

UNA EXPLORACIÓN DE LA DEDICACIÓN DE LOS MÉDICOS EN SU ORGANIZACIÓN

En: Necesidad sanitaria, demanda y utilización: XIX Jornadas de Economía de la Salud. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud; 1999. p. 469-80.

Matilde Palma, Pablo Lázaro, Barbara Azcona, Pablo Cardona, Nuria Chinchilla.

Abstract

1. Introducción

Los profesionales de la salud, especialmente los médicos, tienen un papel muy importante en el uso y distribución de recursos de los sistemas sanitarios, y consecuentemente en la economía de la sociedad. En los Estados Unidos, por ejemplo, las decisiones de menos del 0,5% de la población (los médicos) contribuyen a un consumo de más del 10% del producto interior bruto (PIB)¹. En España, en 1990 el gasto sanitario representó el 6,7% del PIB, y fue manejado por el 0,38% de la población (médicos)². También en España, el coste medio en recetas prescritas anualmente por tres médicos puede llegar a ser equivalente al coste de inversión de una resonancia magnética (RM). Pero mientras que la decisión de adquirir una RM requiere ciertos complicados mecanismos reservados a un limitado número de decisores, la prescripción de recetas no tiene importantes limitaciones en la práctica para los casi 40.000 médicos que prescriben con cargo a la Seguridad Social española³. En España, se dedican anualmente cerca de 6 billones de pesetas a sanidad, con más de 5 millones de ingresos hospitalarios y más de 240 millones de consultas ambulatorias. Este impresionante volumen de costes y actividades es realizado por cerca de medio millón de empleados en el sector de la salud de los que aproximadamente ciento cincuenta mil son médicos^(2,4). La importancia de los médicos en el sistema depende de su elevado número, pero sobre todo del fenómeno bien establecido de la asimetría de información entre el proveedor (médico) y consumidor (paciente), el cual a su vez determina la relación de agencia y la demanda inducida por los proveedores.

Pero por otra parte, el médico no es sólo una pieza anómica que contribuye a producir costes y resultados en los sistemas de salud. El médico es una persona con una serie de necesidades materiales, intelectuales y afectivas. La medida en que la organización a la que sirve el médico satisfaga las necesidades de éste puede contribuir al tipo de comportamiento con sus enfermos, con sus compañeros, y con el sistema. El diseño de estrategias incentivadoras que aumenten la satisfacción profesional y conduzcan a servicios eficientes basados en la ética de la relación médico-paciente y en la ética social requiere conocer aspectos tales como la estructura de la motivación de los médicos, su respuesta a los incentivos existentes, y su grado de identificación con los objetivos y con los valores de la organización. La resultante final de estos factores es la dedicación de los profesionales a su organización.

2. Objetivo

El objetivo de este estudio es explorar determinados factores potencialmente asociados con la dedicación del médico en su organización. El término organización se refiere a su centro de trabajo, ya sea consultorio, un ambulatorio, un centro de salud, o un hospital. El ámbito de estudio presentado en esta comunicación se circunscribe a los médicos de la Comunidad de Madrid y de la provincia de Barcelona.

3. Métodos

3.1. La teoría de la motivación humana en las organizaciones

La motivación es el impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades⁵. Según la teoría motivacional de Maslow⁶, estas necesidades se establecen en una jerarquía, dando lugar a motivaciones superiores a medida que las inferiores se van satisfaciendo. Herzberg⁷ aplica estas ideas a la empresa distinguiendo dos tipos de factores que influyen en la motivación: los factores de higiene, asociados a la compensación económica y las

