



Vol. 16 No. 4

Diciembre de 2013

# MEMORIA INDIVIDUAL E HISTORIA SOCIO-CULTURAL DE LA ENFERMEDAD

Diego Armus<sup>1</sup>  
Swarthmore College  
Estados Unidos de Norteamérica

## RESUMEN

La pregunta que organiza estas notas es qué hacer con los recuerdos del enfermo. La memoria y los relatos de memoria permiten al enfermo comunicar su experiencia con la enfermedad y en ese proceso, el enfermo se afirma como sujeto. Su testimonio, hecho desde el presente, acarrea una inevitable simplificación y reclama un gran nivel de coherencia, con frecuencia impuesta o en gran medida artificial. Al mismo tiempo, es un testimonio personal, de alguien que ha registrado lo que ha pasado porque es él mismo, el enfermo, quien ha vivido la enfermedad. La relevancia de esta voz individual en la historia socio-cultural de una enfermedad está, sin embargo, saturada de tensiones y limitaciones. En primer lugar, porque la narración del enfermo no es la única fuente de conocimiento sobre la experiencia individual de la enfermedad. Luego, porque su relato está permeado por operaciones lingüísticas, discursivas, subjetivas y socioculturales, ellas mismas modeladas por la experiencia social del enfermo, sus principios morales, sus convicciones religiosas, el mayor o menor peso que en su vida han tenido ciertos saberes biomédicos y también otros saberes y tradiciones no científicas. Como resultado de ese proceso, la memoria individual es también una memoria colectiva. Aun así, las más de las veces, el recuerdo del enfermo no es público y no suele alimentar una memoria pública. Darle al testimonio del enfermo una relevancia mayor que a otros relatos es problemático, porque reconocería en el recuerdo personal de la experiencia de la enfermedad una condición superior de verdad. Parece entonces prudente

<sup>1</sup> Profesor de Historia Latinoamericana, Swarthmore College. Correo electrónico: [darmus1@swarthmore.edu](mailto:darmus1@swarthmore.edu)

concluir que lo que recuerdan los enfermos es solo una parte de la historia sociocultural de una enfermedad. Esa historia — inevitablemente incompleta pero también convenientemente contextualizada y comprensiva— debe ser capaz de cobijar subjetividades y procesos macro-históricos, individuos y grupos sociales, discursos y experiencias, memorias individuales y colectivas.

**Palabras clave:** Historia, Historia socio-cultural de la enfermedad, Memoria individual y colectiva, Enfermos, Creencias.

## INDIVIDUAL MEMORY AND SOCIO-CULTURAL HISTORY OF DISEASE

### ABSTRACT

The question that organizes these notes is what to do with the memories of the sick. Memory and memory narratives allow the sick to communicate his experience with the disease. In the process the sick becomes a subject. His testimony is made from the present, carries an inevitable simplification, and demands a high level of consistency, often imposed or largely artificial. At the same time, is a personal testimony, a testimony of someone who has recorded what happened because it is himself, the sick, the one who has lived the disease. The relevance of the individual voice in the socio-cultural history of the disease is saturated with tensions and limitations. Firstly, because the narrative of the sick is not the only source of knowledge about the individual experience of the disease. Secondly, because his narrative is permeated by linguistic, discursive, subjective, and socio-cultural operations, themselves shaped by the social life-experience of the sick, his morals, his religious convictions, his more or less intense exposure to biomedical knowledge and other knowledge and traditions produced outside the realm of science. As a result, and inevitably, the individual memory is also a collective memory, one that most of the time is neither public nor it feeds public memories. Giving to the memory of the sick greater importance than other narratives is problematic because it would recognize in the individual memory of the experience of illness a higher, truth status. Instead, it seems prudent to conclude that what the sick remembers is just a part of a broader socio-cultural history of a certain disease. That history - inevitably incomplete but also contextualized and comprehensive- should be able to shelter subjectivities and macro-historic processes, individuals and social groups, discourses and experiences, and individual and collective memories.

