

Motivación y médicos de familia (I)

J. Simó Miñana^a y N. Chinchilla Albiol^b

La serie «Motivación y carrera profesional en medicina de familia» intenta ofrecer una visión integradora de los principales aspectos relacionados con la motivación de los médicos de familia que ejercen en el ámbito de la atención primaria española y, por otro lado, proponer un plan de carrera profesional para estos profesionales concordante con esta visión. Todo ello desde la perspectiva de la teoría motivacional de Pérez-López, que nos parece explica satisfactoriamente los elementos más relacionados con la motivación de un profesional cualificado como es el médico de familia.

Los autores no tienen otra pretensión que la de proporcionar a los lectores de la revista ATENCIÓN PRIMARIA elementos que induzcan a la reflexión. En especial, acerca de los factores que más podrían afectar a la motivación de los médicos de familia, desagregando los componentes de dicha motivación y tratando de esclarecer los elementos y mecanismos que podrían operar en los facultativos en el momento de la toma de determinadas decisiones, supuestamente afectadas por su grado de motivación o identificación con la organización en la que trabajan, para intentar comprenderlas.

Por otra parte, y a partir de las reflexiones anteriores, se pretende dilucidar los elementos esenciales que deberían estar presentes en un plan de carrera, para que verdaderamente sirviera de motivador profesional para el médico de familia. Reflexionar sobre sus objetivos, riesgos y las particularidades de su eventual implantación en atención primaria, sin dejar de considerar los elementos potencialmente motivadores e inherentes al ejercicio profesional en este ámbito de atención. Desde todas estas consideraciones y reflexiones, lanzamos también una propuesta de plan de carrera profesional para el médico de familia que intenta ser coherente con todo lo expuesto, lo cual no siempre resulta sencillo. Todo ello, en una serie de 4 artículos. Para los lectores queda la lectura crítica apoyada, esta vez, en su propio juicio y experiencia.

Motivación, motivos y necesidades

Según Pérez-López, la motivación (tabla 1) de un profesional es dinámica y debe entenderse como un proceso variante con el tiempo en función de *cambios externos* que suceden en el entorno laboral y de *cambios internos* que ocurren en el propio sujeto como consecuencia de las decisiones que toma en el ejercicio de su profesión en su puesto concreto de trabajo. La experiencia laboral generaría en el profesional un aprendizaje sobre su trabajo y sobre la organización, y ese aprendizaje modificaría la moti-

TABLA 1 Podríamos definir la motivación de un profesional como la fuerza que determinaría...

El deseo de pertenecer –de seguir perteneciendo– a una organización
La identificación con la filosofía, los valores y los objetivos de una organización
La involucración con el trabajo dentro de una organización
El grado de compromiso con la organización
El sentimiento de orgullo de pertenecer a una organización
El grado con que asume como propios los objetivos de una organización y coopera con ella para conseguirlos

vación (aprendizaje motivacional), haciéndola crecer o disminuir. La motivación podría crecer en cantidad y calidad hasta llegar a un gran compromiso con la organización. Pero podría disminuir hasta niveles muy bajos que se traducirían en un nivel de cumplimiento mínimo pero suficiente para mantener el puesto de trabajo. No obstante, el mayor grado de desmotivación podría conducir al abandono voluntario de la organización.

Se reconocen tres grandes tipos de motivos (extrínsecos, intrínsecos y trascendentes) que pueden mover a una persona para cooperar con una organización. Estos tres motivos satisfacen, a su vez, tres tipos distintos de necesidades (materiales, psicológicas y afectivas).

Los motivos extrínsecos son aquellas recompensas materiales que recibe la persona como consecuencia de pertenecer a una organización (salario fijo o variable, en moneda o en especie), aunque también pueden ser no materiales (reconocimiento o alabanzas derivadas de un trabajo bien hecho, el prestigio profesional que suponga pertenecer a esa organización...). Este tipo de recompensas puede provenir de cualquier partícipe de la organización (compañeros de trabajo, colegas, pacientes...) o de personas ajenas a ella. Este tipo de motivos satisface las necesidades materiales.

