



MOTIVAR A MÉDICOS DE FAMILIA: UNA CUESTIÓN DE CONFIANZA

JUAN SIMÓ MIÑANA

Plataforma 10 minutos

El marco burocrático y controlador que rige la atención primaria se ha demostrado ineficaz para conseguir la motivación de los médicos de familia en nuestro país. Estos profesionales son conscientes de que se debe fomentar la autonomía responsable basándose en determinados estándares éticos como la confianza, el compromiso y la libertad en el desarrollo profesional. Estos valores permitirán el desempeño adecuado de la labor del médico.

La empresa sanitaria se mueve en un entorno social cada vez más complejo que incrementa la incertidumbre y hace que los mecanismos de control habituales (jerarquía, burocracia, remuneración,

derecho, incentivos extrínsecos, etc.) pierdan eficacia y gane importancia la necesidad de los estándares éticos¹. Nuestra atención primaria necesita evolucionar y pasar de ser una cultura organizativa convencional

orientada al control, a convertirse en una nueva cultura de valores de desarrollo humano y ético^{2,3}.

Para poder dar sentido al esfuerzo, generar bienestar ético y emocional y legitimar nuestra atención primaria, necesitamos superar el marco habitual tecnocrático (burocrático-controlador)^{4,5}. Del reglamento (regulación concretísima de la acción) hemos de pasar al valor (orientación general de la acción)^{4,6}, pues sólo una atención primaria estructurada con respecto a valores puede permitir el grado de flexibilización, la capacidad de innovación, de imaginación y, por tanto, de creatividad y responsabilidad que una sociedad democrática y postconvencional demanda¹. Nuestra atención primaria no sólo se legitima por la producción de un servicio que satisfaga las necesidades de los pacientes (misión externa), sino que, también, debe satisfacer determinadas necesidades y activar el desarrollo de ciertas capacidades operativas (desarrollo profesional) y actitudes (virtudes éticas) en sus médicos de familia, relacionadas con la excelencia en el servicio y el compromiso con la institución (misión interna).

El grado de necesidad de control externo viene determinado por la calidad del sistema espontáneo

Si nuestros responsables y directivos ocultan o escamotean intencionadamente información, si desconfían de quienes les rodean para asumir nuevas responsabilidades, y si plantean su trabajo en clave de fiscalización y no en clave de facilitación, quizás nos encontramos ante diligentes capataces, pero no ante líderes en dirección de personas⁷. Únicamente si los médicos de

Los líderes no necesitan tanto poder de coacción ni control pues atesoran suficiente autoridad, humanidad y sabiduría

familia se sienten tratados como personas y no como meros recursos⁸ y atribuyen sentido a su trabajo

desarrollarán todo su potencial intelectual y emocional para generar productos o servicios de máxima calidad y satisfacción para los pacientes.

MOTIVAR LA CALIDAD DEL COMPORTAMIENTO ESPONTÁNEO

El comportamiento espontáneo o libre del médico de familia (aquel que no se influye por el control externo mediante premios o sanciones) es muchas veces imprescindible para la consecución de los fines de la atención primaria (incluida la eficiencia). La resistencia a aceptar esta conclusión procede de una forma irracional de entender la dirección de personas que consiste en pensar que uno puede conseguir “cualquier cosa” que le pueda interesar de otras personas a través de la simple aplicación del poder coactivo (estímulos externos tipo premio o castigo) y del reglamento (formulación explícita de todos los aspectos de las acciones individuales significativos para el logro de los objetivos)⁹.

Con esta visión estrictamente mecanicista, muchos directivos realizan hipótesis muy simplistas en su enfoque de la dirección de personas, de modo que cuando se plantean por qué éstas actúan de una determinada manera, y desde su limitada teoría, el único modo con el que explican sus comportamientos (tanto los disfuncionales como los que contribuyen al logro institucional) se reduce al ámbito de la motivación extrínseca¹⁰. Por tanto, importa aumentar la calidad moral del comportamiento libre o espontáneo del médico de familia a través de la calidad ética de la estructura, los modos de operar, la cultura de la organización y la de sus directivos, pues todo ello influye en la calidad motivacional (sensibilidad a moverse por los diferentes tipos de motivos) de los profesionales¹¹.