**Key words:** History, Socio-cultural history of disease, Individual and collective memory, Sick, Beliefs.

A mediados de los años ochenta, en los medios universitarios argentinos —y sospecho que también en los otros latinoamericanos— pocos hablaban de memoria. No es que el tema estuviera totalmente ausente. Era, digamos, tangencial. Cada tanto aparecían referencias a Paul Ricoeur, Hayden White, Pierre Nora. Si la memoria no me falla, yo mismo creo haber usado en un seminario alguna referencia a la película de Federico Fellini *Amarcord* —*Mis Recuerdos*, me parece, era el subtítulo de la versión castellana— o la *Noche de San Lorenzo*, de los hermanos Taviani; en particular, esa escena en que uno de los protagonistas —mirando un cielo estrellado que más que italiano era sudamericano— le susurra al otro: “las cosas no son como son, sino como las recordamos”.

Para decirlo en otras palabras: el tema de la memoria empezaba a tomar forma, pero creo que nadie, en ese entonces, hubiese imaginado que en los primeros años del siglo XXI el mundo académico le daría a este tópico el lugar de preeminencia que ha logrado. En efecto, pasaron más de dos décadas y hoy la memoria como problema, preocupación y objeto de análisis planea, casi omnipresente, sobre las humanidades y las ciencias sociales. Nuevos temas, o temas viejos pero reenfocados, pusieron en el centro a los sectores subalternos o subordinados, enfatizando en su cotidianeidad, sus subjetividades, sus acciones de confrontación y resistencia, pero también de ajuste y adaptación. Al calor de esos empeños se fue consensuando la idea de que la identidad o, mejor, las identidades, se construyen, cambian en el tiempo y en gran medida son situacionales. La normalidad entró en cuestión y se abrió paso la ambigüedad, la transgresión y ese vasto y riquísimo mundo de los grises que marcan y dominan la vida de los individuos y las sociedades. Los enfoques esencialistas, tan presentes en las lecturas estructuralistas de los años sesenta y setenta, fueron perdiendo presencia; se fueron opacando.

Para los historiadores, al menos para algunos de ellos, todo esto significó darle un renovado lugar al trabajo con fuentes primarias como las cartas, las autobiografías, los diarios íntimos y, por supuesto, la historia oral y los testimonios personales. De algún modo, lo que este giro ha traído consigo, es

cierta confianza en la primera persona que narra su vida privada, pública, emocional o política. Se trataba del retorno del sujeto al relato de la historia (Sarlo, 2005).

En algunos lugares —muchos países latinoamericanos lamentablemente son parte de ese exclusivo grupo— la irrupción de los estudios de la memoria también ha impactado, y no de manera superficial, en el mundo extra-académico. Allí donde hubo experiencias colectivas funestas como la guerra, la persecución, las violencias dictatoriales o la violencia generalizada, los estudios de la memoria se han cargado de urgencias y con frecuencia politizados. Así, hay premeditados usos políticos de la memoria, hay quienes hablan de memoria justa y quienes hablan de memoria colectiva en singular. De todos estos usos, el más problemático, a mi modo de ver, es el de la memoria como sinónimo de la historia.

Estas notas de indudable carácter preliminar se proponen explorar algo del impacto de esta moda —y no estoy usando la palabra de modo irónico— en el subcampo de estudios de la historia sociocultural de la enfermedad. La pregunta que organiza mis reflexiones es: ¿Qué hacer con los recuerdos del enfermo?

Para responderla, propongo hacer un somero recorrido sobre la trayectoria de los estudios de la memoria y otro sobre la trayectoria de la historiografía sobre la salud y la enfermedad. Por último, incursiono en las posibilidades y limitaciones que marcan al empeño de incorporar la memoria cuando en el centro está el problema de la enfermedad como fenómeno socio-cultural y en perspectiva histórica.

