

## RESISTIR

Josep M. Comelles

*Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili*

La crisis de la COVID-19 no solo ha puesto en situación límite a los dispositivos asistenciales de los países occidentales, sino que está cambiando su significado cultural. El modelo médico que articula estos dispositivos, en tanto que sistemas surgidos del proceso de medicalización posterior a la Segunda Guerra Mundial, dio lugar a un cambio cultural radical en el proceso de salud, enfermedad y atención. Este cambio influye directamente en la construcción de *folkmedicinas* que nada tienen que ver con las taxonomías culturales del pasado. Las nuevas son más globales, pero están compuestas por infinitos *ethnoscapes* en permanente evolución, fruto de las dialécticas locales entre los ciudadanos y la diversidad regional y local de los dispositivos asistenciales de cada Estado. No son lo mismo las *folkmedicinas* en la España «vacuada», que en ciudades medianas o en entornos metropolitanos. Uno de los rasgos más comunes en este sentido es el hospitalocentrismo como anclaje de la cultura sanitaria popular actual (Comelles, Alegre-Agís, Barceló Prats, 2017) .

El hospitalocentrismo es un discurso basado en la «resolutividad» de los hospitales y sus servicios de punta, UCI y urgencias. Los intensivistas saben que las UCI, en condiciones normales, tienen una mortalidad alta, pero también una considerable rotación de pacientes que, tras su estabilización, se derivaban a quirófanos o terapéuticas de índole diversa. La pandemia ha puesto de relieve la fragilidad de este modelo, diseñado para estabilizar patologías agudas o heridos graves, lo cual entra en crisis cuando la respuesta del paciente no es tan inmediata, como sucede con las complicaciones neumónicas de la COVID-19.

Es curioso que esta crisis emerja cuando se trata de actuar frente a la clínica de la vieja «pulmonía doble». La neumonía neumocócica acababa en crisis: o muerte o recuperación —tras un curso muy incierto que los primeros antibióticos abortaron. La espera ansiosa de la crisis desapareció de la memoria colectiva (Comelles, 2004). Las actuales complicaciones neumónicas de la gripe, causa principal de su mortalidad, están asumidas

en nuestro acervo cultural, puesto que se asocian a patologías precedentes en pacientes ancianos.

En 1991, a raíz de las observaciones efectuadas en la UCI del servicio de quemados del Hospital La Paz en Madrid, me sorprendió descubrir un discurso profesional distinto (Comelles, 2002). Varios médicos y enfermeras hablaban de la «resistencia» del paciente quemado. Los intensivistas estabilizaban al paciente para que los cirujanos plásticos injertasen piel sana en las zonas quemadas. Cirujanos e intensivistas pretendían darle la oportunidad de «salir adelante» tras una intubación, ventilación mecánica y sedación que podía durar meses. Trataban de ganar tiempo a fin de que la naturaleza —la regeneración de la piel—, siguiese su curso. Un discurso próximo al de los médicos del siglo XIX (Comelles, 1998).

Ante esta pandemia, no me ha sorprendido la invocación a la necesidad «de evitar el colapso» del dispositivo hospitalario «ganando tiempo» y a la «resistencia» de los dispositivos asistenciales. El paciente contagiado debe «tener tiempo» para generar anticuerpos suficientes que acaben con el virus, de ahí la intubación, ventilación mecánica y sedación durante semanas. «Resiste» el paciente y «resiste» la UCI como colectivo humano. Pero no vi en ella ni auxiliares de clínica, ni celadores, ni limpiadoras, ni familias. El discurso sobre la «resistencia» se aplicaba al paciente y a las familias, no a los profesionales, que empleaban sin reparo interpretaciones mágico-religiosas próximas al milagro cristiano. El milagro consistía en que algunos pacientes «saliesen» de la intubación. Y se les aplaudía como ahora les aplauden.

En el relato actual sobre las UCI, el milagro mágico parece no existir, al margen de ciertas retóricas mediáticas. En cambio, la UCI no es «la terapéutica», sino un arma de «resistencia» en la que luchan profesionales. La «misión» de los médicos en La Paz de 1991 es ahora una acción colectiva, transversal, que comprende a médicos, limpiadoras, enfermeras, auxiliares, celadores. La «misión» los representa sin diferencias mientras salvan enfermos concretos. Emergen, asimismo, nuevos «héroes»; sobre todo, los investigadores, en la mejor tradición de Pasteur y Fleming, que nos salvarán a todos con nuevas vacunas y nuevos tratamientos. Un cambio fundamental en los procesos de hegemonía en el núcleo duro del modelo médico hegemónico.

## Bibliografía

- COMELLES, J. M. (1998). «Parole de médecin: le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine». En F. LAPLANTINE, J. LÉVY, J.-B. MARTIN, & A. NOUSS (eds.), *Récit et connaissance* (pp. 299–316). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- COMELLES, J. M. (2002). «Medicine, magic and religion in a hospital ward: An anthropologist as patient.» *AM Revista della Società Italiana Di Antropologia*, 13–14, 259–288.
- COMELLES, J. M. (2004). «Fiebres, Médicos y Visitadores. Notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo». En J. MARTÍNEZ-PÉREZ, I. PORRAS-GALLO, P. SAMBLAS-TILVE, & M. DEL CURA-GONZÁLEZ (eds.), *La Medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica* (pp. 989–1018). Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha.
- COMELLES, J. M.; ALEGRE-AGÍS, E., & BARCELÓ PRATS, J. (2017). «Del Hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica: Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, 10 (Diciembre), 57–85.