégicas que se infieren de la respuesta política del movimiento de clase.

2. *Dos tipos de aproximación al problema de la salud obrera*

Antes de detenerme sobre este específico terreno de análisis, permítaseme apuntar una cuestión de método que también en el campo científico divide netamente el frente de los estudiosos.

[1] F. Ferrarotti, *La salute in fabbrica: riflessioni per una sociologia del lavoro alternativa,* en "La critica sociologica", 1971, núm. 18, p. 63.

El problema de la salud en la fábrica, y en consecuencia otras cuestiones determinadas por la prevención de los accidentes y de las enfermedades, puede ser afrontado con dos aproximaciones distintas.

La primera, tradicional (por llamarla de alguna manera), se esfuerza en la definición de un cuadro estrictamente médico-sanitario, dentro del cual todos los datos de la patología obrera (tasa de morbilidad, de invalidez y de mortalidad) son reconducidos a sus causas más inmediatas (traumáticas, tóxicas, degenerativas, psicosomáticas, etc.) que se producen en el lugar de trabajo, asumiendo esto último como una cuestión técnico-organizativa en sí concluida, independiente y desvinculada de cualquier ligazón estructural con el modo de producción dentro del cual se determina la relación capital-trabajo.

En este orden conceptual, y de acuerdo a esta orientación metodológica, resulta omitida, por un lado, toda conexión entre lugar de trabajo y estructura socio-económica total; por el otro, son consideradas irrelevantes las mismas condiciones objetivas en las cuales el trabajo está organizado y se desarrolla: tiempos y ritmos de producción, trabajo pesado, largas jornadas laborables, insalubridad de algunos trabajos, falta de aplicación de las normas de seguridad en las nuevas situaciones de peligro creadas por el progreso tecnológico y por los descubrimientos mercantiles.

En consecuencia, aun cuando investiga en base al puro dato clínico, la indagación está casi siempre circunscrita a la eficiencia de las máquinas, a la salud del "microclima", a lo patogénico de las materias utilizadas, a la observación de las normas de higiene y de salubridad. Después se orienta en dirección de la introspección psicológica y el surgimiento del accidente se explica en sentido subjetivista como "propensión" a cometer imprudencias y desatenciones, las cuales estarían sujetas a determinados individuos con escasa calidad de aptitudes y patogénicamente predispuestos (falta de idoneidad física o mental para desarrollar la labor, ausencia de concentración, problemas psicosomáticos, etcétera.

El segundo tipo de aproximación presupone, por el contrario, asumir algunas hipótesis guías, según las cuales:

a) existe una interacción estrecha entre salud en la fábrica y salud en la sociedad;

b) el lugar de trabajo se modela según los valores y las reglas expresadas por la sociedad global;

c) el modo de producción determina también las condiciones objetivas de la organización del trabajo;

d) existe una estrecha correlación entre organización del trabajo y patología del trabajo.

Desde este punto de vista, el dato clínico-sanitario, sin perder en algo su significado objetivo de partida, resulta vinculado a toda una serie de variables más o menos externas, capaces de expresar no sólo las causas inmediatas de su aparición sino también las mismas condiciones estructurales en las cuales el dato se produce. Esto también significa que, una vez establecida la conexión existente entre las distintas variables consideradas, la esfera de la intervención pública tiene la posibilidad de no agotarse en una acción reparatoria de los daños producidos por la organización capitalista del trabajo, sino de operar, con conocimiento de causa, sobre todos los niveles del orden estructural e institucional que determinan la situación de la salud en la fábrica.

Y en efecto, el asumir la hipótesis *a)* permite establecer a qué grado de patogenia interna en la fábrica corresponden situaciones de contagio externo y de alteraciones del equilibrio ecológico (piénsese en algunas sustancias tóxicas y cancerígenas, como por ejemplo los aditivos de la gasolina en base a PB tetraetilo; los detergentes y biodegradables, cuya acción patógena se difunde por el espacio durante el tiempo de producción). Viceversa, las deformaciones por el ambiente externo, los efectos de la urbanización intensiva, el aumento de las distancias y los *stress* del tráfico, las tensiones familiares y la competencia en la escalada consumista contribuyen no poco al aumento de la patología del trabajo y al surgimiento, junto a los accidentes, de todos aquellos fenómenos de desgaste físico y mental consignados bajo el nombre de tecnopatía.

El asumir la hipótesis *b)* permite examinar la relación existente entre estructura y ejercicio del poder en la sociedad y estructura y ejercicio de la autoridad en la fábrica; entre instituciones destinadas al control social de la conflictividad y del comportamiento político e instituciones destinadas al control de la salud y a la prevención de los accidentes en la fábrica; entre los fines y los intereses de la industria de la salud y los de las instituciones públicas para la

atención y la asistencia de los enfermos (hospitales, clínicas y mutuales); entre la industria del "tiempo libre" y las organizaciones recreativas y post laborales.

La hipótesis *c)* lleva directamente a excluir la posibilidad de existencia de un único modo óptimo de organizar científicamente el trabajo. Rehúsa por eso a asumir una neutralidad o indiferencia sobre la solución técnica del proceso productivo respecto a la finalidad del empleo de los medios productivos y a la consecuente forma de la relación de producción que en torno a ella se establece. Este tipo de análisis permite también verificar si, en alguna medida, la razón social del capital empleado (privado, accionario, cooperativo, estatal, mixto, etc.) refleja una racionalidad del proceso productivo orientada por valores o encaminada a fines distintos de los que comúnmente se expresan en la típica empresa capitalista. Al mismo tiempo permitiría determinar, en cada rama de la producción, qué influencias vienen a ejercer sobre el proceso productivo, sobre la división y sobre la parcialización del trabajo, sobre la seguridad y la higiene del lugar de trabajo, sobre el clima social interno y externo a la fábrica, las diversas combinaciones de factores productivos, tanto en términos de composición orgánica del capital como de utilización del multiplicador tecnológico y de la creatividad profesional.