Al despuntar el siglo XXI la palabra historia está cargada de asociaciones muy ambivalentes. En los años noventa se hablaba del fin de la historia, sea como coletazo de los eventos políticos vinculados a la crisis del bloque soviético, de la irrupción con paso firme del pos-modernismo, de las supuestamente novedosas fuerzas de la globalización, del debilitamiento o muerte de los sujetos colectivos. Se trata de ejemplos de una lista seguramente más larga. Mientras esto ocurría, fue avanzando una agenda intelectual centrada en la exploración de temas verdaderamente históricos por su naturaleza: la construcción de identidades

individuales y colectivas, la función y uso cultural, social y político de las narraciones del pasado, las complejas estructuras donde se basa el acto de recordar y olvidar. Muy pronto, y en gran medida como resultado de ese proceso, la historia y la memoria histórica se hicieron un lugar hasta entonces desconocido en los medios de comunicación, los debates públicos y la organización de agendas políticas. Así, mientras por un lado se declaraba el fin de la historia, por otro, volvía con fuerza renovada la perspectiva histórica del presente (Rüsen, 2006).

La gente escribe la historia a través de los modos en que en el presente se mira el pasado. Y esas miradas no se articulan en el vacío sino que están condicionadas por específicas circunstancias que, ellas también, son resultados de procesos que tuvieron lugar en el pasado. Así, la historia lidia con el paso del tiempo en el mundo real y, al mismo tiempo, con el enjambre de interpretaciones que se proponen dar sentido a ese paso del tiempo. Y el enjambre es denso, entre otras razones, porque el lugar y relevancia de la historia en el presente dista de ser uno solo. Para algunos, es el sustrato donde se acumulan experiencias sin las cuales es imposible dibujar las líneas más gruesas de alguna orientación del futuro. Para otros, es una fuente de enseñanzas destinada a evitar repetir errores, o una referencia a formas tradicionales de vida o rasgos identitarios de un cierto grupo. Son solo ejemplos, y alargar esta lista no es demasiado complicado. Como sea, es en ese doble carril —el de los hechos del pasado y el de su interpretación— en que el pasado deviene historia.

Hablar de memoria es también hablar de olvido (Ricoeur, 2004). Nadie puede recordarlo todo; por eso, insistir en que la memoria es selectiva, es casi una obviedad. Cualquier narrativa que se propone organizar de algún modo la memoria, lo hace con un inevitablemente limitado número de eventos. Y en ese proceso se necesita del olvido. El olvido, claro está, puede ser pasivo o activo. Pero esta calificación, antes que revelar dos fenómenos bien distintos, da cuenta de un continuum donde hay superposiciones y ambigüedades.

La memoria y la historia compiten por el pasado. La memoria desconfía de la historia porque con frecuencia la historia se olvida de la subjetividad. Y la historia

no siempre puede creerle a la memoria porque la memoria suele poner en primer plano el testimonio sobre el complejo escenario donde transcurrió la experiencia. Lo cierto es que no hay experiencia sin narración, así como no hay testimonio sin experiencia. En cualquier caso, los eventos del pasado no pueden ser erradicados. Pero con los esfuerzos por dar sentido a lo que ha pasado, las cosas son distintas puesto que ese sentido, o sentidos, no son unívocos.

El enjambre de posibilidades interpretativas de ese pasado en alguna medida resulta del enjambre de expectativas, deseos, miedos, predicciones y planes que marcaron la vida de quienes fueron protagonistas de ese pasado. Dicho de otro modo: las contingencias y la agencia de los sujetos no pueden ignorarse. Ambas se hilvanan y tensionan con estructuras de muy diverso tipo —sociales, culturales, económicas, políticas— que las enmarcan pero que no las definen completamente.

La memoria es el más fundamental de los procedimientos de la mente humana que constituye la historia. Cualquier discusión sobre el sentido de la historia debe recurrir a la memoria en tanto puerta de acceso al mundo de la experiencia. En ciertas circunstancias o en ciertos lugares o para ciertos problemas hay exceso de memoria, mientras que en otros la situación es exactamente la opuesta y lo que domina es, digamos, la escasez de memoria (Ricoeur, 2004).