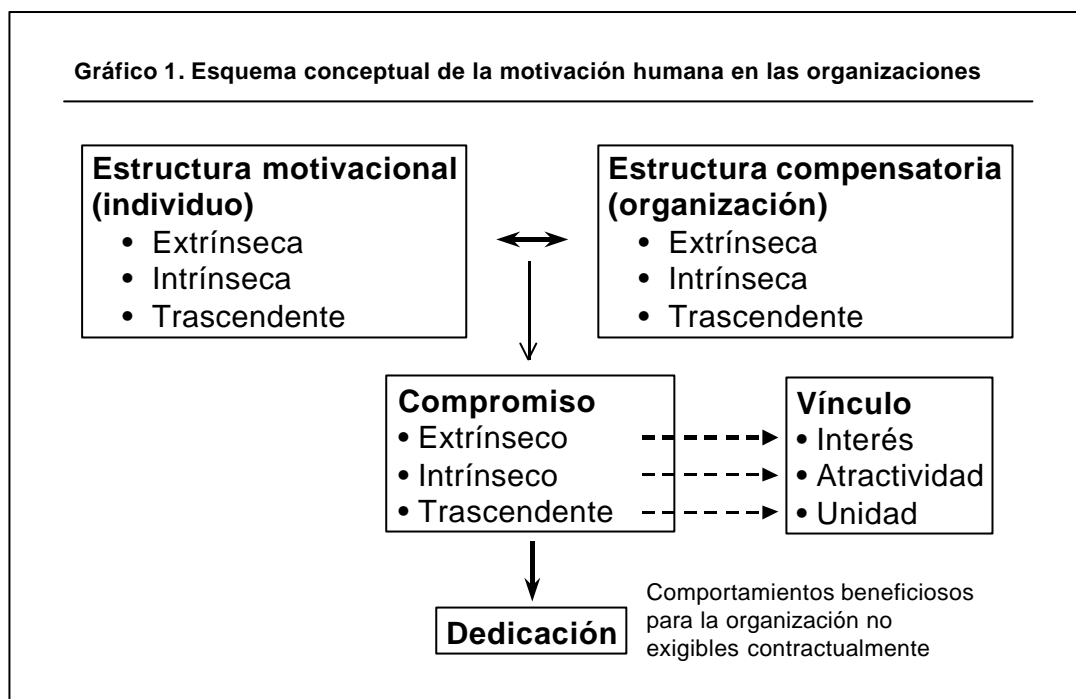
condiciones de trabajo, y los factores motivadores, asociados a la realización personal a través del trabajo. McGregor⁸ define estas dos motivaciones en términos parecidos: las primeras dan lugar a la motivación extrínseca, que se compone de incentivos externos que tienden a satisfacer necesidades fisiológicas, especialmente mediante salario justo y condiciones de trabajo aceptables; las segundas dan lugar a la motivación intrínseca, ligada al propio trabajo y que busca satisfacer necesidades psicológicas, especialmente la propia estima y la reputación personal.

Ouchi⁹ y Pérez López⁵, completan esta teoría introduciendo un tercer tipo de motivaciones en las personas que componen una organización, el sentido de compromiso, lealtad y confianza en la organización en la que trabajan. Pérez López⁵ denomina a este tercer tipo de motivación, motivación trascendente: la motivación que proporciona a quien realiza la acción el resultado que la acción tiene en terceras personas. Con este nivel de motivación se completa el “modelo antropológico” de motivación humana, que en el momento actual es el más admitido, y es el que ha sido utilizado en el presente estudio.

Según el modelo antropológico, las personas, al actuar, pueden moverse por tres tipos de motivos. Los *motivos extrínsecos* [MEX], que son cualquier tipo de incentivo que se atribuye a la realización de la acción por parte de otra persona o personas distintas de aquella que ejecuta la acción (e.g., la retribución de un trabajo, o las alabanzas que se reciben al hacerlo). Los *motivos intrínsecos* [MIN], que son los incentivos que provienen de cualquier resultado de la ejecución de la acción para la persona que la realiza y que depende tan sólo del hecho de realizarla (e.g., aprendizaje, reto, o el placer de realizar cierta acción). Y los *motivos trascendentes* [MTR], que son los incentivos que provienen de aquellos resultados que la acción provoca en otras personas distintas de quien ejecuta la acción (e.g., la satisfacción de producir bienestar a otra persona)⁵.

Lo habitual es que en cualquier acción estén presentes estos tres tipos de motivos. Por ejemplo, es lógico pensar que un médico que atiende a sus pacientes lo hará para cobrar unos honorarios, desarrollar su competencia profesional, y curar efectivamente la dolencia que hace sufrir al paciente. Naturalmente el peso de cada tipo de motivo puede ser diferente en cada profesional. La proporción, o peso, de cada motivo en la motivación del individuo determina su *estructura motivacional*¹⁰.