^aMédico de Familia. Máster en Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales y Especialista Universitario en Gestión de Recursos Humanos en la Empresa. Centro de Salud Altavix (Elche). ^bDoctora en Ciencias Económicas y Empresariales y Licenciada en Derecho. Directora y profesora del Departamento de Comportamiento Humano en la Organización del IESE (Universidad de Navarra).

Correspondencia: Juan Simó Miñana.
 C/ Camino Viejo, 4. Urbanización Los Olmos-E. 03110 Mutxamel (Alicante).
 Correo electrónico: ju.simom@coma.es

Los motivos intrínsecos son todas aquellas satisfacciones que la persona consigue por la realización de su trabajo. El aprendizaje derivado de la realización misma de nuestro trabajo (aprendizaje operativo) conduce a un desarrollo de nuestras capacidades y habilidades profesionales y, consiguientemente, a una mayor sensación de seguridad ante el trabajo y satisfacción interna. Nos encontramos ante el gusto o la satisfacción por hacer bien nuestro trabajo, un motivo que nos satisface una necesidad psicológica.

Los motivos trascendentes son las consecuencias que van a tener sobre otras personas las decisiones que el profesional tome en su trabajo, incluida la de abandonarlo. Entre ellas, podemos encontrar las consecuencias sobre personas relacionadas con la organización (pacientes, colegas, residentes, otros compañeros de trabajo, especialistas de referencia, etc.) o sobre personas ajenas a la misma (familia del profesional, comunidad, etc.). Se trata de motivos que satisfacen necesidades fundamentalmente de tipo afectivo. Efectivamente, saber que lo que hacemos es *realmente* útil porque estamos ayudando a satisfacer necesidades *reales* de otras personas constituye también un importante factor motivador.

Estos tres tipos de motivos y necesidades no supondrían una jerarquía, sino que todos estarían simultáneamente presentes en el profesional y serían los componentes de la motivación. Todos, en mayor o en menor proporción, estarían presentes, y si pensamos en los motivos como fuerzas que tiran en una determinada dirección, la resultante de todas constituiría la motivación total. Las necesidades también estarían presentes simultáneamente, y sería posible que el intento de mejorar la satisfacción de una de ellas empeorara la de otra u otras.

Estructura motivacional, vínculos del profesional con la organización y compromiso

Para guiar su acción, cada profesional tendría una combinación de motivos (*estructura motivacional*) distinta que determinaría una motivación de mayor o menor cantidad y calidad. Si nos quedáramos con la resultante final, podríamos perder información relevante puesto que no sería lo mismo estar motivado en una organización por los incentivos extrínsecos que ésta ofreciese que por la posibilidad del desarrollo profesional asociado, o por realizar un servicio a la comunidad. La intensidad de motivación podría ser la misma en 2 profesionales, pero la mayor contribución a la misma de motivos trascendentes en uno de ellos significaría que éste tendría una mayor calidad (profundidad y estabilidad en el largo plazo) en su motivación. Del mismo modo, de cómo ponderase cada profesional su estructura de necesidades, dependería la composición (*estructura motivacional*) de su motivación. Y ésta se reflejaría en un tipo de vínculo con la organización muy afectado por el tipo de motivos dominantes. El vínculo *extrínseco* o *contractual* (puro cálculo de intercambios) sería aquel cuyo componente predominante lo formarían los motivos ex-

trínsecos. En el vínculo *técnico* o *profesional* predominarían los motivos intrínsecos. Por último, el vínculo de *lealtad* o de *identificación* sería aquel en cuyo componente predominarían los motivos trascendentes.

