

La carrera profesional del médico de familia: sentido y valor de su motivación

J. Simó Miñana

Médico de Familia. Máster en Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales. Especialista Universitario en Gestión de Recursos Humanos en la Empresa. Plataforma 10 Minutos. Centro de Salud Altabix. Elche. Alicante. España.

“Somos capaces de conseguir condiciones de trabajo que permitan hacer algo más que pura asistencia, o evolucionaremos a ser médicos de cupo de 6 horas”¹. Estas palabras de Gómez Gascón de hace ya 5 años no han perdido, lamentablemente, un gramo de actualidad en nuestra atención primaria. Por entonces, las condiciones de trabajo en muchos centros de salud (especialmente en los urbanos) ya no permitían, a un porcentaje no despreciable de profesionales, hacer otra cosa que atender la pura demanda asistencial². Cinco años después, recorrer nuestra atención primaria la sensación de que esa proporción ha crecido. Y en esas condiciones, conceptos como motivación, desarrollo profesional, carrera profesional, compromiso con la organización, etc., suenan cada vez más, especialmente entre estos profesionales, como provenientes de otra galaxia y pronunciados por seres que habitan otra realidad.

Carrera profesional... ¿para qué?

La carrera profesional (CP) está de actualidad, no cabe duda. Muchas veces se esgrime su necesidad ante una situación profesional y laboral que, ya desde tiempo, no discrimina suficientemente bien la recompensa ante el esfuerzo y el cumplimiento de objetivos institucionales entre los médicos en el momento de su remuneración. Si bien esto es cierto, de ello no se deriva indefectiblemente la necesidad de implantar un sistema de CP como única solución al problema. En el entendido de que esta situación se considerara un problema, porque, por los años que lleva sin solución, da la impresión de que para la institución se trata de cualquier otra cosa antes que de un problema (vale la pena recordar en este momento que nuestro sistema sanitario público es, ante todo, una institución). Existen otros modos de mejorar esta discriminación a la hora de recompensar distintos esfuerzos y cumplimientos de objetivos entre profesionales. Sería más que suficiente, para ello, un sistema bien diseñado de incentivos extrínsecos asociados al cumplimiento de un contrato de gestión (individual y de grupo) claro y transparente que afectara a la mayor parte del abanico de actividades y servicios (no sólo al gasto en medicamentos) del médico de familia y del equipo de aten-

“Es posible entender la CP como un instrumento de reconocimiento del perfeccionamiento de las competencias profesionales y del compromiso con la organización mediante una promoción profesional con efectos en el ámbito retributivo, laboral y en el desarrollo profesional.”

ción primaria, junto con un sistema de información válido y fiable.

Otro argumento esgrimido se relaciona con la escasa remuneración de los médicos del sistema sanitario público español cuando se la compara con la de sus colegas europeos, sobre todo a medida que transcurren los años al servicio a la organización. También se pretende que la CP sirva para solucionar este problema. Pero después de tanto tiempo siendo así, tampoco sabemos con certeza si esto constituye un problema para la institución. Por otro lado, no dejamos de leer noticias e investigaciones que señalan durante los últimos años un progresivo incremento de la prevalencia de desánimo, desmotivación y *burnout* entre los profesionales. Una vez más, se estima que la CP arreglará este mal, por lo demás común entre nuestros colegas de los países de nuestro entorno socio-económico.

Se esgrimen algunos argumentos más, la mayoría de ellos, como los comentados, sustentados en una visión de la CP entendida como un instrumento de pura incentiación extrínseca y reconocimiento. Pero no se leen ni escuchan demasiados argumentos que sostengan la idea de que la CP debe servir, sobre todo, para mejorar y permitir ejercer el desarrollo profesional de los médicos de familia dentro del sistema. Y todavía son menos los argumentos que sostienen la necesidad de que la CP tenga como finalidad nuclear aumentar el compromiso de los profesionales con la organización para la que trabajan, quizá porque esta última no esté demasiado dispuesta a comprometerse con ellos.

