ene
revista de enfermería

ARTÍCULO ESPECIAL

# La respuesta enfermera a la pandemia por SARS-CoV-2 en Reino Unido: perspectivas asistenciales, profesionales, y sociales

## The nursing response to the SARS-CoV-2 pandemic in the United Kingdom: healthcare, professional, and social perspectives

Enrique Castro-Sánchez

University of West London, Richard Wells Research Centre, Middlesex, Reino Unido

Imperial College London, South Kensington Campus, Londres, Reino Unido

NHS England & NHS Improvement, Londres, Reino Unido

Castro Sanchez, E. (2022). La respuesta enfermera a la pandemia por SARS-CoV-2 en Reino Unido: perspectivas asistenciales, profesionales, y sociales. Revista Ene de Enfermería, 16(2). Consultado de http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1421

RECIBIDO: Julio 2022
ACEPTADO: Julio 2022

**ARTÍCULO ESPECIAL**

**Resumen**

Tras más de dos años de pandemia por SARS-CoV-2, mientras los países con acceso a las diferentes vacunas reflexionan sobre la reconstrucción social a desempeñar mientras vigilan la emergencia de variantes de interés del virus, parece un momento adecuado para reflexionar sobre la respuesta ofrecida por la enfermería en su conjunto. En el Reino Unido, uno de los países proporcionalmente mas afectados por la infección, la respuesta enfermera puede evaluarse respecto a tres pilares: clínico-asistencial, profesional, y social o de abogacía de pacientes y ciudadanía, que han ofrecido luces y sombras.

**Palabras clave:** enfermería; coronavirus; perspectiva social;

**Abstract**

After two years of SARS-CoV-2 pandemics, and whilst those countries with access to the different vaccines reflect upon the social reconstruction required and keep a watchful eye on the emergence of viral variants, it seems this may be a good time to reflect upon the response provided by nursing globally. In the United Kingdom, one of the most affected countries, the nursing response could be appraised according to three themes: clinical, professional, and social or as advocates for patients, all off have offered successes as well as failures.

**Keywords:** nursing; coronavirus; social perspective;

## INTRODUCCIÓN

La eliminación oficial en varios países occidentales, incluyendo España y el Reino Unido (RU), de las medidas de salud pública instauradas para contener la progresión de la infección por SARS-CoV-2 brinda una buena oportunidad de reflexionar sobre algunos aspectos de la respuesta ofrecida por los profesionales y el estamento enfermeros. Esta reflexión encajaría en el modelo de 'organizaciones que aprenden' [1] promovido e impulsado con vigor por el sistema sociosanitario británico entre otros, y que permitirá refinar y mejorar la respuesta a futuros eventos pandémicos.

Esta respuesta ofrecida por RU a la pandemia por SARS-CoV-2 ha sido ambivalente; caracterizada, por un lado, por una cascada de elevado número de personas infectadas, la consiguiente ocupación asistencial, y fallecimientos relacionados con esta infección, tanto en números absolutos como en relación a países y sistemas socio sanitarios similares [2]; y por otro, un despliegue ágil y efectivo de la vacunación a nivel nacional, incluyendo modelos innovadores de movilización y gestión de plantillas así como de recursos [3].

Con seguridad, no será sorprendente sugerir que algunos de los determinantes de esta respuesta a la pandemia han sido de índole política, como la selección al menos inicial de la inmunidad de grupo como política sanitaria de facto [4], una implantación tardía de medidas restrictivas de la movilidad como el confinamiento [5], el cierre de fronteras a viajeros y ciudadanos procedentes de países con incidencia elevada tanto de casos o de variantes virales emergentes, o un cuasi-abandono, tras una implantación errática e irregular, de las estrategias de seguimiento y monitorización de casos y contactos incluyendo el programa nacional 'Test and Trace' subcontratado a las empresas Serco y Sitel por un montante estimado de 44 mil millones de euros, equivalente a un quinto del presupuesto anual del sistema nacional de salud inglés de ese año [6].