Por lo tanto, la conducta de un individuo en su lugar de trabajo u organización dependerá en gran parte de su estructura motivacional. Pero además, también dependerá de cómo la organización satisface o compensa sus motivos (gráfico 1). La medida en que la organización satisface los motivos de sus miembros se denomina *la estructura compensatoria de la organización*¹¹. Se pueden distinguir tres tipos de compensaciones: extrínseca, intrínseca y trascendente. La *compensación extrínseca* [CEX], o remuneración, que satisface la motivación extrínseca, y se compone de incentivos principalmente financieros. La *compensación intrínseca* [CIN] o características del trabajo satisface la motivación intrínseca a través de aspectos tales como el enriquecimiento de la tarea profesional, o de facilitar el desarrollo de la creatividad de sus miembros, el aprendizaje, o permitir una mayor capacidad decisoria. La *compensación trascendente* [CTR] son los valores de la organización, tanto internos (entre los miembros de la organización) como externos (valores sociales, o dirigidos a los individuos a los que sirve la organización, como clientes, o usuarios). La compensación trascendente satisface la motivación trascendente, determinando los valores que la organización tiene para esa persona.



Los planos en los que interactúan la motivación del individuo y la compensación de la organización determina el grado y tipo de compromiso del individuo con la organización. En el plano extrínseco, la interacción entre la motivación extrínseca y compensación extrínseca, determina el compromiso extrínseco. Por ejemplo, una mejora de la remuneración es un incentivo para que el individuo continúe en la organización, y por lo tanto refuerza el compromiso extrínseco. El compromiso extrínseco desarrolla el vínculo del interés. La interacción de la motivación intrínseca y compensación intrínseca crea el compromiso intrínseco, el cual desarrolla el vínculo de la atractividad. El individuo permanece en la organización en la medida que para él es atractivo realizar la tarea que realiza. La interacción de la motivación trascendente y compensación trascendente genera el compromiso trascendente que desarrolla el vínculo de la unidad, es decir, los miembros de la organización están unidos alrededor de los valores de la organización. El individuo siente que moralmente pertenece a la organización.

Los niveles e intensidad del compromiso contribuirán a las actitudes y conducta del individuo con la organización. Por ejemplo, contribuirán a determinar la dedicación del individuo en su organización. En el contexto de este estudio definimos *dedicación* [DED] como aquellos comportamientos del individuo beneficiosos para la organización que no son exigibles contractualmente¹², como por ejemplo realizar tareas adicionales, o desarrollar aspectos positivos para la organización. En definitiva, la influencia mutua entre la estructura motivacional (individuo) y la estructura compensatoria (organización) va a contribuir a determinar el grado de dedicación de cada individuo en su tarea profesional.

3.2. El instrumento

Se confeccionó un cuestionario autoadministrado consistente con la teoría de la motivación anteriormente descrita. El cuestionario se estructuró en tres partes. La primera parte recogía información sobre las características del individuo y del centro de trabajo. La segunda parte contiene las variables relevantes de la teoría de la motivación y consta de un conjunto de ítems agrupados en un número determinado de factores para medir los siguientes constructos: la estructura

motivacional (MEX, MIN y MTR), la estructura compensatoria (CEX, CIN y CTR), y la dedicación (DED). Para medir los ítems que determinan cada una de las variables, se utilizó una escala de Likert de cinco puntos, una puntuación de “1” indicaba que el encuestado estaba completamente en desacuerdo con la aseveración, y una puntuación de “5” indicaba que estaba completamente de acuerdo con la aseveración. La tercera parte del cuestionario se destinó a un espacio donde se invitaba al encuestado a aportar sugerencias y comentarios sobre el tema de estudio. El cuestionario fue validado en una muestra de conveniencia de médicos de Madrid¹³. Una vez validado el cuestionario, fue enviado por correo a la muestra de médicos seleccionada.

3.3. Población de estudio

La población de estudio la constituyen los 24.986 médicos colegiados en la Comunidad de Madrid y los 19.570 médicos colegiados en la provincia de Barcelona en el año 1997. Los sujetos de estudio son médicos con actividad asistencial de la Comunidad de Madrid y de la provincia de Barcelona. Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: 1) no realizar actividad asistencial (por ejemplo dedicarse en exclusiva a docencia, a investigación, a gestión-administración; o estar en paro o jubilado), y 2) trabajar sólo (el médico es el único individuo de la organización). Para asegurar un nivel de significación del 95% y un error de muestreo máximo del 5%, se estimó necesario un tamaño muestral de 900 médicos. Para garantizar esa muestra efectiva, se realizaron diversas estimaciones de tasas de respuesta, y finalmente se decidió enviar el cuestionario a una muestra aleatoria de 3.272 médicos. A los médicos que no respondían al primer envío se les enviaba el cuestionario por segunda vez, y a los que no respondían de éstos, se les enviaba por tercera y última vez. A los médicos que trabajaban en el sector público y también en el privado se les pidió que completasen dos veces la segunda parte del cuestionario.

