

Original

ANTROPOLOGIA

FOLIO 44

DI = 2

SEA

①  
ANTROPOLOGIA

153

UF 2

Manuscrito

1<sup>er</sup> Junio

después de los  
De ayer a hoy: vacaciones  
construcción social del enfermo.

Claudine Herzlich y  
Janine Pierret

### 1. EL SOCIOLOGO Y EL PUNTO DE VISTA DE LOS ENFERMOS

A lo largo de la última década, el punto de vista y las concepciones del enfermo sobre su estado, han adquirido una importancia nueva en la sociología de la enfermedad y de la medicina. Sin duda, desde 1954 el libro de Koos, *The health of regionsville*, tenía por subtítulo "What people thought and did about it" (1). En 1961 apareció *The patients' views of medical practice* de Elliot Fraidson (2) y diversos artículos se interesaban en las definiciones profanas de la salud y de la enfermedad (3). Pero, en la mayor parte de los casos el objetivo de los autores permanecía bastante limitado e instrumental: analizar las definiciones profanas frente a las de los profesionales. Se las consideraba esencialmente como variables intermedias con relación a los comportamientos de demanda de atención y al funcionamiento de las instituciones médicas.

Hoy, el interés de los sociólogos por el punto de vista de los profanos se diversificó: se estudia la adhesión de los enfermos al "sick role" (4) pero también sus percepciones de las causas de su estado (5). La noción más amplia de la significación atribuida a la situación por los actores está en el centro de ciertos estudios (6) y, particularmente, del análisis de casos de enfermedades crónicas.

Este interés que se despierta en los sociólogos, aparece también entre los médicos (7) y, actitud que no era frecuente hace veinte años.

éstos aceptan sin condenar el hecho de que la "enfermedad" del paciente no coincide con la "enfermedad" del médico.

A través de estos diversos enfoques, el "punto de vista del enfermo" adquiere entonces poco a poco una nueva dignidad: a la idea de una percepción profana concebida como simple distorsión y empobrecimiento del saber médico, mezclado con algunas nociones tradicionales sin gran interés, sucede aquella de un modo de pensar autónomo, de una "lógica" o de una teoría profana que tiene su propia coherencia y cuyo análisis puede constituir para el sociólogo un objetivo intrínseco. A nuestro parecer esta evolución no es solamente propia de los sociólogos y debe ser relacionada con una tendencia más amplia que engloba también a los historiadores: interés por el lado oculto de las cosas, lo íntimo y lo privado, el reverso anónimo de lo legítimo, de lo público y de lo institucional, que lleven al estudio de las culturas populares y de las prácticas tradicionales. En sociología esta tendencia se sitúa en el contexto del desarrollo de enfoques, en sentido amplio, fenomenológicos: fue también influenciada por los trabajos de los antropólogos (8) acerca de la diversidad de las concepciones de la enfermedad en otras sociedades.

Pero estas tendencias y los estudios que se inspiran en ellas se nos aparecen marcados por limitaciones: de este modo los trabajos antro-

\* Centre de Recherche Médecine, Maladie et Science Sociales, CNRS-INSEERM 1, rue du 11 Novembre, 92120, Montrouge, FRANCE.

pológicos tienen a veces tendencia a limitarse a la enunciación de un discurso de la sociedad como expresión de creencias y de valores que quedan muy seccionados de la estructura social y de los comportamientos afectivos.

Los estudios de inspiración fenomenológica, al contrario, se limitan al nivel del individuo y de sus interacciones con el sistema de atención y permanecen decididamente microsociológicos (9). En este último caso, la limitación de las investigaciones tiende, al menos en parte, nos parece, a una concepción restrictiva del "fenómeno enfermedad" donde se lee además la influencia persistente del modelo médico: la de una enfermedad concebida esencialmente como el único estado de un cuerpo individual.

Esta concepción oculta la realidad de la enfermedad como fenómeno social total, analizable a este nivel: la naturaleza y distribución de las enfermedades son frecuentemente características de una época y de una sociedad y algunas de ellas pudieron, por sus consecuencias, ocasionar una distorsión completa de la evolución social (10); el hacera cargo de ellas moviliza pues una parte esencial de los recursos colectivos. Simbólicamente, la enfermedad es una de las encarnaciones privilegiadas de la desdicha individual y colectiva: de este modo exige siempre una explicación que supere la única búsqueda de "causas" y que anuncie al mismo tiempo una verdad acerca del orden del mundo y del cuerpo enfermo. Es en este sentido que podemos decir que la enfermedad es una "metáfora" (11); el pensamiento acerca de la enfermedad, la búsqueda del "sentido del mal" (12) es siempre, simultáneamente el pensamiento acerca del mundo y la sociedad.

