

# El Covid-19: hacia un modelo de salud sostenible y responsable

Daniel J. Patricio Jiménez

Profesor Senior – ESIC University

E-mail: daniel.patricio@esic.edu

Recibido: 1 de marzo de 2021

Aceptado: 4 de abril de 2021

**RESUMEN:** El Covid-19 ha puesto en evidencia muchas deficiencias. El agotamiento del sistema de salud y el deterioro de la prestación asistencial han mostrado su cara más triste. Nuestros profesionales necesitan que se les entienda, pero también es necesario transformar el modelo. Un nuevo sistema más integrado y cooperativo, que dé a la profesionalidad un contenido amplio. El futuro demanda una sanidad más sostenible, más global, una sanidad que dé respuesta a las necesidades de todos y para todos.

**PALABRAS CLAVE:** Covid-19; sistema de salud; humanismo; pandemia; liderazgo; sostenibilidad.

## **Covid-19: Towards a sustainable and responsible health care model**

**ABSTRACT:** Covid-19 has revealed many deficiencies. The exhaustion of the health-care system and the deterioration of healthcare delivery have shown their saddest face. Our professionals need to be understood, but it is also necessary to transform the model. A new, more integrated and cooperative system, which gives professionalism a broader content. The future demands a more sustainable, more global healthcare, a healthcare that responds to the needs of everyone and for everyone.

**KEYWORDS:** Covid-19; health care system; humanism; pandemic; leadership; sustainability.

## 1. Introducción. Un sistema que transformar

Antes de entrar propiamente en el tema que justifica este artículo, es conveniente exponer aquí algunas líneas que nos ayuden a conocer mejor nuestro fragmentado y descapitalizado sistema de salud, dentro de lo que seguimos llamando “estado de bienestar”. Sus problemas y sus vicios no son necesariamente consecuencia de la actual pandemia, sino de sus propios cimientos y de la agonía que ha sufrido a partir de la última crisis, desde la perspectiva de una mala gestión y unos recursos inadecuados.

Algunos viven todavía del gran hito que supuso la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), con ello parecen trasladarnos que no necesitamos una actualización de esta o, mejor dicho, una refundación –no sólo refundición– de la misma. Hoy en día es pacífico, que no deja de ser en muchos aspectos un manifiesto de buenas intenciones, que no da respuesta a los paradigmas actuales: máximas coberturas, cronificación de las enfermedades, envejecimiento de la población y cómo no... pandemias<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. J. ABARCA CIDÓN, *Análisis de la Ley General de Sanidad en la realidad del siglo XXI. Propuestas para un modelo sanita-*

A su caducidad, se suma un marco normativo complejo, uno de cuyos exponentes está perfectamente representando por la conjunción de tres sistemas que se solapan, tropiezan o si se prefiere se interfieren: personal estatutario, personal funcionario, personal laboral, y se me olvida alguno que no sé cómo denominarlo; por si no fuera suficiente, hay que añadir la multitud de pactos colectivos que técnicamente se denominarían impropios, guisados entre sindicatos de clase, sindicatos profesionales y representantes, cuyos criterios han respondido a “distintas” necesidades.

Lo cierto es que la nueva normalidad ha evidenciado sus desatinos, cuando no su obsolescencia. Lo peor –desde mi punto de vista– es que ha pasado de lo que pacíficamente se consideraba uno de los “mejores” del mundo, a algo en parte caduco, cuando no tocado, solo sostenido por el músculo de unos profesionales que “SÍ” siguen contagiando excelencia. La disrupción real se produjo con la transición de un sistema de salud único –de todos y para todos–, a un sistema fragmentado donde dependiendo de donde estés, así te irá (puede parecer simplista,

---

*rio sostenible*, Madrid 2017 [Tesis Doctoral Universidad CEU San Pablo].

