

Los cargos de alta dedicación.

Fundamentos, problemas y perspectivas

Introducción

El proceso que lleva a la conformación de los cargos de alta dedicación (CAD) se inicia en el año 2010 a partir de planteos relativos a la necesidad de reformular el régimen de trabajo médico, y comienza a cristalizar en noviembre de 2012 con la adopción por parte del Consejo de Salarios del Grupo 15 del preacuerdo sobre condiciones de trabajo médico que establece los elementos centrales del diseño de los cargos de alta dedicación.

En mayo de 2012, la Junta Nacional de Salud resolvió crear la meta 4 dentro del sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales, “con el objetivo de impulsar los cambios en las condiciones de trabajo médicas que favorezcan la mejora en el primer nivel de atención”¹. Se reconoce también que su inclusión en este mecanismo de pago es financiar el costo incremental que representa la creación de estos nuevos cargos.

A partir de 2013 se definen los CAD para medicina general, medicina familiar, pediatría y ginecología y en años posteriores se acuerda la reformulación del régimen de trabajo para medicina intensiva de adultos, pediátrica, neonatología y medicina interna (en 2013), psiquiatría, emergencia, especialidades médicas en general y cirugía general (en 2015), anatomía patológica (en 2016) e imagenología (en 2017). El proceso en ASSE comienza en 2014 y en razón de las condiciones contractuales del sector público se opta por la figura de la Función de Alta Dedicación (FAD).

Se trata entonces de un proceso de diez años de evolución que lleva al menos siete de implementación en el sector privado de las IAMC.

Fundamentos de los CAD

Conceptualmente un cargo, representa un conjunto de tareas y actividades que realiza una persona dentro de una organización, que hacen a un cometido específico, que agrega valor y contribuye al desarrollo de un proceso determinado que está a su vez asociado a uno o más objetivos estratégicos de la institución. Refleja además, la posición de la persona que lo ocupa (en este caso el profesional médico), dentro de la organización. El diseño del cargo hace no solo a esas actividades y tareas sino también a las condiciones en las que se debe ejercer, esto es, el tiempo requerido, el ámbito espacial de desempeño, la forma y el monto de las retribuciones económicas y los incentivos no monetarios que comporta.

Por tanto, existen **dos dimensiones** en la consideración de un cargo, una de orden objetivo que viene dada por los elementos mencionados anteriormente y que refiere a la perspectiva organizacional, y otra que se puede llamar de carácter subjetivo, que hace a la percepción de las condiciones de trabajo asociados al cargo, por parte de las personas que lo ocupan o que aspiran a ello.

¹ JUNASA. Rendición de Cuentas 2012. Pp 28-29

La concepción de los CAD partió de una evaluación crítica de los cargos médicos vigentes a 2012, que de alguna manera concluyó que el diseño de los cargos del laudo de 1965, afectaba negativamente las dos dimensiones señaladas anteriormente ya que no solo no contribuía adecuadamente a la calidad de la atención y por ende a los resultados esperados, sino que tampoco comprendía incentivos suficientes para el profesional. Desde una perspectiva de análisis más global esta estructura de cargos médicos generó una fragmentación del trabajo que incidió fuertemente en la consolidación de un esquema de multiempleo médico con su consecuente sobrecarga horaria con niveles elevados de insatisfacción.

Esta línea de análisis muy sucintamente reseñada, llevó a la formulación de los CAD como alternativa de solución a la situación planteada. Su diseño apuntó entonces, básicamente a generar mejoras en dos direcciones: en las condiciones en las que se desarrolla la práctica médica y consecuentemente en la calidad de su resultado, y en el desempeño asistencial de la organización. La secuencia lógica de este razonamiento es que si se modifican las condiciones del trabajo médico en tanto recurso central de los procesos asistenciales, se mejora la calidad de estos procesos y sus resultados y si esto es así habrá de verificarse una mejora también de la calidad de las prestaciones de las organizaciones en su conjunto.

Características y ventajas potenciales de los CAD

Los CAD con variantes según la especialidad de que se trate, se componen de una carga horaria elevada que en los hechos opera como un elemento fáctico de exclusividad del recurso. Esto implica una mayor y mejor integración del médico en la organización lo que al menos teóricamente posibilita el desarrollo de un mayor interés del profesional por el funcionamiento de la organización y por los resultados que esta genera. Existirían entonces, condiciones favorables al desarrollo de experiencias de gestión clínica en las que es indispensable el involucramiento del médico clínico en cuestiones relacionadas con la administración de la organización.

