

Editorial

PANDEMIA POR SARS-COV-2, EL PRIMER RETO PARA LA ENFERMERÍA PLANETARIA

Enrique Castro-Sánchez

Enfermera. Imperial College London.

Tanto si se considera a la COVID-19 como un hecho improbable pero predecible, al estilo de la 'Enfermedad X' postulada por la Organización Mundial de la Salud (1), que abogaba a los sistemas sociosanitarios para que anticipasen su posible impacto, o bien se considera esta fenómeno como un auténtico "cisne negro" de Taleb (2)... la pandemia por SARS-COV-2 nos ofrece una oportunidad única de reflexionar sobre el estado de nuestra profesión, el sistema sociosanitario y la constelación de estructuras asociadas que lo articulan, y de los valores sociales que lo apuntalan. Como todos los hechos traumáticos –es decir, aquellos que definen la trayectoria vital individual o colectiva–, este aprendizaje se acompaña de dolor, en este caso por las miles de muertes de pacientes, entre las que se incluyen docenas de profesionales sanitarios.

Uno de los pocos aspectos sobre los que debería haber acuerdo sin mucha dificultad es la absoluta carencia de capacidad de absorción (*slack*) de nuestro sistema sociosanitario (aunque quizás sería más justo hablar del ámbito hospitalario) para hacer frente de manera eficaz a picos de demanda como los que el SARS-COV-2 ha generado, así como de la desconexión entre este entorno hospitalario y la esfera de los cuidados a los ancianos en residencias. Sin duda, los modelos de desamortización sufridos por la ciudadanía y los trabajadores de la sanidad y asistencia social son responsables directos de esta falta de capacidad de reacción, y este episodio deberá pasar a engrosar la larga lista de iatrogenias resultado de políticas neoconservadoras.

Mas ampliamente, este parón forzoso podría ser (con permiso de las decenas de miles de muertes, lógicamente) una oportunidad de romper el libro de reglas, o de al menos considerar ignorar aquellas que nos impiden progresar, en cuanto al tipo de profesión y sociedad que deseamos emerja de esta situación. El modelo de liderazgo colaborativo (3) y de partenazgo que hubiera sido deseable no ha aparecido, y los estamentos enfermeros han preferido resaltar las deficiencias, presentes y considerables sin duda, sin ofrecer por otro lado soluciones concretas. Cuando la crisis amaine quizás estos estamentos efectuarán un examen de conciencia profundo (basado, idealmente, en una evaluación vinculante externa encabezada por una comisión paritaria y sin conflictos de intereses) sobre esta actitud crispante y su contribución al desempeño eficaz de la labor de los decisores. Las enfermeras y la ciudadanía quedan a la espera de ver el papel que estas instituciones eligen jugar en la reparación o reconstrucción de nuestra sociedad.

La actuación clínica y asistencial de las enfermeras, así como del resto de profesionales sanitarios y trabajadores de la sanidad, ha sido excelente, técnicamente competente y compasiva en condiciones sin precedentes, y no ha participado de esta mediocridad institucional. Igualmente excepcional ha sido el establecimiento, de manera orgánica y sin líderes formales, de redes de intercambio de experiencias, información y apoyo emocional. Estas experiencias, no olvidemos, también forman parte del cuerpo de evidencia, junto a las preferencias de los pacientes.

Sin embargo, el discurso imperante sobre la toma de decisiones ha girado en torno al uso de "evidencias", que en realidad hacían referencia a estudios epidemiológicos y datos procedentes de estudios biológicos o epidemiológicos, con mucha

menor presencia de evidencia similar generada por estudios cualitativos o centrados en aspectos conductuales y que han demostrado ser fundamentales en otros brotes epidémicos como en la enfermedad por virus del Ébola (4). Asimismo, las decisiones sobre los modelos asistenciales de urgencia a implantar para responder a las necesidades de cuidados derivadas de la pandemia no han parecido gozar, al menos de manera que pueda examinarse públicamente, de la misma atención.

Para las enfermeras familiares y comunitarias, especialmente, la evidencia emergente respecto a la influencia de determinantes sociales clásicos en el riesgo de infección por SARS-COV-2, y de mortalidad por dicha infección (5), ofrece una oportunidad de reclamar, con más fuerza si cabe, la introducción de medidas estructurales que mitiguen el impacto de estos determinantes. Sin duda, estas mejoras se traducirían en beneficios individuales y sociales transversales.

Finalmente es posible también que cualquier reflexión sobre un posible renacimiento profesional solo refleje las perspectivas acomodadas de enfermeras acomodadas y con resiliencia limitadas, en comparación con aquellas de otros entornos que han de hacer frente de manera continuada a catástrofes naturales, brotes epidémicos, aderezados con la desatención de la comunidad internacional.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Annual review of diseases prioritized under the Research and Development Blueprint Informal consultation [internet]. Ginebra: OMS; 2018. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <http://origin.who.int/emergencies/diseases/2018prioritization-report.pdf>
- [2] Taleb NN. El cisne negro: el impacto de lo altamente improbable. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica; 2011.
- [3] Orchard CA, Sonibare O, Morse A, Collins J, Al-Hamad A. Collaborative Leadership, Part 1: The Nurse Leader's Role within Interprofessional Teams. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2017; 30(2):14-25. Doi: <http://doi.org/10.12927/cjnl.2017.25257>
- [4] Building trust is essential to combat the Ebola outbreak. *Nature*. 2019; 567(7749):433. Doi: <http://doi.org/10.1038/d41586-019-00892-6>
- [5] Franco M. Salud urbana y crisis del coronavirus: en confinamiento, la desigualdad se magnifica. *Agenciasinc.es* [internet] 2020. [citado 8 may 2020]. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Opinion/Salud-urbana-y-crisis-del-coronavirus-en-confinamiento-la-desigualdad-se-magnifica>