

Motivación y médicos de familia (II)

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

En este segundo artículo de la serie «Motivación y carrera profesional en medicina de familia» se aportan una serie de reflexiones acerca de la situación actual de la motivación de los médicos de familia que ejercen en la atención primaria española. Se consideran los elementos potencialmente motivadores inherentes al ejercicio profesional en este ámbito de atención, así como la carrera profesional como elemento capaz de estimular la motivación intrínseca y trascendente del médico de familia. Todo ello, muy al hilo de lo expuesto en el artículo anterior de esta misma serie¹, del que recomendamos su lectura previa.

Reflexiones acerca de la motivación de los médicos de familia españoles

En principio, y en atención a sus fines teóricos, una organización de servicios sanitarios, y más si se entiende como servicio público, posee un elevado potencial de creación de compromiso entre sus profesionales por la vía de la motivación trascendente e intrínseca. Sin embargo, y a pesar del potencial que tiene la atención primaria para generar motivación intrínseca y trascendente entre sus médicos de familia, parece que éstos están empezando a «quemarse» demasiado deprisa²⁻⁶.

Analicemos el caso de un médico de familia que trabaja en un centro de salud y que se siente cercado por su situación laboral: no sólo no se siente comprometido con la organización, sino que, sintiéndose alienado por la misma, también se propone abandonarla, pero por circunstancias del entorno su opción de ruptura con la organización no es factible: (*¿Renunciar a una interinidad? ¡Ni hablar! No está el horno laboral ni familiar para bollos de ese estilo. Tengo dos hijos pequeños y estoy pagando la hipoteca del piso. Además, a dónde voy a ir, si en todos los centros de salud ocurre más o menos lo mismo.*). Nos encontramos con un profesional con un vínculo de sujeción o atadura con la organización. Aunque existen sentimientos negativos hacia la misma, la motivación por motivos extrínsecos sigue siendo mayor que la motivación a abandonarla. En consecuencia, se involucrará en menor medida en el desempeño del labor (el mínimo que le asegure el mantenimiento de su puesto de trabajo), lo cual redundará, sin duda, en un mayor coste para la organización en baja productividad. Un profesional desmotivado no se identifica con ninguno, o escasamente con alguno/s, de los objetivos reales de la organización, su compromiso con ésta es nulo y, algo aún más grave, puede contagiar su desmotivación creando entre colegas u otro personal *grupos espontáneos hostiles* con respecto a la organización.

La total desmotivación del profesional debería entenderse como un proceso de distanciamiento más o menos latente que se va generando con el tiempo y que termina o bien en la decisión de abandonar la organización, o bien de seguir en ella manteniendo otra actitud (otro tipo de vínculo) bien distinta a la que había adoptado hasta ese momento. La motivación a no pertenecer o a abandonar la organización sería también esa otra fuerza que refleja el coste de oportunidad (aquello a lo que se renuncia) por seguir perteneciendo a esa organización. Es decir, la satisfacción de motivos que el profesional obtendría en caso de que abandonara la organización y eligiera la mejor de las opciones que le presenta el entorno.

En el caso particular del médico de familia que ejerce en el ámbito de la atención primaria española, la decisión de abandonar la organización se producirá si el coste de oportunidad de seguir perteneciendo a ella es muy alto. Un profesional con plaza en propiedad difícilmente va a renunciar a su puesto de trabajo por muy «desmotivado» que esté, salvo que el coste de oportunidad sea, como se ha comentado, suficientemente alto. El abandono del puesto de trabajo entre los médicos de familia no suele ser habitual, sin embargo no sería riguroso concluir por ello que los profesionales estén muy motivados o comprometidos con el sistema. La falta de alternativas junto con la aversión al riesgo, probablemente incrementada en aquellas profesiones «funcionarizadas» como ya es la de médico de nuestro sistema público, son dos motivos que mucho tienen que ver con la decisión final de no abandonar el puesto de trabajo. Si los médicos de familia desmotivados permanecieran en la organización por motivos puramente extrínsecos porque no tienen alternativas, nos encontraríamos con profesionales ligados a la organización mediante «esposas de oro», pero con enorme riesgo de convertirse en malos profesionales. Sin embargo, si la atención primaria ofreciera a sus facultativos posibilidades de avance y desarrollo profesional (motivación intrínseca) y de autorrealización y