Un profesional con un *vínculo contractual* tendría una motivación muy sensible a factores como la retribución, el estatus o prestigio, etc., y por tanto su motivación, a pesar de que podría ser muy intensa, sería más inestable que la de aquel otro que ejerciera un trabajo que le llenara, profesionalmente hablando, en un verdadero clima de confianza con la organización. Ante el largo plazo, la motivación del primer profesional se reduciría más que la del segundo ante idénticas disminuciones de, por ejemplo, la retribución. El verdadero compromiso de un profesional con la organización en la que trabaja ocurriría cuando en su estructura motivacional predominarían los motivos trascendentes. Este compromiso supondría unos lazos con la organización que superarían el vínculo estrictamente económico y darían lugar al *vínculo de lealtad* o de *identificación*, que supone una ligazón más profunda y estable que la derivada del mero *cálculo de intercambios*. Cuando en un médico existe compromiso con la organización para la que trabaja, su comportamiento es más estable, con visión de largo plazo y más independiente de las contingencias del entorno. El punto de encuentro de los intereses de ambas partes (profesional y organización) se situaría, en este caso, en la satisfacción de las necesidades de terceros: el cliente externo (pacientes) o internos (compañeros de trabajo). Un vínculo de esta naturaleza presupone una estructura motivacional de gran calidad en un profesional que, ante situaciones duras en el entorno, suele operar de modo inverso a aquel otro profesional en el que predominan los motivos extrínsecos.

Lo deseable para la organización sería que los motivos de tipo trascendente predominaran en la estructura motivacional de sus profesionales. Así, se generaría un *vínculo de lealtad* o *identificación* que conduciría a un compromiso más profundo y estable de aquéllos con la organización. Para que esto pudiera ocurrir, la organización debería ser capaz de «producir identificación», es decir, debería ser capaz de hacer sentir a sus profesionales que su labor en la consecución de los objetivos de la organización es útil y necesaria.

Variables que influyen en la motivación

En la tabla 2 se recogen algunas de las variables que influyen en la motivación de un profesional en el seno de la organización. De entre ellas, comentaremos las que nos parecen más relevantes en el caso del médico de familia que ejerce en la atención primaria española.

Realismo de las expectativas

El realismo de las expectativas generadas acerca del trabajo y de la organización en la cual se quiere entrar a trabajar se relaciona con un menor subsiguiente desencanto y

TABLA 2
Variables que influyen en la motivación

Anteriores a la entrada en la organización o inmediatamente posteriores	
Propensión al compromiso	
Realismo de las expectativas	
Nivel educativo	
Experiencias en el primer puesto	
Ofertas de trabajo alternativas	
En las siguientes etapas de la carrera	
Valores de la organización	
Percepción del grado en que los objetivos que el profesional más valora pueda lograrlos en el trabajo	
Operativización de la misión organizacional	
Antigüedad de servicio	
Nivel de retribución y equidad percibida en el sistema de remuneración	
Experiencias vividas en la organización	
Estilo de dirección del superior jerárquico	
Oportunidades de trabajo alternativas	

desmotivación. Es importante facilitar una visión previa realista del puesto de trabajo para reducir la probabilidad de esta desmotivación. En cuanto a expectativas de desarrollo profesional, y cuando se la compara con otras especialidades, en la de medicina de familia existe un mayor grado de desajuste entre las oportunidades de desarrollo profesional durante el período de residencia (fundamentalmente durante las rotaciones hospitalarias) y las que ofrece el puesto de trabajo de médico de cabecera en la atención primaria española. Al menos, es así como lo perciben muchos residentes: «Hace apenas 2 semanas, en el hospital, yo podía solicitar una TAC, una endoscopia, efectuar una búsqueda en Medline o prescribir ticlopidina sin ningún problema; ahora, en el centro de salud, no puedo hacer ninguna de estas cosas.» Paradójicamente, la misma organización dificulta el desarrollo profesional de sus médicos de familia al impedir su acceso a diferentes recursos, medios o competencias a los que podían acceder sin dificultad durante su período MIR en el hospital.

Experiencias en el primer puesto

Los primeros meses de trabajo de un profesional en una organización son especialmente cruciales en el desarrollo de sus actitudes y expectativas. Que el compromiso se autorrefuerce dependerá de la oportunidad de realizar una serie de comportamientos que comprometan. De ahí la importancia del tercer año de residencia y la labor del tutor de residentes. La gran responsabilidad de los tutores sería, quizá, la de ayudar a los residentes a reforzar su motivación por los valores de la especialidad, la atención primaria y el importante papel del médico de cabecera en el sistema sanitario. Si es importante el tercer año de resi-

dencia, no lo son menos los primeros meses de trabajo «en solitario» tras finalizar aquélla: muchos «abandonos de la profesión» (cambio de especialidad) han ocurrido entonces, probablemente forjados durante el tercer año de residencia. Estos colegas no han podido, por diversas circunstancias y lamentablemente, reforzar su motivación por su profesión de médico de familia.