La CP puede ser algo más que un sistema de incentivos y reconocimiento extrínsecos. Es posible entender la CP como un instrumento de reconocimiento del perfeccionamiento de las competencias profesionales y del compromiso con la organización mediante una promoción profesional con efectos en el ámbito retributivo, laboral y en el desarrollo profesional. Sólo los efectos sobre el retributivo, claramente extrínsecos, parecen tener preponderancia en los modelos que se llevan a cabo en algunas comunidades autónomas, mientras que los efectos sobre el ámbito laboral y el desarrollo profesional (relacionados con la motivación intrínseca y trascendente) son prácticamente marginados³.

Esperar de sistemas de incentivos o CP preponderantemente extrínsecos la solución a determinados “problemas” puede convertirse en una espera desesperante. Algunos de estos “proble-

mas” se podrían resolver a través del presupuesto sanitario, especialmente en el ámbito de nuestra atención primaria^{4,5}. Otros “problemas” tendrían solución alterando las condiciones de trabajo y organización al otorgar mayor capacidad de decisión a los profesionales y haciendo pivotar el sistema sanitario sobre la atención primaria⁶. No obstante, la CP podría contribuir notablemente a resolver otros “problemas” siempre que ésta superase el ámbito extrínseco de motivación y ofreciera oportunidades para que la motivación intrínseca y la trascendente pudieran activarse entre los profesionales en la medida en que éstos lo desearan. Entre estos “problemas” se incluyen la mejora de la capacitación científicotécnica de los médicos de familia y su mayor compromiso con la organización. Ambos aspectos están íntimamente relacionados con la misión de la institución y, por tanto, son cruciales para el buen funcionamiento de la atención primaria y del sistema sanitario públicos.

Una carrera profesional para ir más allá de la motivación extrínseca y del control

Una CP nunca podrá considerarse plenamente como tal si no incorpora estos 2 últimos ingredientes (desarrollo profesional y compromiso efectivos) y supera el concepto convencional de mero incentivo extrínseco. Un profesional no siempre ambicionará un nivel superior de carrera por la retribución que tenga asignada. No hay que olvidar que los incentivos monetarios actúan sobre necesidades básicas y son por ello de efectividad limitada. Sobrepasados determinados niveles, el médico puede percibir que únicamente este tipo de incentivos no recompensan los esfuerzos en el rendimiento o las responsabilidades que un determinado nivel de carrera pudiera exigir. Por lo tanto, el camino evolutivo de la CP como elemento motivador meramente extrínseco puede conducir a la fosilización de su capacidad motivadora. Además, también se corre el riesgo de que la CP evolucione hacia la burocratización, mediante una normativización extrema (variable, además, entre comunidades autónomas), que haga de ella un instrumento poco ágil y versátil para adaptarse a entornos cambiantes y quede petrificada y engullida por el hipertrófico cuerpo normativo burocrático-controlador-tecnocrático propio de nuestra institución. Estos riesgos serán mayores cuando la CP no active la motivación intrínseca ni la trascendente; cuando, reducida a un simple incentivo extrínseco, pierda su capacidad motivadora por el hecho de que las recompensas que proporcione dependan más del simple transcurrir del tiempo (si la promoción depende básicamente de la veteranía) que de las actitudes, actuaciones y esfuerzo del profesional; y cuando el descenso de nivel ante el insuficiente mantenimiento de la competencia no sea posible o creíble.

La CP no debería quedar incluida dentro del sistema de control externo de nuestra empresa ni constituida preponderantemente como incentivo extrínseco al cumplimiento de objetivos coyunturales o a corto plazo; más bien debería convertirse en la palanca que active el sistema de autocontrol espontáneo de los profesionales y lo alinee con la misión de la institución a largo plazo. Esto último no se consigue con incentivos extrínsecos, salvo que en vez de encontrarlos ante una institución ética que prefiere profesionales éticos (supuesto desde el que se escriben estas líneas) nos encontráramos ante una organización hipócrita que prefiriese el tipo de profesional mercenario. Y es que el camino extrínseco de la motivación podría no ser la mejor ni la única de las vías para “motivar” a los médicos de familia españoles. Tal y como acertadamente se ha señalado⁷, nuestros gestores deberían entender que no nos hemos hecho médicos de familia para “ganar mucho dinero” y que, aunque la inmensa mayoría

de nosotros vivimos de la remuneración por nuestro trabajo en el ámbito público (al contrario de lo que ocurre en otras partes del sistema), no necesitamos las “propinas” de los incentivos monetarios (disfrazados de “carrera profesional”) para decidir junto con nuestros pacientes lo que a éstos más les conviene. Probablemente, ni los gestores más economicistas querrían tener para sí ni para los suyos un médico muy motivado o motivable por incentivos monetarios.