El cuestionario fue respondido por 1.185 médicos (tasa de respuesta: 36,2%). Se realizó un análisis del sesgo de respuesta comparando si las variables edad, sexo, especialidad, sector (público, privado, o ambos) y el nivel de atención (primaria, hospitalaria o ambos) eran diferentes en los médicos que respondieron comparadas con las mismas variables en los médicos que no respondieron. Las variables de los médicos que no respondieron se obtuvieron de la base de datos de los médicos colegiados y de una muestra aleatoria del 10% de los no respondedores a los que se llamó por teléfono. En el análisis de sesgo de respuesta, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las variables consideradas entre los respondedores y los no respondedores. De los médicos que respondieron, 941 (79,4%) reunían los criterios de inclusión, de los cuales 552 eran médicos de Madrid, y 389 de Barcelona. Trabajan exclusivamente en el sector público 525 médicos (55,8%), exclusivamente en el sector privado 83 médicos (8,8 %) y en ambos sectores trabajan 333 médicos (35,4%). Los médicos que trabajan en ambos sectores, rellenaron dos cuestionarios, uno para el sector público (333 cuestionarios) y otro para el sector privado (158 cuestionarios). El número de cuestionarios para el sector privado es menor que para el público, porque algunos de los médicos cumplían algún criterio de exclusión (trabajar solo), y otros sólo completaron el cuestionario para el sector público. La muestra de los 1.099 cuestionarios respondidos por los 941 médicos, se describe en la tabla 1.

TABLA 1. Distribución de la muestra de médicos y cuestionarios, según sector

Sector de trabajo	Médicos participantes	Cuestionarios cumplimentados referidos al sector	
		público	Privado
Sólo público	525	525	-

Sólo privado	83	-	83
Público y privado	333	333	158
Total	941	858	241

3.4. El análisis

Este análisis se centra en comparaciones de las variables de interés entre el sector público y privado. Para las variables de las escalas de la estructura motivacional (MEX, MIN, MTR), la estructura compensatoria (CEX, CIN, CTR) y la dedicación (DED) en los dos sectores, se calculó como estimador de centralización la media aritmética, y como estimadores de precisión se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC). Para cuantificar la fuerza de la asociación entre la variable dependiente y las variables independientes, se construyeron dos modelos de regresión lineal múltiple, uno para el sector público y otro para el sector privado. La variable dependiente fue la dedicación (DED) y las variables independientes fueron las siguientes:

- ?? Edad [EDAD].
- ?? Género [GEN].
- ?? Exclusividad [EXC], el valor 1 significa que el médico trabaja exclusivamente en un sector (público, en el modelo de regresión del sector público; y privado, en el modelo de regresión del sector privado). El valor 0 significa que el médico trabaja en ambos sectores, público y privado.
- ?? Nivel de atención al que se refieren las respuestas [NIV], el valor 1 equivale a hospital y el valor 0 equivale a atención primaria.
- ?? MEX, MIN, MTR, CEX, CIN y CTR.

El programa estadístico utilizado para estimar los modelos de regresión múltiple fue SPSS para Windows, versión 6.0. El método empleado en la construcción de las ecuaciones muestra los parámetros correspondientes a todas las variables, aunque sus coeficientes de regresión no sean significativos. Se seleccionó este método con el objetivo de respetar la formulación teórica del modelo. Se consideró que una variable independiente estaba asociada significativamente con la variable dependiente, si su coeficiente de regresión tenía un valor $p < 0,05$, o lo que es lo mismo, si el intervalo de confianza al 95% del coeficiente de la variable independiente no incluye al cero.

4. Resultados

En el sector público trabajan 858 médicos, de los cuales 511 médicos pertenecían a la Comunidad de Madrid y 347 a la provincia de Barcelona. La edad media de los médicos en el sector público fue 44,2 años; 538 (62,8%) eran hombres; 525 (61,2%) trabajaban exclusivamente en el sector público; 337 (39,4%) trabajaban en el nivel de atención primaria, 427 (49,9 %) en el nivel hospitalario, 82 (9,6%) en ambos niveles de atención, y el resto 10 (1,2%) en otro lugar no clasificable (e.g., médico de empresa).