^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 Altaviz. 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.
Camino Viejo, 4, Urbanización Los Olmos-E. 03110 Mutxamel. Alicante.
Correo electrónico: ju.simom@coma.es

desarrollo personal (motivación trascendente), podría ocurrir que de entre el conjunto de estos profesionales surgiera una masa crítica suficiente que, ante situaciones donde la motivación puramente extrínseca pudiera ser menor, se sabría necesaria para los fines de la organización, un grupo de profesionales que se sentirían comprometidos con la misma y querrían «echar toda la carne en el asador» para alinear su esfuerzo con los valores, objetivos y la misión final de su organización.

Es probable que cada vez sea más numeroso el grupo de médicos del sistema sanitario público que se encuentren en la frontera del *burnout* profesional, básicamente por dos grupos de causas. Por un lado, aquellas relacionadas con el contacto diario con el paciente, sobre todo en determinados ámbitos donde el dolor y el padecimiento humano son lo habitual (UCI, pacientes terminales, etc.), sin olvidar la propia atención primaria, donde la distancia terapéutica se acorta por la mayor cercanía al paciente, a su sufrimiento cotidiano y la consiguiente mayor implicación emocional. El médico de familia, además, «se tiene que acostumbrar» a tomar decisiones clínicas en poco tiempo, soportando un alto grado de incertidumbre diagnóstica, y a tratar pacientes (cada vez más «clientes») con mayores exigencias, algunas de ellas derivadas de una progresiva mayor intolerancia a la incertidumbre por parte de los mismos. Por otro lado, se encuentran las causas relacionadas con la propia «personalidad» de la organización sanitaria pública: su rigidez y burocratización, la ausencia de reconocimiento del logro profesional, su iniquidad interna, sus mayores o menores corruptelas, su «politiqueo» interno, la no participación de los profesionales en las decisiones que más les afectan, etc. Estos dos grupos de causas pueden estar conduciendo a un buen número de profesionales, si no al abandono de su profesión o puesto de trabajo, sí a una progresiva disminución del mayor o menor compromiso que hayan podido contraer con la organización.

En el caso de los médicos de familia, a pesar de la relativa juventud y progresiva mayor capacitación del colectivo, y también a pesar de que su iniciación profesional fue sustentada por grandes dosis de ilusión y ganas de hacer las cosas bien, puede que esté ocurriendo la misma situación que se da con más frecuencia en el medio hospitalario⁷. Tras un tiempo prudencial en atención primaria, el médico de familia español empieza a tener suficientes elementos de juicio para reconocer si el «modelo de empresa» del que le hablaron es o no el mismo que él está experimentando en el día a día de su quehacer profesional. Durante este tiempo, su motivación habrá ido creciendo o disminuyendo en intensidad y profundidad. Si resulta que los motivos extrínsecos e intrínsecos que esta persona pensaba satisfacer están siendo en una medida razonable y, además, otros en los que quizás ni había pensado (los motivos trascendentales) también están siendo activados en sus decisiones, su motivación a pertenecer a la organización seguirá creciendo en intensidad y profundidad y, en consecuencia, el tipo de vínculo se-