Una carrera profesional para potenciar valores éticos en la institución y en sus integrantes

Nuestra empresa es muy compleja, y el entorno social en que se mueve, también. Cuanto más complejas son las organizaciones y sus entornos sociales, más grande es la incertidumbre y mayores son los ámbitos en los cuales los mecanismos de control habituales (jerarquía, burocracia, remuneración, derecho, incentivos extrínsecos, etc.) pierden eficacia y gana importancia la necesidad de los estándares éticos⁸. La obsesión por la tarea incansante para “tenerlo todo bajo control” arraiga en la inseguridad y el miedo a la incertidumbre. Llevada a un extremo, implica aversión al riesgo y desconfianza en la libertad y creatividad de las personas. La obsesión por el control surge, básicamente, de la incapacidad para reconocer y apreciar el valor de la confianza.

En lo referente a la gestión de las personas, nuestra atención primaria ha de conseguir una convergencia sinérgica de perspectivas, esto es, que todos los integrantes de la misma asuman cooperativamente la responsabilidad institucional relacionada con su misión. Para ello es necesario, como desafío ético, *a)* descubrir, reconocer y potenciar las capacidades de los profesionales, devolviéndoles el poder, reconociendo que cada vez pueden estar más capacitados para responder a nuevos objetivos; *b)* clarificar las reglas de juego y los valores compartidos (la cooperación responsable no germina cuando la opacidad y la ausencia de veracidad y coherencia entre lo que se dice y lo que se hace se instalan en la institución —organización hipócrita—), y *c)* sustituir una gestión de personas de la sospecha por otra de la confianza. Los altos responsables de nuestro sistema sanitario harían 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 profesionales⁹?

Si nuestra atención primaria quiere mantener o aumentar su legitimidad ante la sociedad, no puede concebirse como una empresa burocrática sino como una empresa corporativa. La diferencia estriba en que las primeras están estructuradas mediante imposición de reglamentos o cualquier tipo de referencias legales, esto es, a través de normas como regulaciones concretísimas de la acción “hasta el mínimo detalle”, mientras que las segundas lo están con respecto a valores, orientaciones generales de la acción, a partir de las cuales pueden construirse comunicativamente las normas que definen la coordinación dentro y fuera de la empresa. Sólo estas últimas permiten el grado de flexibilización, la capacidad de innovación, de imaginación y, por tanto, de creatividad y responsabilidad que una sociedad democrática y posconvencional demanda⁸.

Si los altos responsables y directivos de nuestra empresa 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, quizá nos encontramos ante eficaces mayordomos o diligentes capataces, pero no ante expertos en cooperación responsable ni líderes en gestión y dirección de personas¹⁰. Las organizaciones del siglo XXI necesitan evolucionar desde una cultura

ra organizativa convencional de valores orientados al control hacia una nueva cultura de valores de desarrollo humano y ético^{11,12}. Esta evolución es especialmente necesaria en nuestra empresa sanitaria pública para superar el marco utilitario habitual (burocrático-controlador-tecnocrático) y comprometer moralmente en libertad, para dar sentido al esfuerzo y para generar bienestar ético y emocional; en definitiva, para legitimar y construir un sistema sanitario sano, recreativo, justo, solidario y perdurable^{13,14}.

Los responsables de nuestra empresa deben comprender que si los profesionales han de ser creativos necesitan una visión y una misión en la que creer y, también, ser tratados verdaderamente como personas y no como meros recursos¹⁵. El problema radica en que para demasiados altos (y no tan altos) directivos la creatividad de su gente representa más una amenaza que una fuente inagotable de recursos para la excelencia. Únicamente si los médicos de familia se sienten tratados con dignidad 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.

