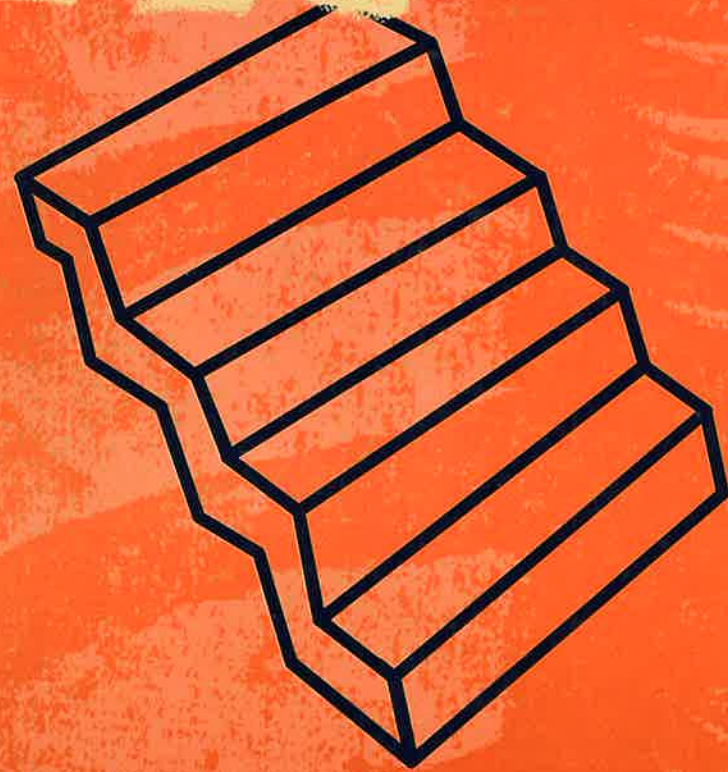


MEDIDAS DE MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Documentos semFYC

Nº 1



MEDIDAS DE MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Grupo de trabajo de la semFYC

Miguel Melguizo Jiménez

Miguel Angel Prados Quel

Rosa Esquisabel Martínez

Jose Miguel Bueno Ortiz

Pilar Kloppe Villegas

Alberto Lopez Garcia-Franco

Julio Rodriguez de la Rosa

PRESENTACIÓN	5
CONCEPTOS	
Motivación	7
Incentivos	7
A) ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	
A.1. Los Médicos de Familia ante los estudiantes y las Facultades de Medicina	8
A.2. Los Médicos de Familia ante el resto de especialidades médicas y los Hospitales	9
A.3. Los especialistas en MFYC ante los Médicos Generales	10
A.4. Los Médicos de Familia en los Equipos de Atención Primaria	10
A.5. Los Médicos de Familia ante la sociedad	12
A.6. El Médico de Familia en el marco profesional	12
B) ELEMENTOS MOTIVACIONALES	
B.1. Incentivos	14
B.1.I. Económicos	14
B.1.II. Profesionales	15
B.1.III. Higiénicos. Condiciones de trabajo	17
B.1.IV. Valores éticos y sociales	18
B.2. Reglamentos y normas	18
B.3. Participación y comunicación	19
C) ÁREAS DESDE DONDE PARTIR Y PLANTEAR PROPUESTAS	
C.1. El Médico de Familia en las Facultades de Medicina	20
C.2. El Médico de Familia ante el colectivo médico	20
C.3. El Médico de Familia en los EAP	21
C.4. El Médico de Familia ante la sociedad	22
C.5. Incentivos económicos	22
C.6. Incentivos profesionales	22
C.7. Incentivos higiénicos. Condiciones de trabajo	23
C.8. Incentivos éticos	23
C.9. Papel de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria	23

Presentación

Reunidos en Toledo en las primeras Jornadas de Primavera organizadas por la semFYC a nuestro grupo se le encomendó la tarea de estudiar las "Medidas de Motivación e Incentivación en Atención Primaria".

Fruto de las sesiones de trabajo y del debate y discusión, es este documento que quiere servir como guía para la reflexión de un tema que particularmente tanto la Junta Directiva de la semFYC como nuestro grupo de trabajo, hemos considerado de gran interés al analizar la figura del médico de familia y su situación dentro de la reforma de la atención primaria.