rá más estable y más cercano al compromiso que al puro cálculo de intercambios. Si, por el contrario, este médico de familia está consiguiendo satisfacer los motivos extrínsecos a un nivel igual o por encima de lo esperado, pero no ocurre lo mismo con los intrínsecos y, además, se enfrenta con un conflicto de valores a causa de una misión externa real que concuerda poco con la teórica o de una misión interna casi inexistente, su motivación a pertenecer pasará por una situación de *crisis*⁸ que podría desembocar o bien en el abandono del puesto de trabajo, o bien en un cambio de motivos (cambio de actitud, de vínculo) para adaptarse mejor a la realidad organizativa de la atención primaria en nuestro país. Si para adaptarse, el médico de familia *cerrara en falso* esta *crisis*, es decir, si utilizara su conocimiento para justificar acciones no convenientes (restando importancia a aquello que no le gusta y resaltando aquello a lo que se puede agarrar con argumentos sesgados), en lugar de utilizarlo para buscar nuevas alternativas o vías de solución, su motivación a pertenecer a su «empresa» podría crecer o no en intensidad; sin embargo, su compromiso con la organización disminuiría seguro, y pasaría a ser su vínculo más instrumental y de puro cálculo.

En un profesional que hasta ese momento se sentía motivado o comprometido con la organización, este cambio de motivos podría ser el primer paso hacia una desmotivación progresiva mayor. Este cambio de motivos sólo sería preocupante en aquel profesional que hasta ese momento se hubiera sentido comprometido con el sistema (con su misión, con sus objetivos, con sus valores, etc.) y actuara en consecuencia. En aquellos profesionales que nunca hubieran tenido otro tipo de motivación que la puramente extrínseca, probablemente no se produciría ningún cambio, es más, sería perfectamente posible que los mismos no se sintieran desmotivados en ningún momento.

Si fuera cierto, como parece, que parte importante del colectivo de médicos de familia que ejercen en la atención primaria española estuviera cada vez más cerca del desánimo que de la ilusión, más cerca de la inercia profesional que de la innovación y la iniciativa, más cerca del *burnout* que de la motivación y el compromiso,... si así fuera, el futuro de la atención primaria en nuestro país se encaminaría progresivamente hacia un callejón sin demasiadas salidas. Si la propia organización sanitaria, los responsables de tomar decisiones siguen mirando a otra lado y no intentan un análisis detenido de la situación, su propia *miopía* no les permitirá hacer un diagnóstico correcto de las causas de esta desmotivación, sobre todo, de aquellas que dependen exclusivamente de la organización y de las que son los primeros responsables. Si la desmotivación estuviera haciendo mella en los médicos de atención primaria españoles, habría que investigar qué componentes de su motivación, qué motivos no están siendo suficientemente satisfechos dentro de la organización, a fin de poder evaluar las consecuencias que tendría para ésta el abandono de los profesionales o, situación más probable y de peores consecuen-

cias, su desmotivación se hiciera máxima y decidieran no abandonar la organización.

Si la gran mayoría de los profesionales desmotivados lo estuvieran por razones puramente extrínsecas, el problema (si se le puede considerar como tal) para «motivarlos» podría verse reducido a una cuestión de números, mayores compensaciones crematísticas o de *status* (carrera profesional puramente extrínseca). Algunas organizaciones, en las que sus directivos tienen una visión estrictamente mecanicista de sus subordinados, realizarán 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 que la organización no quiere o disfuncionales como los que contribuyen al logro de las metas organizativas, se reduciría al ámbito de la motivación extrínseca, especialmente al sistema de incentivos monetarios: a su diseño y aplicación. En consecuencia, sus capacidades directivas serían cada vez más reducidas, puesto que con el tiempo serían más ciegos a aquellos aspectos de la realidad humana que no son motivados por realidades extrínsecas al sujeto (los motivos intrínsecos y trascendentes). Además, no es riguroso afirmar que siempre es positivo que crezca la motivación total a pertenecer a la organización. El hecho de que crezca únicamente la intensidad de la motivación podría no ser del todo bueno para la organización si sólo se estuviera fortaleciendo un vínculo de cálculo que, al no ser compensado por un crecimiento del compromiso, podría desembocar en *comportamientos oportunistas* por parte del médico con respecto a la organización.