¿No puede ser nuestra empresa sanitaria pública una comunidad que proponga a sus miembros un mundo de sentido, es decir, que les proponga una identidad, un sentido de pertenencia, unos valores compartidos, una tarea común, un bien común que no difiera del de cada uno de los miembros, e incluso un sentido de la excelencia, que la racionalización económica y el individualismo han sido incapaces de considerar? ¿No puede contribuir a ello la CP? ¿No puede ser la CP un lugar común entre clínicos y gestores en el que se aprecie el valor de los valores de la atención primaria?¹⁶. Pero claro, este proyecto compartido debe ir más allá de la cosmética y la fabulación. Si el cambio no es profundo, correremos el peligro de situarnos 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, agudiza la tensión entre la empresa real y la empresa “fabulada”.

Una carrera profesional para mejorar la calidad del comportamiento espontáneo de los profesionales

En la empresa de la excelencia los valores compartidos reemplazan a la coerción burocrática, y por eso no bastan las promociones internas, ni los incentivos puramente extrínsecos, ni las consolidaciones masivas de empleo, sino que hay que cambiar las mentalidades, modificar la relación del individuo consigo mismo y con el grupo, disponer de profesionales creativos, capaces de adaptarse, de desarrollarse como personas y profesionales, y de comunicar. En el fondo, se trata de que la institución no sólo busque su legitimación por la producción de un bien (producto o servicio) que satisfaga las necesidades de los pacientes (misión externa), sino que, además, debe tener una misión interna cuya meta sea la satisfacción de determinadas necesidades y el desarrollo de ciertas capacidades operativas (desarrollo profesional) y afectivas (virtudes éticas) en los profesionales, relacionadas con la excelencia en el servicio y el compromiso con la institución. La CP puede ser un instrumento muy adecuado para llevar a cabo esa misión interna.

La calidad moral de las estructuras y modos de operar de la empresa, tanto los regulados a través del sistema formal de control como los espontáneos (o libres, es decir, comportamientos no regulados a través de sistemas de control externo mediante premios o sanciones), influye en el desarrollo adecuado, en la atrofia o distrofia de las virtudes morales y en la calidad motivacional (sensibilidad a moverse por los diferentes tipos de moti-

vos) de los miembros de la organización¹⁷. Por lo tanto, para la consecución de esta misión interna nuestra empresa debe actuar de forma ética y alejarse de la gestión de la apariencia y la sospecha.

Vemos, por tanto, que el comportamiento espontáneo o libre (aquel que no se influye por el control externo) es necesario (imprescindible en muchos casos) para la consecución de los fines u objetivos de la empresa. Y que lo importante es aumentar la calidad moral de dicho comportamiento a través de la calidad ética de la estructura, los modos de operar y la cultura de la empresa y sus directivos. La resistencia a aceptar esta conclusión procede de una forma irracional de entender la dirección o la gestión 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 coactivo¹⁸ (estímulos externos tipo premio o castigo) y de la formulación explícita —un elenco— de todos los aspectos de las acciones individuales que son significativos para el logro de los objetivos, en un intento de regular hasta el mínimo detalle qué debe hacer cada cual y qué no, y qué “penas” se impondrán al no cumplidor.

Algunas organizaciones, en las que sus directivos tienen esta visión estrictamente mecanicista de sus subordinados, realizan hipótesis muy simplistas en su enfoque de la dirección de personas. Cuando se plantean por qué éstas actúan de una determinada manera, lo hacen desde una teoría de estímulos externos y respuestas como un sistema estable y, por ello, interiorizan a esas personas como simples máquinas. Desde su limitada teoría, el único modo con el que podrían explicar aquellos comportamientos de sus subordinados, tanto los disfuncionales para la organización como los que contribuyen al logro de sus metas, se reduciría al ámbito de la motivación extrínseca¹⁹.