Debemos aceptar que el sistema de control externo tiene unos límites que reducen su capacidad para motivar

muchos casos notablemente superior a la de sus inmediatos superiores), no puede seguir instalada

en esta hipótesis mecanicista del comportamiento humano en la empresa. Debemos aceptar que, al menos en la práctica, el sistema de control externo tiene unos límites que

reducen su capacidad para motivar adecuadamente a todos los médicos de familia pues una parte importante del logro se conseguirá mediante el autocontrol espontáneo de los profesionales. En nuestra atención primaria, este sistema espontáneo del comportamiento (también llamado dedicación) puede convertirse en el verdadero motor de la misma. La dedicación la forman todos aquellos comportamientos del profesional beneficiosos para la organización y no regulados ni por el contrato, ni por el sistema de control externo. La dedicación de los médicos de familia puede llegar a ser muy alta no tanto en función de la libertad y calidad motivacional de cada cual, sino también de la influencia del grado de calidad moral de la atención primaria como organización.

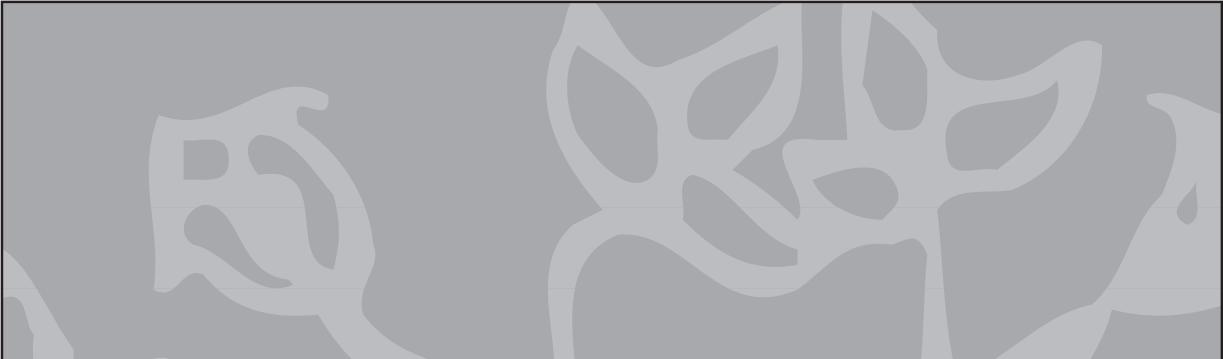
EL AUTOCONTROL ESPONTÁNEO PROFESIONAL EXISTE... Y LO LLAMAMOS DEDICACIÓN

Una organización como la nuestra en la que más del 70% de sus miembros poseen una cualificación profesional alta o muy alta (en



MEJOR CONTROL ESPONTÁNEO, MENOR NECESIDAD DE CONTROL EXTERNO

El grado de necesidad de control externo viene determinado por la calidad del sistema espontáneo. Y esta calidad depende de la capacidad de los profesionales de actuar por las consecuencias (utilidad) que para otros tengan las acciones que ejecutan en ausencia de coacción (positiva o negativa)¹¹. Se trata del grado de capacidad que el médico de familia tiene para actuar por motivos



trascendentes, es decir, de su capacidad para moverse por el sentido y el valor (valía) de su actuación en razón de que la misma sea útil para otras personas y contribuya a la misión -tanto externa como interna- de la organización. Es necesario que los directivos de atención primaria aumenten la capacidad de los médicos para moverse por motivos intrínsecos y, sobre todo, trascendentes. En la medida que así lo hagan, serán más directivos y líderes y menos capataces.