Con la hipótesis *d)* se tiende a definir en qué medida la parcelación del trabajo, la monotonía de las actividades, la obligatoriedad de los horarios, la fijeza de las actitudes físicas y mentales del trabajo en cadena, la pérdida del oficio y del control de los propios movimientos, las órdenes y los ritmos impuestos a tales movimientos, la determinación del salario basada en los incentivos, la pérdida de la finalidad del propio trabajo contribuyen al surgimiento de los accidentes, de las neurosis y de las tecnopatías, con consecuencias a menudo irreversibles.

3. Las principales contradicciones de la organización capitalista del trabajo

A nadie escapa la importancia de este segundo tipo de aproximación que por cierto se acerca con mayor amplitud y modernidad a los problemas del mundo del trabajo.

Pero he prometido que abría este paréntesis de orden metodológico sólo para desarrollar el discurso del control obrero de la salud, partiendo de presupuestos analíticos y referentes conceptuales suficientemente progresistas.

Quiero decir, con palabras más claras, que hablar de control obrero de la salud presupone la elección del campo del tipo que acabo de ilustrar. Esto significa también abandonar, desechar, toda explicación del accidente y de la enfermedad de trabajo en base a las leyes probabilísticas del caso y a la exposición al peligro. Pero ser claro en la explicación no significa necesariamente ser también determinante y actual en la respuesta política. Y el control obrero, si no es malentendido, como es posible y como veremos que sucede, es ante todo un instrumento de respuesta política de clase.

Sobre los daños producidos, y no sólo sobre la salud, por la organización capitalista del trabajo existe ahora una literatura tan vasta y ramificada que sería perder el tiempo intentar establecer lo que se aporta y lo que se repite a las cosas ya dichas y verificadas. Existe hoy directamente competencia entre el sociólogo, el médico y el sindicalista por quién ara más en este campo, con el resultado que de esta frenética obra de excavación y de apostolado surge casi siempre un obrero despedazado, fragmentado, víctima viviseccionada en su anatomía corporal y mental. Estos descubrimientos resbalan de la mesa de los investigadores a los estereotipos de los rotograbados de las revistas sectoriales, de la editorial de actualidad, de los servicios televisivos y radiofónicos, de la música y de la cinematografía socialmente comprometida. Con la absorción de esta candente temática por parte de los *mass-media,* el ciclo productivo se cumple y el producto se comercializa hasta el punto de determinar en el consumidor una especie de hábito a la misma calidad excitante que lo caracterizan. El verdadero protagonista de este drama cotidianamente representado, primero se enorgullece viendo que al fin se habla de él, luego se rehúsa a querer desaparecer de la escena cuando advierte que su imagen no se diferencia en nada de sus miserias, por su rol pasivo de instrumento en un engranaje que ahora ha aprendido a conocer en toda su complejidad pero que, precisamente por esto, siente no poder dominar más y aún menos escaparse.

Estoy tratando solamente de traducir con mis palabras lo

que he podido recoger de viva voz de los obreros con los cuales me he dedicado a discutir sobre estas cosas con libertad, fuera de los encuentros oficiales y rituales y de las mismas encuestas programadas a las cuales, por deber científico, estoy obligado de vez en cuando a recurrir.

¿Por qué divulgar el contenido de algunas confesiones que alguien podría atribuir a sujetos particularmente débiles por conciencia de clase y por reacción a su propia condición? ¿Acaso para sostener que todo el trabajo desarrollado hasta ahora ha sido inútil y que las investigaciones específicas no sirven?

Absolutamente no. Aun cuando estoy obligado a diferenciar entre investigación e investigación, deseando que disminuya el número de los numerosos descubrimientos de lo obvio, soy un firme convencido de que para cambiar la realidad primero es necesario conocerla profundamente en cada uno de sus detalles. Pero como lo particular está permanentemente referido al conjunto, así el conjunto no puede ser concebido como una suma o colección de particulares. Diversificación y unidad, análisis y síntesis, son los componentes fundamentales de cuyos entrelazamientos permanentes depende, para un marxista, el avance seguro en el campo del conocimiento de la realidad. Entre estos dos momentos de un único proceso cognoscitivo, existe un margen por demás amplio, dentro del cual las tesis de partida se niegan y se contradicen en sus antítesis, hasta cuando no sea posible nuclear por este encuentro-desencuentro aquellos elementos más resistentes en el momento histórico que los empalma con un proceso cualitativamente más avanzado.