pero algunos expertos lo consideran quebrado). El Covid-19 ha puesto cada cosa en su sitio y, en particular, ha aflorado lo peor de cada modelo, incluso en aquellos que venden su “excelencia”; basta pensar en el inicio del proceso de vacunación en EE.UU, “realmente caótico”. Allí los profesionales sanitarios recibieron constantemente instrucciones contradictorias, listas de sustitutos, los grupos se priorizaban en función de la presión que se ejercía, posibilidad de que las dosis quedaran desaprovechadas, incluso se han hecho citas por Twitter. En otro orden de cosas, los considerados más “eficientes” como el Israelita, dejan mucho que desear desde un punto de vista ético, excluyendo a palestinos y presos. Lo anteriormente expuesto no justifica “todo” ni cualquier cosa, pero sí nos advierte que el problema no es fácil y que además cualquier solución deberá ajustarse a unas necesidades concretas.

Gestionar la incertidumbre no es fácil, no todas las organizaciones están preparadas para ello, ni se nos educa suficientemente. No cabe duda de que bajo este algoritmo los entornos sociosanitarios –hospitales, centros de atención primaria, alertas– se enfrentan día a día a problemas que tienen que redescubrir. Con Covid o sin Co-

vid, el personal sanitario está educado y entrenado para ello, pero también es cierto que es un “saber hacer” difícil de transmitir; de hecho, son competencias cuyas referencias solo se pueden aprender de los mejores (el *mentoring* lo han practicado desde hace muchos siglos, aunque no se llamara así).

Los hospitales viven en el caos –pero como yo digo– en un caos ordenado, un hospital sin un cierto caos no podría existir, el sistema hospitalario gira entorno a la incertidumbre porque forma parte de su propia cultura, lo que no significa que existan protocolos de funcionamiento que darían envidia a muchas organizaciones. Un caos que se gestiona con empoderamiento, siendo conscientes los gestores que hay un nivel donde no deben, o no les interesa, o más exactamente no se les permite entrar.

Dos razones sustentan lo dicho, de un lado la cuestión de dimensión, cualquier decisión por mínima que sea tiene un fuerte impacto, y, por otro lado, prima la especialización. Por todo ello, el personal sanitario no quiere tener héroes –es su día a día–, lo único que pide es ser entendido y atendido, pero desde un prisma profesional, no bajo paradigmas impuestos por las modas de carácter político-social del momento; y esto es im-

portante tenerlo en cuenta, en un momento en el que se nos alerta de que este virus ha venido para quedarse, que tendremos que convivir con él –y con otras mutaciones–; dicho de otra manera, forma parte de nuestra normalidad y la vacuna formará parte de los protocolos de prevención.

## **2. El Covid-19.**

### **Una nueva realidad**

La primera cuestión que surge es: ¿Nos hemos dado cuenta realmente de la situación en la que nos encontramos?, yo diría que no. Los botellones y fiestas multitudinarias siguen, los jóvenes no tienen miedo y por eso no llevan mascarillas, hablan del efecto rebaño con una normalidad que da miedo. Pero quienes se suponen tenemos que dar ejemplo, tampoco lo ponemos fácil. ¿Dónde han quedado los aplausos?, y la compasión.

En estos momentos los mensajes tanto individuales como colectivos son fundamentales, y cómo no, las propias organizaciones tienen que estar a la altura. Todos somos “protagonistas” y esto explica muchas cosas, es el mejor predictor para entender el comportamiento y la evolución del Covid-19, para aquellos que somos ajenos a los algoritmos, a las redes complejas o

a las ecuaciones diferenciales. La población pide una información precisa y entendible, ahora el saber comunicar y la confiabilidad son más que nunca esenciales a todos los niveles; los medios de comunicación no han sido precisamente un coadyuvante en proporcionar transparencia y, también hay que decirlo, la presencia científica tampoco (la verdad es que trasladar ciencia no es fácil), pero cuando a nivel popular se hace un chiste diario, de forma espontánea cunde la incertidumbre y sin quererlo se cae en la desesperación, algo pasa. Ciertamente sí, somos menos solidarios y más egoístas.