La experiencia individual de la enfermedad, y la concepción que los profanos tienen de ella no son separables del conjunto de estos fenómenos macrosociales. Si es necesario considerarlos en el nivel individual así como a través de sus efectos en la interacción cara a cara con el médico, no es posible sin embargo comprenderlos verdaderamente más que resituándolos en la macroestructura. Es necesario esforzarse en otorgar un sentido fuerte a la idea según la cual las concepciones que los enfermos tienen de sus enfermedades y de sus causas, por ejemplo, "pueden ser muy individuales, pero (") serán hasta cierto punto socialmente imitadas" (13). A pesar de un interés creciente a lo largo de los últimos años, los sociólogos a través de las

diversas nociones de "conceptos profanos", "significado de la situación para los participantes", "perspectivas o puntos de vista de los pacientes" (14) buscaron más exponer las relaciones que estas realidades mantienen con el saber y las concepciones médicas, que analizar precisamente en qué forma se las puede llamar "sociales". Queda entonces por elucidar cómo las concepciones de las enfermedades individuales, del mismo modo además que las de los médicos, traducen y nutren a la vez un discurso colectivo que, por sí solo, dibuje en su totalidad la figura de la desdicha biológica y le da sentido. En cada una de las concepciones individuales, la especificidad de la experiencia orgánica, "la historia médica" de cada uno, se articula con los símbolos y esquemas de referencia colectivos y con las nociones derivadas del saber de los profesionales. Pero la historia social del individuo se integra también a estas concepciones: su posición y la de su grupo en la estructura social, que lo hace recibir y anunciar específicamente este discurso de todos, del cual, el suyo, a su vez, es una parte.

El discurso colectivo y las prácticas que derivan de él, lo dijimos, están arraigados en la realidad de la patología de una época y su respectiva respuesta social. Sin embargo el orden de lo simbólico no es el simple reflejo de la realidad. "Las ideas pasan del mundo del pensamiento al mundo de los cuerpos, de la naturaleza, y se transforman en relaciones sociales" escribe, por ejemplo, M. Godelier al término de un análisis acerca de la concepción de las relaciones hombres-mujeres y de las prácticas que derivan de ellas en una sociedad melanesia (15). Del mismo modo, las concepciones que una sociedad se hace de sus enfermos, y que los enfermos mismos interiorizan y nutren a su vez, orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y, en cierta medida "producen" la "realidad" de sus "enfermos".

Para cada enfermo, su enfermedad y el sentido que le asigna son entonces consideradas como experiencia y percepción individual a la cual atribuye un status de evidencia objetiva. El sociólogo, en lo que a él respecta, debe esforzarse en comprender en qué medida esta experiencia y percepción son, en realidad, construcción y en qué medida esta última trasciende al individuo solo (16). Frente a la dificultad de esta labor, nos pareció que el recurso a la

historia podía constituir una solución al menos parcial. Nos pareció que colocar de nuevo al enfermo y a la enfermedad en la larga duración permitía poner en evidencia el doble carácter construido y social del discurso sobre el enfermo y la enfermedad.

Hemos estudiado entonces de qué modo, en diferentes épocas, los enfermos describen su experiencia de la enfermedad, dicen cómo conciben su estado orgánico, interpretan las causas y perciben su lugar en la sociedad. Para comprender esta evolución de la figura del enfermo, la naturaleza de las enfermedades dominantes de un período constituyó el modo de entrada elegido. En cada época, una enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las concepciones colectivas. A su vez, reenvía al conjunto de las condiciones de vida, valores y concepciones de la existencia del momento: estudiamos entonces la enfermedad en el marco de las epidemias (peste y cólera) y de las enfermedades infecciosas de otros tiempos, de la tuberculosis y de la sífilis durante el siglo XIX, del cáncer y de las enfermedades crónicas que dominan la época moderna.

A través de la evolución a largo plazo, percibimos permanencias pero también reestructuraciones que afectan las nociones mismas de "enfermedad" y de "enfermo". Están ligadas tanto a la transformación de la patología misma como a la evolución de las instituciones que se hacen cargo de ella, tanto a la dominancia de diversas visiones del mundo "estructuradas por una significación central, como a un desarrollo de la medicina con sus vagabundeos, sus tiempos fuertes, su explosión después de un siglo. En cada época, en el término de nuestros análisis, "la figura del enfermo y la concepción que él mismo y los otros tienen de su estado, emerge de este modo de la combinación de estas diferentes determinaciones.

En dicho método, un ir y venir se opera, pues, de la sociología a la historia y de la historia a la sociología. Los sociólogos y los antropólogos fueron los primeros en tomar conciencia del hecho que la enfermedad y la salud no se reducen a su evidencia orgánica; mostraron que la enfermedad no escapaba a la influencia de la sociedad. Pero la historia, que nos muestra la evolución de las instituciones y de las relaciones en las cuales el enfermo es el centro, así como la diversidad de las categorías a través de las cuales es posible pensarlo, suministra quizás

una de las demostraciones más claras del carácter social de esta construcción.