CONCEPTOS:

MOTIVACION:

Actitud de las personas que les induce a comportarse de forma tal que les reporta recompensa. La motivación esta determinada por un impulso general de satisfacción de necesidades. En el ser humano estas necesidades pueden agruparse de una forma general en:

1.-Necesidades fisiológicas o básicas

- alimentación, vivienda, vestido
- seguridad, estabilidad
- amistad, afecto, respeto, cariño

2.-Necesidades de realización o superiores

- autoestima, reconocimiento, valoración social
- creatividad, destreza
- autorrealización

En el ámbito laboral la cumplimentación de las necesidades fisiológicas (indirectamente a través de dinero o directamente) mas que motivar evitan la insatisfacción y son limitadas en si mismas. Las necesidades de realización, en cambio, son inagotables y de potencialidad muy superior a las anteriores.

INCENTIVOS:

Son los elementos, las herramientas, que a través de la motivación inducen cambios en nuestro comportamiento. Son muy variables y actúan sobre la práctica totalidad de las necesidades humanas.

En el ámbito laboral la incentivación se basa en la actuación sobre necesidades insatisfechas ofertandose como recompensa. Para ser eficaz se han de cumplir dos premisas: **A)** la tarea realizada ha de ser resultado del esfuerzo individual o colectivo (relación causal esfuerzo-tarea) y **B)** la recompensa/incentivo es el resultado de la tarea (relación causal tarea-recompensa).

A continuación desarrollaremos el tema de la motivación y los incentivos en Atención Primaria analizando fundamentalmente las implicaciones del mismo sobre los Médicos de Familia.

Se estructura el trabajo en tres partes. Una primera de análisis de la situación actual de los Médicos de Familia en su entorno laboral y profesional. Una segunda, de identificación de los elementos motivacionales que en nuestra opinión resultan mas decisivos para nuestro colectivo profesional. La tercera, ofrece propuestas concretas sobre modificación de los sistemas actuales de incentivos, y cambios en el papel de los Médicos de Familia (MdF) y la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) en nuestro sistema sanitario.

A) ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL

A.1.- Los Médicos de Familia ante los estudiantes y las Facultades de Medicina:

En general sigue existiendo desconocimiento y escasa aceptación, en ocasiones franco rechazo, hacia la especialidad de MFYC en ámbitos universitarios.

Varias pueden ser las causas de esta situación. En primer lugar, el no estar introducida en el curriculum como tal campo de conocimientos, situación que empieza a modificarse en los últimos años a través de la introducción de rotaciones de estudiantes por Centros de Salud y reconocimiento de profesores asociados extrahospitalarios.

Un segundo factor puede ser la idea, consolidada por la tradición, del menor nivel científico y profesional de la medicina que se realiza fuera del Hospital

o al margen de las grandes especialidades tradicionales.

Por último, la aceptación plena de MFYC como especialidad médica puede suponer para las Facultades de Medicina una acentuación de su contradicción, como expendedora de titulaciones que legalmente autorizan el ejercicio profesional, pero que realmente no capacitan para el ejercicio profesional ni como Médico General. Hoy día para los médicos que desean ejercicio profesional clínico, la licenciatura es solo la antesala del examen M.I.R..

A.2.- Los Médicos de Familia ante el resto de especialidades médicas y los Hospitales:

Pese a los diez años de antigüedad de MFYC, y la experiencia de mas del 50 % de la población atendida por Equipos de Atención Primaria, hemos avanzado poco en el reconocimiento profesional de nuestra especialidad por parte del nivel hospitalario. Hay dos mundos diferentes.

Sigue siendo mayoritario el estado de opinión que infravalorando a MdF les considera como los "colegas" con menores expectativas e inferiores posibilidades profesionales.

Este criterio no tendría mayor importancia si no se tradujera en una cultura profesional de servilismo -secundarismo en el ejercicio diario y supeditación científica absoluta a las especialidades Hospitalarias. A pesar de constituir la mayoría del colectivo, la presencia de los MdF en sindicatos y colegios profesionales ha sido siempre escasa. Por último, el origen de la supeditación a las "otras especialidades" ha sido provocado también (aunque larvadamente)

por la competitividad en el mercado de la medicina privada y las necesidades de expansión ilimitada de los Hospitales.