Aplicando este modelo al problema de la salud en la fábrica, la primera contradicción que surge es aquella entre el interés del capitalista por explotar la fuerza de trabajo, aún más allá de los límites de la resistencia y de la seguridad física del obrero y el interés, también del capitalista, de asegurarse la continua reproducción de la misma fuerza de trabajo, tanto en términos de cantidad como de calidad, sin cuya reproducción resultaría gravemente comprometida su primaria función de acumulador de plusvalía. La síntesis de esta tesis y de esta antítesis lleva a considerar menos unilateralmente el problema de la salud, en el sentido de que su defensa no es un problema que interesa solamente a la clase

obrera sino que a partir de cierto punto (y es el punto del cual depende el equilibrio del recambio biológico) interesa también al mismo capitalista. De aquí se explican las recurrentes peroratas (de las cuales Marx en *El Capital* nos da numerosos ejemplos) por parte de personajes influyentes de la burguesía intelectual a favor de la reducción de los horarios de trabajo, de la tutela del trabajo femenino y del trabajo de menores, del mejoramiento de las condiciones higiénicas y de las medidas de seguridad. Se explica sobre todo por qué hoy aquellos países que han resuelto antes y mejor que nosostros los desequilibrios internos en su modelo de desarrollo capitalista (me refiero en particular a los países anglosajones y escandinavos) figuran a la cabeza en la cuestión de prevención de los accidentes, de seguridad social, de asistencia sanitaria, de salubridad del microclima en el lugar de trabajo, de consultas psico-terapéuticas y de asistencia social en sentido lato. Ciertamente, si el estado de la salud social se debe medir también, como consideraba Durkheim, por el número y por la distribución de los suicidios o, por un indicativo más apropiado a nuestros días, por los internados por alcoholismo y hábito a las distintas drogas, el cuadro general expresado por la realidad de estos países resulta por supuesto menos optimista. Pero se trata por siempre de países capitalistas, y los que he enunciado en último término reingresan en otro tipo de contradicciones que por ahora no vale la pena analizar como, en relación a la realidad italiana, lo merece el contexto ambiental y estructural en el cual se desarrollaron.

3.1. *Estructura técnica y estructura social de la fábrica capitalista*

El mismo método aplicado a la organización capitalista del trabajo lleva a descubrimientos aún más interesantes, especialmente en lo que se refiere a las implicancias que se pueden recavar sobre la función política del control obrero.

Aquí el análisis permite especificar, en el interior del mismo universo tecnológico que domina la organización del trabajo, dos estructuras distintas no perfectamente integradas pero que más bien tienden a desarrollarse de modo antagónico. La primera de estas estructuras es la que expresa

la relación entre los distintos elementos de la descomposición técnica del trabajo. Considera por esto la relación máquina-hombre, o capital constante-capital variable, o trabajo muerto-trabajo vivo, y es una contradicción que se va resolviendo en el sentido de una primacía del primer término de la relación, el cual decide, más allá de la productividad total del trabajo, también su organización instrumental.

La segunda estructura considera, por el contrario, la totalidad de las relaciones que se establecen entre los individuos asociados en el mismo complejo técnico y define la relación entre las diversas categorías de trabajadores activos en el proceso de producción.

Con el avance del desarrollo tecnológico y con el acentuamiento de la tendencia a la automatización del ciclo productivo, la primera estructura se hace cada vez más jerarquizada y rígida en lo que respecta a la programación de las fases de los temas de sucesión de las actividades particulares. La segunda, en cambio, tiende a reducir las diferencias de habilidad y de especialidad, favoreciendo los impulsos igualitarios tanto en términos de calificaciones como de salarios. Serge Mallet, indagando entre los obreros de las refinerías Caltex de Amberes, había ya notado que uno de los efectos más visibles de la automatización avanzada a través de la cual aquellas instalaciones habían sido concebidas, era el de haber trasladado la atención de los obreros por los problemas del trabajo y de la técnica productiva a aquellos de la gestión financiera y de la contabilidad económica de la empresa.

No deseo atribuir a este resultado el mismo significado destructivo que parece asignarle el sociólogo francés ya que, especialmente en la medida en que el problema del control obrero no se extienda de la fábrica a la sociedad se corre el riesgo de caer en una forma más refinada de participación o de cogestión en la empresa capitalista. Pero me parece que no quedan dudas de que el progreso tecnológico, si por un lado atrofia la creatividad profesional y la mata, por el otro entrega los obreros disponibles para un control que choca con las decisiones económicas y políticas de la actividad productiva. En otros términos, la contradicción de fondo que se va desarrollando con el avance de la automatización no tiene en cuenta tanto la alternativa entre una desprofesionalización masiva y una recalificación de élite sino

que se manifiesta en forma por demás irreducible entre carácter despótico de la organización técnica del trabajo e instancia igualitaria de la organización política y sindical de clase en correspondencia con el desgaste del monopolio profesional de determinadas categorías de trabajadores.

La característica más evidente de las últimas luchas obreras, y el significado más satisfactorio de esas luchas desde el punto de vista político, reside precisamente en la continua expansión del frente de conflicto interno en la fábrica a medida que se reduce el área de la profesionalidad reservada a estratos residuales de aristocracia obrera. Los intentos de desparcelización del trabajo y la experimentación de las nuevas técnicas de la *job rotation* y del *job enlargement*, más allá de su contingente función de recuperadoras de la productividad total y de una renovada afección al trabajo, tienen sin embargo el significado político de limitar y de segmentar una conflictualidad que se va progresivamente generalizando. La misma reestructuración de la calificación alrededor de los nuevos parámetros de la adaptabilidad y de la flexibilidad obreras en la combinación de más tareas repetitivas es el último expediente (en sentido cronológico) al que recurre el capital para reconstruir artificiosamente una estratificación social en la fábrica, donde en cambio el progreso tecnológico impulsa a una nivelación absoluta de las posiciones.