Como señala Obeso⁹, las organizaciones sanitarias demasiadas veces introducen sistemas de incentivos que se basan, en buena medida, en la no confianza hacia el médico. Al estimular de modo extrínseco (p. ej., incentivos monetarios) comportamientos que se entienden como normales, se está mandando un mensaje de desconfianza. Como se pregunta el autor, ¿por qué se tiene que incentivar la reducción de las listas de espera si se entiende que existe el potencial, dentro de lo que es la actividad normal, para reducirlas? Al hacerlo, se daría por supuesto que es la única forma de lograrlo, con lo que se acabaría por mercantilizar los comportamientos. El mensaje se captaría como tal y la relación del médico con la organización reforzaría la desconfianza. Al cabo de un tiempo la mayoría de comportamientos tendría que mercantilizarse. La motivación crematística, extrínseca por excelencia, si se utiliza como la única herramienta motivadora, podría acabar creando lo que intenta evitar: el comportamiento oportunitista.

Si la gran mayoría de los profesionales desmotivados lo estuvieran por razones de carácter intrínseco, el problema se podría ir solucionando a medida que avanzara el desarro-

llo del perfil profesional del médico de familia que permitiera que los profesionales, especialmente los más capacitados, pudieran poner en práctica todo su potencial profesional (habilidades, técnicas, conocimientos...). En definitiva, permitir que las estructuras organizativas sanitarias desbloqueen el desarrollo profesional de los médicos de familia que ejercen en el ámbito de la atención primaria española, facilitando de esta manera una mayor capacidad de decisión, autonomía y responsabilidad en su trabajo. Para ello, se podría estudiar la implantación de un plan de desarrollo profesional por etapas, es decir, un plan de carrera profesional que hiciera más explícito, palpable o evidente el sentido del logro, y permitiera el desarrollo profesional como un elemento motivador de relevancia.

En el caso de que muchos de los profesionales «desmotivados» lo estuvieran por razones de carácter trascendente, situación que a nuestro juicio, no se puede descartar totalmente, nos encontraríamos ante una situación mucho más grave, ya que significaría que gente de gran valía profesional y personal se podría «estar quemando» por estar enfrentada a un conflicto de valores, al menos sentido como tal por los propios profesionales. Sería, por ejemplo, el caso de aquellos médicos de familia que no ven clara la misión de la organización sanitaria española con respecto al ámbito de la atención primaria, y que piensan que ésta sigue diversas *estrategias de adaptación oportunista*. Y esto puede ocurrir o bien porque el tipo de productos o servicios que la organización ofrece no esté satisfaciendo necesidades reales de actuales o potenciales clientes-pacientes (fallo en la misión externa), o bien porque en la toma interna de decisiones el criterio dominante sea el puramente económico-financiero, olvidando o incluso dificultando el desarrollo profesional y personal de los que allí trabajan (fallo en la misión interna).

La «terapéutica» a aplicar en este último caso es más delicada, ya que está en juego la confianza del médico de familia en los valores reales de la organización sanitaria y en su verdadero propósito en el ámbito de la atención primaria. El profesional, después de unos años en la organización, podría estar percibiendo poca congruencia entre los valores teóricos de la misma (declarados públicamente) y los reales desvelados por sus directivos (responsables políticos, meso-gestores, superiores jerárquicos, etc.) en la toma de decisiones. De ser esto cierto, nos encontraríamos ante un grupo de excelentes profesionales desmotivados y desengañosados con una organización sanitaria perteneciente al grupo de las *organizaciones hipócritas*. Como potencial agravante de esta situación puede que encontráramos otro grupo de profesionales cuyo único motivo de afiliación fuera (o se hubiera transformado en) puramente extrínseco y que, además, en la práctica no tuvieran alternativa laboral posible (profesionales atados a la organización por «esposas de oro»). Entre este último grupo de profesionales y la supuesta *organización hipócrita* podría establecerse una relación de simbiosis basada en un puro intercambio de motivos extrínsecos por am-

bas partes. Los profesionales recibirían un puesto de trabajo y remuneración, más o menos seguros, a cambio de «funcionar» como médicos de cabecera adaptados a las «exigencias de un guión» marcado implícitamente por unas estructuras directivas de atención primaria cuya «gestión» respondería más a otros intereses (*stakeholders*) extraños a los del paciente y la comunidad.

