

1ª Jornada sobre Oferta Sanitaria. Madrid, 1998.

La motivación de los profesionales médicos: retribuciones médicas en la sanidad privada.

La motivación de los médicos de Madrid

Pablo Lázaro*, Bárbara Azcona, Pablo Cardona¹, Nuria Chinchilla².

Unidad de Investigación en Servicios de Salud (Instituto de Salud Carlos III, Madrid)

¹Universidad de California, Los Angeles (UCLA)

²Instituto de Estudios Superiores de la Empresa (Universidad de Navarra, Barcelona)

1. Los servicios de salud

Los servicios de salud son sistemas cuya misión es mejorar la salud de los individuos y de la sociedad. Tales sistemas se enfrentan en las últimas décadas a problemas como la complejidad de sus servicios, los recursos limitados, la rapidez en la innovación y difusión de tecnologías y procedimientos médicos, las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios, y al desconocimiento de los efectos que ello tiene en los costes y en el nivel de salud de la población.

2. Importancia de los profesionales de la salud

Los profesionales de la salud, especialmente los médicos, tienen un papel muy importante en el uso y distribución de recursos de los sistemas sanitarios. Por ejemplo, en los Estados Unidos (EEUU) 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]. Análogamente, en España en 1995, el 0,41% de la población eran médicos, y el gasto sanitario representó el 7,6% del PIB. La sociedad española dedicó 5,3 billones de pesetas a gasto sanitario, se produjeron más de 5 millones de ingresos hospitalarios y más de 240 millones de consultas en régimen ambulatorio. Este impresionante volumen de costes y actividades fue realizado por 466.000 empleados en el sector de la salud, de los cuales 156.000 eran médicos [2]. La conducta de estos miles de profesionales contribuye a determinar el número, el tipo, y la calidad de procedimientos, y en consecuencia el coste y los resultados. Por lo tanto, resulta relevante conocer la motivación de los profesionales de la salud. Sin embargo, a pesar de su relevancia, existe un conocimiento muy escaso sobre la motivación de los médicos.

3. Variabilidad de la práctica clínica, uso apropiado, e incentivos

A pesar de la importancia del comportamiento de los médicos en los logros de los sistemas de salud, la mayor parte de los sistemas sanitarios ofrecen a los médicos pocos incentivos para estimular la eficiencia del sistema. La eficiencia necesita ser estimulada, no puede ser asumida [3]. Este hecho podría contribuir a explicar las grandes diferencias observadas en la cantidad de servicios. Por ejemplo, en España en 1988, mientras que unas Comunidades Autónomas disponían de más de diez instalaciones de tomografía axial computerizada por millón de habitantes otras no llegaban a tres, estando en relación con la renta per capita de la región [4]. Aunque Canadá y los EEUU tienen aproximadamente el mismo número de médicos por habitante, los EEUU tienen un 33% más cirujanos per capita que Canadá. Lo cual no significa que los cirujanos americanos estén más ociosos, sino que los ciudadanos estadounidenses reciben un 40% más de intervenciones quirúrgicas per capita que los canadienses [5]. Pero no sólo existe una gran variabilidad en la práctica médica, sino también en el grado de uso apropiado de los procedimientos. Por ejemplo, en los EEUU la probabilidad de que a un hombre de 80 años le haya sido practicada una prostatectomía, varía del 20 al 60% dependiendo de en qué ciudad habite. Para algunos procedimientos, la proporción de uso inapropiado o dudoso puede variar desde una cuarta parte a dos terceras partes [6]. Esta alta proporción de uso inapropiado

* Dirección actual: Pablo Lázaro y de Mercado. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS).
Cambrils 41-2, 28034, Madrid. E-mail: plazaro@taiss.com.

ocurre también en contextos con otro tipo de incentivos. Por ejemplo, en el Reino Unido, con presupuesto centralizado y médicos asalariados, la proporción de coronariografías o "bypass" aortocoronarios inapropiados o dudosos es similar a la de los EEUU. Estos hallazgos sugieren que: 1) el uso de recursos no depende sólo de la necesidad, sino también de los incentivos; 2) los incentivos financieros no explican toda la variabilidad de la práctica clínica ni su grado de uso apropiado; y 3) las medidas indiscriminadas de contención del gasto puede que disminuyan la utilización de servicios, pero no necesariamente van a disminuir la proporción de uso inapropiado [7].