A su vez, los CAD prevén en su composición el desarrollo de actividades en diferentes áreas, modalidades o niveles de atención lo que hace factible que el médico haga el seguimiento de sus pacientes mientras estos transitan por las diferentes estructuras de la organización según lo requiera su particular situación de salud. Al mismo tiempo esto le otorga al médico la posibilidad de desempeñarse en distintos niveles mejorando y potenciando su experticia.

Los CAD además contemplan un tiempo remunerado para tareas no asistenciales como forma de incentivar las actividades de educación médica continua y las instancias de intercambio con colegas de otras especialidades ya sea en formato de ateneos o de interconsultas para la valoración de pacientes comunes.

El desempeño de los CAD en régimen casi de exclusividad debería operar como un elemento de bienestar y satisfacción para el médico al evitar o minimizar fuertemente la posibilidad o necesidad de multiempleo, lo que a su vez debería redundar en una menor carga de stress laboral.

Estas son a priori y a grandes rasgos, las principales características y ventajas que conlleva la instrumentación de los CAD como modelo central de la reformulación del trabajo médico.

Las bondades teóricas del diseño de los CAD sumadas a su eventual impacto como generador de cambios en la práctica médica orientados en línea con los objetivos de cambio del modelo asistencial propugnado por el regulador, explica o justifica en parte su inclusión en el sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales como forma de propiciar su implementación.

Dificultades de la aplicabilidad universal de los CAD

Lo primero que debe decirse es que los supuestos de partida sobre los que se edifica la justificación y fundamentación de los CAD no contemplan la realidad del sistema de salud en su conjunto. El análisis de partida al que se hizo referencia en el numeral anterior, puede ser válido para el contexto del sistema de salud en Montevideo y a lo sumo en la zona metropolitana. En esta coexisten once Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, cinco Seguros Privados Integrales y el prestador público (ASSE) que no solo compiten por la preferencia de sus afiliados sino que lo hacen también por los recursos humanos. En la Capital estos no parecen ser insuficientes más allá de algunas situaciones puntuales en alguna especialidad en particular por lo que la exclusividad que genera una contratación en régimen de alta dedicación en una empresa no genera necesariamente una carencia de este recurso en las restantes.

Sin embargo, en el Interior del país la situación es otra. Se ha señalado y se señala aún, que en el Interior existe una carencia de recursos humanos, especialmente de médicos de determinadas especialidades. No obstante, esta insuficiencia en la cantidad de médicos puede ser tal si se consideran aquellos que están radicados a nivel local pero no lo es si lo que se considera es la disponibilidad de horas médicas para la atención de las personas. En términos globales en 2018, un estudio de FEPREMI demostró que la cantidad de horas de especialistas disponibles por cada mil afiliados en el sistema de instituciones de esta Federación, es superior a la cantidad que se registra para el conjunto de las IAMC de Montevideo.

No obstante, en las pequeñas localidades y en especial en las rurales, la situación no es la misma. En estas zonas la carencia relativa de médicos de determinadas especialidades puede ser una realidad, pero se explica en parte porque la demanda asistencial de estas especialidades es de magnitud menor como consecuencia de la pequeña escala poblacional.

Además, en el Interior y más marcadamente en las zonas señaladas, coexisten solo dos instituciones en competencia: la IAMC local y el prestador público. Esto hace que el multiempleo médico tan determinante en la formulación original de los CAD para Montevideo, no constituya un problema de igual magnitud en el Interior. Tal como se señaló, los esquemas de alta dedicación comportan en los hechos, una exclusividad del recurso para la organización contratante que en el Interior puede operar como un elemento que agudiza la carencia relativa o aún generar la carencia absoluta del recurso en la otra organización en competencia a nivel local. Es más factible que esto suceda en detrimento del prestador público.

De alguna manera entonces, los CAD han sido pensados para una realidad parcial del sistema de salud ya que no contempla en su idea original las particularidades del Interior del país.