Una empresa como la nuestra, en la que más del 70% de sus miembros poseen una cualificación profesional alta o muy alta (en muchos casos superior a la de sus directivos más inmediatos), no puede seguir instalada en esta hipótesis mecanicista del comportamiento humano en la empresa. Más bien debe aceptar que, al menos en la práctica, el sistema de control externo tiene unos límites que reducen —quizá más en nuestro tipo de empresa— la capacidad de éste para motivar a todos los profesionales a comportarse del modo requerido. Consecuentemente, deberá admitir que al menos una parte importante del logro se conseguirá a través del autocontrol de los profesionales (sistema espontáneo, o conjunto de acciones no reguladas o no regulables). En una empresa como la nuestra, este sistema espontáneo del comportamiento (también llamado dedicación) puede llegar a convertirse en su verdadero motor. La dedicación la forman todos aquellos comportamientos del profesional beneficiosos para la organización que no se exigen contractualmente bien porque no figuran en el contrato o en el sistema de control externo. La dedicación de los profesionales en nuestra empresa sanitaria puede llegar a ser muy alta o no tanto, y eso depende no sólo de la libertad y de la calidad motivacional de cada cual, sino también de la influencia del grado de calidad moral de la empresa como institución.

El grado en que es necesario el control externo viene determinado por la calidad del sistema espontáneo. Y esta calidad —y sobre todo su evolución (a más o a menos)— depende de la capacidad de los profesionales de moverse por las consecuencias que para otros tengan —utilidad para otras personas— las acciones que ejecutan en ausencia de coacción (positiva o negativa)¹⁷. Se está hablando de la capacidad de moverse por motivos trascendentes. Es decir, de la capacidad de que el médico de familia se mueva por el sentido y el valor (valía) de su actuación en ra-

zón de que la misma sea útil para otras personas (pacientes, miembros de la propia organización, familia del profesional, etc.); en definitiva, para contribuir a la misión —tanto externa como interna— de la organización. La CP es un instrumento para que los responsables de gestión y dirección de personas de nuestra empresa 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.

Una carrera profesional para motivar “de verdad” a los profesionales desde la confianza

Cuando los responsables de nuestra empresa 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. Cuando los responsables de nuestra empresa mueven a su gente mediante la versatilidad y atraktividad de los trabajos 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 están tan aquejados de la incontinente necesidad de controlar, pues atesoran suficiente autoridad, humanidad y sabiduría.

A falta de autoridad se puede tener poder, entendido como capacidad para influir en el comportamiento de otras personas a través de la coacción externa (poco importa que los estímulos coactivos sean positivos o negativos). Pero el poder por sí sólo no controla, necesita un “sistema de control” que relacione adecuadamente los estímulos con las acciones objeto de control. Es decir, es necesario un sistema que gradúe la intensidad de los estímulos según la contribución de las acciones al logro de los objetivos de la empresa. Pero este sistema de control es muy difícil de conseguir, especialmente cuando los resultados que se quieren controlar escapan del campo de las variables meramente técnicas susceptibles de medición precisa¹⁸. Y ya sabemos que en medicina y sanidad existen muchas cosas importantes (para todos) que no se pueden medir fácilmente, y quien piense lo contrario se instala en una forma de escapismo utópico (o neurótico) bastante grave.

La dificultad real para que los directivos de nuestra empresa (desde la ministra hasta el último director de equipo de atención primaria) se esfuercen e intenten gobernar la misma como líderes no estriba en que, para hacerlo así, tengan que sacrificar su racionalidad económica (incluida la eficiencia) en aras del desarrollo humano de los integrantes del sistema. A largo plazo, y dada la necesidad de los sistemas espontáneos para el logro institucional (incluida la eficiencia), lo único racional (desde todos los puntos de vista: económico, psicosociológico y ético) es invertir en el desarrollo moral de las personas que forman parte de la organización. Para ello es preciso que nuestra empresa, como tal, opere éticamente y que, además, elimine todo lastre inservible e inútil para potenciar la calidad moral del sistema espontáneo del comportamiento de los profesionales, o para potenciar su creatividad y su capacidad de respuesta ante la incertidumbre. La regulación del sistema espontáneo mediante burocracias, normas, premios y castigos es, a estas alturas del siglo XXI, un lastre inútil e inservible, un 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 normas son necesarias, pero su hipertrofia mata: es un problema de dosis. No pocas empresas, incluida la nuestra, se ahogan por sobredosis de normativa imposible de cumplir, pues su absoluto cumplimiento conduciría a su paralización. Pero claro, pensar que sólo en absoluta ausencia de normas (en el caos) florece la innovación y la creatividad es también una idea tan infantil como la de pensar que la innovación y la creatividad dependen únicamente de la inspiración y no del trabajo diario. Las burocracias y los mecanismos de control son un coste necesario que hay que minimizar hasta encontrar la dosis justa que, en una situación de “desorden dentro del orden”, permita la espontaneidad requerida para que los profesionales innoven, creen y tomen iniciativas alineadas con la meta institucional y la calidad.