A.3.- Los especialistas en MFYC ante los Médicos Generales:

Ha existido una evolución histórica por parte de los especialistas en MFYC. Si en un primer momento se intentó resaltar el carácter diferenciador de la nueva especialidad y sus profesionales, respecto al colectivo de Médicos Generales del modelo tradicional (APD, médicos de zona, médicos de urgencia), hoy día se tiende a una aproximación con un horizonte de futura integración de todos los facultativos de Atención Primaria.

En su momento fue preciso alentar la diversidad, para demostrar la necesidad de la reforma de Atención Primaria y consolidar la especialidad. Ahora existe una sensación de enfrentamiento estéril que probablemente desaparecerá pasado 1995. El conflicto más importante es realmente la competitividad por el mercado de trabajo en el sector público (bolsas, baremos, méritos, etc.), y éste se diluirá una vez que la Administración Sanitaria adopte soluciones pactadas satisfactorias.

A.4.- Los Médicos de Familia en los Equipos de Atención Primaria:

Si en un primer momento se consideró la apertura de Centros de Salud y la constitución de Equipos de Atención Primaria (EAP) como elementos prioritarios de la reforma de Atención Primaria, éste es el

momento para reflexionar sobre la continuidad o modificación de sus modelos organizativos.

A nivel de relación EAP con niveles superiores de Administración Sanitaria, los MdF asistenciales observan el efecto multiplicador que están teniendo las estructuras de gestión, produciéndose una cada vez mayor verticalidad en la toma de decisiones y disminución de su autonomía. La información no presenta feed-back adecuados pese a la proliferación de registros. Los Coordinadores -Directores de Centros de Salud no poseen elementos de autoridad. Hay sensación de que ni el EAP ni sus profesionales tienen capacidad de intervenir en los procesos de organización y control del modelo de Atención Primaria.

Dentro del EAP se vive la falta de autonomía a todos los niveles. No hay correlación esfuerzo e incentivación. Las posibilidades de promoción profesional son nulas y las actividades de formación e investigación son fundamentalmente voluntaristas. No existe una jerarquía de decisiones clínicas/ asistenciales, los MdF asumen la mayor responsabilidad, dedicación, control del gasto y carga de trabajo sin que ello derive en capacidad de toma de decisiones. El modelo funcional produce dispersión de responsabilidades, asumidas en última instancia siempre por los médicos. La carga burocrática es extenuante (recetas, parte de baja, impresos, etc.), y soportada fundamentalmente por los MdF.

Las consecuencias negativas de esta situación para los MdF son la frustración profesional, la falta de identificación con la organización sanitaria, la imposibilidad de recompensar las actitudes positivas, el individualismo, la pasividad, la falta de coordina-

ción y la quiebra en la relación con la organización sanitaria. En definitiva menor rendimiento, menor calidad asistencial, menor autorrealización y menor satisfacción del usuario.

Lineales y desmotivadoras.

Promoción profesional:

No existe.

Formación e investigación:

Carente de recursos, voluntarista y con mayor peso en las iniciativas de colectivos profesionales (Sociedades Científicas, Grupos autónomos) que las institucionales.

A.5.-Los Médicos de Familia ante la sociedad:

Se ha conseguido frenar el deterioro de imagen que sufría el Médico General ante la sociedad. La percepción del médico de cabecera como "expendedor" de documentos y "distribuidor" de pacientes, tiende a modificarse fundamentalmente gracias la reforma de Atención Primaria. Aun así, sigue existiendo una rémora (incluso en EAP constituidos) que solo el cambio generacional modificará.

La aceptación del "nuevo" MdF todavía no se ha generalizado a la sociedad entre otros motivos por la supremacía actual de la tecnología y la especialización a todos los niveles. La apuesta por la humanización y una concepción integral de la salud conducirá progresivamente a la dignificación del Médico de Cabecera / General / de Familia.

A.6.-El Médico de Familia en el marco profesional:

Aunque ya ha sido comentada, sintetizaremos la situación:

Régimen laboral:

Rigidez, funcionarización y, actualmente, incertidumbre sobre el futuro (laboralización modificación estatutaria, etc.).