Si el diseño de los CAD es complejo para algunas especialidades médicas o quirúrgicas por las características propias de sus formas de trabajo y por su menor nivel de demanda, tanto más complejo lo es su aplicación a contextos de menor escala que la de Montevideo.

El financiamiento de los CAD

Otro elemento a tener en cuenta es el mecanismo por el que el Regulador optó para viabilizar la instalación de los CAD. Como se mencionó, la vía utilizada fue la creación de la meta 4 en el sistema de pago por cumplimiento de metas asistenciales. El motivo aparente o formal por el que se los incluyó en este mecanismo de pago fue que favorecen el desarrollo del primer nivel de atención y el cambio del modelo de asistencial. Sin embargo, este argumento es cuando menos endeble. Más allá de reconocer que tomada la decisión de transitar el camino de la implementación de los CAD, era necesario disponer de un mecanismo que los financiara, desde el punto de vista de la esencia y el objeto del pago por cumplimiento de metas, que es un pago por desempeño, no parece una medida consistente del punto de vista conceptual. Se trata en todo caso de otro ejemplo de la **utilización errática y discrecional** de las metas asistenciales previstas en el diseño original de la reforma del financiamiento de las instituciones.

También debe tenerse presente que el diseño de los CAD está centrado en la realidad organizacional de las instituciones con una fuerte integración de servicios con alta concentración de los mismos en términos geográficos que es lo que posibilita la instalación de cargos que prevén en su contenido el desarrollo de actividades en diferentes modalidades de atención.

La financiación de los CAD ha transitado un engorroso y complejo camino con cambios y ajustes permanentes de los componentes de pago de la meta 4.

En su origen en 2012, la meta 4 se creó a partir del traspaso de los fondos de un componente de la meta 2. Posteriormente en 2014, se sumaron los fondos de la eliminada meta 3 y se determinó su conformación en tres componentes de distinto valor. El componente 1, relacionado con los costos permanentes de implementación de los CAD; el componente 2, relativo al esfuerzo de contratación de CAD, y el componente 3, que refiere a la implementación efectiva de la cantidad de CAD que le corresponda a cada institución según una relación dada entre la cantidad de CAD a contratar y la cantidad de afiliados financiados por el FONASA. A esto se agregó un proceso de continuos ajustes y flexibilizaciones que respondieron a las dificultades operativas, normativas, laborales y hasta culturales de la implantación de los CAD:

El financiamiento de los CAD mediante el pago por cumplimiento de la meta 4 no se puede analizar sin tener en consideración la totalidad del mecanismo de pago por metas asistenciales y su evolución desde su implementación. En el año 2017, en una primera evaluación del financiamiento de los CAD, se concluye que la creación de la meta 4 para la financiación de estos cargos y sus primeros ajustes, no implicaron la generación de dineros adicionales para las empresas, en tanto su creación y su posterior incremento se realizó con traspasos de fondos que estaban aplicados a otras metas que en su origen no fueron financiadas con recursos adicionales. Por tanto, solo se cambió el objetivo de los recursos y la forma de transferirlos.²

Asimismo, en el documento referenciado, al evaluar el origen de los recursos que componen la meta 4, se concluye que “los fondos adicionales genuinos percibidos por las IAMC de FEPREMI a la fecha (noviembre de 2017) y aquellos que se proyectan se percibirán hasta 2019, permitirá

² FEPREMI. El financiamiento de los Cargos de Alta dedicación – La Meta 4. 2017.

financiar tan solo el 59% de los costos CAD implementados y a implementar hasta aquella fecha”.³

Por tanto, el financiamiento de los CAD tanto en su forma como en el origen de los fondos representa uno de los mayores desafíos en el corto plazo.

Desafíos y perspectivas a diez años del comienzo del proceso de implementación

A diciembre de 2019 las IAMC instalaron 1.147 CAD lo que representa 96% de cumplimiento de la meta definida por el Regulador desde el inicio del proceso (1.195). Por su parte, ASSE puso en funcionamiento 374 FAD lo que significa un cumplimiento superior a 100% de lo exigido (282) y los Seguros Privados no han instalado ninguno de los 47 exigidos como meta.⁴

Es interesante observar cómo en este caso también opera la diferente regulación que aplica el regulador a los prestadores del SNIS. La meta para el caso de ASSE (como lo es para las restantes metas), es menor a la exigida a las IAMC⁵ y los Seguros Privados pueden hacer caso omiso de la meta exigida por cuanto el cobro por su cumplimiento es irrelevante para un sector con precios no regulados.