Potenciar la excelencia hasta traerla a un protagonista primer plano es difícil en estructuras organizativas rígidas como la de nuestra empresa²⁰. Estas 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. Sólo se puede aspirar a la excelencia por la vía de los sistemas espontáneos de las personas. La burocracia y la hipertrofia normativa no deben impedir que nuestra empresa se centre en las personas. Sobre todo en las que piensan, se esfuerzan, deciden, aceptan responsabilidades y riesgos, investigan, aprenden y enseñan, etc., pero no para “motivarles” mediante incentivos extrínsecos, sino sencillamente para facilitarles las cosas y potenciar su desarrollo profesional y personal. Los profesionales éticos en empresas éticas detectan mejor las necesidades reales de sus clientes, proveedores, colegas, subordinados, etc., y la satisfacción de estas necesidades es la condición *sine qua non* de la calidad. A la larga, y siempre que se considere más allá del corto plazo, la única 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.

La dificultad real para que los directivos de nuestra empresa se esfuercen e intenten gobernarla como líderes es su falta de confianza por la aversión al riesgo y a la incertidumbre. Por decirlo de alguna manera, las consecuencias económicas alcanzables mediante el control externo (tipo premio-castigo) son más predecibles (por más automatizadas y por situarse dentro de ese mínimo homogéneo) por el “aparato burocraticogestor” que las consecuencias alcanzadas por el comportamiento espontáneo autocontrolado de los profesionales (dedicación). Muchas de las consecuencias obtenidas mediante el sistema espontáneo serán fruto de la creatividad de los profesionales y, por ello, menos predecibles por el “aparato burocraticogestor” que ni siquiera, por ser como es —rígido y temeroso—, desarrolla esa creatividad. La confianza supone una actitud vital imposible de adoptar por personas o empresas que no tengan un mínimo de calidad ética; es decir, directivos u organizaciones éticamente inertes por sentir la confianza como una amenaza y no como un valor. Sólo los sabios saben que para conseguir la maximización a largo plazo de los objetivos de la empresa (incluida la eficiencia) es necesario que las decisiones organizacionales estén influidas por motivos extraeconómicos, y dentro de esos motivos los más importantes son los motivos éticos¹⁷. La falta de motivaciones éticas convierte a la empresa en un negocio oportunista y al directivo en un simple capataz manipulador de personas. Sin las motivaciones éticas, el capataz terminará siendo un tirano sin otro instrumento de mando que el puro poder coactivo, y la

empresa acabará siendo una estrategia de diseño oportunista formada por un grupo inestable y desconfiado 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 darán apariencia de institución y siempre al borde de la descomposición ante pequeños cambios del entorno, dado su bajo potencial creativo imprescindible para adaptarse a éstos.

Una carrera profesional para el desarrollo profesional y el compromiso

La CP debe diseñarse de manera que active y potencie la calidad ética del sistema espontáneo del comportamiento de los profesionales. Debe alejarse de la hipertrofia normativa: la CP no puede ser un “instrumento de control”, ni aun en el caso de que la promoción de nivel se ligue a la recertificación de la competencia, como ocurre en muchos países²¹ y como recoge explícita o implícitamente algunas propuestas²²⁻²⁴. La CP debe activar fundamentalmente la motivación intrínseca y trascendente, por lo que el desarrollo profesional y el compromiso con la organización deben ser, a la vez, las variables a tener en cuenta en la promoción y los elementos que debe potenciar el sistema de carrera.