DE CAPATACES A DIRECTIVOS Y **DE DIRECTIVOS A LÍDERES**

Cuando los directivos de atención primaria no encuentran otra manera de mover a su gente más que mediante motivos extrínsecos (retribuciones, incentivos monetarios, etc.) o normas que bajan al mínimo detalle de los comportamientos, son tan malos directivos como aquellos médicos incapaces de otra cosa que atacar sin mayor investigación los síntomas referidos por el paciente. Así, cuando los gerentes “mueven” a su gente mediante la versatilidad y atractivo del trabajo que les ofrecen y del aprendizaje y desarrollo profesional efectivo que les proporcionan (motivación intrínseca), ya están en otro nivel gestor: ya no son tan sólo capataces sino que son directivos. Si, además, llegan a los motivos más hondos de la acción humana, haciendo ver a sus profesionales el valor y sentido (para otras personas) de lo que están haciendo, entonces, y sólo entonces, son líderes. Los líderes no necesitan tanto poder de coacción ni sufren tanto la incontinente necesidad de controlar pues

El desarrollo profesional es una variable importante de la calidad de vida laboral

atesoran suficiente autoridad, humanidad y sabiduría.

EL PODER COACTIVO NO CONDUCE A LA EXCELENCIA

A falta de autoridad, humanidad y sabiduría, el poder, entendido como la capacidad de influir en el comportamiento de otras personas, se puede obtener a través de la coacción externa (poco importa que el estímulo coactivo sea positivo o negativo). Pero el poder por si sólo no controla, necesita un “sistema de control” que relacione los estímulos con las acciones objeto de control. Un sistema de control difícil de conseguir cuando los resultados que se desean controlar escapan del campo de las variables meramente técnicas susceptibles de medición

precisa⁹. Como sabemos, en medicina y sanidad existen muchas cosas importantes que no se pueden medir fácilmente, y quien piense lo contrario se instala en una forma grave de escapismo utópico o neurótico. Sabemos que el comportamiento espontáneo es necesario para el logro institucional. Pretender regular este comportamiento mediante burocracias, normas, premios y castigos es “pedir peras al olmo” pues se está pidiendo al instrumento (el control burocrático) lo que sólo el intérprete (el



profesional) puede dar (excelencia, dedicación, compromiso, etc.). Las burocracias y los mecanismos de control son necesarios en dosis mínimas de manera que no impidan la espontaneidad requerida para que los profesionales innoven, creen y tomen iniciativas alineadas con la meta institucional y la excelencia. Potenciar la excelencia hasta situarla en un primer plano no es fácil en estructuras organizativas rígidas como la nuestra¹². Estas

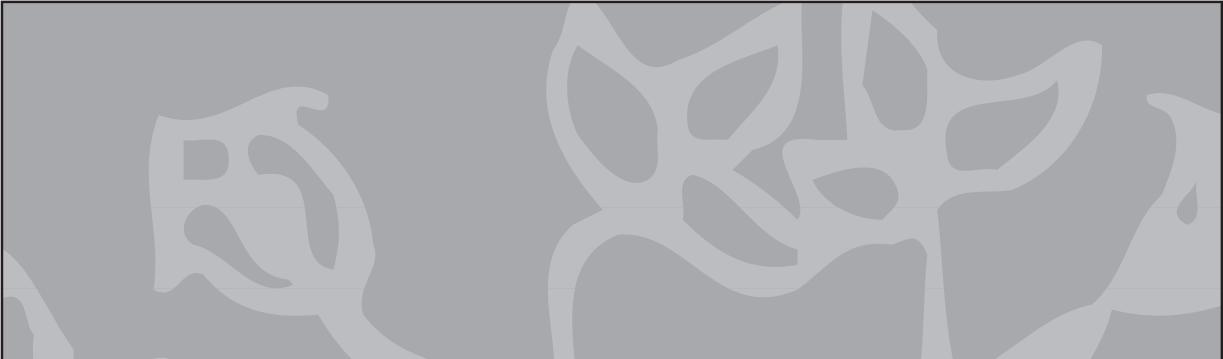
Las burocracias y los mecanismos de control son necesarios en dosis mínimas