Necesitamos aclarar los límites de esta tentativa (17). No buscamos obrar como historiadores, descubrir o explorar fondos de archivo u otras fuentes todavía inexploradas. Nos hemos basado esencialmente en los trabajos de los historiadores así como en los documentos publicados —crónicas, cartas, diarios íntimos principalmente— donde los enfermos hablan de su mal o en los cuales los testigos directos los describen. Quizás inapropiadamente, consideramos estos documentos como los equivalentes de las entrevistas que tuvimos a lo largo de los últimos veinte años con enfermos aquejados de afecciones diversas (18).

Al volver al pasado encontramos el problema inevitable de la fragilidad y de la desigualdad de las fuentes según las épocas y las categorías sociales. Durante ciertos períodos, los de las epidemias, por ejemplo, prácticamente ninguna carta o diario íntimo del enfermo llegó hasta nosotros, sólo un testimonio colectivo sobre la enfermedad del cual nos esforzamos en inferir el afecto a nivel del enfermo individual. Por otro lado es frustrante para los sociólogos ver que aquellos que hablaron acerca de su mal son raramente miembros de las clases populares, sino nobles, burgueses, y aún más frecuentemente escritores, intelectuales; la escritura fue durante siglos privativa de una minoría. Por último, en nuestra sociedad, las concepciones "profanas" de la enfermedad no son separables del desarrollo de la medicina que en cada época contribuye a modelarlas. Debemos entonces esforzarnos en analizar su interacción. Pero la relación puede operarse en los dos sentidos: del profesional al profano y del profano al profesional. Esto era aún más evidente en el pasado frente a un saber médico incierto.

Nuestro análisis tiene pues un carácter esencialmente hipotético. La naturaleza de los datos no permite ni el rigor demostrativo ni la sutileza del análisis que el sociólogo puede normalmente pretender con un material de observación y de encuesta recogido con los pacientes actuales, en una interacción entre el entrevistador y su objeto, según un objetivo determinado. Sin embargo la confrontación con el pasado, y la riqueza del material que ésta permite recontrar tiene una fuerza sugestiva tal que la experiencia nos pareció valiosa.

Agreguemos que para los sociólogos, el esfuerzo se concentrará en una perspectiva histórica, si es real, nos parece tener en sí mismo

un efecto positivo: poner en prueba nuestras categorías de análisis y demostrar su relatividad.

## 2. UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA: LAS ENFERMEDADES DE OTROS TIEMPOS Y LA NOCIÓN DE ENFERMO

Todos los análisis actuales del enfermo hablan de una realidad de la enfermedad como forma de vida. Ser un enfermo no designa solamente un estado biológico, sino que define también la pertenencia a un status. Ser un "enfermo" es también ser un "atendido" es decir entrar en relación con una de las instituciones más importantes de nuestra sociedad: la medicina. Hoy se puede vivir enfermo durante varios años sin inquietar al entorno, y conservando una actividad y una vida social. La enfermedad tiende entonces más y más frecuentemente a devenir una identidad que debe ser asumida, adquirida a impuesta a los otros, y es en las relaciones con la medicina que esta identidad se constituye.

Esta realidad de la enfermedad como forma de vida y del enfermo como actor social está bien lejos de lo que fueron durante siglos las epidemias: fenómeno colectivo y social que encarnó largo tiempo el mal absoluto, pero que paradójicamente fueron "enfermedades sin enfermos". De Boccaccio a Samuel Pepys y Chateaubriand, de Tucídides a Manzoni o Daniel Defoë, las narraciones de las epidemias abundan y al leer estos testimonios nos sorprende su aspecto repetitivo. A través de todos, la enfermedad aparece marcada de numerosos caracteres, el número, la muerte ineludible, la debilidad de los instrumentos para detenerla y los comportamientos de pánico, huida o corrupción que la acompañan.

Toda descripción de las grandes pestes es, en primer lugar, enumeración del número de muertos. A través de ella se percibe que la epidemia es siempre considerada como una realidad colectiva: Samuel Pepys, burgués londinense, anota el 20 de julio en el diario que lleva durante la peste de Londres, en 1665: "Me dicen que la epidemia se expande un poco por todos lados. Esta semana murieron 1089 perso-

nas" (19). El 27 de julio: "Cuando llegué a casa, vi el boletín semanal. Llegamos a un total de 1700 muertes debido a la peste" (20). El 10 de agosto: "Más de 3000 muertes esta semana" (21). El 20 de septiembre: "Hay 600 muertes más que la última semana, contrariamente a toda expectativa dado el frío de la última estación. 7.165 muertes de la peste" (22).