Retribuciones:

B) ELEMENTOS MOTIVACIONALES

Agrupamos artificialmente los elementos motivacionales desde el punto de vista laboral en incentivos, reglamentación y comunicación-participación institucional. En sentido estricto estos dos últimos también pueden considerarse incentivos.

B.1.- Incentivos

B.1.I.Económicos

Desgraciadamente se han llegado a confundir con los incentivos en general. Indudablemente si las posibilidades de implicación de trabajadores y sindicatos en la gestión son anuladas, las reivindicaciones salariales además de exclusivas se convertirán en un pozo sin fondo.

Los incentivos económicos actúan sobre las necesidades básicas, siendo por tanto limitados. Sobrepasados determinados niveles, el trabajador puede percibir que únicamente incentivos económicos no recompensan los esfuerzos en el rendimiento que se les exige.

En la actualidad hay una coincidencia general en la necesidad de modificar el actual sistema de retribuciones. El modelo retributivo actual en Atención Primaria, caracterizado por ser **individual** (no contemplar remuneraciones por colectivos o equipos), **rígido** (única variabilidad de la antigüedad y la productividad) y primando el **puesto de trabajo** (no actividad realizada, objetivos cumplidos, ni responsabilidad), es inoperante y contraproducente.

Existe un acuerdo en formar dos bloques dentro de las remuneraciones (factor fijo y factor variable) e incluir en ellas pago capítativo, objetivos, complementos, grado de responsabilidad, antigüedad y

productividad. No se ha llegado a consensuar la forma de medir el factor variable, ni el peso específico de los distintos elementos.

Superar la sensación de que “hagas lo que hagas da lo mismo”, considerar las retribuciones en el marco global de los incentivos y establecer mecanismos de recompensa justos y equilibrados, serán los retos del futuro.

B.1.II. Profesionales

Los incentivos profesionales hacen referencia a aspectos muy diversos pero todos ellos de gran potencialidad, puesto que satisfacen necesidades superiores (autorrealización, reconocimiento, creatividad, etc).

•Estabilidad laboral:

Proporciona seguridad y expectativas de continuidad en el trabajador. Estabilidad no puede identificarse con “plaza fija” (inamovilidad de lugar y Centro de trabajo), es más, facilitar la movilidad de los trabajadores puede dar lugar a agrupamientos espontáneos de profesionales con intereses comunes.

En Atención Primaria es imprescindible la clarificación y agilización de las redistribuciones, traslados y concursos libres. La propia administración sanitaria debe evitar el anquilosamiento de propietarios o interinos. Condición imprescindible sería la adecuada valoración de méritos para la movilidad profesional (baremos que incluyan aspectos académicos y profesionales, no solo de antigüedad) y la consideración especial de los Centros de Salud docentes.

• **Carrera profesional:**

Posibilita la promoción en el trabajo. En Atención Primaria, al igual que en todo nuestro sistema de salud no esta desarrollada. Su implantación es ya inaplazable, como así lo subrayan los distintos agentes sanitarios (autoridades sanitarias, sindicatos, sociedades científicas, colegios, etc.), que disponen ya de borradores de proyectos en fase avanzada.

• **Formación. Investigación:**

Hacen posible la autorrealización y capacitación profesional. Pueden permitir al sistema sanitario controlar y conducir sus recursos profesionales. Pero hasta ahora ha sido el sistema profesional (sociedades, colegios, revistas, Comisiones de Especialidad, Congresos, cursos de formación, etc.) quien ha controlado y dirigido las actividades de formación e investigación. La influencia del sistema profesional ha sido mayor que el de la organización sanitaria.

En Atención Primaria los especialistas en MFYC deben introducirse con ofertas formativas e investigadoras independientes (hay pastel a repartir) y asimismo reivindicar los apoyos necesarios para las mismas.

• **Autonomía:**

Potencia la responsabilización y la capacidad de innovación del trabajador. Se halla bloqueada actualmente tanto a nivel individual como en EAP. Todavía subsiste cierta concepción instrumental del trabajador (ejecutor de ordenes) en Atención Primaria que impide desarrollar su capacidad de introducir innovaciones en la organización.