Pero estos asuntos de exceso o no de memoria remiten a otro problema que es el de la memoria individual y la memoria colectiva. El tema no es una novedad de estas últimas décadas. Al despuntar el siglo XX se anunciaron los lineamientos dominantes de una aproximación al problema que mucho más tarde sería retocada por muchos, pero sin cambiar sustancialmente sus presupuestos fundamentales (Halbwachs, 1992). Desde esta perspectiva, los fenómenos de la memoria se les ofrecen a los individuos de una forma tan natural y casi espontánea, que los llevan las más de las veces a transformarlos en recuerdos personales. Con esos recuerdos, los individuos construyen historias que ellos quieren individuales. Sin embargo, esos relatos son evidencias de experiencias sociales; esto es, experiencias expresivas de una memoria que es colectiva. Así,

los recuerdos no pueden ser pensados como resultados de acciones individuales sino como parte de concatenaciones de recuerdos que han sido puestos allí por otros, en un proceso de algún modo pre-construido. Así, tanto los hechos recordados como el acto de recordar dependen del lugar del sujeto en una red de significaciones previas. No se recuerda en soledad sino con la ayuda y la asistencia de memorias de otros, de narrativas articuladas por otros, de lo que han escuchado y visto, de registros de memoria privados, pero también de los registros públicos que se proponen hablar en nombre de un grupo (de los miembros de un club de fútbol a los ciudadanos de una nación). La tentación, por supuesto, es pensar que una cierta memoria colectiva habla en nombre de memorias individuales, que cada memoria individual es una voz en el mar de esa memoria colectiva, esto es, la memoria de un grupo.

Con esas memorias individuales se puede ampliar el horizonte y empezar a explorar su lugar en la historia individual y, de ser posible, la de un cierto grupo como fenómeno social y cultural. No hay dudas que la enfermedad es un dato vital en la trayectoria de cualquier individuo, y que los enfermos —en ciertas circunstancias— pueden ser discutidos como un grupo, un colectivo social. Cabe, ahora, una primera pregunta: ¿Cómo han impactado estas preocupaciones por la historia y la memoria en la historiografía de la enfermedad y la salud?

Las relaciones entre historia, salud y enfermedad en las últimas dos o tres décadas se han hecho un lugar en la historiografía contemporánea, incluyendo la de la América Latina y la Argentina. Se trata, por un lado, de empeños de renovación de la tradicional historia de la medicina; por otro, del descubrimiento de la enfermedad como objeto de reflexión por parte de las ciencias sociales y las humanidades, revelándose como uno de los tantos nuevos temas de estudio que descubren cuán fragmentados están los estudios históricos, ahora mucho más prolíficos en recortes temáticos que en abarcadoras miradas al pasado.

Ambas narrativas reconocen en las enfermedades no solo un virus o una bacteria —esto es, la existencia de algún tipo de sustrato biomédico— sino también una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, facilitar y justificar la creación y el uso de ciertas tecnologías y desarrollos institucionales,

canalizar ansiedades sociales de todo tipo, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas o sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud. Este modo de escribir la historia de las enfermedades asume que una dolencia, mal o patología existe luego de que se ha llegado a un acuerdo que revela que se la ha percibido como tal, denominado de un cierto modo y respondido con acciones más o menos específicas. Así, el estudio del *descubrimiento*, la *vida* y la *muerte* de una cierta enfermedad ha estado nutriendo a la nueva historia de la medicina, la historia de la salud y la historia sociocultural de la enfermedad.

Se trata de tres estilos de abordar el pasado que despliegan énfasis diversos y también muchas coincidencias y superposiciones (Armus, 2005). La nueva historia de la medicina busca tensionar la historia natural de una patología y los inciertos desarrollos del conocimiento biomédico, discutir no solo el contexto — científico, social, cultural y político— en el cual algunos médicos, instituciones y tratamientos *triunfaron*, haciéndose un lugar en la historia, sino también el de aquellos otros que quedaron perdidos en el olvido.