Los intentos de promoción de uso apropiado de procedimientos en la práctica médica han seguido o bien mecanismos de regulación normativa, o regulación por incentivos [8]. Sin embargo, en general, tales intentos no han logrado mejorar la tasa de uso apropiado, y consecuentemente no han mejorado la eficiencia de los sistemas de salud. Existe evidencia de que la aplicación, explícita o implícita, de incentivos sin haber sido evaluados puede producir efectos perversos en el sistema [9-14]. Una posible razón de estos fracasos podría ser que los incentivos han sido aplicados sin conocer los componentes de la motivación que son estimulados y con qué intensidad.

Por otra parte, el médico no es sólo una pieza anómica que contribuye a producir resultados en los sistemas de salud. El médico es una persona con una serie de necesidades materiales, intelectuales y afectivas. El grado de satisfacción de esas necesidades por parte de la organización a la que sirve puede contribuir al tipo de comportamiento con sus enfermos, con sus compañeros, y con el sistema.

En definitiva, conocer aspectos tales como la estructura de las motivaciones de los médicos, su respuesta a los incentivos existentes, su percepción de los valores de la organización, y su grado de identificación con sus objetivos, es clave para establecer políticas de personal adecuadas que identifiquen estrategias incentivadoras que aumenten la satisfacción y motivación profesional. Este conocimiento permitiría avanzar hacia la provisión de servicios eficientes basados en la ética de la relación médico-paciente y en la ética social. Para producir conocimiento sobre estos aspectos se diseñó un proyecto de investigación que fue evaluado y financiado por el FIS (97/0827).

4. El proyecto de investigación

4.1. Objetivos

El proyecto tenía varios objetivos. En este artículo abordamos uno de ellos: describir las motivaciones de los médicos, su percepción sobre cómo la organización satisface sus motivos, y la dedicación de estos profesionales en su tarea. El ámbito de estudio aquí presentado se circunscribe a los médicos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

4.2. El marco conceptual del proyecto: la motivación humana en las organizaciones

La motivación es el impulso en el ser humano que le lleva a actuar para satisfacer unas necesidades. Las personas, al actuar, pueden moverse por tres tipos de motivos. Los *motivos extrínsecos*, que son cualquier tipo de incentivo que se atribuye a la realización de la acción por parte de otra persona distinta de la que ejecuta la acción (e.g., la retribución de un trabajo, o las alabanzas que se reciben al hacerlo). Los *motivos intrínsecos* que son incentivos que provienen de cualquier resultado de la acción para la persona que la realiza y que depende tan sólo del hecho de realizarla (e.g., aprendizaje, reto, placer de realizarla). Y los *motivos transcendentales* 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) [15-18].

Lo habitual es que en cualquier acción estén presentes esos tres tipos de motivos. Es normal que un médico, por ejemplo, atienda a sus pacientes guiado por los tres tipos de motivos, es decir: cobrar unos honorarios, desarrollar su competencia profesional, y curar efectivamente alguna dolencia que hace sufrir al paciente. Naturalmente, el peso de cada tipo de motivos es diferente para cada profesional: unos médicos pensarán más en sus honorarios, otros en realizar publicaciones, mientras que otros pensarán más en el paciente. Como en definitiva los motivos extrínsecos, intrínsecos y transcendentales satisfacen las necesidades materiales, necesidades de conocimiento, y necesidades afectivas, respectivamente, la proporción de estos motivos configuran la *estructura motivacional* del individuo.

A su vez, la medida en que la organización satisface las motivaciones de sus miembros constituye su *estructura compensatoria*. Se pueden distinguir tres tipos de compensaciones: *remuneración*, que satisface la motivación extrínseca y se compone de incentivos principalmente económicos; *características del trabajo*, que promocionan la motivación intrínseca a través del enriquecimiento de la tarea profesional y de una mayor capacidad decisoria; y *valores*, internos y externos, de la organización que satisfacen la motivación trascendente e incrementan el valor moral que la organización tiene para esa persona. Según sean e interaccionen la estructura motivacional y la estructura compensatoria, se configura la identificación y participación de la persona con su organización. Es decir, se configura el *compromiso* con la organización. El compromiso se verá reflejado en la dedicación. La dedicación profesional indica aquellos comportamientos beneficiosos para la organización no exigibles contractualmente [19-26].