Asimismo en numerosas narraciones domina la imagen de la acumulación de cadáveres. Durante la cólera de 1832, Chateaubriand cuenta la peste de 1720 en Marsella y menciona "las encrucijadas donde el pavimento estaba cubierto de enfermos y moribundos tendidos sobre colchones y abandonados sin asistencia. Los cuerpos estaban tendidos a medio podrir con vestimentas viejas cubiertas de barro; otros permanecían de pie apoyados contra las murallas en la posición en la que habían muerto" (23).

El espacio social es turbado por la cantidad de muertos. El tiempo también estalla: la acción de la peste es de una rapidez fulminante y la muerte ineludible. Boccaccio describe en el Decamerón la peste negra de Florencia que comenzó en Messina en 1347: "Cuántos hombres vigorosos, cuántas damas bellas, cuántos jóvenes bellos que Galeno, Hipócrates o Esculapio habrían juzgado plenos de salud cenaban a la mañana con sus padres, sus compañeros, sus amigos, pero al caer la tarde iban a cenar en el otro mundo con sus antepasados" (24). Para el poeta Isabelino Thomas Nashe, que además murió de la peste, el encadenamiento de la enfermedad a la muerte es también seguro: "Rich men, trust not in wealth, Gold cannot buy your health; Physic himself must fade. All things to end are made. The plague full sift goes by. I am sick, I must die.

Lord, have mercy on us!" (25)

Hombres ricos, no confiéis en la riqueza; el oro no puede comprar vuestra salud; el físico mismo debe caer; todas las cosas están hechas para terminar. La plaga pasa velozmente; / Enoy enfermo, debo morir. Señor, ten misericordia de nosotros!"

Y en el siglo XVII, Samuel Pepys escribe aun: "La ciudad deviene tan malsana que no se puede contar más que con dos días de vida" (26).

Cuando la peste está en el lugar, es muy tarde: no se puede más que huir. La ciudad se vacía de vivientes, y en primer lugar de sus ricos y de sus poderosos. Este fenómeno se encuentra aún en 1832, durante la cólera que se abatió sobre París. Louis Blanc escribe: "La mayor parte de las personas ricas huyeron, los diputados huyeron, los pares de Francia huyeron" (27). La sociedad amenaza derrumbarse, las normas son abolidas. La peste se acompañó con saqueos, bacanales y tumultos.

Chateaubriand y otros cuentan como en 1832, se brinda por la salud de la cólera: "Vi borrachos en la barrera sentados delante de la puerta del cabaret, bebiendo sobre una pequeña mesa de madera y diciendo al elevar sus vasos: Salud, Morbus, Morbus, reconociéndolos, acudió y cayeron muertos bajo la mesa" (28). Pero la burla es también tentativa de exorcismo: es necesario familiarizar el miedo y en ausencia de otros recursos, obrar con astucia con el mal, disputarle el espacio que quiere apropiarse, arrancarle sus víctimas, en primer lugar los pobres. Ya que son ellos sobre todo los que siempre mueren. No es sorprendente que la burla y el pánico se transformen fácilmente en cólera: se sospecha de los judíos en la Edad Media, generalmente aún de los extranjeros. Las explosiones de violencia se suceden: se saquea, se mata. En el siglo XIX, se vuelven contra los ricos y los médicos acusados de envenenar al pueblo. Estas reacciones colectivas de las que dan cuenta los testimonios sugieren que al lado de lo ineludible de la muerte y la resignación individual la epidemia, amenazando el orden social, reveló las relaciones sociales.

Sin embargo desde la antigüedad, los hombres intentan luchar. Contra un enemigo tan temible, se recurre simultáneamente a todos los medios. En el mundo antiguo los sacrificios a los Dioses van a la par con las tentativas de desinfección y de mantenimiento de la higiene pública. Cuando reapareció la peste en Europa en el siglo XIV en un mundo dominado por la Iglesia y la te cristiana, la enfermedad apareció como la prueba enviada a los hombres por la cólera de Dios... Misas, invocación a los santos protectores como San Roque y San Se-