El mismo ausentismo obrero, que asimismo he presentado al inicio como una elemental respuesta defensiva de la clase obrera ante la continua amenaza que pesa sobre su propia integridad física, constituye desde esta nueva óptica el signo más evidente de la no lograda integración de las dos estructuras, una material y otra social, que se enfrentan antagónicamente dentro del mismo proceso productivo.

4. *El rechazo obrero de la organización capitalista del trabajo: del "neo-luddismo" a la utopía "del nuevo modo de hacer el automóvil"*

Llegando a este punto es posible examinar cuáles son los tipos de respuesta alternativa a la organización capitalista del trabajo y cuáles las principales líneas estratégicas expresadas por el movimiento de clase.

Comenzaré por la posición de aquellos que no aceptan el actual modelo organizativo del proceso de trabajo y están de acuerdo sobre la imposibilidad de intervenir en el interior de este modelo para delinear y hacer avanzar formas alternativas de organización del trabajo más adecuadas a los intereses y al objetivo de la clase obrera.

Esta posición no está expresada, sin embargo, con posiciones unívocas y se articula en su interior con actitudes y señalamientos aparentemente antitéticos.

El primer tipo de rechazo, que se aproxima a grandes rasgos a manifestaciones de "neo-luddismo", ve en la máquina y en la tecnología que la sostiene la causa primera del despotismo en la fábrica y de la correlativa servidumbre obrera, que no se interpreta ni se domina con cualquier reforma técnica o política de la organización capitalista del trabajo. Excluye, además, toda forma de participación obrera en proyectos de organización alternativa del trabajo y dirige la lucha hacia la parálisis o el sabotaje de la producción con paros improvisados, "huelgas salvajes", retardos en la alimentación de la "cadena" y, en el límite, incluso daños a la instalación.

A nivel ideológico este tipo de respuesta se inspira en la tradición anarco-sindicalista utilizada para teorizar la estrategia de la crítica total del sistema técnico-productivo y de la acción violenta en su contra como único instrumento válido para poner fin a la explotación obrera y al ejercicio del autoritarismo en la fábrica. Mira con recelo toda propuesta, ya sea táctica o limitada, de corresponsabilización en los proyectos de racionalización del proceso productivo y de institucionalización de las formas de lucha y de las agrupaciones espontáneas que se han formado en el curso de la misma. La administración de la empresa, la elección de las técnicas productivas, la combinación de los factores y la división del trabajo deben restar obligaciones y atribuciones al patrón, hasta que la revuelta obrera, destruyendo las bases mismas del modo capitalista de producción, haga imposible el retorno del autoritarismo y libere el trabajo del determinismo tecnológico.

El segundo tipo de rechazo no desespera, como el primero, acerca de la posibilidad de subvertir, dentro de la misma estructura de la fábrica capitalista, la racionalidad de la técnica y del modo de producir a través de una transfor-

mación que, conociendo la actual división del trabajo, se incline hacia los intereses y a la libre creatividad de la clase obrera. Se sostiene, aproximadamente, que en el momento en el que se reconoce el carácter político de la ciencia y de la técnica, es suficiente contraponer el punto de vista del proletariado al del capitalista para que ciencia y técnica abran la vía a un nuevo modo de producir o, como se ha dicho en los momentos de mayor tensión creativa, a "un nuevo modo de hacer el automóvil". Sin caminar por el mismo surco trazado por Saint-Simon, por Fourier, por Owen y por Proudhon, que querían combatir las injusticias y la opresión subordinando la razón del iluminismo y del progreso técnico-científico a ella ligado a la eliminación de la miseria y de la explotación, los neo-utopistas del socialismo sostienen que la razón de la lucha contra la miseria y la explotación consiste en proporcionar los instrumentos de la nueva ciencia y de la nueva técnica por organizar en forma alternativa dentro de la fábrica capitalista. Estemos atentos, por tanto, a cada cambio de métodos, de tiempos, de ritmos, de las pausas, de las rotaciones, del "ensanchamiento" y del "enriquecimiento" del trabajo, confiados en que de todas estas innovaciones surja un mayor conocimiento obrero de un rol y de una situación de autogestión hasta el punto de hacer valer tiempos propios, ritmos propios, pausas propias, combinaciones de labores propias y conocimientos profesionales en torno a los cuales construir la nueva organización del trabajo.

No se puede, por tanto, decir que a estos neo-utopistas del socialismo les falte el sentido crítico y que su análisis de las modernas relaciones de producción no constituyan todo lo serio y penetrante que se pueda deducir de las contradicciones en las que se debate la sociedad industrial, ya sea en términos de resultados económicos o de afirmación de los valores que la inspiran. No se puede ni siquiera disentir de su declaración prejuiciosa, según la cual, no podrá haber una emancipación efectiva de la clase obrera en tanto que ésta no se apropie de los conocimientos de la investigación y de las técnicas de la proyección y la planificación social. Sin embargo, como ya Marx había comentado en el Manifiesto a propósito del socialismo y del comunismo *crítico-utopista,* profundizando los programas de los nuevos apóstoles de la *ciencia obrera,* se tiene la impresión de que

> el proletariado existe para ellos solamente bajo el aspecto de clase que sufre más que las otras

y de que la acción revolucionaria pueda lograr su objetivo con

> medios pacíficos tratando con pequeños y, naturalmente, vanos experimentos, de abrir la vía al nuevo evangelio social con la fuerza del ejemplo.

