

O coronavirus infectando a relación asistencial

Roberto Fernández Álvarez¹, Carlos Menéndez Villalva¹

¹ MEMBROS DO GRUPO DE COMUNICACIÓN E SAÚDE DA AGAMFEC

Nunha terraza de bar, no inicio da desescalada do confinamento, escoitábase a un grupo misceláneo de persoas debater sobre o coronavirus arredor dunhas cañas de cervexa. Manexaban conceptos como seroprevalencia, inmunoglobulina G ou número reprodutivo básico. Amosaban unha grande habilidade para predicir o pasado e discrepaban en moitas cousas, agás nunha: culpaban a un tal Simón de case todo. Ningún portaba mascarilla e a distancia entre eles era menor que a lonxitude dunha brocheta de carne das que acababan de comer.

Todas as pandemias da historia necesitaron culpables (os xudeus adoitaban desempeñar ben esa función), conspiradores (na gripe do 1918 difundíuse que o microbio fora creado polos alemáns) e heroes. A peste negra glorificou aos médicos, que nada podían facer, pero cando menos estaban alí, aínda que fora con EPIs da época (ver atavío de *il dottore della peste*) e, a miúdo contraían a enfermidade. Na gripe *española* os remedios dos médicos foron pouco efectivos, ás veces contraproducentes, pero tamén estaban alí, e tamén moitos morreron contaxiados. Poucas rúas levan o nome deses sanitarios mortos.

Mais no pasado a relación desenvolvíase nun contexto específico. A eficacia dos médicos era exígua, pero iso nivelábase co efecto resignación do paciente, que consideraba a epidemia como un castigo colectivo de Deus e a curación como unha graza divina. A autoridade do facultativo (en masculino sempre) viuse fornecida polas vagas pestilentas; as ordenanzas da peste eran taxativas e a poboación submisiva. Alí xermola a Saúde Pública e a ditadura salubrista.

As dimensións da eficacia, resignación, credulidade, submisión e autoridade na relación asistencial son distintas agora. O novo virus COVID-19 atopa unha poboación devota da divindade científica, crédula na competencia ilimitada do sistema sanitario e consumidora compulsiva de todo tipo de bens e servizos, incluídos os que teñen que ver coa saúde. Por outra banda, a diferenza das sociedades do pasado, a actual está desentrenada da aceptación

e cunha elevación hipertrófica das expectativas. A caída desde semellante altura é descomunal; o sistema hiper-capaz queda en ridículo e as promesas de eficacia, frustradas. Alegar que cada ano morren en España 15000 persoas por gripe (da cal os sanitarios nos vacinamos máis ben pouco) ou 55000 por causa do tabaco non reduce o impacto da caída porque desborda un sistema sanitario (e produtivo) comandado por chicharras e non por formigas, pero sobre todo porque a hemorraxia resulta, ademais de estatística, metafisicamente significativa. Tampouco vale de patrón comparativo o feito de que ocorran varios millóns de mortes en países pobres por causas que os países ricos poden evitar. Problemas (ou vantaxes) da empatía selectiva.

Ese rapado brusco das expectativas modifica moitas variables da relación, ignoramos se de forma fugaz ou permanente. O paciente-usuario tal vez comece a recelar da eficacia e da saúde do sistema sanitario, pero regresa a cotas de medo e resignación nunca vistas; abríbase a negociar e tal vez opte por recuperar autocoidados e reducir consumismo sanitario. Por outro lado, igual que nas vellas pandemias, a perda de fe no deus-medicina compénsase cun golpe de autoridade dese deus. Por de pronto, un novo concepto de enfermidade tense acuñado (ser COVID positivo ou posible), e de saúde (ser COVID *free*); os sanitarios, e mesmo os administrativos, sentímonos lexitimados para deter a calquera ou poñelo portas afora do centro, baixo acusación de ser sospeitoso. E decretamos medidas de desterro asistencial que algúns xestores xa estarán pensando en *implementar*: a médica, o médico, suplantados por unha sorte de *call center* onde a subxectividade do paciente recobraría protagonismo, certo, pero -á marxe do retroceso clínico que suporía-, o control dos temas, dos tempos e dos interruptores correría a cargo do profesional e, sobre todo, o espírito xenuíno da atención primaria (estar onde o paciente está), mudaría de face. Pero isto tamén está inventado: no século XVIII púxose de moda e gozou de popularidade a consulta por correspondencia e, moito máis atrás, os chamáns das culturas primitivas eran quen de facer curacións a distancia.