



EDITORIAL

Necesidad de nuevos liderazgos en Atención Primaria y Medicina de Familia en España



Need for new leadership in Primary Care and Family Medicine in Spain

¡Cuántos ojos que lloraban de grande que era el dolor! Y de los labios de todos sale la misma razón: «¡Qué buen vasallo sería si tuviese buen señor!»

El Cantar del mío Cid

Si miramos atrás 40 años y nos situamos al inicio de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria o, unos años después, al inicio de la reforma de la Atención Primaria, observamos que en esos años se crearon unos ecosistemas sociales y profesionales que estimularon la iniciativa, no solo individual, sino colectiva, lo que facilitó la emergencia de fuertes liderazgos.

Mientras a principios de los 80 fue la percepción de amenazas externas la que hizo que los primeros médicos de familia, aún residentes o incipientes especialistas, se movilizaran ante una situación muy adversa para el desarrollo de la especialidad, a finales de dicha década fue un contexto distinto, ilusionante, amparado por el Decreto de Estructuras Básicas de Salud de 1985 y la Ley General de Sanidad de 1986, que daban carta de naturaleza a la reforma de la Atención Primaria en España. Surgen pues en esa época una serie de liderazgos entrelazados, alimentados, unos desde las trincheras de los conflictos de los primeros años, y otros desde la motivación por construir un médico general más capaz, que se denominaba médico de familia y de la comunidad y una nueva Atención Primaria como el lugar más adecuado en el que este nuevo especialista podría expresar toda su potencialidad. Todo ese enjambre de elementos determinó la aparición de distintos tipos de liderazgo, unos, centrados en la supervivencia, encabezaron un tenso conflicto con la administración de entonces, otros, ya en época de paz, se centraron en el desarrollo de la especialidad y de la Atención Primaria, pero hay que decir que hubo un tercer grupo que estuvo a las duras y a las maduras, siendo capaz de mantener ese liderazgo en ambas situaciones, permaneciendo como referente de la especialidad hasta nuestros días.

Pero han pasado ya 40 años y asistimos a un agotamiento natural de los liderazgos de antaño, por puras razones biográficas y biológicas. Llegan las jubilaciones y, en algunos casos, fallecimientos prematuros y podría existir el temor de que el barco de la Medicina de Familia y la Atención Primaria españolas se quedara sin timoneles.

Definiciones actuales de liderazgo plantean que el líder es aquel capaz de transformar una visión en una estrategia como camino hacia un resultado y hay quien va más allá y nos plantea que cualquier resultado o medio para lograrlo no es suficiente y apela a la necesidad de que el líder incorpore componentes tales como la cultura, la colaboración, el activismo y el enfoque sistémico como elementos clave para lograr resultados sostenibles¹.

Otra pregunta necesaria es si todo médico de familia debe ser un líder, y yo, seguramente para sorpresa o desacuerdo de algún lector, debo decir que sí. El médico de familia, como profesional altamente cualificado (más de 10 años de formación superior), llamado a hacerse cargo del cuidado de la salud de una población de alrededor de 1.500 personas, para lo cual necesitará aunar las voluntades y las capacidades de otros miembros de un equipo del que él forma parte, pero además de otros elementos de la comunidad que le rodea y de otros recursos de apoyo que el sistema sanitario pone a su disposición, tiene, sin ninguna duda, que asumir en papel de líder, podríamos llamarlo clínico, como actitud basal de su perfil profesional.

Todo liderazgo necesita una energía interna, compuesta de capacidades personales, innatas y adquiridas, más fuerza motivacional, pero además, y esto es fundamental, una energía externa que es poder transferido. Cuando se trata del liderazgo, por ejemplo de una sociedad científica, el poder transferido resulta explícito, real y legitimado por el resultado de unas elecciones, pero cuando se trata organizaciones, públicas o privadas, que seleccionan a sus líderes, bien con base en mérito y capacidad, simplemente por confianza, o por ambas, ese liderazgo sigue precisando transferencia de poder y un amplio margen de autonomía

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102282>

0212-6567/© 2022 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

para ser ejercido, ya que, de no tenerlo, dicho liderazgo, en realidad secuestrado, será imposible.

