



EDITORIAL

Reparar tras el COVID-19

Repairing after COVID-19

Z. Gancedo González

Responsable de Transporte Sanitario, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España
Prof. asociado Escuela Universitaria Gimbernat, Universidad Autónoma Barcelona, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

Disponible en Internet el 28 de noviembre de 2022



En la medida que los últimos coletazos de la pandemia COVID-19 van aminorando, podemos afirmar que el mundo se ha enfrentado a unos de los mayores retos en salud pública. Nadie esperaba que pudiera ocurrir una devastación de semejante envergadura en pleno siglo *xxi*, aun conociendo de antemano factores como el efecto de la globalización, los movimientos migratorios de los últimos años y otros no tan confesables aspectos, ni incluso, considerando y debatiendo la posibilidad que se pudiera producir una pandemia. Y así, COVID-19 sorprendió a los países, incluso a los desarrollados y ricos con «servicios de salud punteros», en los cuales quedó velada la escasa inversión frente al gasto sanitario, en sanidad y en salud pública. El periodo de recesión del 2008 y hasta la actualidad han sido años de precarización en dotaciones fundamentales. La escasez de recursos, de personal y de reservas estratégicas fueron las claves de un escenario deficitario para enfrentar la crisis. La respuesta ante esta situación, desprevénidos y sin estar suficientemente preparados, ha sido lenta y no exenta de obstáculos y tensiones, una situación que sobrecogió al mundo y ha mantenido a mandatarios, políticos, gobernantes, científicos, profesionales, sociedad y población en general, en angustia e incertidumbre ante la falta de control, de medidas, de

consenso, de sobrecarga de los servicios de salud y de sobremortalidad¹.

La COVID-19 nos ha obligado y, ¿por qué no? doblegado, a asumir cambios para protegernos y proteger a otros, hemos asumido formas de relacionarnos y de conectar, hemos luchado y enfrentado la incertidumbre con apego y solidaridad, incluso añoramos recuperar cierta esencia de estas emociones y sentimientos e incorporarlas a las rutinas de nuestras relaciones y, al cuidado de las personas.

Desde la perspectiva de la salud, del cuidado, de la atención clínica y asistencial, han sido 2 largos años de desgaste para los profesionales, un periodo extenso, difuso y emocionalmente sobrecargado ante el colapso sanitario, la intensidad del trabajo, las condiciones extremas, las relaciones terapéuticas, familiares, y la inseguridad de superar el caos ante la intensidad y recurrencia de nuevas olas, más muertes, y la antesala de crisis que se avecinaba.

Muchos profesionales sanitarios han sido protagonistas en el compromiso de prestar atención y salvar vidas. Entre ellos, las enfermeras, el mayor colectivo entre sanitarios, han sido referentes reorganizando y adaptando nuevas formas de trabajo asistencial, de gestión y de relación con el paciente, y han mostrado una vez más, su capacidad de respuesta a las necesidades en salud, incluso, en estado de emergencia. Largos turnos de trabajo, semana tras semana, mes a mes, sin días libres o vacaciones, acumulando jornada, sin poder ver a sus familias, enfrentándose a la enfermedad,

Correo electrónico: zulema.gancedo@scsalud.es

al riesgo de contraerla y asumir el aislamiento, la falta inicial de medios adecuados y de protección, y en general, miedo, incertidumbre, desconocimiento, desorientación y el peso de una alta suma de responsabilidad entre la profesional y la sentida acerca de las respuestas que la sociedad demanda en esta situación de crisis. Para algunas incluso, fue su último gran esfuerzo¹⁻³.

Un análisis genérico de lo vivido y bastante certero, sin olvidar que lo consustancial en la práctica de su trabajo es la relación terapéutica que se entabla y establece en las intervenciones de atención y asistencia al paciente y sus familias, y en la que va implícito la preocupación y el deseo de ayudar a otra persona. Justamente los avances en el cuidado a los pacientes y sus familias como «unidad de cuidado» en las unidades de cuidados intensivos (UCI), ponen el foco, además, en la necesidad de paliar las necesidades de relación, preocupación y estrés de las familias, siendo la información y el acompañamiento los elementos más valorados por estas³.

La situación de aislamiento y los ámbitos asistenciales han sido decisivos para determinar esta relación terapéutica, tanto a pie de cama como en otras formas de atención, pero sobre todo en los espacios donde los pacientes han estado más críticos batiéndose entre la vida y la muerte, cuando los recursos eran limitados, las circunstancias y los entornos cargados de estrés y los esfuerzos insuficientes. Vivir la muerte y protegerse, acompañando, tomando testimonio para entregar a sus familiares, en un contexto sobredimensionado en prevalencia y en mortalidad entendemos, suscita gran desesperación ante la ruptura y pérdida de un vínculo más natural al que estábamos acostumbrados. Frustración, impotencia, desesperanza, y la consiguiente y lógica tristeza, angustia o depresión son algunas de las expresiones en salud que se recogen en los estudios que tratan de analizar el impacto de la COVID-19, en las enfermeras de primera línea de atención³⁻⁹.