bastián, penitencias y peregrinajes, se imponen pues entre los recursos más poderosos: culminan en el extraño paroxismo de los Flagelantes que, durante varios años acompañan la peste negra, recorren Europa. La piedad y el acudir a Dios no impiden además practicar las más extrañas supersticiones. Daniel Defoë, por ejemplo, enumera para Londres en 1665 los diversos talismanes y amuletos a los cuales recurre la población. Pero, paralelamente aparece la lucha colectiva de la medicina y de la higiene, respaldada por la autoridad pública. Esta empresa llevará siglos: en un principio es necesario intentar conocer el mal y aislarlo. A partir de 1377, Ragusa impuso una cuarentena a los navíos. Venecia, luego Marsella, luego todos los puertos lo imitaron. Cuando el reflejo inmediato, el de la huida, concurre a la difusión de la plaga, se descubre que es necesario, por el contrario, encerrar los enfermos y cortar los lazos con ellos. Pero antes, es necesario conocerlos. A lo largo de los siglos se desarrollaron los procedimientos de perillajes y encuestas a partir de los primeros casos de modo que para los viajeros, los certificados y patentes de salud son necesarios para su entrada en una ciudad o en un puerto, garantizando a los habitantes que no llevaban la infección. En seguida, cuando la peste se instala, se los aísla: se cierran las casas donde reina la enfermedad secuestrando a los enfermos y sus familias; se impone la cuarentena a los navíos y a toda persona que haya estado en contacto con apestados, se construyen lazaretos.

Esta acción nos sorprende en primer lugar por su carácter autoritario. Por todos lados se crearon fuerzas policíales encargadas de hacer respetar los reglamentos y a partir del siglo XV se otorgó a las agencias y autoridades de salud poderes dictatoriales. Nos sorprende también por su carácter global: es una política de salud global que poco a poco se desarrolló en Europa contra la peste y de la cual nuestras políticas e instituciones sanitarias actuales llevan aún la marca. Adquiere poco a poco un carácter internacional. En el siglo XVII las ciudades y los Estados se advertían unos a otros el peligro de la peste. La epidemia fue finalmente vencida en escala continental. A fines del siglo XVII la peste fue eliminada de Europa. En el siglo XIX el cólera va a revivir la temática de la epidemia en las

concepciones colectivas: sin embargo, estamos en el fin de una configuración del mal: la resignación dio lugar a la acción.

Durante la epidemia, ¿cuál es la experiencia de los enfermos?. ¿Qué sentimientos los dominan?. ¿Qué imágenes tienen de su mal?. De hecho, sabemos pocas cosas de esto: invadidos por un mal fulminante, no tenían oportunidad de llevar el diario o el "livre de raison" que desearían descubrir ciertos historiadores. Además, su entorno no se prestaba casi a observarlos o a escucharlos: las descripciones de la peste se centran en la masa de los cadáveres o en el espacio urbano turbado, y no en el enfermo individual. Además, aterrizado, cada uno se esfuerza en huir de ellos. Boccaccio es elocuente sobre este punto: "Tal terror había entrado en los corazones, tanto en los hombres como en las mujeres, que el hermano abandonaba su hermano, el tío su sobrino, la hermana su hermano y frecuentemente la esposa su marido. Y lo que es más sorprendente y casi increíble los padres y las madres rechazaban ver y curar a sus niños como si estos ya no les pertenecieran" (29).

El enfermo es pues un condenado dominado por un mal extranjero, un destino que sufre en su brutalidad y su carácter irremediable. Frente al horror de ese destino, la lucha individual no es solo ineficaz sino también insensata: el enfermo no puede más que esperar la muerte. Sucede incluso que el mismo la llame. Encontramos de ello un ejemplo particularmente sorprendente, no a propósito de la peste, pero sí en el caso de otra enfermedad de otros tiempos, también fuertemente connotada sobre el plano simbólico: la rabia. A principios del siglo XVII un burgués de París, Pierre de l'Estoile relata varias veces en su diario casos de rabia. Esta afección, más que cualquier otra quizás, era concebida como la espera trágica e irreversible del destino. El individuo sobre el cual se abatía estaba en lo sucesivo completamente alienado, separado de sí mismo como de sus familiares, sin porvenir a raíz de que la rabia, se pensaba, transformaba al hombre en animal. Frente a esta amenaza se asfixiaba a los rabiosos. El carácter ineludible de este fin se imponía a todos, incluso al enfermo mismo. A veces aún antes de que los síntomas del mal se declararan, el enfermo demanda la muerte. Pierre de l'Estoile cita el caso de un paje que, mordido por un perro rabioso, "rogaba a aquéllos que lo acompañaban, que lo asfixiaran lo más dulce-

mente posible: lo que hicieron llorando y con gran pesar" (30).

Durante siglos en el occidente cristiano, esta antigua noción de una enfermedad-destino se funda con la concepción religiosa del mal: la voluntad divina es dueña del destino del hombre, Dios le envía la enfermedad por sus pecados, con motivo de su naturaleza pecadora; ella es advertencia y castigo. Es en estos términos que Pascal se expresa en su célebre "Priere pour le bon usage de la maladie" compuesto en 1654 cuando él mismo estaba enfermo: "Me haz dado la salud para servirlos y yo hice un uso profano de ella. Ahora me envías la enfermedad para corregirme: no permitas que yo use de ella para irritarlos por mi impaciencia. Usé mal de mi salud, y me has justamente castigado; no permitas que use mal vuestro castigo" (31).