• **Status. Afiliación.**

El sentimiento de pertenencia a un grupo por si mismo es un incentivo de primera magnitud en todas las organizaciones. Actúa sobre las necesidades de valoración social y reconocimiento. En Atención Primaria ha sido fundamental el empuje de colectivos profesionales como Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Grupos investigadores y Sociedades científicas de Médicos de Familia. Desde todos los ámbitos debe fomentarse el sentido de afiliación con dos únicos condicionantes, la necesidad de retroalimentación permanente entre el individuo y el grupo correspondiente y la evitación del corporativismo.

B.1.III. Higiénicos. Condiciones de trabajo

Constituye un elemento que si no se satisface en determinados mínimos estrecha mucho los márgenes de maniobra incentivadora. Su satisfacción evita la desincentivación.

En Atención Primaria son los denominados "mínimos", y hacen referencia a:

Jornada laboral, Masificación, Burocratización, Habitat y Equipamientos.

Debe quedar claro que unas óptimas condiciones de trabajo no garantizan un mayor rendimiento en el trabajador, solo crean condiciones de partida para el trabajo.

B.1.IV. Valores éticos y sociales

Habitualmente son infravalorados tanto en ámbitos profesionales como de gestión, pudiendo ser motores muy fuertes en la organización. Actúan sobre las necesidades de realización personal.

En Atención Primaria pueden identificarse:

Humanización:

El trato personalizado y los valores humanistas de la profesión médica pueden constituir para muchos MdF los principales incentivos de su trabajo. En todo caso para todos los médicos asistenciales constituyen el elemento de mas peso en el reconocimiento individual.

Servicio público:

La pertenencia a un servicio público debe servir de incentivo para sus trabajadores, reforzándose tanto desde instancias profesionales como sociales. Desgraciadamente el prestigio social de los trabajadores de servicios públicos no esta en su mejor momento ("no esta de moda"), siendo desplazado por los valores del enriquecimiento y lo privado.

Hay un acuerdo implícito por parte de los agentes sociales de no modificar la normativa hasta que no se pacte una reglamentación mas útil.

B.3. Participación y comunicación

Son elementos motivadores para todas las organizaciones y en todos sus niveles. Para ello se necesitan unos niveles jerárquicos con voluntad y compromiso de participación.

En Atención Primaria no hay conocimiento de los objetivos de la organización sanitaria, la comunicación no es fluida entre profesionales y gestores, y existen grandes diferencias de modelos organizativos. A nivel general el grado implicación de los MdF con la organización es escaso.

La participación pasa por acceso a la información, objetivos consensuados, autonomía y correlación entre ocupación-responsabilidades-toma de decisiones.

B.2. Reglamentos y normas

La regulación de la organización nunca puede ser lo suficientemente amplia y concreta como para poder normatizarla en su totalidad. Incluso un énfasis excesivo en los reglamentos es contraproducente, pues los trabajadores pueden orientarse a cumplir con exclusividad y celo lo reglamentado.

En Atención Primaria la reglamentación laboral (estatutos) es burocratizada y obsoleta. Su aplicación estricta solo puede ser herramienta de bloqueo.

C) ÁREAS DESDE DONDE PARTIR Y PLANTEAR PROPUESTAS

C.1. El médico de familia en las Facultades de Medicina

El futuro debe ser la *introducción/infiltración de MdF y especialistas en MFYC en las Facultades de Medicina* a través de todas las vías posibles. El reconocimiento de la formación en MFYC dentro del curriculum y la superación de la marginalidad e inferioridad a la que se ve sometida la práctica profesional en Atención Primaria para los actuales docentes. El reto es difícil puesto que la Facultades han sido hasta ahora bastante conservadoras en la elaboración de sus programas docentes y endogámicas en la selección de su profesorado.

C.2. El médico de familia ante el colectivo médico

Es necesario *superar complejos* y presentarnos ante el resto del colectivo médico como el grupo mayoritario de la "clase médica". No podemos seguir autojustificandonos con humildad. La respetabilidad ha de obtenerse no solo del *número* (aunque también es importante), sino de la *cohesión* y de la *credibilidad profesional*.

Hasta ahora los generalistas eran grupúsculos aislados (APD, médico de zona, SNU, etc.) sin relación entre sí, sin conciencia de grupo (salvo para la defensa de intereses sindicales) y con sentimiento de inferioridad (a veces justificada) de medios, conocimientos y capacidad resolutive. Los Médicos Generales no pueden seguir siendo los médicos con menores expectativas y menos capacitados (segunda categoría).