Dentro de la Medicina de Familia, pero creo que puede ser aplicable a cualquier especialidad, podríamos establecer los siguientes liderazgos en función de los ámbitos en los que se desarrollan: líder clínico, líder organizativo, líder ideológico, líder profesional y líder sindical. Ello no quiere decir que cada tipología niegue las demás y nos encontraremos profesionales muy capaces en alguna de esas posiciones, y no en el resto, mientras otros, mucho más versátiles, serían capaces de ocupar varios de esos espacios.

Los liderazgos ideológico y profesional dependen más de lo que denominábamos factores intrínsecos o fuerza interior del líder, aunque es verdad que necesitan contar con organizaciones profesionales democráticas, abiertas, participativas, que busquen y fomenten el talento, como contextos fértiles para su desarrollo. Cuando esas organizaciones se comportan de un modo distinto, son cerradas, poco participativas y acaparan poder y privilegios, se vuelven espacios yermos.

Por otro lado, los liderazgos clínico y organizativo, a pesar de las capacidades intrínsecas necesarias, están mucho más necesitados de la transferencia de poder y de un ecosistema facilitador de su desarrollo, y es aquí donde está nuestro problema principal. Durante muchos años, la Atención Primaria española ha sido una trituradora de líderes emergentes, de profesionales que pensaron que las cosas podrían mejorar y que tuvieron, y aún tienen, la ilusión de contribuir a ello. Sin embargo, y a los hechos nos remitimos, está siendo la historia de un fracaso demasiado prolongado.

¿Qué está ocurriendo para que eso sea así? La inercia burocrática, la falta de recursos, el estricto control de la gestión en la precariedad, la desconfianza, la férrea centralización, la imposición de carteras de servicios obsoletas o absurdas, malos o ausentes cuadros de mandos, sistemas de evaluación pueriles, hasta no hace mucho, centrados en la realización de tareas, equipos mal dimensionados y desestructurados, confusión en la gestión de competencias y en la asignación de roles, control férreo de agendas y un largo etcétera²⁻⁵. Este ha sido y es el contexto, y en él, un gran número de profesionales cargados de valores personales y profesionales, motivados por mejorar las cosas, pero atados de pies y manos, son puestos a remar al ritmo sincrónico de tambor de galera.

Está claro que las cosas deben cambiar y que se están dando las circunstancias para que ello ocurra. ¿Cuáles son? La desesperación, el agotamiento, el abandono, cuando no la ira. ¡Es crisis! Y los momentos de crisis son, como lo fueron

antaño, momentos propicios para la emergencia de nuevos liderazgos y es muy importante que dicha emergencia ocurra con fuerza, pero también con dirección⁶, con una visión adecuada de las necesidades de un país al que le quedan por delante muchos años para superar las grandes debilidades que hoy padece y de una Atención Primaria que está llamada a convertirse en el principal factor de sostenibilidad de un sistema nacional de salud que deberá ser, para ello, universal, integrado en la comunidad, equitativo y eficiente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ruiz S. Liderazgo sostenible: hacia un nuevo modelo de empresa y gobernanza. *Harvard Deusto*. 2021;314:16-25.
2. Zurro AM, Benedicto AS. La atención primaria española en el 50 aniversario de la ley de cuidados inversos [Spain's primary care on the 50th anniversary of the reverse care law]. *Aten Primaria*. 2021;53:102055, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102055>.
3. Gené-Badia J. Atención primaria: urge cambiar para mantener la calidad [Primary care: Change needed to maintain quality]. *Aten Primaria*. 2019;51:266-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.002>.
4. Sánchez-Recio R, Alonso JP, Aguilar-Palacio I. The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. *Gac Sanit*. 2020;34:245-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.009>.
5. Coma E, Mora N, Peremiquel-Trillas P, Benítez M, Méndez L, Mercadé A, et al. Influence of organization and demographic characteristics of primary care practices on continuity of care: analysis of a retrospective cohort from 287 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract*. 2021;22:56, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01414-y>.
6. Ruiz Moral R, Monge Martín D, García de Leonardo C, Álvarez Montero S, Caballero Martínez F. Medical resilience and morality: a survey study on the opinions and actions of exemplary family physicians. *BMC Fam Pract*. 2021;22:213, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01555-0>.

José Ramón Vázquez Díaz
Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria «La Laguna-Tenerife Norte», Santa Cruz de Tenerife, España
 Correo electrónico: joseramonvd.mfyclalaguna@gmail.com