Asimismo, otro aspecto peculiar respecto a la pandemia en RU ha sido el marcado gradiente social y étnico no solo de las infecciones sino también de fallecimientos [7]. Así, datos de Public Health England, la agencia de salud pública inglesa, corroboran como las muertes relacionadas con la infección por SARS-CoV-2 fueron proporcionalmente muchas más en áreas de mayor deprivación social. Por otro lado las personas de origen pakistaní presentaban un riesgo de mortalidad del 50% mayor que sus equivalentes británicos blancos [8].

Las causas de estas diferencias tan marcadas en cuanto a la enfermedad

no están completamente definidas, aunque se postula un abanico de factores como el hacinamiento en viviendas [9], mayor dificultad para reducir la movilidad y adoptar teletrabajo [10], aversión al sistema sociosanitario por racismo institucional [11], o una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que han podido jugar un papel fundamental en estas cifras.

Es pertinente recordar además la estrecha asociación profesional de la infección por SARS-CoV-2 en RU, un país donde proporcionalmente ha habido muchas más bajas entre los profesionales sociosanitarios que otros países [12]. Así, parece increíble que el número de enfermeras filipinas fallecidas en RU por la infección superase en algunos momentos a aquellas fallecidas en las propias islas Filipinas [13]. Si los determinantes sociales anteriormente descritos se antojan como cruciales, el contexto profesional también ha podido contribuir a esta desproporción en el número de trabajadores sanitaritos afectados. La escasez perenne de enfermeras y otras plantillas –con déficits de unos 100 000 profesionales, entre ellos unas 45 000 enfermeras–, así como una desinversión o que lo sumo micro inversión estatal en el Sistema Nacional de Salud, particularmente durante los últimos 20 años [14], han obstaculizado la respuesta asistencial.

Es muy probable, finalmente, que el riesgo experimentado por los trabajadores sanitarios refleje decisiones estratégicas ineptas sobre la dotación de equipos de protección individual (EPIs) o su baja calidad [15]. Estudios recientes incorporando EPIs de la mejor calidad posible resultaron en mínimas infecciones ocupacionales entre el personal [16], refutando las tesis que no atribuían riesgo adicional al entorno sanitario.

## La respuesta enfermera a la pandemia

La respuesta de la enfermería británica a la infección por SARS-CoV-2 puede articularse sobre tres pilares fundamentales: el clínico-asistencial, el profesional, y el social o de abogacía de pacientes y ciudadanía. Esta respuesta ha demostrado características positivas, así como otras susceptibles de mejora, desarrolladas ahora.

### *La perspectiva clínico-asistencial*

En cuanto a la respuesta enfermera clínico-asistencial, la premura y desborde asistencial han animado al desarrollo de nuevos roles y competencias profesionales, así como al fortaleci-

miento de capacidades profesionales existentes. Por ejemplo, se ha producido una expansión de las competencias de las enfermeras de práctica avanzada y, sobre todo, entre las enfermeras comunitarias de práctica avanzada, desplegado nuevas capacidades [17]. Por ejemplo, en cuidados respiratorios, cuidados paliativos domiciliarios, o en la atención a las personas frágiles. Asimismo, hemos podido asistir al refuerzo por parte de las enfermeras comunitarias de los programas de evaluación y triage de personas con síntomas sugerentes de infección por coronavirus, así como un liderazgo auténticamente fantástico por las enfermeras comunitarias en cuanto a la evaluación de pacientes para determinar su necesidad de ingreso hospitalario, o la coordinación de cuidados entre diferentes niveles y sectores profesionales.

No solamente se ha producido un fortalecimiento de roles profesionales, sino que también se han podido crear roles innovadores. Algunos autores describen el desarrollo, implantación, y evaluación de un rol totalmente nuevo de apoyo al uso de equipos de protección individual y de información relacionada con dichos equipos, los 'PPE Helpers' en inglés, en solamente seis semanas [18]. Este nuevo rol fue diseñado en torno a marcos teóricos conceptuales y de metodología de mejora continua, desembocando en mejoras en indicadores conductuales y técnicos. Muchos menos profesionales hospitalarios, por ejemplo, presentaban síntomas de ansiedad relacionada con la atención a personas con infección por coronavirus y tenían mucha más autoconfianza y autoeficacia en sí mismos respecto a estos cuidados.