Esta versión utopista del rechazo de la actual organización del trabajo es la que, paradójicamente, más alimenta y objetivamente refuerza la solución reformista del problema. En la medida en que los proyectos de organización alternativa del trabajo deban abrirse camino en la empresa administrada en forma capitalista, los únicos experimentos que tienen posibilidad de ser llevados a término son los que contribuyen a una racionalización del sistema productivo. Pero racionalización en este caso significa corrección del desequilibrio entre productividad de los factores técnicos y productividad de los factores humanos, reactivación de la inventiva obrera y de la responsabilización del trabajo, reducción de los efectos nocivos de los trabajos y del ambiente, mayor eficiencia de las medidas de seguridad, recomposición del profesionalismo y de las jerarquías internas en base a nuevos criterios de fungibilidad de las labores y de la responsabilidad productiva. Todas estas son medidas que la clase obrera no puede dejar de secundar, so pena de su pauperización ya sea en el plano económico o en el técnico-profesional, pero que, constreñidas dentro de la lógica de la racionalidad capitalista y aisladas en una estrategia política de rebasar esta racionalidad, se deben necesariamente resolver en un reforzamiento del equilibrio estructural existente y, por tanto, en una mayor cohesión de las fuerzas sociales y materiales asociadas en el actual sistema productivo.

La fuerza histórica del reformismo y de su repetida afirmación como línea triunfante en la lucha, con perspectivas revolucionarias más radicales, procede directamente de esta necesidad que tiene la clase obrera de medirse y avanzar sobre el terreno que ha sido elegido por su adversario. Pero el reformismo pierde inmediatamente su poder real y descubre también su origen utópico-burgués en el momento en

el que pretende adelantarse fatalmente al advenimiento de la sociedad socialista, orientada por una racionalidad diferente y organizada en torno a un nuevo modo de producir.

Todas las medidas que he indicado antes como las únicas aplicables y dignas de seguir dentro del actual sistema de condicionamientos estructurales, con el concurso cómplice de la misma clase obrera, son otros tantos "medios de adecuación" que el capitalismo se ve obligado a experimentar para prolongar su existencia y que, en un cierto sentido, pueden también representar "síntomas y premisas del orden socialista". Este reconocimiento no quita nada a la utopía de querer evitar el socialismo a través de las reformas, pero pone –como había anticipado lúcidamente Rosa Luxemburgo– la "teoría revisionista" frente a un dilema:

> O la transformación socialista continúa siendo la consecuencia de las contradicciones internas del orden capitalista –y, por tanto, junto con este sistema, se desarrollan también sus contradicciones– y, a un cierto momento, se consigue un sacudimiento en ésta o aquella forma; pero en este caso los "medios de adecuación" son ineficaces y la teoría del sacudimiento es justa. O bien, los "medios de adecuación" están realmente en condición de impedir un sacudimiento del sistema capitalista y, por tanto, de mantener vital el capitalismo y de eliminar sus contradicciones; en este caso el socialismo deja de ser una necesidad histórica y puede ser todo aquello que se quiera, menos el resultado del desarrollo material de la sociedad. De este dilema se deriva otro: o el revisionismo tiene razón a propósito del desarrollo capitalista y, por tanto, la transformación socialista de la sociedad no es más que una utopía, o el socialismo no es una utopía y, por tanto, la teoría de los "medios de adecuación" no puede ser sostenible.[2]

5. *El control obrero como respuesta política revolucionaria*

Situados frente a este dilema, hemos llegado finalmente al punto de poder esclarecer en qué sentido y en cuáles condiciones el "control obrero" puede constituir un instrumento capaz de guiar la "ruta revolucionaria" entre el doble escollo

[2] R. Luxemburgo, *¿Reforma social o revolución?, en Escritos políticos* Roma, Riuniti Ed., 1967, p. 150.

de la respuesta "anarco-espontaneísta" y de la proyección "utópico-reformista".

En ambas, estos escollos son posiciones teóricas consolidadas y prácticas sociales transmitidas por una matriz marxista común, pero solamente después de la fractura de ésta en dos filones separados y contrapuestos. Recorrer alternativamente uno u otro filón equivale a no explotar la bipolaridad de la fuerza del marxismo, corriendo el riesgo de encallar sobre uno u otro obstáculo. Los retardos y los fracasos de la lucha de clase dependen en gran parte de la demostrada incapacidad de traducir en práctica política aquello que el marxismo expresa a nivel teórico y a nivel histórico y de la continua interrelación de procesos materiales y sociales en doble contradicción, tanto en su interior como entre ellos. Esta incapacidad ha llevado, incluso, a resolver de modo fideísta la construcción del socialismo. Y, de hecho, quien privilegia el aspecto material de la transformación social basa la inevitabilidad del socialismo sobre el desarrollo ilimitado de las fuerzas productivas, sobre la posibilidad también ilimitada del progreso técnico-científico y sobre la eficiencia y la racionalidad de la organización. Quien privilegia el aspecto subjetivo-social tiende a acentuar la función educativa de la organización de clase y a hacer depender el impulso revolucionario casi exclusivamente del crecimiento de la conciencia y de la penetración ideológica.

El control obrero no se sustrae a esta doble tendencia fideísta por la cual viene a veces propuesto como instrumento de racionalización de los procesos productivos y organizativos del trabajo, dirigido a la defensa de la explotación y a la tutela de la salud obrera en clave psico-fisiológica, y a veces resuelto en una fórmula propagandística, dirigida a exaltar una genérica e indeterminada conciencia revolucionaria, una espontánea creatividad obrera, sea en términos de soluciones técnicas o de instrumentos organizativos de lucha.