Pero Pascal no sólo acepta el castigo; él lo demanda como si fuera también el remedio de su mal verdadero: el del alma. El pecador se convierte en penitente y el mal del cuerpo es mediación de la redención: "Hazme conocer bien que los males del cuerpo no son otra cosa que el castigo y la figura juntas del mal del alma. Pero Señor haz también que ellos sean el remedio haciéndome considerar, en los dolores que yo siento, el que yo no sentía en mi alma, ya que toda enfermedad está llena de úlceras (. . .) Házme los sentir vivamente y que los que me queda de vida sea una penitencia continua para lavar las ofensas que yo cometí" (32). Es en la sumisión total a la voluntad divina que entrevé la salud.

Tanto en los hombres como en las mujeres, tanto en los burgueses como en los grandes, en los escritos edificantes y también en los testimonios menos afectados, encontramos, a lo largo de los años, las mismas palabras y las mismas frases a través de las cuales expresaban su mal e intentaban darle una respuesta. Esta permanencia misma, este carácter casi ritualizado de la expresión, impiden al lector de hoy apreciar todo su sentido. La sensibilidad moderna no siempre percibe claramente qué temores, qué esperanzas, qué esperas expresan o esconden estas expresiones para nuestros estereotipos. Los historiadores nos enseñaron que las emociones, los sentimientos tuvieron también una historia y aquello que, para nosotros, no es más que una fórmula, puede constituir la forma colectiva que tuvo, en una época, la sensibilidad más

intima. Sin embargo sabemos también que la fe en la edad clásica y más aún la de las épocas anteriores era a veces rutinaria y negligente, en los pobres y en los campos sobre todo. Los testimonios muestran —y además los pánicos y las bacanales de la epidemia lo muestran— que existía en muchos un intenso miedo a la muerte y el deseo de no pensar en ella: la concepción cristiana de la muerte tuvo sin duda, según las circunstancias y el medio una acogida muy desigual.

Es sin embargo la principal forma que orienta las concepciones colectivas y modela la experiencia individual. Además, el recurso a la Iglesia calma también la impaciencia ya que, contra la enfermedad, toda acción humana es ineficaz. Los médicos mismos acuerdan con esto: el tratamiento médico debe "comenzar por la purificación de nuestras almas" (33) escribe, en el siglo XVII el médico de Rouen David Jouysse. Pero sobre todo la visión religiosa responde a la búsqueda de sentido. En una época donde "morir bien" es la preocupación más grande, la visión cristiana otorga a la enfermedad una función positiva de advertencia y redención.

Esta concepción tuvo sin duda su apoteosis en Francia, en lo que el historiador Michel Vovelle llamó el "gran ceremonial" de la muerte en la edad clásica (34). En este ritual colectivo, donde se expresa una visión del mundo correlativa a una visión del mal, se trasciende la impotencia humana. El moribundo, al que no se le oculta nada de su estado, es el primer actor del gran espectáculo de su muerte. Dominando sus sentimientos y su debilidad, sabe según qué etiqueta estricta y por qué camino preciso debe pasar del adiós a los sobrevivientes a los ejercicios espirituales que lo preparan para encontrarse con Dios. Paralelamente, el sentido del mal

se revela: la separación atroz con este mundo es transformada, a los ojos de todos, en un feliz retorno a Dios. Michel Vovelle nos hace seguir paso a paso la muerte de un cierto número de grandes de este mundo en la edad clásica —en particular la de Ana de Austria— y sin duda tenemos el sentimiento de que tales rituales, una tal puesta en escena colectiva de los sentimientos, de las emociones individuales eran bien asumidas por los reyes y los príncipes, en los que la vida entera era un espectáculo. Sin embargo en el otro extremo de la escala social, Michel Vovelle nos hace también asistir a la muerte de Catherine, "hija pobre de Nivelles", víctima de la peste en 1633. Catherine reconoce que está enferma, el narrador cuenta que "no se perturbó demasiado a pesar de que sabía que estaba condenada" (35). Decide entonces ir al cementerio para morir y ser enterrada allí. En el camino, imorovisó un ritual casi idéntico al observado durante la muerte de un príncipe. Ella organiza su muerte, se despide, reza y se confiesa frente a "una asistencia admirada: "Luego de haberse confesado, recibió erredollada la Extremunción (. . .) levantó su pequeño equipaje para encaminarse a Gontal (así se llama el cementerio), acompañada de su hermana, que la ayudó caritativamente hasta la muerte. Al partir, encargó a una compañera hacer decir la misa en la iglesia principal en honor a Santa Gertrudis, para la paz de su alma y cuerpo; tomó en una mano la vela bendita, y el agua bendita en la otra, como una virgen prudente yendo a encontrar a su esposo (. . .). Caminando por la calle, dijo el primer adiós a algunos vecinos, pidiéndoles perdón por el mal ejemplo que les había dado. Cuando le preguntaron donde iba, dijo: "Me voy, al Paraíso, si Dios lo desea. Confío en su misericordia" (36).