Asimismo, existiría una oportunidad excelente de desarrollo profesional relacionado con la atención a las personas que viven con 'covid prolongado'. Tal y como sugiere la evidencia emergente, estas personas tienen una idea clara acerca del tipo de servicios y profesionales que desean, y creo que las enfermeras estamos perfecta y principalmente posicionadas para ser ese profesional que se encargue de, por ejemplo, la coordinación y el cuidado de manera holística, que minimice el esfuerzo necesario por los pacientes para transitar los diferentes servicios, o que sean capaces de coordinar el equipo multidisciplinar que ofrezca rehabilitación a estos pacientes [19]. Las enfermeras estarían por tanto fundamentalmente posicionadas para ser este rol profesional en 'covid prolongado'.

Entre los aspectos negativos, se ha producido una transferencia importante de activos profesionales desde la atención comunitaria a la atención hospitalaria y lo que podría llamarse atención

'ultrahospitalaria', en mega hospitales exclusivos a la atención COVID-19, a la vez que las residencias de ancianos y centros similares de cuidados de larga duración adolecían por ejemplo de recursos humanos o materiales suficientes, y mientras que soportaban una carga de enfermedad, mortalidad y sufrimiento bastante importante.

### *El pilar profesional*

Pasando al pilar profesional, la profesión en RU ha demostrado una flexibilidad muy generosa. Por ejemplo, por parte de estudiantes y enfermeras jubiladas, incorporándose rápidamente a las plantillas de apoyo en unidades de cuidados intensivos y de alta dependencia, con frecuencia como integrantes de equipos en los que una enfermera con experiencia en UCI dirigía, supervisaba y apoyaba la labor de otras enfermeras con menor experiencia en esta área y algunas sin experiencia en UCI, así como de profesionales sanitarios no enfermeros dentro de esos microequipos de nueva creación [20]. Esta flexibilidad, es justo reconocer, fue auspiciada por el organismo colegiador, que puso en marcha registros temporales para estudiantes o enfermeras jubiladas, y ha sugerido una cierta permisividad –relativa– sobre errores que pudieran producirse en ámbitos de práctica asistencial diferentes al habitual, y que ha retrasado también ciertos procesos administrativos como la revalidación y recertificación [21].

En cuanto a la visibilidad del liderazgo enfermero, ha habido ejemplos importantes de dicha visibilidad, como las ruedas de prensa donde la Enfermera en Jefe (Chief Nursing Officer) Ruth May asistió al principio. Pero de manera general el estamento enfermero ha ofrecido un liderazgo servil [22], existiendo oportunidades de desarrollo profesional, por ejemplo desplegando un liderazgo visible sobre decisiones de crisis y en momentos de crisis, y especialmente integrando un 'Red Team thinking' acerca de las consecuencias inesperadas o indeseadas de algunas medidas en respuesta a la pandemia [23]. Además, sería necesario impulsar un liderazgo estratégico equitativo que fomente la participación de la ciudadanía en las medidas de respuesta a la infección, y que por último favorezca el bienestar social futuro.

Esta visibilidad enfermera es quizás curiosa ya que, si bien es cierto que ha existido y existe un reconocimiento social del rol jugado por las enfermeras durante la pandemia, este reconocimiento reposa sobre una narrativa heroica o bélica y, si bien es capital que el reconocimiento social se dé, por otro lado, puede no ser tan positivo que obvie destrezas técnicas y se centre en un rol guerre-

ro o heroico y mucho menos como activistas políticos, por ejemplo. Bastante svoces ya sugieren que se podría estar frente a una oportunidad de modular la imagen social enfermera gracias a la pandemia [24], y es importante que esta modulación se orqueste por los organismos profesionales y reguladores. Sin esta reconducción se seguirán dando situaciones donde se reconozca la capacidad de las enfermeras como vacunadoras, pero no para planificar y liderar los sistemas y estructuras necesarias para que dicha inyección se produzca. Es decir, a nivel ejecutor las enfermeras estarían bien consideradas socialmente, mientras que a nivel estratégico o planificador no lo estarían. También es posible que, simplemente, las enfermeras se encuentren en una fase de 'luna de miel' dentro de este trauma colectivo vivido a consecuencia de la pandemia, y que una vez esta fase acabe las diferencias entre expectativas y deseos sociales y profesionales sean explícitas.