La gente está cansada, a ratos infeliz y, lo que es peor, algunos han perdido la esperanza viendo lo que ocurre a su alrededor. Una sociedad que ha estado basada en la opulencia del yo primero y después yo, ahora se da cuenta de que también le puede tocar, hacer cola en los supermercados, guardar distancias, estar confinada o bajo un estado de alarma. Y, lo más triste, sacar de sí misma lo peor. ¡Quién lo iba a imaginar!

El Covid-19 rompe culturas, pone en entredicho decisiones desafortunadas, nos revela lo que realmente es importante, nos enfrenta a la muerte; pese a todo, es una gran oportunidad para retomar el camino correcto, aunque

se emprenda solo. Y las organizaciones, ¿han aprendido algo?, ¿están siendo transparentes? En recursos humanos los comportamientos son fundamentales, son reflejo de la esencia de la misma organización, de su cultura y de sus valores<sup>2</sup> y sobre todo si vienen de aquellos que tienen en sus manos la responsabilidad de hacerlo, desgraciadamente algunos dejan bastante que desear provocando más ruido que claridad. ¿Qué está fallando?, ¿qué intereses prevalecen?, ¿cómo puede ser posible la ligereza con la que se habla de los ERTES, del nivel de desempleo de la población juvenil, del incremento de la brecha de género, por no hablar de los niveles de indigencia?<sup>3</sup>. No nos equivoquemos, el problema no es el Covid-19, son problemas estructurales que venimos padeciendo desde finales del siglo pasado, somos muy frágiles,

---

<sup>2</sup> C. LOWNY, *El liderazgo al estilo de los jesuitas*, Norma, Bogotá 2004, 17-31.

<sup>3</sup> La pandemia ha cercenado a la población más vulnerable, el COVID-19 ha incrementado la pobreza severa en 790.000 personas, lo que supone una tasa de pobreza relativa del 22,9% (estábamos en un 20,7%). La pobreza entre la población migrante es del 57%: Cf. OXFAM Intermón. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620928/bp-time-to-care-inequality-200120-summ-es.pdf>

nuestro tejido productivo estaba dormido, cuando no paralizado, la pobreza estaba ya enquistada en España.

A nivel hospitalario, se discute por los expertos si el sistema está agotado, si está colapsado; desde mi punto de vista no existe una respuesta pacífica, pero no cabe duda que en la primera oleada de la pandemia el sistema sucumbió. Lo que sí se ha evidenciado son cuestiones que, enraizadas en intereses partidistas, se mezclan descolocando y desorientando a la opinión pública, en definitiva, dándonos una imagen refractaria que no se corresponde con la realidad<sup>4</sup>.

La falta de recursos o plantillas infra-dimensionadas tendría que analizarse desde distintos prismas: la primacía del principio de especialización dentro de un sistema de escalafones; la falta de polivalencia y lo que es más grave la falta de integración de los servicios desde un punto de vista organizacional (donde además

---

<sup>4</sup> En la tasa de notificación acumulada de defunción, España ocupa el cuarto lugar en la UE, después de Italia, Francia y Alemania. En cuanto al número de casos España ocupa el segundo lugar después de Francia. Cf. CENTRO EUROPEO DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (25 de febrero de 2021). 7.<sup>a</sup> semana.

confluyen dobles dependencias funcional y jerárquica).

En cualquier caso, estamos ante un problema histórico, una pelea constante y en particular una reivindicación sindical y de clase<sup>5</sup>, pero lo cierto es que es más complejo que comparar simplemente las ratios por cama, rara vez coincidentes. Habría que analizar la presión asistencial, carteras de servicios, peso funcional, etc. y, cómo no, el absentismo y la productividad; lo que todo el mundo entiende es que si una enfermera tiene que atender 19 camas la calidad asistencial se deteriora<sup>6</sup>. Si nos referimos a

los facultativos, la pregunta es la misma ¿faltan médicos? Sí, pero en algunas especialidades, lo que no se puede elevar a un axioma general; y lo que nadie pregunta y nadie cuestiona es si realmente es necesaria una súper-especialización a todos los niveles funcionales, cuando la demanda no lo justifica. Ateniéndonos a criterios de sostenibilidad y bienestar social, la nueva normalidad impone un “no”.