En el sector privado trabajaban 416 médicos, de los cuales 215 pertenecían a la Comunidad de Madrid y 201 a la provincia de Barcelona. La edad media de los médicos del sector privado fue 46,7 años; 334 (80,5%) eran hombres; 83 (20 %) trabajaban exclusivamente en el sector privado; 277 (67,1 %) trabajaban en el nivel primario (consulta privada no hospitalaria), 69 (16,7 %) en el nivel hospitalario, 50 (12,1 %) en ambos niveles de atención, y el resto 17 (4,1 %) en otro lugar.

Las comparaciones entre las variables demostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sectores en la MEX, la CEX, la CIN y la CTR, cuyas medias son mayores en el sector privado (tabla 2). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las demás variables comparando entre sectores.

TABLA 2. Valores de las variables de la motivación, compensación, y dedicación en el sector público y privado

Variable	SECTOR PÚBLICO N=858		SECTOR PRIVADO N=241	
	Media	Intervalo de confianza (95%)	Media	Intervalo de confianza (95%)
MEX	2,27	2,20-2,33	2,56	2,43-2,69
MIN	4,42	4,39-4,46	4,40	4,32-4,47
MTR	4,16	4,12-4,20	4,22	4,15-4,30
CEX	2,17	2,11-2,23	2,87	2,73-3,00
CIN	3,77	3,72-3,82	4,14	4,05-4,24
CTR	2,28	2,21-2,35	3,38	3,23-3,53
DED	3,83	3,78-3,89	3,72	3,60-3,85

Las variables independientes significativamente asociadas con la DED como variable dependiente, resultado de los dos modelos de regresión lineal múltiple fueron:

A) En el sector público ($R^2=0,30$)

?? MEX = coeficiente de regresión $-0,10$ [intervalo de confianza 95% $(-0,16)-(-0,05)$]

?? MIN = $0,40$ $[0,30-0,51]$

?? MTR = $0,22$ $[0,12-0,32]$

?? CIN = $0,07$ $[0,04-0,14]$

?? CTR = $0,10$ $[0,04-0,15]$

?? EXC = $0,33$ $[0,22-0,44]$

?? NIV = $0,28$ $[0,18-0,39]$

B) En el sector privado ($R^2=0,52$)

?? MEX = $-0,17$ $[(-0,28)-(-0,06)]$

?? MIN = $0,25$ $[0,03-0,47]$

?? MTR = $0,28$ $[0,05-0,51]$

?? CIN = $0,24$ $[0,05-0,42]$

?? CTR = $0,28$ $[0,15-0,41]$

5. Discusión

En el presente estudio se ha asumido el modelo antropológico de motivación humana, que considera que la estructura motivacional de la persona está formada por los motivos extrínsecos, intrínsecos y trascendentes. La medida en que la organización satisface los motivos de sus miembros, determina la estructura compensatoria de la organización.

Finalmente, la dedicación es resultado de la interacción entre la estructura motivacional y la estructura compensatoria.

Este modelo antropológico es el más admitido por los estudiosos del comportamiento humano en la organización, sin embargo no existían cuestionarios para medir las variables resultantes de aplicar este modelo en organizaciones. Por estas razones, para los propósitos de este estudio se diseñó y se validó un cuestionario consistente con la teoría del modelo antropológico y adaptado a los médicos en su organización.

La tasa de respuesta (36%) se considera aceptable en estudios basados en encuestas por correo a médicos. Como no se encontró sesgo de respuesta, según el resultado del análisis del sesgo de respuesta, se pueden asumir los hallazgos como representativos de la población de estudio. En cuanto al perfil de la muestra, más de la mitad de los médicos (55,8%) trabajan exclusivamente en el sector público. Más de una tercera parte (35,4%) trabajan en ambos sectores. Menos del 10% trabajan exclusivamente en el sector privado (8,8%). Estas cifras son consistente con la importancia que tiene en España el sector público, pero de los médicos que trabajan en el sector público, una alta proporción (38,8%) trabajan también en el sector privado. A su vez, de los médicos que trabajan en el sector privado, un 80% trabajan también en el sector público. Por lo tanto, el sector público y privado comparten una alta proporción de profesionales, lo cual puede tener unas importantes implicaciones en el comportamiento de estos médicos para las organizaciones entre las que reparte su dedicación.