Quien está habituado a razonar solamente a través de proposiciones simples, construidas con una lógica lineal y no contradictorias en absoluto, continuará preguntándose si después de esta precisión la clase obrera deberá luchar por la defensa de la salud en la fábrica, por el mejoramiento de las condiciones y del ambiente de trabajo, por las reformas de las instituciones propuestas para la seguridad social, la sanidad, la instrucción, la asistencia de los servicios sociales

en general, o no deberá siquiera dejar todas estas medidas a la iniciativa del capital, objetivamente llevado a tomarlas por motivos de sobrevivencia, tratando de evitar que el costo de esta operación se traduzca en una contención de los salarios y en una corresponsabilización en la programación empresarial, que atenúe la función emergente de la lucha de clase e inmovilice las fuerzas para el enfrentamiento final.

A este interrogante conviene responder rápidamente que por ninguna razón la clase obrera puede dejar de medirse en el terreno elegido por el adversario y que, por tanto, la defensa de la salud, la lucha por las reformas sociales, así como no constituyen iniciativas exclusivas y autónomas del movimiento obrero, no son ni siquiera concebidas como soluciones fatalmente destinadas a aumentar la fuerza del capital. El problema de fondo no es el de una opción abstracta entre reforma y revolución, sino el de referir continuamente a la primera dentro del proceso de la segunda, que no es nunca un proceso obligado, progresivo, determinista o irreversible a voluntad. La historia enseña que el socialismo no ha dado ni podrá dar una cita a la clase obrera a una hora fija, y si no puede ofrecer atajos para esta cita, ni siquiera puede garantizar caminos empedrados de asfalto para recorrerlos como en una autopista. La lucha por las reformas, así como la lucha por el salario, de la que constituye una integración y no una subrogación, es, no obstante, una necesidad y una posibilidad conjunta de alimentar la misma lucha política. Cuando esta lucha sostiene directamente el carácter prioritario de la defensa de la salud respecto a cualquier otra reforma o iniciativa, este hecho emerge todavía más claro, aun cuando se deba considerar, como me ha parecido obligado precisar, que la tutela de la salud en la actual racionalización estrecha del modo de producción capitalista, no es una cuestión de exclusivo interés obrero.

Pero si el control obrero se redujera a esto, es decir, a una lucha dura y prolongada para reducir, anular o prevenir los daños producidos por la insalubridad y por el desgaste psicofísico del progreso tecnológico y del empleo mercantil, no se estaría muy lejos del "control social" que, para repetir una expresión de la Luxemburgo,

> no constituye un golpe a la explotación capitalista, sino, más bien, su normalización y regularización.

Decía al principio que el control obrero es, ante todo, un instrumento político de clase relacionado con un problema de fondo, que consiste en referir continuamente la lucha por las reformas al proceso revolucionario.

No quiero ni puedo en esta sede extenderme sobre el significado de esta última atribución que, mientras podría resultar obvia y obsoleta para algunos, a otros podría parecer provocadora y ritualista. Pero permítanme al menos ejemplificar, a propósito de la salud, que en la medida en que se considera que una amenaza permanente de la salud proviene de un cierto modo de subordinar la ciencia, la técnica y la organización misma del trabajo a los intereses y al objetivo de la clase dominante, la única lucha verdaderamente efectiva, incluso en este campo, es aquella que tiene por objetivo la eliminación de toda hegemonía de clase, la restitución a los productores de la posibilidad de fundar el uso de la ciencia y de la técnica en sus necesidades, establecidas autónomamente como comunes y prioritarias de acuerdo a una racionalidad inspirada en la igualdad de resultado para individuos natural y socialmente desiguales.

Si es éste todavía el sentido del comunismo, y si la revolución que demandamos expresa realmente el conocimiento del desarrollo radical que un objetivo de este tipo debe presuponer en la estructuras de la producción, del poder y de las jerarquías, no debería resultar difícil establecer el momento en que el control, aun cuando ejercido por la clase obrera, deja de ser sectorial, corporativo, o si se quiere, social, para convertirse en "político"; es decir, orientado a una finalidad que no sea solamente defensiva, sino dirigida a acelerar y a hacer inevitable el paso de un tipo de sociedad a otra, demostrando incluso la ineficacia de los "medios de adecuación" que el capitalismo se ve obligado a adoptar y la clase obrera a secundar, para hacer partir la nueva lucha de posiciones siempre más avanzadas.

Desde este punto de vista, no existe lucha por las reformas que no tenga un indudable límite reformista. El reformismo se compone, al menos, de dos elementos relacionados e interactuantes entre ellos: uno consiste en asumir el advenimiento del comunismo como una sucesión de pasos graduales, por etapas o fases históricas, rígidamente programadas; el otro consiste en transferir, en esta programación, los mismos principios autoritarios, jerárquicos y or-

ganizativos de la técnica incorporada en la fábrica capitalista.

Por lo tanto, ahora el control obrero, en la acepción política de la que hablaba, no es solamente límite o impedimento a la acción de explotación del capitalista, sino también implica vigilancia y corrección continua de la lucha reformista a la que la clase obrera no puede sustraerse y que necesariamente debe ser organizada con los instrumentos disponibles dentro de la sociedad burguesa.