Pese al tiempo transcurrido desde el inicio del proceso de implementación de los CAD y los fundamentos que sostuvieron su creación, **no se ha evaluado su impacto** en términos de mejora de la calidad asistencial, o de alguna de sus dimensiones como la eficiencia de los procesos de atención.

Tampoco se ha evaluado su impacto en términos de involucramiento de los profesionales en la microgestión de las empresas o de los cambios que estos cargos propiciarían en la forma de práctica de la medicina. De hecho en los últimos años se ha podido observar un incremento de la utilización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento que supera el aumento del uso de consultas o camas de internación lo que estaría indicando mayores costos unitarios promedio por consulta y por día cama ocupado que podría estar reflejando una práctica de uso intensivo de recursos.

Asimismo, la contribución de los CAD al cambio del modelo de atención, argumento utilizado para su financiamiento a través del pago de la meta 4, no ha sido objeto de medición o evaluación alguna.

La implantación de los CAD ha devenido en una estructura de cargos rígida con escaso incentivo a la “carrera profesional” dentro de la organización por cuanto la escala de responsabilidad y experticia creciente de los profesionales dentro de la empresa no se contempla o se contempla muy parcialmente.

Si bien los CAD contienen en su diseño un tiempo remunerado para tareas no asistenciales, en los hechos esto prácticamente no sucede lo que de por sí constituye un problema porque se remunera algo que no se hace y se supone que tiene valor para una mejor práctica, y porque

³ Idem

⁴ JUNASA. Rendición de cuentas. 2019. Pp 41 a 43.

⁵ Son 6 CAD cada 10.000 afiliados para el caso de las IAMC y 2 FAD cada 10.000 afiliados para ASSE

con el paso del tiempo se hará cada vez más difícil hacer cumplir algo que históricamente se ha omitido.

El camino a seguir en el corto plazo es:

- a. Primero cumplir el cronograma acordado.
- b. Cumplir con el traspaso del valor de la Meta 4 a la cápita, antes de seguir avanzando en la incorporación de una mayor cantidad de CAD. También se debería de determinar y aplicar un esquema de evaluación de múltiples niveles y especificidades que permita contar con elementos que confirmen las ventajas de su implementación **o que arroje evidencia sobre los ajustes que fuera necesario hacer.**

Por último, un desafío particular lo constituye la incorporación del financiamiento de los CAD a la unidad pago capitado que aparece como inexorable y que permitiría además no continuar con la desnaturalización del sistema de pago por cumplimiento de metas.

De acuerdo a los datos que figuran en la Rendición de Cuentas de la JUNASA del año 2019, 5,5% de los egresos del FONASA corresponden al pago por cumplimiento de metas. Se puede estimar que la meta 4 representa alrededor del 20% de los egresos por pago de metas asistenciales o lo que es lo mismo, alrededor de 1% de los egresos del FONASA. Esto supone alrededor de mil millones de pesos al año a valores de 2019.

En tanto se trata de gastos en los que ya incurre la JUNASA, la transposición de los recursos destinados al pago de la meta 4 a la cápita no representaría mayores dificultades del punto de vista económico financiero en la gestión del FONASA. Sin embargo, deberá preverse que la forma en que se lo haga no genere efectos negativos sobre los ingresos de ninguna institución.

Adicionalmente, el proceso de incorporación del financiamiento de los CAD al pago por cápita aparece como una oportunidad para prever recursos genuinos adicionales para cubrir el 41% del gasto asociado a la implantación de los CAD que aún no está financiado con nuevos recursos.

Además y pensando en el Sistema de Salud debiera diseñarse un sistema de alta dedicación o mayor dedicación horaria para las/os Licenciadas/os en Enfermería.

Nota: El presente es el documento base de la exposición realizada por Dr. Carlos Cardoso en el Webinar – “Presente y futuro del Trabajo Médico. ¿Hacia dónde vamos?” - organizado por el SMU y realizado el 28 de setiembre de 2020. Dicho documento se efectuó de acuerdo a la metodología de trabajo y tiempo establecidos por los organizadores del Webinar .