Si esta incongruencia entre los valores teóricos y los reales de la organización en realidad no existiese, y tan sólo fuera sentida así por los profesionales, el problema sería básicamente de comunicación. La desmotivación podría solucionarse mediante comunicación constante, directa y fluida entre profesionales y organización y, sobre todo, haciendo partícipes a los mismos en aquellas decisiones que más intensamente les afectaran y comunicándoles con claridad qué se espera de ellos.

La carrera profesional como sistema motivador intrínseco y trascendente para el médico de atención primaria

La organización sanitaria pública española en el ámbito de la atención primaria debe desarrollar acciones que permitan la satisfacción de motivos intrínsecos y trascendentes del médico de familia. La carrera profesional (CP) podría contribuir a ello mientras no terminara siendo un mero sistema de estratificación de profesionales asociada a una remuneración que no sobrepasara el ámbito extrínseco de motivación. Se debería ingeniar un sistema de CP que estimulara al profesional fundamentalmente por la vía de la motivación intrínseca y, además, la trascendente.

La motivación intrínseca está asociada con el avance y desarrollo profesional. Una CP bien diseñada que considere de forma relevante estos aspectos más que la pura veteranía o la simple recompensa monetaria podría contribuir a la motivación de los profesionales; sobre todo, si las posibilidades de desarrollo profesional (científicotécnicas) fueran incluidas en el plan de carrera como recompensa por la promoción.

Hemos visto cómo la motivación trascendente agrupa realidades externas al profesional que se van a ver afectadas por su mayor o menor grado de compromiso con la organización, o por su decisión de abandonar o no la misma. Se trata de los resultados que tendrán sobre otras personas, partícipes o no de la organización, las decisiones que el profesional tome en (o relacionadas con) su trabajo. Una CP bien diseñada podría contribuir a la motivación trascendente del profesional si, con imaginación, se incluyeran este tipo de elementos motivadores de forma directa (funciones o deberes de los distintos niveles de carrera) o indirecta (valoración de determinados méritos a la hora de la promoción) en el plan de carrera.

La atención primaria ofrece varios elementos clave muy relacionados con un sustrato motivador de tipo trascendente. Estos elementos, puesto que trascendentales, tienen que ver con las relaciones interpersonales. Entre ellos en-

contramos, en primer lugar, la relación entre médico de familia y paciente. La continuidad y la longitudinalidad asistencial son elementos fundamentales en esta relación, y la organización sanitaria debería potenciarlas y valorarlas como se debe. Otros elementos son aquellos que tienen que ver con las relaciones interprofesionales: trabajo en equipo, tutorización de estudiantes y residentes, relación médico de familia y especialistas de referencia, etc. Si la organización valorara verdadera y explícitamente la labor docente del médico de familia, si potenciarla y valorara la longitudinalidad y continuidad de la atención al paciente haciéndola pivotar sobre el médico de primaria, si a éste le concediera «licencia» para elegir especialista de referencia para «su» paciente, si avanzara en el diseño de estímulos para el trabajo en equipo (p. ej., tipo *torneo*)..., estaría poniendo las bases para que pudiera surgir la motivación trascendente que sirviera de verdadero elemento estimulante para el médico de familia. De esta forma, éste profundizaría su vínculo de compromiso con la organización y, en consecuencia, la misma alcanzaría sus propios objetivos simultáneamente. No deberíamos olvidar que los profesionales son un recurso más, probablemente el de mayor valor, pero un recurso más en manos de una organización responsable última tanto del cumplimiento o no de sus propios propósitos como de la mejor o peor gestión de los recursos humanos. Como señala López-Casasnovas¹⁰, la gestión de recursos humanos es algo más que la simple administración de nóminas.