estructuras, basadas en el control externo, pueden, en el mejor de los casos, asegurar niveles mínimos de calidad homogénea, demasiadas veces lindantes con la mediocridad. A la larga, y siempre que se considere más allá del corto plazo, la mejor manera de asentar la cultura de la calidad en nuestra atención primaria será impulsando el carácter ético de sus integrantes (directivos y profesionales), y de la organización y cultura que se desarrollan en ella.

**CONFIANZA, UNA PALABRA
AUSENTE EN LA JERGA DE
GESTIÓN**

La dificultad real para que los directivos de atención primaria se esfuerzen en intentar gobernar la misma como líderes y no como capataces es su falta de confianza por la aversión al riesgo y a la incertidumbre. La confianza supone una actitud vital imposible de adoptar por personas u organizaciones éticamente inertes ya que sienten la misma como amenaza y no como valor. Esto explicaría que demasiadas veces se introduzcan sistemas de incentivos basados en la desconfianza hacia el médico. Ocurre así cuando se motiva únicamente de modo extrínseco (incentivos monetarios): los comportamientos acaban mercantilizándose, el puro cálculo de intercambios sustenta las decisiones y se refuerza la desconfianza¹³. En el extremo, la absoluta falta de confianza y de motivación ética convertiría a la atención primaria en un negocio oportunista, al directivo en un simple capataz manipulador de personas y al médico de familia en un mercenario. Así, los capataces terminarían siendo unos tiranos

sin otro instrumento “gestor” que el puro poder coactivo, y los médicos de familia acabarían siendo más sensibles a la motivación extrínseca que a las necesidades de los



pacientes. Progresivamente, la atención primaria como organización se convertiría en una estrategia de diseño oportunista formada por un grupo inestable y desconfiado de personas conectado únicamente por intereses individuales temporalmente (o perdurablemente) complementarios (no necesariamente comunes) y, eso sí, aglutinados en torno a una hipertrofia de normas y procedimientos que le darían apariencia de institución.

UNA ATENCIÓN PRIMARIA QUE PERSIGA **EL DESARROLLO Y COMPROMISO**

Nuestra atención primaria debe también activar la motivación intrínseca y la trascendente relacionadas, respectivamente, con el desarrollo profesional y el compromiso con la organización. El desarrollo profesional es una variable importante de la calidad de vida laboral¹⁴ y es perfectamente objetivable si la organización promociona el desarrollo completo del perfil profesional del médico de familia¹⁵. La atención primaria debe lograr el compromiso de sus mejores profesionales. Esto se puede conseguir mediante la activación de la motivación trascendente. El verdadero compromiso del profesional con la organización sólo puede ocurrir cuando en su estructura motivacional predominan los motivos trascendentes y la organización promueve la satisfacción efectiva de los mismos. En el compromiso, el punto de encuentro entre los intereses de ambas partes (profesional y organización) se situaría en la satisfacción de necesidades de terceros partícipes o no de la organización. Para que se dé el compromiso, la organización tiene que ofrecer y facilitar oportunidades para que el profesional tome decisiones para satisfacer este tipo de motivos¹⁶. La motivación por motivos trascendentes

asentaría en la categoría ética de los profesionales que entienden la organización sanitaria como un medio que les permite utilizar sus capacidades personales y profesionales para satisfacer necesidades reales¹⁷.