Como dice la OMS en uno de sus comunicados: “Los países tienen que determinar a qué servicios esenciales darán prioridad en su esfuerzo por mantener la continuidad de la prestación de servicios e introducir cambios estratégicos para garantizar que unos recursos cada vez más limitados proporcionen el máximo beneficio a la población. Sobre lo expuesto sería interesante tener en cuenta cómo a nivel global las organizaciones en los distintos sectores –y el sanitario no es una excepción– están bajo severas condiciones de trabajo, emergiendo nuevas necesidades, nuevos modelos, como consecuencia de la automatización y el trabajo en remoto. Se quiera o no, están redefiniéndose muchos roles tradicionales; sin embargo, la pro-

---

<sup>5</sup> M. FERRER PIQUER – R. CAMAÑO PUIG, “Dotación de enfermeras en los hospitales españoles”, *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades* 26/3 (2017), 233-237: “La escasez de enfermeras se está convirtiendo en un problema en la sostenibilidad de los niveles de calidad del sistema, afectando tanto a la seguridad de los pacientes como a la seguridad de la enfermería [...] no existen criterios uniformes en el conjunto del país para la provisión de recursos humanos sanitarios”.

<sup>6</sup> La sanidad española ha perdido más de 50.000 profesionales sanitarios, hay que remontarse al 2012 para encontrar la cifra de 500.000 contratados. El Real Decreto de medidas extraordinarias para hacer frente a la pandemia incluía la prorroga de los MIR de último año y la incorporación de profesionales en situación de jubilación. Cf. Real Decreto Ley 21/2020 de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y

---

coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, BOE 163 (10-6-2020), 38723-38752.

yeción en los próximos diez años para el sector salud arroja un saldo neto positivo, como en general para las denominadas profesiones STEM<sup>7</sup>.

A lo anterior, se une el cansancio infinito provocado por turnos rotatorios, guardias interminables, días y días pendientes de librar que se trasladan un año tras otro para acabar en el olvido. A ello me refería anteriormente cuando hablaba de productividad y absentismo. Por eso, en justicia, hay que decir que el Covid-19 ha puesto de relieve deficiencias que ya existían, nuestras ratios asistenciales, además de estar por debajo de las recomendadas por la Unión Europea, no funcionan; lo que nos ha llevado a un nivel de criticidad realmente insoportable en todos los sentidos. Implementar nuevos esquemas es, en muchos casos, caer en desgracia y el remedio es poner en boca de todos el anglicismo *resilience*. Y la gente se pregunta ¿hasta cuándo tanta insensatez?, porque la realidad no mediática –cuando estoy escribiendo estas líneas– sigue siendo escalofriante, si pensamos en una cuarta ola, nuevas cepas, o virus en periodo de mutación.

El Covid-19 rompe con todo lo anterior, pero al mismo tiempo es una oportunidad para el sistema de salud y para todas las organizaciones. Exige capacidad de adaptación, trabajar con equipos multidisciplinares, trabajar en proyectos donde los roles son cambiantes, movilidad y por supuesto flexibilidad sin condiciones (es el momento de dejar lo mejor de uno mismo, sea cual sea la actividad a la que te dediques). Es necesario un nuevo liderazgo público que deje de administrar para empezar a gestionar, un liderazgo que rentabilice el presupuesto, y si es necesario lo transfiera allí donde se necesita. El nuevo líder debe tener una visión cohesionadora, constructiva (hay que recuperar la atención primaria), propiciando que los cambios provengan de los propios empleados, aprovechando su experiencia, su potencial, de lo contrario siempre iremos por detrás ya que la complejidad es cambiante y exponencial<sup>8</sup>.