La historia de la salud tiende a enfocarse en el poder, la política, el Estado, los sistemas de atención y la profesión médica. En gran medida es una historia donde la medicina suele aparecer en clave progresista y donde las relaciones entre las instituciones de salud y las estructuras económicas, sociales y políticas están en el centro de la narrativa. Discute no tanto los problemas de la salud individual sino la de los grupos. Estudia los discursos y formulaciones políticas destinadas a prevenir, preservar o restaurar la salud de la población, y suele centrar su atención en los momentos en que el Estado o algunos sectores de la sociedad impulsan acciones concretas resultantes de procesos de negociación política y procesos vinculados a las certezas que la biomedicina está ofreciendo frente a aquellas enfermedades que fueron reconocidas como problema público. Algunos, cada vez menos, siguen insistiendo en la sobre-determinación de las necesidades del sistema económico, sugiriendo que los problemas de la salud y la enfermedad son, sin más, un epifenómeno de la estructura dominante. En cualquier caso, la historia de la salud es una historia que se pretende útil e

instrumental, dispuesta a investigar el pasado con el objetivo de encontrar allí pistas que, se supone, deberían reducir —de modo no específico sino general— las inevitables incertidumbres que marcan a todo proceso de toma de decisiones en materia de salud pública.

Finalmente, el tercer estilo narrativo, la historia sociocultural de la enfermedad, que lidia con las patologías no solo como un problema en sí mismo sino también como excusa o recurso para discutir otros tópicos, no necesaria o directamente ligados a asuntos biomédicos. Se concentra en las condiciones materiales de vida y de trabajo y sus efectos en la mortalidad y la morbilidad y el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria que permitió controlar algunos de los cíclicos azotes epidémicos. También explora las metáforas asociadas con una cierta enfermedad, los avatares de la medicalización como fenómeno relevante de la modernidad, las instituciones y prácticas de asistencia, disciplinamiento y control médico-social ofrecidas desde la biomedicina, las alternativas de atención originadas por fuera de la biomedicina —esto es, el mundo de los curadores populares, la automedicación, las medicinas alternativas e híbridas—, la perspectiva de los enfermos frente a los problemas de la salud y la enfermedad, las subjetividades de los enfermos. Es en este tercer estilo narrativo —el de la historia sociocultural— donde los problemas de la memoria individual y colectiva de una enfermedad están ganando una modesta presencia historiográfica.

Cuando alguien narra su vida para configurar una experiencia temporal confusa, informe y, en última instancia, muda, inventa una trama. Del mismo modo que en un relato de ficción, conecta y articula lo que en el mundo cotidiano es azaroso e inconexo. Ese relato permite pensar que, de algún modo, se está pasando en limpio la historia personal. Se trata de un relato modelado desde el presente del enfermo, ya sea cargando con su enfermedad o con su condición de ex-enfermo. Esa modelación reclama imperiosamente un gran nivel de coherencia —coherencia impuesta o en gran medida artificial— al momento de ofrecer un balance de su lucha contra la enfermedad.

La memoria y los relatos de memoria permiten al enfermo comunicar su

experiencia con la enfermedad, y en ese proceso el enfermo se afirma como sujeto. Sus verdades, ciertamente subjetivas, lo descubren como sujeto cognoscible. Su testimonio se hace desde el presente. Se trata de un testimonio que necesita de cierta simplificación. Al mismo tiempo, es un testimonio personal, de alguien que ha registrado lo que ha pasado porque es él mismo, el enfermo, quien ha vivido la enfermedad. Su voz puede ser recibida más o menos críticamente por el médico. Y también puede ser ignorada.