DE LA GESTIÓN DE LA SOSPECHA A LA DE **LA CONFIANZA**

En nuestra atención primaria hemos de conseguir que sus integrantes asuman cooperativamente el proyecto común de la responsabilidad institucional relacionada con su misión. Para ello, necesitamos en primer lugar, descubrir, reconocer y potenciar las capacidades de los médicos de familia, devolviéndoles el poder a ellos, pues cada vez están más capacitados para responder a nuevos objetivos; en segundo lugar, clarificar las reglas de juego y los valores compartidos, pues la cooperación responsable no germina cuando la opacidad y la ausencia de veracidad y de coherencia entre lo que se dice y lo que se hace anidan en la institución (organización hipócrita); y, por último, sustituir una gestión de personas de la sospecha por una de la confianza. Pero este proyecto de responsabilidad compartida debe ir más allá de la cosmética y la fabulación. Si el cambio no es profundo, nos situaremos en una cultura o

gestión de la apariencia que, de cara al exterior, puede que dé un buen resultado inmediato (cuando la meta cortoplacista es la real) pero que, a la larga, agudizará la tensión entre la atención primaria real y la atención primaria fabulada. Por ello, los dirigentes de nuestra atención primaria harán bien en plantearse la siguiente cuestión: ¿vamos a mantener la estructura burocrática de control maquinal o vamos a desarrollar en serio la autonomía responsable -*empowerment*- de nuestros médicos de familia?^{18, 19}.

Notas bibliográficas

1. Cortina A. Ética de la empresa. Madrid: Ed. Trotta, S.A; 2003.
2. García S, Dolan SL. La dirección por valores. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 1997.
3. García S. Ética, liderazgo postconvencional y creatividad. *Dirección y Progreso* 2001; 180: 17-33.
4. Simó Miñana J, De Pablo González R. Los valores éticos libertad, igualdad y fraternidad en nuestra empresa sanitaria pública: la reforma sanitaria (¿revolución?) pendiente. *Salud 2000* 2005; 101:12-15.
5. García S. Dirección por valores y liderazgo postconvencional en el sistema sanitario público. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8 (supl. 1): 4-12.
6. Vázquez Díaz JR. El valor de los valores. *Dimens Hum* 2002; 6: 53-56.
7. De Pablo González R, Simó Miñana J, Domínguez Velázquez J, Gérvias Camacho J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria* 2004; 33: 462-470.
8. Simó Miñana J. Modernizar los recursos humanos: un *lapsus* de nuestro inconsciente colectivo organizacional. *JANO* 2004; 66 (1516): 25.
9. Pérez López JA. El poder... ¿para qué? Cuadernos Empresa y Humanismo, nº 29. Instituto Empresa y Humanismo. Universidad de Navarra. Disponible en:
[<http://www.unav.es/empresayhumanismo/publicaciones/cuadernos/docs/Cuaderno029.pdf>](http://www.unav.es/empresayhumanismo/publicaciones/cuadernos/docs/Cuaderno029.pdf)
10. Chinchilla Albiol N. Rotación de directivos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1996.
11. Pérez López JA. El sentido de los conflictos éticos originados por el entorno en el que opera la empresa. Cuadernos Empresa y Humanismo, nº 29. Instituto Empresa y Humanismo. Universidad de Navarra. Disponible en:
[<http://www.unav.es/empresayhumanismo/publicaciones/cuadernos/docs/Cuaderno004.pdf>](http://www.unav.es/empresayhumanismo/publicaciones/cuadernos/docs/Cuaderno004.pdf)
12. Palomo L. Los límites de la excelencia profesional. *Salud 2000* 2003; 15 (91): 23-26.
13. Obeso C. Sobre el comportamiento oportunista. *Siete Días Médicos* 1998; 370: 71.
14. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas JJ. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 2002, 6: 527-544.
15. Simó Miñana J, De Pablo González R. Acerca de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 2002; 6: 741-745.
16. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria* 2001; 28: 484-490.
17. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (II). *Aten Primaria* 2001; 28: 668-673.
18. Simó Miñana J. *Empowerment* profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria* 2005; 35: 37-42.
19. García Sánchez S, Borrell Carrión F. Empowerment: el poder de una palabra. *Dimens Humana* 2002; 6: 74-79.