4.3. Metodología

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta dirigida a médicos de la Comunidad Autónoma de Madrid. **Población de estudio:** 26.200 médicos colegiados de Madrid. **Sujetos de estudio:** médicos con actividad asistencial. Criterios de exclusión: 1) no realizar actividad asistencial; y 2) trabajar sólo (el médico es el único individuo de la organización). **Instrumentalización:** encuesta dirigida a 1.920 médicos seleccionados aleatoriamente a quienes se envió un cuestionario validado, estandarizado, y autoadministrado. La encuesta se realizó en el segundo semestre de 1997. El cuestionario recoge información sobre características del individuo y del centro, y sobre las variables de estudio (estructura motivacional, estructura compensatoria, y dedicación). Para medir los ítems que determinan cada variable de estudio se utilizó una escala de Likert de cinco puntos. **Determinaciones:** para las escalas de la estructura motivacional, la estructura compensatoria, y la dedicación en los distintos grupos de la muestra de médicos, se calculó como estimador de centralización la media aritmética, y como estimadores de precisión se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC).

4.4. Resultados preliminares

El cuestionario fue respondido por 655 médicos (34%). De ellos, 103 reunían criterios de exclusión. De manera que la muestra final se compone de 552 médicos. La media de edad de estos médicos fue de 45 años; 352 (64%) eran hombres; 337 (61%) trabajaban sólo en el sector público (SPu); 41 (7%) trabajaban sólo en el sector privado (SPr), y 174 (32%) trabajaban en ambos sectores. Los médicos que trabajaban en ambos sectores completaron 174 cuestionarios referidos a su trabajo en el sector público (APu) y 83 referidos a su trabajo en el sector privado (APr). Para todos los grupos de médicos, el componente más importante de su estructura motivacional fue la motivación *intrínseca* [medias: Spu=4,24 (IC=4,17-4,30); APu=4,30 (IC=4,20-4,39); SPr =4,19 (IC=4,03-4,36); Apr =4,25 (IC=4,11-4,39)], seguida de la motivación *trascendente* [SPu=4,06 (IC=4,00-4,12); Apu =4,15 (IC=4,06-4,23); SPr =4,19 (IC=4,02-4,35); Apr=4,16 (IC=4,02-4,30)]. La motivación *extrínseca* fue la puntuada más baja por todos los grupos [SPu=2,59 (IC=2,50-2,68); APu=2,70 (IC=2,56-2,83); SPr=2,57 (IC=2,26-2,88); APr=3,00 (IC=2,80-3,20)]. Los médicos que trabajan en el sector privado evaluaron los tres componentes de la estructura compensatoria percibida, es decir *características del trabajo* [SPr=4,09 (IC=3,91-4,27); APr=3,98 (IC=3,83-4,13)], *remuneración* [SPr=2,89 (IC=2,63-3,16); APr=2,89 (IC=2,67-3,11)], y *valores internos* [SPr=3,47 (IC=3,16-3,77); APr=3,30 (IC=3,06-3,55)] más alta que los médicos que trabajan en el sector público: *características del trabajo* [SPu=3,70 (IC=3,64-3,76); APu=3,67 (IC=3,57-3,77)]; *remuneración* [(SPu=2,33 (IC=2,24-2,41); APu=2,12 (IC=1,99-2,26)]; *valores internos* [SPu=2,24 (IC=2,15-2,33); APu=2,17 (IC=2,04-2,29)]. La *dedicación* a la organización de los médicos que trabajan sólo en el sector público [3,99 (IC=3,92-4,06)] es similar a la de los médicos que trabajan sólo en el sector privado [3,88 (IC=3,64-4,12)], pero es mayor que la de los médicos que trabajan en ambos sectores [APu=3,77 (IC=3,64-3,89); APr=3,69 (IC=3,47-3,92)].