La atención y relevancia del registro personal de la experiencia no ha sido igualmente intensa a lo largo del siglo XX. Sin duda, se ha acentuado en las últimas décadas en que los medios de comunicación han avanzado con paso demoledor en la vida cotidiana. Sin embargo, la narración del enfermo no es la única fuente de conocimiento sobre la experiencia individual de la enfermedad. Darle a ese testimonio una relevancia mayor que a otros documentos parece por lo menos problemático, porque reconocería en el recuerdo personal de la experiencia de la enfermedad una condición superior de verdad. Con todo, es necesario notar que a medida que el enfermo o ex enfermo narra la historia de sí mismo, la historia que le dicta sus recuerdos, la narración que va tomando forma es el resultado de una trama que carga con todas aquellas otras narraciones que otros le han contado, que ha leído, que ha visto, con narraciones legas y con narraciones no especializadas. Así, el enfermo no recuerda en el vacío. Su relato está permeado por operaciones lingüísticas, discursivas, subjetivas y socioculturales donde cuentan ciertos modos narrativos de su experiencia como enfermo, de sus principios morales, de sus convicciones religiosas, del mayor o menor peso que en su vida han tenido ciertos saberes biomédicos y también saberes modelados en otras tradiciones que por distintas razones no lograron ser calificadas como científicas.

El caso de *Pedro R.*, uno de los informantes más interesantes que encontré cuando estaba haciendo trabajo de campo para mi libro *La Ciudad Impura. Salud, Tuberculosis y Cultura en Buenos Aires entre 1870 y 1950*, creo que puede ilustrar bastante bien lo que estoy diciendo (Armus, 2007).

Cuando lo entrevisté en 2005, me contó con detalles su carrera como

tuberculoso, como enfermo que había logrado sobrevivir la enfermedad. En ese momento tenía cerca de 90 años. Se había enfermado a los 19, esto es, a mediados de la década del treinta. Para ese entonces, la biomedicina entendía bastante a la tuberculosis —no tanto como ahora— pero no ofrecía curas efectivas; los antibióticos todavía no habían irrumpido en escena y más o menos cada cinco años una nueva terapia generaba expectativas hasta que muy pronto se desvanecía frente a sus recurrentes fracasos. Y el ciclo se repetía cinco años más tarde.

Frente a ese cuadro de incertidumbres biomédicas e impotencias, *Pedro R.* hizo lo que muchos tuberculosos hacían: probó con medicinas caseras, fue al dispensario barrial donde obtuvo alguna asistencia, visitó hospitales, hizo su temporada en las Sierras de Córdoba apostando a la cura de aire puro, descanso y buena alimentación. Y también se aplicó la vacuna *Pueyo*, una vacuna resistida por el *establishment* médico, probablemente ineficaz pero buscada por muchos tuberculosos desahuciados frente a la ineficacia de la biomedicina oficial. En ese peregrinaje, *Pedro R.* no estaba solo. Miles de tuberculosos como él se empeñaron en aplicarse la vacuna, a veces de manera individual y otras participando de huelgas de enfermos que reclamaban acceder a la vacuna como parte de sus derechos, enfrentando a administradores hospitalarios, negociando con funcionarios, políticos y legisladores, usando —y dejándose usar— por varios diarios y revistas de gran tirada que permitieron a los enfermos poner sus reclamos en la esfera pública.

En síntesis: los enfermos —*Pedro R.* entre ellos— plantearon sus demandas en términos de derechos individuales, a probar con una vacuna cuyas promesas de cura eran tan inciertas como todas las iniciativas terapéuticas ofrecidas por la medicina oficial antes que aparecieran los antibióticos.

Cuando le pregunté a *Pedro R.* por las razones que explicaban el que él haya logrado sobrevivir a la tuberculosis —en tiempos en que muchos, tal vez la mayoría de los que habían contraído la enfermedad, no se salvaban de la muerte— me dijo, sin dudar, que de todos los tratamientos que había probado, el que más lo ayudó fue, en sus palabras, la “injustamente perseguida” vacuna

Pueyo, una vacuna que decidió aplicarse a pesar de la franca oposición de su médico de cabecera a quien, sin embargo, *Pedro R.* seguía respetando y recordando casi con veneración.

¿Qué podemos hacer con el caso de *Pedro R.*? ¿Cómo explicar su experiencia individual con una enfermedad social como la tuberculosis?