Valores de la organización y estilo de los superiores jerárquicos

Los valores de la organización tienen un papel preponderante en la generación y desarrollo del compromiso del profesional. La congruencia de los valores personales del profesional con los de la organización es primordial para conseguir su adhesión. Donde mejor se desvelan los objetivos reales de la organización es en el momento de la toma de decisiones de sus directivos y en los criterios seguidos para adoptarlas. Son los superiores jerárquicos, precisamente, quienes desvelan estos objetivos o valores, incluso la propia misión de la organización, en el día a día de sus decisiones organizativas. El grado en que los valores teóricos de la organización son congruentes con sus valores reales, aquellos que desvelan sus directivos en la toma de decisiones, es importante para generar el compromiso de sus profesionales. Así, el compromiso del profesional tiende a ser menor en aquellas organizaciones donde las acciones de éstas son inconsistentes con los valores que declaran públicamente (*organizaciones hipócritas*). Pensemos en los superiores jerárquicos del médico de familia, ¿quiénes de ellos desvelan con sus decisiones en la organización los objetivos, valores, incluso la propia misión de la atención primaria?, ¿cuál es su estilo de dirección?, ¿propicia éste la actuación libre y responsable de los profesionales? Cualquier situación laboral de una persona que reduzca su sentido de la responsabilidad disminuirá su grado de compromiso. Por lo tanto, los grados de libertad, con responsabilidad, con los que pueda decidir o actuar el médico de familia en el desempeño y organización de su trabajo, se relacionarán directamente con su compromiso con la organización.

Percepción del grado en que los objetivos que el profesional más valora pueda lograrlos en el trabajo

A medida que los profesionales más capacitados de una organización van teniendo más éxito profesional y, por tanto, van siendo cada vez más valiosos para aquélla, es probable que la organización vaya siendo para ellos menos relevante que la profesión misma. Por tanto, la organización debería ser capaz de generar compromiso sobre todo en este tipo de profesionales. Se trata de profesionales con un componente motivacional de predominio intrínseco que, ayudados por la organización, deben dar el salto hacia el verdadero compromiso basado en una estructura motivacional en la que los motivos trascendentes tengan un peso decisivo. En demasiadas ocasiones da la impresión de que la atención primaria española es incapaz de generar

compromiso ni tan siquiera entre los profesionales más capacitados a través de la motivación intrínseca. Pensemos en qué ocurre con aquel profesional que invierte tiempo y dinero en formarse y prepararse, ¿tiene «futuro» en el centro de salud?, ¿se puede desarrollar profesionalmente?, ¿tiende a «escapar» hacia otros ámbitos (gestión, unidades docentes, de investigación...) donde sentir su desarrollo profesional?, ¿es deseable que ocurra así? Por el contrario, pensemos en qué ocurriría si los «superiores jerárquicos» del médico de familia tuvieran que competir por atraer (o retener) a los profesionales más capacitados. ¿Qué sucedería si existiera un nivel razonable de competencia entre las distintas áreas o sectores (incluso entre los propios centros de salud) por atraer a los mejores profesionales? ¿Quién decidiría cuáles son los mejores profesionales?, ¿el «mercado»? ¿existiría suficiente información a disposición de los «superiores jerárquicos» para que éstos pudieran competir por los mejores profesionales en un mercado lo suficientemente perfecto?, ¿importa realmente a la organización contar con los mejores profesionales?