El desarrollo profesional debe ser efectivo, pues no basta con considerar como mérito para la promoción la realización de cursos de formación. Si la promoción de nivel no se acompaña de la asunción de nuevas actividades o responsabilidades profesionales y de la reducción o el abandono de otras, la carrera no contribuirá al desarrollo profesional ni activará la motivación intrínseca de los profesionales. No es suficiente con que a uno le asciendan por haber mejorado su capacidad científicotécnica si el ascenso no lleva aparejada, como recompensa por la promoción, la puesta en práctica efectiva de esta capacidad. El desarrollo profesional es una variable importante de la calidad de vida laboral²⁵ y es perfectamente objetivable si el puesto de trabajo o la organización promocionan o permiten (facilitan o, incluso, exigen) el desarrollo completo del perfil profesional de los médicos²⁶. Se trataría de aproximarse más a un modelo de gestión y dirección de personas por competencias compatible con las nuevas formas de entender la organización como una estructura horizontal orientada a satisfacer tanto al paciente (cliente externo) como al profesional (cliente interno).

La CP debe reconocer y permitir el compromiso de los mejores profesionales con la organización; eso sí, siempre que ésta esté dispuesta a comprometerse con ellos. Ello se puede conseguir a través de la activación de la motivación trascendente (repercusiones sobre personas diferentes al profesional —partícipes o no de la organización— derivadas de las decisiones tomadas por él en —o relacionadas con— su trabajo, incluida la de abandonarlo). El verdadero compromiso del profesional con la organización sólo puede darse cuando en su estructura motivacional predominan los motivos trascendentes y la organización promueve la satisfacción efectiva de ellos. El vínculo de identificación y lealtad que supone el compromiso es más profundo y estable que el derivado del puro cálculo de intercambios producido en el ámbito de la motivación extrínseca. 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 pueda dar el compromiso, la organización tiene que ofrecer y facilitar oportunidades para que el profesional tome decisiones para satisfacer este tipo de motivos²⁷.

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 aquella, es probable que la organización vaya siendo para ellos menos relevante que la profesión misma. La organización debería ser capaz de generar compromiso sobre todo en este tipo de profesionales. Se trata de personas 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 el sistema sanitario público español es incapaz de generar compromiso ni tan siquiera entre los profesionales más capacitados. Si hacemos un ejercicio de reflexión nos daremos cuenta del enorme potencial motivador intrínseco y trascendente que la atención primaria como “empresa sanitaria” podría ofrecer, si así lo decidiera, a sus médicos de familia, especialmente a los más capacitados. La motivación por motivos trascendentes garantizaría el compromiso nuclear de los médicos con la organización, ya que 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 reales ajenas (pacientes, compañeros de trabajo, residentes, estudiantes, su familia y la propia comunidad)²⁸.

Un apunte final

La CP será estímulo a largo plazo en la medida que active la motivación intrínseca y trascendente de los médicos de familia. Muchas de las características de un sistema de CP para el médico de familia dependerán de la atención primaria que queramos para el futuro: no puede ser igual un sistema de CP para el médico de familia en una atención primaria entendida como mera barrera de contención de costes y acceso a otros niveles de atención que en una atención primaria sobre la que pivote el sistema sanitario y en la que el médico de familia sea algo (bastante) más que el “portero” del sistema²⁹. Nos jugamos mucho con la CP: la opción escogida limitará por muchos años el desarrollo de otras alternativas. La CP debe iniciar en nuestra atención primaria una nueva era en la gestión y dirección de personas por competencias y por valores, para promover la excelencia, la confianza y el compromiso en una institución ética que prefiera profesionales éticos a profesionales mercenarios. En este sistema, la promoción de nivel debería llevar aparejada la posibilidad de satisfacción efectiva de motivos intrínsecos y trascendentes en el medio y largo plazo más que extrínsecos en el corto. Si no es así, lo que finalmente nos queda es un sistema de promoción profesional meramente extrínseco y poco más, reducido a un incremento salarial “planificado” o “por etapas” a cambio de la consecución de determinados objetivos institucionales (probablemente coyunturales y a corto plazo) y de una serie de méritos estipulados tipo “baremo de oposición”. Una carrera así, tan extrínseca y tan cortoplacista, está condenada a su fosilización motivacional y a ser engullida por el hipertrófico cuerpo burocrático normativo de la institución; sólo es cuestión de tiempo. Parfraseando las iniciales palabras de Gómez Gascón: o somos capaces de diseñar un sistema de CP para el médico de familia que supere el ámbito extrínseco de motivación y permita que los mejores profesionales desarrollen al máximo su perfil profesional y hagan algo más que asistencia a la pura demanda, o seremos todos médicos de cupo de 6 horas que, haciendo sustancialmente “lo mismo” (en un desarrollo subóptimo de nuestro perfil profesional), estaremos en diferentes niveles de carrera (generalmente en función de nuestra edad), con sueldos diferentes, y habremos hecho un pan con unas tortas.