Es preciso presentarse a corto plazo como *colectivo con intereses comunes* y a medio-largo plazo como *grupo unificado*.

La credibilidad se obtendrá progresivamente cuando tras crear un cuerpo específico de conocimientos y habilidades (cada vez mas definida), una actividad formativa propia (irrenunciable), una línea propia de investigación (a fortalecer) y una práctica asistencial eficaz (evaluable), *se acepte y reconozca la condición del MdF*.

Traslademos a nuestros compañeros el *orgullo del MdF*, esta especialidad dejó de ser residuo de los frustrados.

C.3. El médico de familia en los EAP

Autogestión para los Centros de Salud.

En cuanto a la organización de los Centros apostar por un *modelo matricial*. Evitar la convivencia de profesionales con distintos horarios y funciones. Impedir la existencia de redes paralelas de mando.

Fortalecer la figura del Coordinador-Director del Centro de Salud. Tanto en sus atribuciones como en sus responsabilidades. Capacitarlo y formarlo para funciones de gestión. Considerar la dirección como mérito profesional (incentivación profesional).

Con todo ello se conseguirá mayor motivación de los MdF para el trabajo en Atención primaria. Mas implicación en los objetivos del sistema sanitario, asumir mayores responsabilidades, mejorar el rendimiento y obtener mayor realización personal.

C.4. El médico de familia ante la sociedad

Hay que "vender" el nuevo modelo de atención primaria, no solo hay que creer en él sino transmitir sus ventajas. El MdF ha de *darse a conocer, salir a medios de comunicación, ganar la confianza de la opinión pública y hacerse necesario*. Cambiemos la imagen "cutre", "administrativa" y poco resolutive de la Atención Primaria. Dejemos de ser los parientes pobres de la medicina, y si es preciso presumamos de ser también unos "señores especialistas" (en el sentido de capacitación). Pero el reconocimiento social también pasa por fortalecer nuestra propia autoestima.

C.5. Incentivos económicos

Apostar por la *retribución mixta (factor fijo + variable)*, superando los conceptos de linealidad absoluta. Introducir como elementos a tener en cuenta la capitación con cupos máximos, las características socioeconómicas de la zona básica y la frecuentación.

Fomentar el pago por objetivos, estableciendo criterios claros y pactados para la evaluación, así como objetivos por EAP con matices individuales.

C.6. Incentivos profesionales

Implantar con urgencia la carrera profesional. Establecer niveles dentro de los facultativos de Atención Primaria. Criterios claros de acceso y promoción, con valoración especial de la docencia. Traducción retributiva de cada uno de los niveles.

Estabilizar la plantilla con elementos de flexibilidad. Modificar y homogeneizar los estatutos profesionales.

Establecimiento de *criterios claros y estables de movilidad profesional y acceso a las plazas de EAP*. Potenciar las actividades de formación e investigación *desde dentro del sistema profesional* (semFYC y grupos de investigación). Crear un *colectivo de expertos* en diversas áreas científicas

Favorecer el sentido de pertenencia y afiliación al colectivo de Médicos de Familia. Ello compete fundamentalmente a la semFYC.

C.7. Incentivos higiénicos. Condiciones de trabajo

Consensuar unos *criterios mínimos standard de recursos y condiciones de trabajo para EAP*.

C.8. Incentivos éticos

Crear *conciencia de pertenencia a un servicio público*, especialmente relevante por las peculiaridades de Atención Primaria.

La particular relación médico-paciente establecida en la práctica profesional del MdF debe ser un elemento a utilizar para prestigiarlo.

C.9. Papel de la semFYC

Al margen de lo comentado en apartados anteriores:

- Ser portavoz ágil y rápido del colectivo de MdF con representatividad ante las instituciones.
- Poseer capacidad de elaborar propuestas técnicas, participar en grupos de consenso y coordinar grupos de expertos.

- Asumir liderazgo científico y técnico ante el conjunto del sistema sanitario.
- Fomentar proyectos competitivos en áreas de formación de Atención Primaria.
- Promover y liderar proyectos de investigación, así como servir de aval para becas y ayudas.
- Crear sentimiento corporativo (en el mejor sentido) entre los especialistas en MFYC y los MdF.