Sin embargo, las enfermeras y su experiencia han mostrado fortaleza, resiliencia y han supuesto un soporte fundamental en las estrategias de afrontamiento y contención. También mostraron resignación y compromiso al renunciar a reivindicaciones y celebraciones profesionales en el 2020, Año Internacional de las Enfermeras. En este año estaba previsto generar alianzas internacionales y elevar propuestas con la pretensión de visibilizar e impulsar el liderazgo de las enfermeras, y también concienciar sobre el abandono y la desconsideración de políticos, representantes y gestores hacia nuestra profesión. Aún hoy, y tras los aplausos, las enfermeras no han visto cuajadas las propuestas que se elevaron para el fortalecimiento de la profesión, ante el déficit existente y la necesidad de respaldar política y socialmente su desarrollo¹⁰.

Es posible que el desapego transmitido a la profesión, sus consecuencias, la crisis sanitaria vivida y su impacto en la salud física y mental induzcan al abatimiento y abandono. Revitalizar la profesión requiere sin duda trasladar lecciones aprendidas que esperamos sean base para diseño de futuras estrategias y planes. Se estima que nuestra relevante participación en el sistema ha de tener su expresión en los diseños y toma de decisiones para avanzar en SALUD, y no como pago al compromiso llevado a cabo, sino como débito a la sempiterna ausencia de voz en políticas y toma de decisiones. Necesitamos representación corporativa y también

ministerial, alcanzar pleno desarrollo para contribuir a las mejoras en salud poblacional, en las economías y en la equidad. Ha quedado demostrado que se necesita conocer el cuidado como disciplina, conocer cómo administrarlo, gestionarlo y evaluarlo, en lo micro, en lo meso y en lo macro. La población requiere no solo cuidados profesionales para la calidad de vida, el mantenimiento de la salud, el envejecimiento y el buen morir, también se necesita que estén administrados y gestionados por las enfermeras tomando las mejores decisiones para la población y el cuidado de su salud^{10,11}.

Bibliografía

1. Catton H. Nursing and health policy perspectives 2020 – A year to remember or one to forget? *Int Nurs Rev.* 2020;67:450–2, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12647>.
2. World Health Organization. *State of the World's Nursing: Investing in Education, Jobs and Leadership.* Geneva: WHO; 2020 [consultado 16 Sep 2022] Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>.
3. Pardavila Belio MI, Vivar CB. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Revisión de la literatura. Enferm Intensiva.* 2012;23:51–67.
4. Gurková E, Mikšová Z, Šáteková L. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev.* 2022;69:175–84, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12710>.
5. Labrague LJ, de los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag.* 2022;30:62–70, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13483>.
6. Şenol Çelik S, Atli Özbaş A, Kovancı MS, Savaş H, Çelik Y. Experience and views of nurses on nursing services and personal protective equipment in Covid-19 pandemic the case of Turkey: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2022;30:1136–46, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13625>.
7. Zhang WQ, Montayre J, Ho MH, Yuan F, Chang HC. The COVID-19 pandemic: Narratives of front-line nurses from Wuhan, China. *Nurs Health Sci.* 2022;24:304–11, <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12926>.
8. Lake ET, Narva AM, Holland S, Smith JG, Cramer E, Rosenbaum KE, et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *J Adv Nurs.* 2022;78:799–809, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.15013>.
9. Martínez Ponce D, Amat Traconisb MA, Cala Rosabal LY, Chapan Xollioc E, Valenzuela Velázquez L, Lecourtois Amézquita MG. Repercusiones psicológicas en el personal de enfermería debido a la pandemia de covid-19: un estudio transversal. *J Healthc Qual Res.* 2022, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.08.005>.
10. Stewart D, Catton H, Acorn M, Burton E, Fokeladeh HS, Parish C, Williamson L. *Enfermería: una voz para liderar Invertir en enfermería y respetar los derechos para garantizar la salud global.* 2022 [consultado 16 Sep 2022] Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_IND_Toolkit_2022-ES-final_low%20res.pdf.
11. Turale S, Kunaviktikul W. The contribution of nurses to health policy and advocacy requires leaders to provide training and mentorship. *Int Nurs Rev.* 2019;66:302–4, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12550>.