El sistema de salud exige cooperación y solidaridad y no puede estar subordinado a lo políticamente correcto, que por cierto cambia de un día para otro, un nuevo sistema donde se haga medicina desde la base, desde los propios ciudada-

---

<sup>7</sup> J. MANYIKA, *The future of work after Covid-19*, McKinsey Global Institute 2021.

---

<sup>8</sup> B. GROGAN, SJ, *Alone and on Foot. Ignatius of Loyola*. Veritas Publications 2008.

nos, desde sus casas. Ello requiere cooperación, concienciación y por supuesto formación (unidades de emergencia ciudadana). Lo anterior ya se ha llevado a la práctica, cuando hemos hecho de nuestros domicilios unidades de aislamiento, de prevención, de alerta, hemos hecho telemedicina, hemos realizado pruebas diagnósticas, medición de la tensión arterial, niveles de oxígeno. Ahora toca la autoadministración de la vacuna.

Lo mas triste, pero fiable, es la opinión de muchos expertos, cuando afirman sin acritud: “estamos avanzando hacia atrás, haciendo expresa referencia a la demagogia, algo que es contrario a la ciencia porque la ciencia es duda, incertidumbre, evidencia. Ciertamente se ha producido una cierta degeneración intelectual, cuando no se ha hablado de hechos sino de intereses (y esto no gusta a la comunidad científica), cuando se ha eludido la imparcialidad, aunque algunos se sientan o autodenominen independientes. Los medios de comunicación han manoseado el problema como si de un objeto se tratase, su interés se ha basado únicamente en el nivel de impacto. Y en paralelo, los departamentos de comunicación de los hospitales se han colapsado de datos cuya rigurosidad y sus fuentes dejan mucho que desear. Pero había que

darlos, aunque fuera bajo criterios heterogéneos (unos trabajan con inteligencia artificial y otros contando con los dedos de la mano).

Ortega apelaba en su momento a la degeneración intelectual que prevalecía en la España de principios del siglo pasado, lo que hoy se identifica plenamente con el comportamiento de lo que él denominaba “burócratas”<sup>9</sup>. Porque estos burócratas, junto con algunos medios de comunicación, han servido de catalizador en términos de consumo de la información, yo precisaría de consumo de “datos”. Con todo ello, “la verdad sobre el Covid-19” se ha devaluado, lo que importa es la audiencia, aunque los datos no tengan *auctoritas*; y claro, surgen reacciones en la población cuya expresión más clara son los negacionistas, la falta de sentido común –nunca justificable–, las *fake news* que siguen el axioma de que la verdad cuanto más falsa más verdad. A modo de ejemplo, basta pensar en cómo se ha tenido engañada a la población mundial bajo la idea de que el virus nació en un laboratorio chino, cuando se intuía y hoy se sabe por la comunidad científica, que ha pasado previamente por un animal y se está determi-

---

<sup>9</sup> J. ORTEGA Y GASSET, “La redención de las provincias y la decencia nacional”, *Revista de Occidente* 1931.



nando cuál. Y alguno se preguntará ¿de verdad?, ciertamente estamos padeciendo una cierta *infodemia*<sup>10</sup>.

### 3. Mirando al futuro

Darse cuenta de la realidad en que vivimos es tener capacidad para adivinar lo que nos va a ir llegando, sin olvidar que nosotros somos causantes de muchas cosas. La nueva normalidad no entiende de excusas –mayoritariamente ajenas a la razón–, entiende de problemas globales, de soluciones cuya complejidad requiere que se aúnen fuerzas y se aborden globalmente bajo criterios de sostenibilidad. Se necesita una medicina más solidaria, más cooperativa<sup>11</sup>,

---

<sup>10</sup> Por tanto, la desinformación como la sobreinformación socava la confianza, lo que el Director de la OMS Tedros Adhanom, denomina “infodemia”. Fuente: Comunicado OMS. 20-09-2020.T

En el valle de la muerte, necesitamos creer en algo, necesitamos resultados a corto para realmente imaginar esa nueva normalidad; lo contrario supondrá —psicológicamente hablando— un fallo del que inexorablemente muchos no saldrán. Ver: *Training Manual for Human Service Workers in Major Disasters*. US Department of Health and Human services 2000.