***El rol de las enfermeras respecto a la ciudadanía***

Por último, y respecto al pilar social y de abogacía de pacientes y ciudadanía, la sindemia ya sugerida entre determinantes sociales y la propia pandemia ha puesto encima de la mesa el modelo social de la salud de una manera bastante importante [25]. Sin embargo, se echa de menos una respuesta enfermera que resalte valores de abogacía social, por ejemplo denunciando o al menos poniendo el foco en implicaciones para poblaciones particularmente vulnerables como aquellas en situación de marginalidad o pobreza de ciertas medidas de contención pandémica como el confinamiento, o el acceso a intervenciones farmacológicas como la vacunación [26].

Otros profesionales sanitarios y sociosanitarios, sin embargo, sí han sido bastante más vocales y confiados acerca de estas 'iatrogenias COVID-19' (27), lo cual sugiere que el mutismo enfermero apunta a la necesidad de desarrollar y liderar muchas más investigaciones enfermeras relacionadas con lo social, lo común y lo global.

## Conclusiones

La respuesta de la sociedad global frente a una amenaza planetaria súbita como la SARS-CoV-2 ha sido excepcional, aunque algunos claroscuros permanecen. Las enfermeras, como integrantes de esta ciudadanía global y además profesionales sanitarios, han demostrado compasión y competencias técnicas excelentes a pesar de dificultades logísticas irresolubles.

La prueba de estrés ofrecida por la pandemia puede servir para que al

menos en el Reino Unido, los profesionales reflexionen sobre aspectos a mejorar, particularmente relacionados con sus competencias de abogacía social ya que, tal y como dice el director general de la OMS, nadie estamos a salvo si todas las personas no estamos a salvo.