En la profesión médica predominan los hombres, aunque esta proporción es mayor en el sector público (61,2%) que en el sector privado (76,7%). En el sector público predominan los médicos que trabajan en el nivel hospitalario (49,9%), seguidos de los médicos que trabajan en el nivel primario (39,4%), y de los médicos que trabajan en ambos niveles de atención (9,6 %). Sin embargo, en el sector privado más de dos tercios de los médicos (67,1%) trabajan en consulta privada no hospitalaria, menos de la quinta parte (16,7%) desarrollan su actividad profesional en el nivel hospitalario privado, y algo más del 10% (12,1%) trabajan en consulta privada y hospital. De manera que en la población de médicos del sector público predominan aquellos que trabajan en atención hospitalaria, mientras que en el sector privado predominan los que trabajan en atención no hospitalaria.

El perfil de la estructura motivacional es similar en los médicos del sector público y privado. Lo que más motiva al médico son los motivos intrínsecos (el aprendizaje, el reto, el placer de realizar la tarea, la creatividad). A continuación los médicos se sienten motivados por los motivos trascendentes (la satisfacción de mejorar la salud de los pacientes). La motivación más débil es la dependiente de la retribución del trabajo. Este hallazgo del estudio es muy consistente con la teoría de Herzberg⁷ para quien los la remuneración no es un elemento motivador, sino un factor de higiene, que no motiva pero es imprescindible para que actúen los otros tipos de motivos. También es conocido que el hecho aislado de subir los salarios, no necesariamente aumenta la motivación, a no ser que se asocie con otros factores. En todo caso, a pesar de que los patrones de motivación son similares en el sector público y privado, y de que la motivación extrínseca es la más débil en ambos sectores, los médicos que trabajan en el sector privado tienen la motivación extrínseca más fuerte que los médicos que trabajan en el sector público. Es decir, a los médicos que trabajan en el sector privado les importan más los incentivos financieros que a los médicos que trabajan en sector público.

Para los médicos de los dos sectores, también es similar el patrón de valoración que manifiestan respecto a la estructura compensatoria. Los médicos valoran más favorablemente la compensación intrínseca (cómo la organización configura las características del trabajo), que la compensación trascendente (cómo la organización les trasmite sus valores). La compensación menos valorada es la extrínseca (cómo se sienten remunerados). Dicho en otras palabras los médicos sienten que la organización satisface mejor las características del trabajo, que la remuneración que reciben. A pesar de

que el patrón es similar, los médicos que trabajan en el sector privado se sienten más satisfechos en los tres componentes de la compensación que los médicos que trabajan en el sector público. Los médicos del sector privado valoran más alta la compensación extrínseca (la medida en que su organización satisface la remuneración que espera), la compensación intrínseca (tarea profesional) y la compensación trascendente (identificación con los valores de su organización) que los médicos del sector público.

Un hallazgo interesante es que a pesar de estas diferencias entre los médicos de ambos sectores, no se han encontrado diferencias en la dedicación entre los médicos del sector público y los del sector privado. Lo cual sugiere que en los médicos del sector público la dedicación podría depender más de la motivación, mientras que en los médicos del sector privado, la dedicación podría depender más de la compensación. Explorar este hecho con detalle, requiere conocer el peso de otros factores ajustando las influencias entre ellos, es decir mediante técnicas de análisis multivariado, por ejemplo de regresión lineal múltiple.

En la explicación de los factores de los que depende la dedicación, según el modelo de regresión lineal múltiple, la edad y el sexo no se han asociado significativamente con la dedicación, ni en el sector público ni en el privado.

Pero la motivación sí se ha encontrado asociada con la dedicación. En el sector público y en el privado las motivaciones intrínseca y trascendente se asocian positivamente con la dedicación. En el sector público por cada unidad que aumenta la motivación intrínseca, cabe esperar un aumento significativo de la dedicación del médico en 0,40 unidades, manteniendo constante el resto de variables independientes contenidas en el modelo. En el sector privado el aumento de la dedicación es de 0,25 unidades por cada unidad que aumente la motivación intrínseca. Recordemos que la escala de medición de estas variables es la escala de Likert, de cinco puntos, por lo tanto existe un rango de 4 unidades o intervalos. En cuanto a la motivación trascendente, en el sector público por cada unidad que aumenta la motivación trascendente, aumenta 0,22 unidades la dedicación, a igualdad de todos los demás factores. En el sector privado el aumento de la dedicación es de 0,28 unidades por cada unidad que aumente la motivación trascendente.