Pero esta motivación trascendente también se relaciona con las consecuencias que tienen sobre la familia los acontecimientos o las decisiones que toma el profesional relacionados con su trabajo (cambio de puesto o lugar de trabajo, pérdida del mismo, etc.). Por tanto, la organización también podría motivar de forma trascendente al profesional si tomara en cuenta esta realidad. El profesional valora la estabilidad en el empleo precisamente porque refuerza o asegura, relativamente, el «pan para sus hijos». Para que la estabilidad genere motivación y compromiso es innecesario, incluso contraproducente, que se garantice «de por vida» un puesto de trabajo «haga lo que haga» el profesional. Entre esto último y la proporción cada vez mayor de profesionales interinos y de contratación en precario hay un gran trecho. Es bastante improbable, por no decir imposible, motivar de forma mantenida a un profesional cualificado sin que exista un nivel razonable de seguridad en el empleo que ofrezca una estabilidad laboral más o menos predecible por el profesional para que éste sepa «qué hacer con su vida y la de su familia».

La atención primaria es una *carrera de fondo*, los resultados no son inmediatos y los verdaderamente importantes se alcanzan a medio y largo plazo. Los valores, objetivos, metas más importantes y la misión de la organización están, la mayoría de las veces, en el medio y largo plazo, y para conseguirlos es imprescindible el compromiso mantenido de los profesionales. La CP es un buen instrumento motiva-

dor en el largo plazo¹¹. Por lo tanto, su implantación, bien pensada y diseñada, en el ámbito de la atención primaria podría resultar un éxito desde el punto de vista motivador si la carrera ofreciera, entre otras posibilidades, la de alcanzar la estabilidad laboral en la organización durante un previsible largo plazo. La CP podría ayudar en este sentido si, como una compensación importante, se alcanzase la definitiva estabilidad laboral y, consecuentemente, la familiar del profesional, ligada a la superación de un determinado nivel de carrera.

Potencial motivador intrínseco y trascendente de la atención primaria

Si hacemos un ejercicio de reflexión nos daremos cuenta del importante potencial motivador intrínseco y trascendente que la organización sanitaria en el ámbito de la atención primaria puede ofrecer a sus profesionales más cualificados, los médicos de familia. Sin embargo, de algunas investigaciones¹²⁻¹⁵ se desprende que el potencial profesional de los médicos de familia no está totalmente desarrollado. A ello contribuyen determinadas trabas que impone la propia organización de forma irracional. No parece, pues, que actualmente los motivos intrínsecos (desarrollo profesional) puedan estimular excesivamente a nuestros mejores médicos de familia. Por otra parte, el eje del sistema sanitario sigue sin ser el paciente y la asistencia sanitaria española no pivota sobre el médico de familia, ni tan siquiera sobre la misma atención primaria¹⁶.

Habría que reflexionar sobre la posibilidad de que, quizás, la capacidad de los médicos de familia para resolver los problemas reales de sus pacientes haya sido hasta ahora el principal elemento motivador que ha impedido que los profesionales se hayan «quemado» del todo. Es decir, quizás el hecho de que los médicos de familia se hayan sentido verdaderamente útiles para sus pacientes (un motivo trascendente) podría haber actuado como elemento protector de la desmotivación definitiva de unos profesionales inmersos en una organización que no se caracteriza precisamente por potenciar decididamente la motivación intrínseca (desarrollo profesional), ni parte de la extrínseca (ausencia del reconocimiento del logro, inequidad interna en las retribuciones, etc.), ni parte de la trascendente (inestabilidad familiar de muchos profesionales por el alto porcentaje de contratación temporal). Es decir, el profesional sabe, porque lo vive de primera mano, que una actuación profesional de calidad, aunque esté poco estimulada, o incluso dificultada desde la propia organización, sí es útil, y mucho, al paciente porque le resuelve problemas reales, incluidos algunos que no son puramente médicos. No obstante, este elemento protector puede que se esté agotando: los médicos de familia no están pudiendo desarrollar plenamente todo su potencial profesional y es posible que crezca en ellos la sensación de sentirse menos útiles para poder ayudar a sus pacientes. Ciertamente, la capacidad de sentirse -y, efectivamente, de ser- útil para el paciente (motivo trascendente) se ve direc-

tamente afectada por el grado de desarrollo de las capacidades científicotécnicas del médico (motivo intrínseco). Paradójicamente la misma organización dificulta este desarrollo y los facultativos pueden estar empezando a percibir que la distancia, siempre existente, entre la calidad asistencial que es posible dar y la calidad que se da realmente se agranda cada vez más¹⁷.