Bibliografía

1. Gómez Gascón T. Deben evolucionar las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria*. 2000;26:27-8.
2. Grupo de Consenso de Atención Primaria (SEMFYC, SEMERGEN y CEMS). Un modelo de atención en crisis. Gijón, noviembre de 2000. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/modelocrisis.html>
3. Simó Miñana J, Campos González JC, Sanfélix Genovés J, Chinchilla Albiol N. Carrera profesional, motivación y compromiso con la organización. *Cuadernos de Gestión*. 2004;10:217-9.
4. Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
5. Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. Demasiados años con pocos recursos para nuestra atención primaria. *El médico*. En prensa 2005.
6. Simó Miñana J. *Empowerment* profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria*. En prensa 2005.
7. Saura Llamas J. Poderoso caballero es Don Dinero. *Centro de Salud*. 2001;3:147-8.
8. Cortina A. *Ética de la empresa*. Madrid: Trotta; 2003.
9. García Sánchez S, Borrell Carrió F. *Empowerment*: el poder de una palabra. *Dimensión Humana*. 2002;6:74-9.
10. De Pablo González R, Simó Miñana J, Domínguez Velázquez J, Gervas Camacho J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria*. 2004;33:462-70.
11. García S, Dolan SL. *La dirección por valores*. Madrid: McGraw-Hill; 1997.
12. García S. Ética, liderazgo postconvencional y creatividad. *Dirección y Progreso*. 2001;180:17-33.
13. García S. Dirección por valores y liderazgo postconvencional en el sistema sanitario público. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8 Supl 1:4-12.
14. 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*. En prensa 2005.
15. Simó Miñana J. Modernizar los recursos humanos: un lapsus de nuestro inconsciente colectivo organizacional. *JANO*. 2004;66:25.
16. Vázquez Díaz JR. El valor de los valores. *Dimensión Humana*. 2002;6:53-56.
17. Pérez López JA. El sentido de los conflictos éticos originados por el entorno en el que opera la empresa. *Cuadernos Empresa y Humanismo*, n.º 29. Instituto Empresa y Humanismo. Universidad de Navarra. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/4publi/cuadernos/pdfs/04o.pdf>
18. Pérez López JA. El poder... ¿para qué? *Cuadernos Empresa y Humanismo*, n.º 29. Instituto Empresa y Humanismo. Universidad de Navarra. Disponible en: <http://www.unav.es/empresayhumanismo/4publi/cuadernos/pdfs/29o.pdf>
19. Chinchilla Albiol N. *Rotación de directivos*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 1996.
20. Palomo L. Los límites de la excelencia profesional. *Salud 2000*. 2003;15:23-6.
21. Casado Vicente V. La salud y el médico de familia en la Europa del siglo XXI. *Centro de Salud*. 2001;1:18-24.
22. Simó Miñana J, Campos González JC, Sanfélix Genovés J. Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (II). *Aten Primaria*. 2002;29:172-7.
23. Gómez Gascón T. Recertificación y carrera profesional. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:103-5.
24. Iglesias JM, Moliner C, Veras R, Martín A, Extremera F, Soler M, et al. La carrera profesional del médico de familia (y II). *Aten Primaria*. 2004;34:306-12.
25. 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;6:527-44.
26. Simó Miñana J, De Pablo González R. Acerca de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*. 2002;6:741-5.
27. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria*. 2001;28:484-90.
28. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (II). *Aten Primaria*. 2001;28:668-73.
29. Iglesias JM, Moliner C, Veras R, Martín A, Extremera F, Soler M, et al. La carrera profesional del médico de familia (I). *Aten Primaria*. 2004;34:256-62.