<sup>11</sup> Un ejemplo lo tenemos en la participación de la gente joven en los servicios de salud, ha sido una experiencia muy positiva. Sin embargo, como pone en evidencia Louca-May Brady, uno de

la segmentación no da soluciones a los nuevos retos, es necesario priorizar e integrar los recursos no solo desde el punto de vista estructural, sino también desde las habilidades y capacidades, dando un sentido más amplio a la profesionalidad<sup>12</sup>.

Los sistemas de salud deben cambiar y su fortalecimiento deberá hacerse desde el inicio, transformando la educación. Y en lo anterior estamos implicados todos, porque todos somos actores bajo la óptica de un aprendizaje global (educación ciudadana, educación profesional, sistemas de evaluación e investigación en educación médica). Un aprendizaje donde realmente se nos forme para corregir comportamientos, aprender

---

los mayores problemas para involucrar a la gente joven, es partir de nuestras experiencias pasadas y el problema viene cuando estas no existen. Los negacionistas dirán que en la nueva normalidad el pasado no tiene sitio. Sin embargo, algo podemos aprender de las generaciones que sobrevivieron a última gran guerra, para construir un nuevo futuro. Louca-Mai Brady (2020). *Embedding Young People’s Participation in Health Services: New Approaches*. Bristol University. Prologo: LOUCA-MAI BRADY, *Embedding young people’s participation in health services. New approaches*, Bristol University 2020.

<sup>12</sup> V. CAMPS, “Los valores éticos en la profesión sanitaria”, *Educación Médica* 16/1 (2015), 3-8.

del fallo, donde el error ayude de verdad a cambiar los procesos de investigación.

#### **4. La nueva normalidad**

La nueva normalidad ha impuesto, a mi juicio, tres realidades en las que es necesario trabajar y reaprender sin más demora:

La primera y más importante, una nueva visión del sistema, poniendo el punto de mira en una atención primaria trasnochada, la cual requiere de nuevos recursos y competencias, donde se pueda hacer medicina en toda la extensión de la palabra. Una nueva dimensión que evite el colapso de las urgencias hospitalarias, una reingeniería de procesos que depure roles y responsabilidades entre la primaria y la especializada. Y, cómo no, una tecnificación a la altura de los tiempos. Ciertamente ha habido tímidos intentos de reforma, pero la laguna existente parece insalvable y ha derivado en dos sistemas, en dos mundos con rotación propia, haciéndose más complejo, si cabe, cuando los gestores no se ponen de acuerdo o se complican la vida innecesariamente. Es imperativo eliminar mecanismos que impidan la fluidez entre dos dimensiones que se superponen en un mismo sistema,

donde una es la extensión de la otra y viceversa.

En segundo lugar, el papel de la medicina privada<sup>13</sup> es cada día más importante, aunque también preocupante, si no se gestiona adecuadamente o se persiguen resultados ajenos a un bien jurídico básico como es la salud. A partir de lo anterior, nos preguntamos si los criterios de rentabilidad pueden ser compatibles con los de la calidad asistencial. Desde mi punto de vista, son términos que se pueden conciliar, siempre que se prime el principio de equidad, proporcionalidad, y no afecte a una correcta praxis médica. El problema reside en la dificultad de los distintos agentes públicos y privados para llegar a un entendimiento –cuando como he dicho anteriormente, todos somos protagonistas– y lo que es más llamativo, una comunicación insuficiente, falta de respuesta, transparencia y, por qué no decirlo, de confiabilidad en términos de cumplimiento. Lo cierto es que el sistema de salud público resulta insuficiente y no debemos analizarlo solo a día de hoy donde la presión asistencial está en el

---

<sup>13</sup> ABARCA CIDÓN, *Análisis de la Ley General de Sanidad en la realidad del siglo XXI*: “No puede quedar relegada a un papel complementario, si se quiere mantener la cartera de servicios y de máximas coberturas”.