### 3. LOS PROCESOS DE LA CONSTRUCCION SOCIAL DEL STATUS DE ENFERMO

Desarrollamos tan extensamente este análisis para permitirnos comprender mejor de qué manera las concepciones de la enfermedad y del enfermo se afirman en la conjunción de un cierto estado de la patología, de los valores y visiones del mundo dominantes en una sociedad, de los conocimientos médicos y de su eficacia, en fin del sistema institucional que se hace cargo de la enfermedad. Pero medimos de

este modo la relatividad de lo que llamamos hoy en día "un enfermo" y podamos entonces considerar de qué manera se construyó socialmente el enfermo de hoy. En efecto, durante todos los siglos dominados por la epidemia y regulados por la visión religiosa del mal, vemos numerosos moribundos y muertos, pero no es seguro que veamos ya lo que nosotros llamamos hoy "enfermos". Durante siglos, la enfermedad

es ante todo el prejuicio de muertes colectivas. La causa del castigo social, el signo y el castigo del pecado. Pero no es, como devino la enfermedad moderna, el fundamento de un modo de vida y de integración social particular.

Por supuesto existieron otras enfermedades además de las epidemias; enfermedades individuales de las que no se muera de golpe y con las cuales es necesario vivir. La enfermedad de la piedra con la cual Montaigne nos entretiene largamente en sus "Ensayos" es un buen ejemplo de esto. Asimismo es necesario recordar la multiplicidad de dolencias y discapacidades que azotaron una humanidad la mayor parte de las veces sufriente. La importancia de las peregrinaciones donde los enfermos prestaban testimonio. Pero estos males e infecciones no tenían la importancia simbólica de la epidemia y no estructuraban la imagen de la "enfermedad". Ellas describían una figura del "hombre enfermo", consustanciada con la naturaleza humana, no anunciaban un status específico.

En la visión religiosa del mal, su camino, lo que se describe es un pecador, un penitente, y un moribundo, más que un "enfermo" en el cual la noción está, en su carácter puramente transitorio, desprovista de verdadera importancia. Pero el saber médico, durante mucho tiempo, no participó tampoco en la construcción de la noción de enfermo tal como la comprendemos hoy. Sin duda se pudo decir que hasta fines del siglo XVII, la medicina se preocupó más por el hombre sufriente que luego del desarrollo de la medicina clínica. Hasta Sydenham al menos la concepción médica del mal es particularizante: existe un lazo indisoluble entre la persona y su mal. Pero esta presencia del hombre sufriente en la cosmología médica (37) no va necesariamente junto con la existencia de "lo que llamamos hoy el "status del enfermo".

Para que apareciera lo que llamamos hoy el enfermo, numerosos elementos jugaron un rol y fueron puestos progresivamente en su lugar. Primero fue necesario que la enfermedad dejara de ser un fenómeno de masa y que constituyera una forma de vida más que una forma de muerte. Luego la medicina debió ser capaz de intervenir eficazmente sobre la enfermedad y de sustituir la visión y respuesta religiosa. Finalmente, por intermedio del desarrollo de las leyes sociales, las nociones de enfermedad y salud se encontraron ligadas al trabajo, y el enfermo se definió por su lugar en el proceso de produc-

ción. Los dos primeros elementos muestran que la enfermedad se individualiza y pierde su carácter colectivo. Pero, por su relación con el trabajo y bajo la respuesta médica, la enfermedad se convierte simultáneamente para el individuo en relación social y nueva estructuración de sus relaciones con lo que llamamos la sociedad.

La mayor parte de estas evoluciones tuvieron lugar a lo largo del siglo XIX. Particularmente, la percepción de la enfermedad como una condición individual, asociada con un modo de vida específico, durante un periodo eventualmente largo, nos parece correlativa con la afección que durante un siglo, luego de la epidemia, cristalizó las angustias colectivas: la tuberculosis.

Si bien la tuberculosis mata masivamente no ocasiona como la epidemia la muerte colectiva y brutal en la cual el hombre se hunde. Se muere individual y bastante lentamente de tuberculosis: ella deja percibir al enfermo, su condición, la imagen que tiene de sí mismo, y la que los otros tienen de él. Además, por su duración, la enfermedad se convierte en una forma de vida más que una forma de muerte. La "cura", el viaje, la estadía en el sanatorio, que constituyeron durante tanto tiempo los únicos tratamientos verdaderos de la tuberculosis, dan al enfermo un status específico: la figura del enfermo no es más que un valor existencial, se define por un modo de vida y un lugar en la sociedad.