El control obrero, así entendido, no se puede reducir a una fórmula y, ni siquiera, a una de las posibles instancias del pluralismo democrático que se organiza y circunscribe al interior de la fábrica. Es, por un lado, conocimiento de la irracionalidad de la organización capitalista del trabajo respecto a los fines y a los valores del comunismo y, por otro, la imposibilidad de poder afirmar una racionalidad diferente hasta que la lucha no impregne directamente las estructuras del poder que sostienen tanto al autoritarismo en la fábrica como al despotismo en la sociedad y en las instituciones de todo tipo, en las que se articula la voluntad del Estado. De este doble conocimiento se desprende que el control obrero es negación determinada y permanente de aquello que, en síntesis, definimos como "sistema", pero que en lenguaje más corriente y accesible podemos traducir como modo de producir, de administrar, de decidir, de comunicar, de aprender y de convivir. Todas estas funciones están estrechamente condicionadas una por la otra y son propuestas como un bloque de mercancías que podemos adquirir sólo en la forma y al precio establecido por quien monopoliza el mercado de las necesidades. En la medida en que el control obrero tenga por objetivo rebasar esta estructura y asumir que son las necesidades señaladas en forma autónoma por la colectividad las que determinan y coordinan las funciones sociales y no al contrario, se podrá, sin duda, afirmar que el fin último del control obrero es la autogestión de todos los medios encaminados a satisfacer toda la gama de necesidades colectivas.

He hablado de fin último y no de coincidencia entre autogestión y control obrero, para evitar un fácil retroceso a la utopía pequeño-burguesa que, como he aclarado antes, constituye el giro populista del socialismo pre-científico.

El problema de la relación coherente entre fines y medios

del socialismo no puede ser maquiavélicamente resuleto separando completamente la estrategia de la táctica; pero no debería haber siquiera dificultad en reconocer que, en una situación dominada por los intereses, por la racionalidad y por la disponibilidad del modo de producción capitalista-burgués, todo programa de autogestión será agotado fatalmente en una práctica de cogestión de las opciones y de los objetivos del adversario de clase.

Incluso si, como ha escrito Panzieri,

> el control obrero expresa la necesidad de llenar el "salto" actualmente existente entre las reivindicaciones obreras más avanzadas a nivel sindical y la perspectiva estratégica, al punto de poder ser comprendido como preparación de situaciones de "dualismo de poder" en relación a la conquista política total [3]

queda el problema de que este hecho está restringido a moverse y organizarse dentro de márgenes muy determinados por las contradicciones que se generan dentro del proceso de racionalización capitalista. Este proceso será más largo y menos incisiva y generalizada será la lucha por utilizarlo como una etapa de presión y de impulso hacia su conclusión; aumentarán más las probabilidades de que incluso el control obrero se agote y se corrompa en un enésimo "medio de adecuación", al que recurre el capitalismo para apuntalar su edificio en peligro. Y esto porque, como decía al principio, también el control obrero está llamado a hacer cuentas con el instrumento disponible dentro de la sociedad burguesa.

6. *Autogestión y control obrero*

Cuando se habla de instrumentos de lucha de clase dentro de la sociedad burguesa, se piensa inmediatamente en el sindicato y en el partido. Hoy, sin embargo, precisamente en relación con las instituciones más típicas e inmediatas del control obrero, se necesita hacer también un espacio a los consejos de fábrica y de zona. Se trata, como todos sabemos,

[3] R. Panzieri, *Sull'uso capitalistico delle macchine nel neocapitalismo*, en "Quaderni rossi", 1961, núm. 1, p. 71.

de las nuevas expresiones de democracia obrera surgidas al calor de la lucha y de la autonomía de clase, demandadas y exaltadas por el clima efervescente del 68 y por la manifestación estudiantil a nivel mundial. Sin embargo, también este experimento de democracia directa en la fábrica y en los barrios tiene sus precedentes históricos, casi todos de momento muy breve y coincidente con períodos de enorme tensión revolucionaria; y casi todos recuperados finalmente, en toda su carga innovadora, por las instituciones tradicionales del Estado representativo, ya sea de signo pluralista o declaradamente clasista.

He tenido oportunidad, en otra ocasión, de formular algunas hipótesis acerca de la línea a seguir por los consejos de fábrica y de su relación con el sindicato, por una parte, y con el partido, por la otra.[4] Para no repetirme aquí y, sobre todo, para no abusar de la atención de los compañeros con la introducción de un nuevo elemento problemático, me limitaré a recordar que todo juicio sobre la función revolucionaria de los consejos de fábrica permanece todavía suspendido en el doble cuestionamiento de cómo haremos, por un lado, para resistir las presiones integradoras de las instituciones tradicionales y, por otro, para generalizar los contenidos políticos de la autodeterminación obrera de la gestión del poder, tanto en la fábrica como en la sociedad, eludiendo incluso las sugerencias de las fáciles soluciones corporativas.

Para regresar a la relación sindicato-clase-partido, que además es un modo de retomar el discurso de la organización proletaria en un ámbito más tradicional, se necesita realizar un esfuerzo para evitar la tentación, ya sea de una mítica identificación de uno u otro término extremo de la relación con el intermedio, o de una convencional diferenciación de los dos términos extremos.

La clase es la única realidad estructural que figura al centro de esta relación debido a que el sindicato, por un lado, y el partido, por otra, representan formas históricamente transitorias de su organización en el ámbito institucional. Es en este sentido, y también por el carácter contractual de la adhesión a estas instituciones, que Gramsci consideraba sindicato y partido como

[4] Remito a mi informe sobre *I consigli di fabbrica a Bologna,* en "Fabbrica e Stato", 1972, núm. 4.