Sin embargo, la motivación extrínseca (la importancia que otorga el médico a la remuneración) se asocia negativamente con la dedicación. En el sector público la dedicación disminuye 0,10 cuando aumenta la motivación extrínseca en una unidad. En el sector privado la dedicación desciende 0,17 unidades por cada unidad de aumento de la motivación extrínseca. Estos pesos de los coeficientes pueden considerarse débiles, pero son significativos, y son consistentes con la teoría en que se basa este estudio. En otras palabras, parecen apuntar a que la dedicación depende sobre todo de la atractividad que el individuo siente por la tarea que realiza (vínculo de atractividad), y de la percepción de la identificación de los valores del individuo con los valores de la organización (vínculo de la unidad). Seguramente la medida en que el individuo se siente bien pagado contribuya a que permanezca en la organización (vínculo del interés), pero, según los resultados de este estudio, a igualdad de todo lo demás, la importancia que el individuo otorga al dinero parece influir negativamente en la dedicación.

La percepción que los médicos dan a la compensación intrínseca y trascendente tiene una asociación positiva con su dedicación a la organización, pero la compensación extrínseca no se asocia con la dedicación. En el sector público por cada unidad que aumenta la compensación intrínseca, aumenta 0,07 unidades la dedicación, y por cada unidad que aumenta la compensación trascendente, aumenta 0,10 unidades la dedicación. Las respectivas cifras en el sector privado son 0,24 y 0,28. Es decir, la dedicación de los médicos aumenta en la medida en que la organización facilita las características de su trabajo y favorece su identificación con sus valores. Este aumento es claramente superior en los

médicos del sector privado. Sin embargo, en ninguno de los sectores, la dedicación del profesional se asocia con la compensación extrínseca (retribuciones) de la organización.

En el sector público, los médicos que trabajan en el nivel hospitalario tienen una dedicación mayor (0,28 unidades) que los médicos que refieren sus respuestas al nivel de atención primaria, a igualdad de los demás factores, lo cual parece indicar que las características del nivel hospitalario favorecen la dedicación del médico más que las características del nivel de atención primaria.

Quizá uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio es que en el sector público, los médicos que trabajan exclusivamente en el sector público tienen una dedicación mayor (0,33 unidades) que los médicos que trabajan simultáneamente en el sector público y privado, controlando el efecto ejercido por todas las demás variables independientes. Este hallazgo sugiere que en el sector público, el hecho de que el médico trabaje también en el sector privado afecta negativamente a su dedicación en el sector público.

Los hallazgos del presente estudio sugieren que en la implantación de políticas de recursos humanos, se debe dar una gran importancia a la estructura motivacional del médico, pero también a la responsabilidad de los que, explícita o implícitamente, diseñan y regulan los incentivos que les llegan a los médicos (por ejemplo, autoridades sanitarias, gerentes, industria, o el propio profesional)¹⁴.

El modelo de regresión con las variables utilizadas en este estudio aplicado en el sector público explica el 30% de la variabilidad de la dedicación. En el sector privado más de la mitad de la varianza de la dedicación se consigue explicar por las variables consideradas en el modelo de regresión (52%). El resto de la varianza (no explicada o residual) podría estar explicado por otras variables no consideradas en el modelo, por ejemplo la personalidad del médico, las relaciones con su jefe, su estado civil, o número de hijos.

No se han encontrado trabajos publicados que midan los aspectos mencionados en este estudio. Por lo tanto, este estudio aporta una información novedosa con datos de médicos de dos provincias españolas. A pesar de ello, el presente estudio tiene algunas limitaciones. Por ejemplo, no ha incluido aspectos tales como factores psicológicos, relaciones interpersonales, el papel del jefe, políticas de contratación, u otros factores. Estos factores no pudieron ser incluidos por razones de factibilidad, y quizá sean los que pudieran contribuir a explicar la variabilidad en la dedicación no explicada por el modelo multivariado. Otras de las limitaciones del estudio podría derivarse del concepto de organización para cada médico concreto. A pesar de que el cuestionario ofrecía una definición operativa de dedicación, es verosímil pensar que probablemente la actitud del inmediato superior del médico configure en gran medida su valoración de la organización. Otras de las limitaciones típicas de estos estudios se centra en si lo que responden los médicos es lo que verdaderamente sienten o piensan. En este estudio, esta potencial limitación se ha intentado resolver con varias medidas. Por un lado, el presente estudio fue anónimo y voluntario, de manera que el médico no tiene ninguna razón para falsear sus opiniones. En segundo lugar, los ítems del cuestionario estaban ordenados de tal manera que se intercalaban las escalas, lo cual hace que respondan a los ítems pensando en diferentes situaciones. En tercer lugar, unos ítems estaban formulados en sentido positivo y otros en negativo para evitar respuestas con sesgo de automatismo. En cuarto lugar, la validación del cuestionario, incluida la encuesta definitiva no demuestra inconsistencias inaceptables en las respuestas. Finalmente el cuestionario, incluía una parte final de texto libre en la que el contenido de lo escrito hace pensar que ha sido respondido sin reservas apreciables. Otra limitación de este estudio es que podría no ser generalizable a España.