22% (hace tres semanas todos los indicadores negativos estaban al alza); basta pensar en las listas de espera y retrasos continuados en ciertas patologías como las oncológicas, donde las intervenciones se están dilatando en el tiempo, la disminución de la actividad diagnóstica, los problemas recurrentes en los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. Los conciertos con la medicina privada se hacen necesarios, si bien es necesario ajustar las condiciones de los pliegos a la realidad actual y, en todo caso, bajo criterios de responsabilidad social.

Por último, la necesidad de crear un nuevo liderazgo. Un liderazgo basado y apoyado por el talento de los demás (humanocracia), es decir, todo lo contrario a aquellos que disfrazándose de líderes únicamente les sostiene su estatus, su narcisismo, haciendo de la burocracia una derivada de ellos mismos<sup>14</sup>. Hablo de un liderazgo, solo apto para héroes que transforman

en oro las piedras que ponen en sus manos, que se conocen y por ello “fluyen” en los demás, que atraen y saben valorar la excelencia, hablo de un liderazgo donde lo que prime sea lo conveniente (social) a lo necesario (económico), donde prime el saber estar y el saber hacer. La nueva realidad no admite dudas, ni tribulaciones, y tenemos que vivir y discernir lo que realmente es auténtico y contagiar a la organización, porque los profesionales no pueden sentirse solos, no pueden perder el optimismo. Las Naciones Unidas ponen de relieve que más del 50% de los empleados padece fatiga, presentando en muchos casos síntomas de *burnout*. La salud mental del personal sanitario –a pesar de estar educado para convivir con el stress– se va deteriorando, algunas secuelas empiezan a aflorar... y ello actúa deficitariamente en la “atención”: la simpatía, la empatía, la compasión, la dignidad, la autonomía, en definitiva, la medicina centrada en la persona.

---

<sup>14</sup> G. HAMEL – M. ZANINI, *Humanocracy. Creating Organizations as Amazing as People inside them*. Harvard Business Review Press 2020. Para Michele Zanini, la burocracia genera falsa calidad: “Since 1983, the number of managers and administrators in the US workforce has more than doubled, while employment in all other occupations has gone up by only 40 percent”.

### 5. Aprender y seguir innovando

La nueva realidad, como ya hemos mencionado, ha revelado muchas deficiencias y quiero aquí resaltar la falta de compromiso con el mundo de la ciencia, una

reivindicación necesaria porque los intelectuales están callados y los medios no nos muestran “suficientemente” el inmenso trabajo que en la oscuridad están llevando a cabo. La ciencia, “hombres y mujeres” (en la mayoría de las ocasiones estas últimas invisibles), ha ocupado y está ocupando un papel transcendental en toda la pandemia, más de lo que nos podemos imaginar. Se le ha pedido, se le ha exigido, y sin embargo no ha recibido aplausos.

No obstante, y sin ninguna duda, el esfuerzo realizado además de la esperada vacuna dará muchos más frutos; el ritmo y las nuevas estructuras desarrolladas propiciarán resultados inesperados que visualizaremos en los próximos años. La ciencia ha pasado de criterios endogámicos a criterios solidarios, abiertos y cooperativos, sigue adelante, sigue cuestionándolo todo incluso aquello que se da por hecho –si los test tienen fiabilidad, si están hechos para personas infectadas y no para detectar la infección, etc.– La ciencia sigue haciendo ciencia, buscando certidumbre, y si la población ve la vacuna como una lotería donde cada día se incluye a un colectivo a veces sin rigor ni fundamento, las soluciones científicas pasan por lo que los anglosajones denominan “SEIR Model” (suscepti-

ble-exposed-infected-removed)” y “Machine Learning”; es decir, modelos objetivos “ajenos” a intereses políticos o de oportunidad<sup>15</sup>.