Operativización de la misión organizacional

Al cabo de un tiempo en la organización el profesional aprende a responder a una cuestión básica: *cuál es y cómo se está llevando a cabo la misión de la organización*. De esta forma, mientras la razón de ser de ésta consistiera en ofrecer un servicio o un producto al cliente que le resolviera problemas reales, la organización estaría poniendo las bases para que sus profesionales pudieran desarrollar vínculos de lealtad e identificación con aquélla. Por el contrario, si la organización tuviera una visión utilitarista o mecanicista de la realidad humana sería poco probable que consiguiera vínculos de lealtad por parte de sus miembros. No obstante, podría conseguir comportamientos leales en la medida que éstos fueran también entendidos por el profesional de modo instrumental, es decir, como una inversión para facilitar una futura promoción. Paradójicamente, una organización de estas características también podría conseguir vínculos de identificación por parte de aquellos participantes comprometidos o identificados con la misión teórica (y posible para ellos) de la organización, y que luchan por mejorar dicha organización desde dentro. Si estas personas contaran con suficiente poder formal podrían convertirse en verdaderos *agentes de cambio* organizativo desde sus mismas estructuras. En caso contrario, podrían convertirse en miembros «revolucionarios» en sus planteamientos, que desarrollarían compromisos personales con colaboradores o colegas más inmediatos.

Nivel de retribución y equidad percibida en el sistema de remuneración

Es de destacar la débil relación existente entre el compromiso y el nivel de salario. Las posiciones mejor pagadas no son necesariamente las más comprometidas con la organización. La remuneración no parece ser un factor motiva-

dor, sino simplemente higiénico. En realidad, los motivos extrínsecos no comprometen verdaderamente, sino que generan un simple vínculo de cálculo. Si el grado de dependencia con la organización es lo suficientemente bajo, el profesional no dudará en abandonarla si únicamente está motivado por factores extrínsecos ante una oferta que supere los que actualmente le proporciona su organización. Sin embargo, la equidad percibida en el sistema de remuneración, independientemente de la cuantía del salario, sí es relevante para generar compromiso, en la medida en que se vea afectada por los motivos intrínsecos y, sobre todo, trascendentes. Esta equidad podría ser entendida como la justicia distributiva de la organización manifestada en sus decisiones a la hora de retribuir a sus profesionales. En la atención primaria española no parece existir tal justicia distributiva: la organización retribuye sustancialmente igual a todos sus médicos de familia independientemente de su valía profesional, esfuerzo, compromiso y calidad de su trabajo. Las diferencias en la remuneración se ven afectadas mucho más, por ejemplo, por en qué comunidad autónoma se trabaje que por los anteriores factores. Concluyendo, las diferencias retributivas en la actual atención primaria española se asocian escasamente con la presencia de motivos intrínsecos y prácticamente nada con la de motivos trascendentes.

Estas y otras variables pueden afectar al vínculo de un profesional con la organización, pero lo importante no es solamente la intensidad de la motivación, sino su profundidad. El peso específico de los motivos trascendentes en la estructura motivacional del médico de familia que ejerce en un centro de salud se relacionará directamente con la profundidad (la calidad) del vínculo que podrá llegar al verdadero compromiso.

La desmotivación como producto de un aprendizaje: conflictos intermotivacionales

La desmotivación de un profesional puede entenderse como el producto de su aprendizaje en y sobre la organización. Si la desmotivación de un médico de familia que trabaja en un centro de salud fuera debida al aprendizaje derivado de la decisión de involucrarse en su trabajo, sintonizar con los teóricos objetivos de la organización y producir, su desmotivación debería considerarse como un signo muy negativo para la organización, puesto que el alejamiento por parte del profesional sería consecuencia de un mayor y mejor (más fidedigno) conocimiento por su parte de la realidad de aquélla. Si tras conocer mejor la organización el profesional se desmotiva, será porque la misma no cumple los estándares mínimos que él esperaba encontrar, a pesar de compartir sus objetivos teóricos.

Los aprendizajes derivados de trabajar en la organización determinarían la dinámica de la estructura motivacional del profesional, es decir, afectarían a la evolución y los cambios que pudieran operar en la composición motiva-

cional del médico de familia, producto de las consecuencias derivadas de las decisiones tomadas por el profesional en su ejercicio dentro de la organización. Estos aprendizajes le permitirían la obtención de una mayor información sobre la realidad organizativa (*aprendizaje informativo*) y la adquisición de nuevas habilidades o mayor maestría en el desempeño del trabajo por la práctica adquirida (*aprendizaje operativo*). Finalmente, este aprendizaje también produciría cambios en la regla de decisión del profesional secundarios a modificaciones en su estructura motivacional (*aprendizaje motivacional*) derivadas de la resolución de conflictos intermotivacionales. Este aprendizaje motivacional afectaría, reforzaría o debilitaría la sensibilidad y capacidad del profesional para moverse por los distintos tipos de motivos.