Aunque por el tipo de diseño, la probabilidad de la representatividad de características de médicos (e.g., rurales o urbanos) debe ser similar a su prevalencia, las características de otras provincias españolas podrían ser diferentes a las de las provincias de Madrid y Barcelona.

Este estudio aporta información novedosa y relevante sobre numerosos aspectos de la motivación de los médicos, de cómo la organización satisface sus motivos, y de su dedicación a la organización. Sin embargo, se necesita más investigación para mejorar nuestro conocimiento sobre estos y otros aspectos en un área tan crítica como es la motivación de los profesionales de la salud en su organización.

6. Conclusiones

- ?? La estructura motivacional de los médicos es similar en el sector público y privado. La motivación más fuerte es la intrínseca (aprendizaje, reto), seguida de la trascendente (curar a los enfermos, ayudar a los compañeros). La motivación más baja es la intrínseca (importancia de la remuneración).
- ?? Los médicos de ambos sectores perciben que la organización les satisface mejor con la compensación intrínseca (características del trabajo), que con la compensación trascendente (valores). Los médicos perciben como compensación más baja la compensación extrínseca (remuneración).
- ?? La motivación intrínseca y trascendente y la compensación intrínseca y trascendente se asocian positivamente con la dedicación.
- ?? La motivación extrínseca (interés por ganar dinero) se asocia negativamente con la dedicación.
- ?? En el sector público la dedicación es mayor en los médicos que trabajan exclusivamente en este sector, que aquellos que también trabajan simultáneamente en el sector privado.
- ?? En el sector público la dedicación es mayor en los médicos que trabajan en el nivel hospitalario que los que trabajan en la atención primaria.
- ?? El modelo utilizado en este estudio explica el 30% de la variabilidad de la dedicación en el sector público, y el 50% en el sector privado. En consecuencia, se debe continuar progresando en la producción de conocimiento sobre la variabilidad en la dedicación de los profesionales no explicada en este estudio.
- ?? Producir conocimiento sobre la motivación de los profesionales de la salud, es fundamental si se desea aumentar la eficiencia y la equidad del sistema sanitario con una perspectiva de la ética profesional y la ética social.

Bibliografía

1. Eisenberg JM. Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns. *Med. Care.* 1985; 23:461-483.
2. OECD HEALTH DATA. A software package for the international comparison of health care systems. Versión 1.5 [programa informático]. Paris, Francia: OECD, 1993.
3. Lázaro P. Evaluación de servicios sanitarios: La alta tecnología médica en España. Ed: Fondo de Investigación Sanitaria. Madrid, 1990.
4. OECD HEALTH DATA. Paris, Francia: OECD, 1997.
5. Pérez López JA. Las motivaciones humanas. Barcelona: Instituto de Estudios Superiores de la Empresa. Universidad de Navarra; 1987. FHN-161.
6. Maslow AH. *Motivation and Personality.* New York: Harper & Row, 1954.
7. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. *The motivation to work.* New York: John Wiley, 1959.
8. McGregor D. *The Human side of Enterprise.* New York: McGraw-Hill, 1960.
9. Ouchi WG. *Theory Z.* Massachusetts: Adison-Wesley, 1981.
10. Pérez López JA. La empresa como realidad humana. Barcelona: Instituto de Estudios Superiores de la Empresa. Universidad de Navarra; 1987. FHN-160.
11. Mowday RT, Porter LW, Steers RM. *Employee organization linkages.* New York: Academic Press, 1982.
12. Bateman TS, Organ DW. Job satisfaction and the good soldier: the relationship between affect and employee "citizenship". *Academy of Management Journal* 1983; 26:587-595.
13. Cardona P. A study of the antecedents of Organizational Citizenship Behavior. Ph.D. Dissertation. The John E. Anderson Graduate School of Management, University of California, Los Angeles (UCLA), EE.UU, 1996.
14. Lázaro P, Azcona B. Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 1996; 37:185-198.