4.5. Conclusiones preliminares

La estructura motivacional tiene un patrón similar en los médicos, independientemente del lugar donde trabajan: la motivación extrínseca es la más débil, seguida de la motivación trascendente, siendo la motivación intrínseca la más alta. Los médicos que trabajan en el sector privado dan a la estructura compensatoria percibida de la organización una valoración más alta que los médicos que trabajan en el sector público. Sin embargo, la dedicación de los médicos que trabajan sólo en el sector público es similar a la de los médicos que trabajan sólo en el sector privado, y es mayor que la de los médicos que trabajan en los dos

sectores. Este hecho sugiere que trabajar conjuntamente en el sector público y privado puede afectar negativamente al grado de dedicación del médico en ambos lugares de trabajo. Se necesita más investigación para producir conocimiento sobre determinados factores individuales o sobre los valores externos de la organización que pueden contribuir a explicar estas diferencias en la dedicación.

Bibliografía

1. Eisenberg JM. Médico utilization: the state of research about médicos' practice patterns. *Med. Care.* 1985; 23:461-483.
2. OECD HEALTH DATA. A software package for the international comparison of health care systems. [programa informático]. Paris, Francia: OECD, 1996.
3. Mooney GH. Economics, medicine and health care. London: Harvester Wheatsheaf, 1989; 107-126.
4. Lázaro P. Evaluación de servicios sanitarios: La alta tecnología médica en España. Ed: Fondo de Investigación Sanitaria. Madrid, 1990.
5. Terris M. Global budgeting and the control of hospital costs. *J Public Health Policy.* Spring 1991; 61-71.
6. Brook RH. Health services research: is it good for you and me? *Acad. Med.* 1989; 64:124-130.
7. Bernstein SJ, Kosecoff J, Gray D, Hampton JR, Brook RH. The appropriateness of the use of cardiovascular procedures. British versus U.S. perspective. *Intl J Tech Assess in Health Care* 1993; 9:3-10.
8. Williams A. Economía sanitaria: ¿el fin de la libertad clínica? *BMJ (edición española)* 1989; 107-126.
9. Lázaro P, Azcona B. Clinical practice, ethics, and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy* 1996; 37:185-198.
10. Lázaro P, Fitch K. From universalism to selectivity: is "appropriateness" the answer? *Health Policy* 1996; 36:261-272.
11. Maynard A. Incentives for cost-effective médico behaviour. *Health Policy* 1987; 7:189-204.
12. Lázaro P, Fitch K. Economic Incentives and the Distribution of Extracorporeal Shock Wave Lithotripters and Linear Accelerators in Spain. *Int J Tech Ass Health Care* 1996; 12:735-744.
13. Hillman BJ, Joseph CA, Mabry MR, Sunshine JH, Kennedy SD, Noether M. Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice: a comparison of self-referring and radiologist-referring médicos. *N Engl J Med* 1990; 323:1604-1608.
14. Smith R. Doctors and markets. Private medicine is a long way from being a perfect market. *BMJ* 1993; 216-7.
15. Pérez López JA. Las motivaciones humanas. Barcelona: Instituto Superior de Estudios de la Empresa. Universidad de Navarra; 1987. FHN-161.
16. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work.. New York: John Wiley, 1959.
17. McGregor D. The Human side of Enterprise. New York: McGraw-Hill, 1960.
18. Ouchi WG. Theory Z. Massachusetts: Adison-Wesley, 1981.
19. Pérez López JA. La empresa como realidad humana. Barcelona: Instituto Superior de Estudios de la Empresa. Universidad de Navarra; 1987. FHN-160.
20. Mowday RT, Porter LW, Steers RM. Employee organization linkages. New York: Academic Press, 1982.
21. Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective continuance, and normative commitment to the organization. *J of Occupational Psychol* 1990; 63: 1-18.
22. 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.
23. Eisenberger R, Huntington R, Hutchinson S, Sowa D. Perceived Organizational Support. *J of Applied Psychol* 1986; 71: 500-507.
24. Smith CA, Organ DW, Near JP. Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents. *J of Applied Psychol* 1983; 68: 653-663.
25. Meyer JP, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization: *J of Applied Psychol* 1993; 78:538-551.
26. Shore LM, Wayne SJ. Commitment and employee behavior; comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organizational support. *J of Applied Psychol* 1993; 78: 774-780.