Cuando un profesional debe tomar una decisión en la que se enfrentan distintos tipos de motivos, aparecen los conflictos intermotivacionales. La resolución de este tipo de conflictos determinará siempre en el profesional un cambio en sus motivaciones, es decir, en su regla de decisión. Desde la perspectiva organizacional, lo interesante es que estos conflictos se resuelvan sobre la base de la motivación trascendente. Es decir, que la decisión final que tome el profesional se sustente predominantemente sobre este tipo de motivos. De hecho, lo que le interesa a la organización es que, cubiertos unos mínimos necesarios de intensidad (de cantidad motivacional), lo que crezca en el profesional sea la profundidad del vínculo, es decir, su compromiso con ella.

El compromiso de un profesional con la organización, es decir, su motivación por motivos trascendentes, sería el que determinaría el universo de interacciones entre el médico y la organización, más allá de lo exigible por los sistemas de control. A su vez, dichas interacciones podrían fortalecer o debilitar el compromiso del profesional y, consecuentemente, su decisión de producir a un cierto nivel y su dedicación, entendida ésta como el conjunto de comportamientos beneficiosos para la organización que no son exigibles contractualmente. A través de la resolución de conflictos intermotivacionales se iría modificando la estructura motivacional del médico de familia. De entre ellos, los conflictos entre motivos extrínsecos y trascendentes serían los que más condicionarían el aprendizaje motivacional del profesional hacia un mayor o menor compromiso con la organización, dependiendo de qué motivos terminaran «ganando la batalla».

Se encontraría ante un conflicto intermotivacional aquel médico de familia que sabe que debe dedicar un tiempo a conversar con su residente para guiarle en su aprendizaje, pero prefiere irse «escaqueando» autoexcusándose por una cierta pereza a afrontar la situación. El profesional se encuentra ante un conflicto entre un motivo trascendente (contribuir al desarrollo profesional del residente) y un motivo extrínseco (la comodidad de ir haciendo lo que le apetece).

Un paciente acude a consulta a que su médico le «pase por el seguro» la receta de un antibiótico que compró en la farmacia para autotratarse una simple rinitis. El médico sabe que debería conversar con el paciente y explicarle que los antibióticos son ineficaces en el tratamiento de la inmensa mayoría de las rinitis, por ser éstas de etiología viral, que se ha expuesto a riesgos innecesarios tomando el antibiótico y que, finalmente, ha incurrido en un gasto también innecesario. Sin embargo, el médico, agobiado o no por el retraso de la consulta, decide «ahorrar tiempo» y le extiende la receta sin más explicaciones. Aquí nos encontraríamos con un conflicto entre dos motivos trascendentes (educación sanitaria del paciente, coste social de oportunidad por gasto innecesario) y un motivo extrínseco («ahorrar tiempo» para acabar antes o que no se retrase más la consulta). En un médico de familia puede que entren en conflicto motivos extrínsecos y trascendentes cuando la dirección le recuerda que entre los objetivos del centro se encuentra la reducción del porcentaje de gasto farmacéutico en medicamentos de baja utilidad terapéutica y que existe una recompensa económica si se alcanza el objetivo. El profesional se enfrenta a un conflicto intermotivacional. Por un lado, la recompensa monetaria que percibiría si redujera la proporción del gasto farmacéutico en ese tipo de medicamentos (por ejemplo, pomadas antiinflamatorias). Y por otro un motivo trascendente, no causar iatrogenia en determinados pacientes (ancianos, predominantemente) que sienten alivio sintomático (por efecto placebo o real, es indiferente) con esas pomadas y en los que el cambio de la vía tópica por la vía oral aumentaría el riesgo de gastrolesividad. Si el profesional se inclina por retirar estas pomadas en todos sus pacientes y sustituirlas por la correspondiente medicación oral, cumplirá el objetivo y recibirá la recompensa. Sin embargo, se habrá movido por motivo extrínseco y, aunque «cumpla los objetivos de la organización», su decisión no se habrá tomado en función de la motivación trascendente, puesto que no se habrá seguido el *primum non nocere*, misión básica de cualquier acción sanitaria. Experiencias repetidas en este sentido pueden hacer (*aprendizaje motivacional negativo*) que este profesional pase a moverse en adelante únicamente por motivos estrictamente extrínsecos o de interés.