> organizaciones revolucionarias que no superan al Estado burgués y que no pueden abarcar todo el movimiento múltiple de fuerzas revolucionarias que el capitalismo desencadena en su proceder implacable de máquina de explotación y opresión.[5]

El hecho de que sindicato y partido estén constreñidos dentro del ámbito institucional del Estado burgués, explica por qué su relación con la clase está regida por los mismos principios de la división del trabajo que afirma la sociedad capitalista. No sólo se tiende a establecer que el sindicato debe limitar su propia esfera de acción a la defensa de los intereses económicos de clase y el partido a la de los intereses políticos, sino que se quiere volver a afirmar a toda costa una jerarquía entre partido y sindicato en relación a la opción estratégica del movimiento de clase. Las artificiosas y extenuantes disputas en torno al partido como "lazo de transmisión" del sindicato y la tendencia de este último a acentuar su propia autonomía, incluso en competencia y contraste con el partido, señalan cómo la corrupción de la asimilación de los principios burgueses de la división del trabajo ha sido determinante en la organización misma de la "única lucha de clase".

Con esto, quede claro, no quiero afirmar absolutamente que el problema de la relación sindicato-partido sea un problema falso y fácilmente eliminable con una operación intelectual que, al asumir que la lucha de clase es una e indivisible, infiera la necesidad inmediata de una única organización de clase. El Estado burgués y la división del trabajo que lo sostiene son una realidad que no se puede cancelar con operaciones de este tipo. Intento, más bien, explicar que en la medida en que, al medirse con la realidad, se encare el sostén y fundamento de la "clase" en cuanto tal y no uno u otro de sus componentes institucionales, la relación sindicato-partido deja de ser una relación jerárquica fundada en la división del trabajo y se convierte en una relación dialéctica considerada en su unidad-diversidad. Quiero decir, en palabras más simples, que sindicato y partido podrán continuar existiendo como cuerpos separados de la misma organización de clase y desarrollar su propio rol sobre pla-

[5] A. Gramsci, *Il Consiglio di fabbrica,* en "L'ordine nuovo", del 5 de junio de 1920. Ahora en *Scritti politici,* Roma, Riuniti Editores, 1967, p. 334.

nos diferenciados de las costumbres y convenciones de la sociedad burguesa, a condición, sin embargo, de que su unidad sea continuamente reconstituida y comprobada sobre la base de las decisiones y de los intereses políticos y económicos expresados directamente por la clase en lucha, por su propia y definitiva emancipación.

De aquí la importancia del control obrero y de sus instituciones de democracia directa, como los consejos de fábrica y de zona, o los colectivos políticos de barrio, pero también de aquí la necesidad de que ninguno de estos organismos, o los que la clase obrera vaya constituyendo en su proceso de autotransformación de la propia condición, sea destruido por la estructura formal y el poder disciplinario de las instituciones tradicionales que surgen "en el campo de la democracia burguesa".

La función de la "vanguardia" de clase no es una invensión jacobina ni se confunde con una concepción claramente iluminista de la lucha de clase, ya que en cada situación habrá siempre individuos que se adelanten a los tiempos, ya sea sobre el plano de la teoría o de la práctica revolucionaria. Es una función, sin embargo, que no puede ser reconocida por una alta investidura o por el mérito adquirido de la consideración pública, porque una vanguardia no pertenece jamás a su tiempo y serán siempre las circunstancias históricas las que decidan si ha sabido ejercer esa función. Las vanguardias se vuelven peligrosas, y realmente contradicen su origen jacobino cuando, en lugar de preceder, sustituyen, se sobreponen o engañan a la clase, estableciendo con ésta una identidad tanto absoluta como arbitraria, al punto de monopolizar su representación imponiéndole, incluso, su propia hegemonía minoritaria.

Porque la función de la vanguardia no está jamás desligada de una confrontación dialéctica con todos los componentes del movimiento de clase, buscando y desarrollando en ellos la negación de la propia función a través del crecimiento y la generalización de postulados más avanzados que su experiencia anticipatoria.

Se plantea ahora el dilema: ¿centralismo o autogestión?

En la medida en que la clase y el partido, sin perder sus peculiares características estructurales e institucionales, reconstituyan su unidad en el objetivo final de la lucha de clase, la alternativa no se plantea.

La autogestión, en este caso, pierde sus contornos utopistas y no corre el riesgo de confundirse con la práctica de la cogestión del poder ajeno.

Referida a la organización de la lucha de clase y a la defensa de su finalidad última, la autogestión es sólo otro modo de definir el control obrero en relación a la opción y a la dirección de los instrumentos a utilizar para lograr los objetivos de la lucha de clases. Resuelve, por tanto, en el único modo correcto, la relación de la clase con el sindicato, el partido y la vanguardia.

La autogestión del control obrero es la única forma posible de autogestión en el interior del sistema burgués. La única que puede eliminar las contradicciones entre fines y medios del socialismo y puede delinear el "dualismo de poder" que ha de avanzar con el control obrero.

Este libro se terminó de imprimir el 24 de noviembre de 1978, en los talleres de EDIMEX, S. A. Calle 3, núm. 9, Fraccionamiento Alce Blanco, Naucalpan, México. Se imprimieron 4 mil ejemplares.