A fines del siglo XVIII, al mismo tiempo que el dominio de la Iglesia sobre la sociedad disminuye lentamente, las ideas de pecado y regeneración pierden su impacto. El sentimiento de la muerte también se transforma y el terror que provoca no puede ya ser contenido por el ritual religioso. El enfermo no puede seguir siendo reducido a la figura del penitente. Cuando en el siglo XIX se desarrolla la ciencia, y se opera, acompañado o no de eficacia, el ascenso de la intervención médica, el médico y el enfermo dejan de sentirse dominados por la voluntad divina. Se piensan enfrentados a procesos orgánicos que pueden ser conocidos y regulados. Como dijo Foucault: "La enfermedad se aparta de la metafísica del mal a la cual durante siglos estuvo emparentada" (38).

La enfermedad se encarna en estados de cuerpos legibles para la ciencia. Con la clínica, la concepción religiosa del mal desapareció

definitivamente: los síntomas permiten leer la naturaleza de la enfermedad y son organizados en un saber sistemático. Debido a esta nueva racionalidad comienza también a aparecer la homogeneidad del status de enfermo que resulta idéntico a pesar de las diferentes formas de padecimientos. La diversidad de los males reenvía a un lugar constante en la sociedad. Paralelamente, la resignación se borra frente al deseo de vivir a cualquier costo y aparece la creencia de que la medicina puede algo. La medicina ocupa sobre todo el lugar del padre y de la religiosa para tratar a los enfermos. Además, ser enfermo y recurrir al tratamiento médico se convierten en sinónimos.

A partir del siglo XIX la enfermedad adquiere también su sentido con relación al trabajo. Con el desarrollo industrial y el aislamiento que lo acompaña, se impone la necesidad de tener una mano de obra que responda a las exigencias de la producción. La salud se asimila a la capacidad de trabajo y la enfermedad a la incapacidad. En tal contexto importa pues encontrar los medios de conservar y restaurar la salud cuando es amenazada. Es la concepción que impulsa en Francia, a partir de la Tercera República el desarrollo de las leyes sociales, indemnización en caso de accidentes de trabajo, asistencia a los desocupados y seguros sociales de enfermedad. Un desarrollo del mismo orden tuvo lugar, pero de una manera más precoz, en la mayoría de los países occidentales. Desde entonces, todo asalariado con motivo de su actividad profesional es un "asegurado" que, en caso de enfermedad, tiene acceso a las atenciones médicas y derecho a dejar de trabajar. A su vez, la enfermedad misma es transformada: se inscribe en nuevos lazos con la colectividad y el enfermo aparece como un personaje nuevo sobre la escena social. Las transformaciones de la patología, como lo muestran la tuberculosis y más aún la enfermedad crónica de hoy, contribuyeron a la emergencia de una figura

individualizada del enfermo. En lo sucesivo, se le reconoció un status de individuo inactivo liberado de los deberes de la producción y aceptado como tal. Nuevos derechos y deberes así como un modo de relación original con el conjunto social van a definirse.

Las concepciones profanas actuales de la enfermedad, la imagen que en nuestros días el enfermo tiene de sí mismo y la que se tiene de él se estructuran alrededor de estos elementos y están profundamente arraigadas en esta realidad social (39). Hoy, para locos nosotros, ser enfermo es una condición individual pero no se piensa fuera de las relaciones que se mantienen no sólo con la medicina y los médicos, sino también con la familia, el entorno, el trabajo y las diferentes instituciones sociales. La concepción del enfermo sobre su enfermedad es también concepción de su relación con los otros y con la sociedad en su conjunto. A través del discurso sobre la enfermedad se expresa un discurso sobre la sociedad entera.

Evaluamos pues el reduccionismo que existe al tratar las concepciones profanas esencialmente en sus relaciones con las concepciones médicas, consideradas como esquema de referencia único y obligado, y si no considerar la figura del enfermo sólo en su relación con el médico. Nuestro estudio nos muestra hasta qué punto el enfermo puede ser situado en contextos muy diversos y cómo la experiencia de la enfermedad puede tener otros contenidos. Ahora bien, el pasado se extiende siempre en el presente y no es necesario pues limitarnos a analizar una realidad sólo en sus condiciones actuales. Además, si la enfermedad está hoy de hecho entre las manos de la medicina, sigue siendo, en su realidad y en la imagen que se forma de ella, un fenómeno que la desborda en todas direcciones. A su vez la medicina como saber, como práctica y como institución, no es independiente del discurso colectivo de una época y de su estructura social.