El hablar en primera persona de una enfermedad —la enfermedad que se ha sufrido— resiste cualquier discusión interpretativa. Las narraciones de la enfermedad en tercera persona son mucho menos creíbles. Dicho de otro modo: ¿Quién se anima a dudar de la palabra de *Pedro R.*?

La subjetividad de su testimonio es un blindaje a cualquier sospecha, especialmente cuando se trata de una enfermedad frente a la cual no había certezas biomédicas, esto es, cuando la biomedicina era incapaz de ofrecer explicaciones mínimamente convincentes y terapias eficaces. Además, siendo *Pedro R.* alguien que ha dominado a su enfermedad —esto es, que no murió de tuberculosis— su relato necesita buscar y también facilita una explicación del triunfo logrado. Se trata de un testimonio *ex-post*, realizado después de conocer como terminó la historia. Así las cosas, otra vez, me pregunto ¿quién se anima a dudar de su narrativa, de su registro de la propia experiencia?

En principio parece conveniente evitar instalar las explicaciones y recuerdos de *Pedro R.* en el corsé de un sistema de verdad o falsedad, interpretación acertada o equivocación, algo que probablemente harían muchos médicos —no todos— poco sensibles o receptivos a la relevancia de la subjetividad en algunos procesos patológicos.

El selectivo ejercicio de memoria que hace *Pedro R.* advierte sobre lo que las narrativas usualmente ofrecidas por las historias de la biomedicina y de la salud tienden a ignorar. Me parece que de la mano de la subjetividad de *Pedro R.*, de su creencia que la vacuna *Pueyo* lo salvó, es posible entrar en el plural mundo con que los enfermos lidian y suelen dar sentido a sus experiencias con la enfermedad. Quiero decir: *Pedro R.* y la mayoría de la gente busca curarse, busca respuestas y soluciones a sus padecimientos. Y esa búsqueda está tanto más abierta cuanto más ineficaces han sido las respuestas originadas en una cierta

medicina. En ese escenario, marcado por las incertezas y la necesidad de creer que algún tipo de solución es factible, se configura una suerte de pluralismo de ofertas de atención —de los curadores a los médicos especialistas— que algunos pueden usar más que otros conforme a una infinidad de condicionantes, de la religiosidad a los ingresos, de los contactos y el saber manejarse en la maraña burocrática de los sistemas de atención de la medicina oficial al mayor o menor conocimiento de medicinas no oficiales. Pero como este pluralismo se asienta en la creencia, en el creer en la posibilidad de una cura, no hay que asumir que a más instrucción y educación formalizada menos predisposición a creer en, digamos, los benéficos efectos de las Flores de Bach, la homeopatía, los consejos de un herborista o la hipnosis.

Sin duda, en períodos de incertidumbre biomédica respecto de una enfermedad, pero también cuando la biomedicina ofrece soluciones eficaces a las que no se puede acceder con facilidad, las acciones individuales o colectivas de los enfermos revelan no solo cuán densas son las relaciones entre quienes quieren curar y quienes quieren curarse sino también que una cierta terapéutica — en el caso de *Pedro R.* la vilipendiada vacuna antituberculosa *Pueyo*— condensa una trama de problemas sociales y culturales que excede las cuestiones de eficacia o inocuidad tal como son percibidas por el saber, prácticas y discursos de la medicina hegemónica. En su larga búsqueda de una cura, *Pedro R.* probó de todo —con médicos, con curadores, con tónicos de venta libre, con vacunas— porque tenía la necesidad o el deseo de creer que era posible vencer a la tuberculosis. Así, y al igual que en otros tantos terrenos de la experiencia humana, el problema de la creencia ha impregnado, y continuará haciéndolo, la relación entre la enfermedad, la salud, la sociedad y los individuos. El de la salud y la enfermedad es un territorio saturado por verdades parciales y ambiguas —en el caso de los oferentes de cura— y de deseos y padecimientos, en el caso de los enfermos. Por eso, cualquier empeño por entender cómo nos relacionamos con ese mundo no puede desentenderse del viejo, enigmático y huidizo problema de la creencia.