Si la organización insistiera en líneas de actuación contrarias a la justicia o a su propia misión teórica, el profesional motivado trascendentemente podría sentir malestar al ser consciente del contexto amoral e insolidario en el que está inmerso. Su compromiso con la organización se iría reduciendo y podría incluso anularse. Por lo tanto, el hecho de que en la estructura motivacional del médico pesen mucho los motivos trascendentes no significará siempre que su vínculo de pertenencia con la organización sea un vínculo de identificación o de compromiso. Para que ello sea así, además de que exista este tipo de motivos en el profesional, las decisiones de la organización deben estar guiadas también por esos motivos, o bien que, como mínimo, no

dificulten o impidan que el médico se siga moviendo por ellos.

Según este esquema, que un profesional desarrolle un verdadero compromiso con la organización dependerá de que exista la posibilidad de tomar una serie de decisiones por motivos trascendentes y que dichas decisiones sean, efectivamente, tomadas por ese tipo de motivos y no por otros. Si con el tiempo, y tras varias decisiones, el logro de motivos trascendentes a través de la cooperación con la organización se presentara como imposible, el profesional podría empobrecer su vínculo con aquélla.

El superior jerárquico, decisiones directivas y motivación

Los valores de la organización quedan recogidos en el sistema formal, es decir, en el sistema retributivo y las políticas operativas e institucionales. Pero el uso y aplicación del sistema formal dependen del estilo de dirección de los componentes de la estructura directiva de la organización y de sus respectivas estructuras motivacionales. En realidad, son los diversos niveles directivos los que traducen o desvelan la filosofía, las políticas y los objetivos reales de la organización en decisiones concretas con consecuencias reales para sus empleados y clientes. Por ello, los superiores jerárquicos tienen una influencia decisiva en la organización. Pueden facilitar que surja un sistema espontáneo cooperante que allane el camino hacia la consecución de los objetivos. Pero también pueden propiciar un sistema espontáneo hostil que ralentice los procesos y desgaste energías inútilmente. Las decisiones directivas de los superiores jerárquicos pueden afectar al compromiso de los médicos de familia de dos maneras.

Pasivamente

A través del desarrollo de confianza o desconfianza que generan sus decisiones respecto a los motivos del propio directivo y de la organización. Estas decisiones afectan a las interacciones entre profesionales y organización y, por tanto, al aprendizaje motivacional de éstos, reforzando o debilitando su motivación y compromiso. Si en un centro de salud, en el contexto de una supuesta carrera profesional, se promociona a un profesional que se mueve sólo por motivos calculadores no compensados por unos mínimos éticos, la organización, con esta decisión, está dando una información muy clara sobre el tipo de realidades valoradas. Esta decisión afectaría pasivamente al aprendizaje motivacional de los miembros del equipo.

Activamente

Colocando al facultativo (implícita o explícitamente, consciente o inconscientemente) en la obligación de tomar una decisión en la que debe resolver un conflicto intermotivacional. Muchos de los conflictos intermotivacionales a los que se enfrentan los médicos de familia les vienen planteados (directa o indirectamente) por decisiones de sus su-

periores jerárquicos. Cada vez que éstos ponen a los médicos ante un conflicto de este tipo, corren el riesgo de que los profesionales refuercen su compromiso extrínseco o modifiquen su motivación hacia un vínculo más calculador de puro interés por el corto plazo.

Las decisiones directivas más peligrosas en sus consecuencias para la motivación de las personas a su cargo son aquellas que generan en éstas conflictos intermotivacionales para el logro de motivos extrínsecos, frustrando el logro de otro tipo de motivos. Serían aquellas decisiones directivas que pretendieran desarrollar alguna de las llamadas *estrategias de adaptación oportunista*, tales como rebajar la calidad del producto o servicio, o no aumentarlo cuando sería perfectamente posible, a fin de conseguir mayores rentabilidades o «ahorro» no estrictamente necesarios para su funcionamiento o supervivencia. Tal organización estaría poniendo en riesgo su competencia a medio plazo y su continuidad a largo plazo, puesto que los profesionales con estructuras motivacionales de mayor calidad, es decir, aquellos que toman sus decisiones confiando gran peso a los motivos intrínsecos y, sobre todo, a los trascendentes, podrían verse enfrentados más de una vez ante la disyuntiva de hacer lo que la organización espera de ellos, o hacer lo que ellos consideran más ético.