Sin embargo, el mercado sigue bajo sus parámetros economicistas: las vacunas no llegan; la falta de transparencia en la contratación con las farmacéuticas ha dejado mucho que desear, se comprueba la eficacia y los beneficios de aplicar varias vacunas y así suplir el déficit que está presentando la cadena de distribución; como recientemente ha puesto de relieve la presidenta de la Unión Europea: “el problema no era la vacuna, sino su producción en masa”<sup>16</sup>.

Tenemos que aprender de todo ello, creando nuevos modelos, nuevas alianzas, nuevos espacios, que puedan dar respuesta global a futuras crisis. Se necesitará, como ya hemos referido, un nuevo talento capaz de proyectar constante atención a las nuevas normalidades que se nos avecinan, porque estamos en la era del “olvido”. La sociedad actual entiende, ve

---

<sup>15</sup> E. THEODOROS, Pandemic Lock-down, Isolation, and Exit Policies Based on Machine Learning Predictions, *INSEAD* (2020) Working Paper N° 2020/22/DSC.

<sup>16</sup> U. VON DER LEYEN, Speech by the president on the Covid-19 Vaccination Strategy (10-2-2021).

y siente lo que le interesa, basta pensar cómo la Organización Mundial de la Salud hace más de un año nos avisó de que la pandemia era inminente<sup>17</sup>, el SARS Cov-2 fue el primer aviso hace veinte años y, sin embargo, siendo letal las investigaciones quedaron suspendidas. La evolución del Ébola presentó puntos de coincidencia, pero de todo ello parece que nada hemos aprendido.

El futuro inmediato está lleno de incógnitas, pero la nueva normalidad nos va tragando poco a poco. Y sobre lo anterior planea una economía cuya máquina ha decelera-

do su marcha porque la pandemia ha puesto un velo a los Tratados que impulsaron lo que la Unión Europea desearía ser. Pese a ser conscientes de nuestra vulnerabilidad, seguimos poniendo obstáculos y dificultades allí donde las cosas deberían suceder de forma natural, es decir, añadiendo más incertidumbre a la incertidumbre; incluso en las post pandemias serán los propios gobiernos los que pongan barreras para que la vacuna llegue a determinados sectores de la población mundial. No queremos aprender, pero ahí está nuestra oportunidad. ■

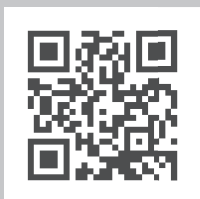
---

<sup>17</sup> El 10 de enero de 2020, la OMS ya avisó de la pandemia, haciendo recomendaciones en términos de información, liderazgo y ciencia. Poniendo especial énfasis en los mecanismos de prevención, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>

# Karl Christian Friedrich Krause: la educación masónica. Escritos

**Pedro Álvarez Lázaro**  
**José Manuel Vázquez-Romero (Editores)**

La teoría educativa de Krause descansa sobre el cimiento panenteísta de la Wesenlehre (Doctrina de Ser) y sobre el histórico de los documentos fundacionales masónicos que fundamentan su teoría de la sociedad. Un amplio estudio preliminar contextualiza y desentraña adecuadamente el contenido de los escritos educativos que ahora se publican. El presente libro da a conocer por primera vez en castellano cinco textos originales de K. Chr. Fr. Krause, verdadero corpus educativo del filósofo turingio. La publicación de estas fuentes primarias deja al descubierto las prístinas raíces filosófico-educativas, de sustancia masónica, en que se ancló el krausismo internacional y, muy señaladamente, el español en particular. En este último caso, la lectura de los documentos publicados es crucial para descubrir los fundamentos filosófico-pedagógicos del Colegio Internacional de Salmerón, de la Institución Libre de Enseñanza y de otras prestigiosas instituciones surgidas en el mismo espíritu e ideal.



---

**Karl Christian Friedrich Krause:**  
la educación masónica. Escritos  
Pedro Álvarez Lázaro  
José Manuel Vázquez Romero

ISBN: 978-84-8468-868-6  
Universidad Pontificia Comillas,  
2021.

---