## Bibliografía

1. Davies HTO. Developing learning organisations in the new NHS. BMJ. 2000;320(7240):998–1001.
2. Slater D, Hollnagel E, MacKinnon R, Sujan M, Carson-Stevens A, Ross A, et al. A systems analysis of the COVID-19 pandemic response in the United Kingdom - Part 1 - The overall context. Safety Science. 2022;146, p.105525.
3. Montel L, Kapilashrami A, Coleman MP, Allemani C. The Right to Health in Times of Pandemic: What Can We Learn from the UK's Response to the COVID-19 Outbreak?. Health and Human Rights Journal. 2020. (22/2):227 – 242
4. Thomson H. Herd immunity to covid-19 may not be attainable in the UK A high vaccination rate will save many lives, but it probably won't be enough to stop covid-19 becoming a seasonal disease, finds Helen Thomson. New Scientist. 2021;251(3348):17.
5. Arnold KF, Gilthorpe MS, Alwan NA, Heppenstall AJ, Tomova GD, McKee M, et al. Estimating the effects of lockdown timing on COVID-19 cases and deaths in England: A counterfactual modelling study. Khudyakov YE, editor. PLOS ONE. 2022;17(4):e0263432.
6. Mahase E. Covid-19: NHS Test and Trace failed despite "eye watering" budget, MPs conclude BMJ. 2021; 375 :n2606 doi:10.1136/bmj.n2606
7. Marmot M, Allen J. COVID-19: Exposing and Amplifying Inequalities. Journal of Epidemiology and Community Health. 2020;74(9):jech-2020-214720.
8. Gadeyne S, Rodriguez-Loureiro L, Surkyn J. et al. Are we really all in this together? The social patterning of mortality during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium. Int J Equity Health. 2021;20, 258. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01594-0
9. Varshney K, Glodjo T, Adalbert J. Overcrowded housing increases risk for COVID-19 mortality: an ecological study. BMC Res Notes. 2022;15, 126. https://doi.org/10.1186/s13104-022-06015-1
10. Murphy J, Elliot M. An analysis of changes in wellbeing during the COVID-19 pandemic in the UK. Discov Soc Sci Health. 2022;2, 6. https://doi.org/10.1007/s44155-022-00009-x
11. Gill P, & Kalra V. COVID-19 and the denial of structural racism. Journal of the Royal Society of Medicine. 2021;114(9), 426–427. https://doi.org/10.1177/01410768211011103
12. Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. BMJ Global Health. 2020;5:e003097.
13. Humi F. Tragic intersections: Exposing the transnational precarity of Filipino migrants, healthcare regimes, and nation-states in the wake of COVID-19. https://blogs.lse.ac.uk/seac/2020/10/01/tragic-intersections-exposing-the-transnational-precarity-of-filipino-migrants-healthcare-regimes-and-nation-states-in-the-wake-of-covid-19/ [Accessed 10th July 2022]
14. King's Fund. NHS funding: our position. https://www.kingsfund.org.uk/projects/positions/nhs-funding [Accessed 10th July 2022]
15. National Audit Office. Investigation into the management of PPE contracts. https://www.nao.org.uk/report/investigation-into-the-management-of-ppe-contracts/ [Accessed 10th July 2022]
16. Kim H, Hegde S, LaFiura C, et al. Access to personal protective equipment in exposed healthcare workers and COVID-19 illness, severity, symptoms and duration: a population-based case-control study in six countries. BMJ Global Health. 2021;6:e004611.
17. NHS England. Strengthening critical care skills for COVID-19 patients. https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/shared-governance-and-collective-leadership/nursing-covid-19-catalogue-of-change/strengthening-critical-care-skills-for-covid-19-patients/ [Accessed 10th July 2022]
18. Castro-Sánchez E, Alexander CM, Atchison C, Patel D, Leung W, Calamita ME, et al. Evaluation of a personal protective equipment support programme for staff during the COVID-19 pandemic in London. J Hosp Infect. 2021;109:68-77.
19. Ladds E, Rushforth A, Wieringa S. et al. Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality principles for services. BMC Health Serv Res. 2020;20, 1144 https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y
20. Montgomery CM, Humphreys S, McCulloch C, Docherty AB, Sturdy S, Pattison N. Critical care work during COVID-19: a qualitative study of staff experiences in the UK BMJ Open. 2021;11:e048124. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048124
21. Nursing and Midwifery Council. Covid-19 temporary registration. https://www.nmc.org.uk/news/coronavirus/temporary-registration/ [Accessed 10th July 2022]
22. Rosser E, Westcott L, Ali PA, Bosanquet J, Castro-Sanchez E, Dewing J, et al. The Need for Visible Nursing Leadership During COVID-19. J Nurs Scholarsh. 2020;52(5):459-461.
23. Hoffman B. The Coronavirus Pandemic Is Why Businesses Need Red Teaming. https://www.forbes.com/sites/brycehoffman/2020/03/17/the-coronavirus-pandemic-is-why-businesses-need-

red-teaming/?sh=76b2affb2fa8 [Accessed 10th July 2022]

24. Bennett CL, James AH, Kelly D. Beyond tropes: Towards a new image of nursing in the wake of COVID-19. J Clin Nurs. 2020;29(15-16):2753-2755. doi:10.1111/jocn.15346
25. Etienne CF. COVID-19 has revealed a pandemic of inequality. Nat Med. 2022;28, 17 https://doi.org/10.1038/s41591-021-01596-z
26. Hyder AA, Hyder MA, Nasir K, Ndebele P. Inequitable COVID-19 vaccine distribution and its effects. Bull World Health Organ. 2021;99(6):406-406A. doi:10.2471/BLT.21.285616
27. Serrano-Alarcón M, Kentikelenis A, Mckee M, Stuckler D. Impact of COVID-19 lockdowns on mental health: Evidence from a quasi-natural experiment in England and Scotland. Health Econ. 2022;31(2):284-296. doi: 10.1002/hec.4453.