Las decisiones directivas más beneficiosas para desarrollar el compromiso del profesional con la organización son aquellas que van guiando su proceso decisorio, a fin de que en él vayan dominando los motivos trascendentes. Aquellos superiores jerárquicos, aquellos directivos, con talento para unificar a su equipo a través de metas comunes y alinearlas con los objetivos de la organización, serían personas capaces de conseguir la verdadera motivación y colaboración de su gente. Los directivos que intentaran modificar los motivos por los que actúa un médico de familia, a fin de que éste valorase las consecuencias que tendrían para otros (compañero de trabajo, colegas, pacientes, especialistas de referencia, etc.) lo que él está realizando, estarían cumpliendo con el sentido último de su función directiva: desarrollar el grado de unidad y cohesión de la organización. Aquellas decisiones del directivo que posibilitaran que la motivación de los profesionales que tiene a su cargo se viera reforzada en su componente de motivos trascendentes serían las que más facilitarían la identificación y compromiso de éstos con la organización a través de actuaciones recíprocas que incrementarían la confianza mutua.

Los máximos responsables de la organización sanitaria en el ámbito de la atención primaria deberían conocer, pues, el grado de coherencia entre los valores teóricos explicitados en su propia misión y los valores implícitos (valores reales) desvelados en el momento de la toma de decisiones de su estructura directiva. Es esencial para la organización conocer cómo va a tener lugar el aprendizaje motivacional de sus profesionales. Es importante para ella reconocer que, a través de las decisiones de sus directivos, puede es-

tar generando múltiples conflictos intermotivacionales cuya resolución será determinante para la configuración de la estructura motivacional de sus médicos de familia, y para que éstos refuercen o debiliten su identificación con los valores, objetivos y misión de la organización y colaboren con ella.

Agradecimientos

Agradecemos a Dionís Peñarroja González, M. José Ramos Maestre, Belén Ibáñez Milla y Marisol Gaztambide Ganuza los comentarios que nos han hecho a versiones previas del manuscrito, contribuyendo con ello a mejorarlo.

Bibliografía general

- Alutto JA, Hrebiniak LG, Alonso RC. Operationalizing the concept of commitment. *Soc Forces* 1973; 51: 448-457.
- Blau GJ, Boal KB. Conceptualizing how job involvement and organizational commitment affect turnover and absenteeism. *Acad Manage Rev* 1987; 12: 288-300.
- Chinchilla Albiol N. Rotación de directivos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1996.
- Feldman DC. The multiple socialization of organization members. *Acad Manage Rev* 1981; 6: 309-318.
- Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Evanston: Row & Peterson, 1957.
- Hrebiniak LG, Alutto JA. Personal and role-related factors in the development of organizational commitment. *Adm Sci Q* 1972; 17: 555-572.
- Kanungo R. Work alienation: an integrative approach. Nueva York: Preager, 1982.
- O'Reilly C, Caldwell D. Job choice: the impact of intrinsic and extrinsic factors on subsequent satisfaction and commitment. *J Appl Psychol* 1980; 65: 559-565.
- Pérez-López JA. Las motivaciones humanas. Barcelona: División de Investigación del IESE, Nota técnica (FHN-161), IESE Publicaciones, 1985.
- Pérez-López JA. Fundamentos de la dirección de empresas. Madrid: Rialp, 1993.
- Pfeffer J, Salancik GR. Organizational context and the characteristics and tenure of hospital administrators. *Acad Manage J* 1977; 20: 74-88.
- Wanous JP. Organizational entry: from naive expectations to realistic beliefs. *J Appl Psychol*; 61: 22-29.
- Youngblood SA. Work, nonwork, and withdrawal. *J Appl Psychol* 1984; 69: 106-117.