Por supuesto que hay muchos otros interrogantes en el relato de *Pedro R.*

que merecen ser discutidos: ¿Por qué creyó en una cierta terapia y no en otras? ¿Qué recursos culturales usó para llevar adelante esa operación de selección? ¿Creía *Pedro R.* que la vacuna *Pueyo* era, en efecto, una solución para todos los tuberculosos como él? La explicación de su condición de sobreviviente, de ex tuberculoso, se revela casi como un acto de resistencia anclado en su subjetividad, una subjetividad que no se somete a los controles científicos, disciplinarios o académicos. Pero tan pronto se contextualiza la incertidumbre biomédica que dominaba la tuberculosis hasta la llegada de los antibióticos, lo que el recuerdo de *Pedro R.* revela, es la posibilidad de poner la memoria individual al servicio de una narrativa histórica que empieza a dejar de estar solo marcada por la subjetividad de un individuo y termina instalada en una zona definitivamente social.

Las verdades y memorias individuales no pueden pensarse como toda la historia. Pero sin las subjetividades se hace poco creíble la historia. Al final de cuentas, la enfermedad, como dice Susan Sontag, es el reino de los enfermos, esto es, de los que recuerdan y narran de algún modo y en términos de experiencia sus enfermedades. Para entender la enfermedad como proceso histórico es preciso el recuerdo del enfermo, aunque el recuerdo solo no permite explicarla o entenderla.

El relato de *Pedro R.* es fragmentario y solo puede cobrar sentido histórico cuando se lo hilvana con otros recursos de reconstrucción del pasado, con la cultura de la enfermedad en que el enfermo vivió su mal, con los otros relatos — biomédicos, periodísticos, literarios, cinematográficos— que acompañaron su experiencia, con los relatos que perduran, por los motivos que fueren, al momento de verbalizar sus recuerdos.

En cualquier caso el recuerdo del enfermo no es público. No es memoria pública, esa forma de la historia transformada en relato o monumento que, por estar muy marcada afectivamente, es identitaria. No es tampoco un recuerdo que se prolonga a la nación, a una cultura específica del pasado que alimenta la creación o permanencia de mitos, héroes y narrativas históricas en libros escolares. Es, en cambio, un recuerdo íntimo, fragmentado y subjetivo. Un

recuerdo que tiende a prescindir de la ambigüedad. Pero lo que recuerdan los enfermos es solo una parte de la historia sociocultural de la enfermedad porque la historia es inevitablemente incompleta, no tiene un final porque su multiplicidad es inabarcable, no tanto por la variedad de casos sino por la cualidad múltiple de la vida histórica. Sin embargo, su condición de incompleta no impide que la historia sociocultural de la enfermedad no aspire a la totalidad. Esa aspiración, esto es, el horizonte que organiza la agenda del historiador, no es otra cosa que un esfuerzo de contextualización. Y en la contextualización, tal vez el rasgo más distintivo de la historia como disciplina a caballo de las ciencias sociales y las humanidades, hay o debería haber lugar para las subjetividades y los procesos macro-históricos, los individuos y los colectivos sociales, los discursos y las experiencias, las memorias en plural.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armus, D. (2005). Legados y Tendencias en la Historiografía sobre la Enfermedad en América Latina Moderna. En D. Armus (Ed), ***Avatares de la Medicalización en América Latina***. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Armus, D. (2007). ***La Ciudad Impura. Salud, Tuberculosis y Cultura en Buenos Aires entre 1870 y 1950***. Buenos Aires: Edhasa.
- Halbwachs, M. (1992). ***On Collective Memory***. Chicago: University of Chicago Press.
- Ricoeur, P. (2004). ***Memory, History, Forgetting***. Chicago: University of Chicago Press.
- Rüsen, J. (2006). ***Meaning and Representation in History***. Bregan: New York.
- Sarlo, B. (2005). ***Tiempo Pasado. Cultura de la Memoria y Giro Subjetivo. Una Discusión***. Buenos Aires: Siglo XXI.