La *reserva motivacional* trascendente de la atención primaria podría llegar a compensar desequilibrios en su oferta de motivos extrínsecos, incluso, si se nos apura, de motivos intrínsecos. La motivación por motivos trascendentes garantizaría el *compromiso nuclear* de los profesionales con la organización, ya que se asentaría en la categoría ética de las personas que entienden la organización sanitaria como un medio que les permite utilizar sus capacidades personales y profesionales para satisfacer necesidades ajenas (pacientes, compañeros de trabajo, residentes, estudiantes, su familia y la propia comunidad). Sin embargo, los más altos responsables de la organización sanitaria española junto con las estructuras de gestión y administración implicadas no parecen ser muy sensibles al potencial de estos tipos de motivaciones. La motivación intrínseca está siendo poco cuidada por la organización, y la trascendente se caracteriza por un absoluto descuido.

Por tanto, puede que se esté sembrando la simiente de la desmotivación intrínseca y de la trascendente, que siempre necesitan un tiempo para brotar (el tiempo que requiere el aprendizaje motivacional), al contrario de lo que ocurre con la semilla de la desmotivación extrínseca, que brota más rápidamente por ser el producto de una acción-reacción con pocos requerimientos de tiempo de aprendizaje. Más pronto que tarde podríamos asistir al progresivo empobrecimiento de la motivación de los médicos de familia que ejercen su labor en la atención primaria española, de consecuencias deletéreas para la propia organización (asumiendo, naturalmente, que ésta no pertenezca al grupo de las *hipócritas...* porque, claro, si así fuera y su pretensión consistiera en el *hara-kiri* de la organización a través de la verdadera desmotivación de sus profesionales, estaría dirigiéndose por uno de los mejores caminos).

Agradecimientos

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

Bibliografía

1. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). Aten Primaria 2001; 28 (7): 484-490.
2. López J. El desgaste profesional en atención primaria. El médico 2000; 754: 60-64.
3. Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Aten Primaria 1994; 14: 1135-1140.

4. De Pablo González R, Suberviela González JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
5. Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24: 352-359.
6. Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 401-407.
7. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
8. Pacheco Sarabia R. La primaria que nos lleva. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 34.
9. Obeso C. Sobre el comportamiento oportunista. *Siete Días Médicos* 1998; 370: 71.
10. López-Casanovas G. Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 79-81.
11. Arruñada B. Diseño organizativo y gestión del personal en la sanidad pública. En: Cambios en la regulación sanitaria. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: SG Editores, 1995; 64-119.
12. Compañ L, Portella E, Peiró S. Análisis estructural del nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1996; 18: 411-416.
13. Rodríguez R, Márquez S, López M. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria de salud: una aproximación cualitativa. *Gac Sanit* 1995; 9: 237-243.
14. López Gómez CA, Rodríguez Martín E. Estudio Delphi sobre organización y funciones de los equipos de atención primaria. *Medifam* 1993; 3: 25-29.
15. Simó Miñana J, García Alonso MA. Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia: un estudio Delphi en la provincia de Alicante. *Gac Sanit* 1999; 13: 282-291.
16. Ortún V, Gérvias J. Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez Dardet C y Peiró S, editores. *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo: Informe SESPAS 2000*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000; 363-369.
17. Vázquez Díaz JR. Estamos fatal y es humano decirlo. *Dimens Hum* 2001; 5: 9-10.