

Curso de Auditoria Médica



Titulo: Auditorias desde la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Autores: Cousirat, Patricia

D 'Albo Galassi, Anabella

Sardáns, María Ximena

2011

Prólogo:

La finalidad de esta monografía es dar a conocer el trabajo que se desarrolla en una Institución cuyo alcance es como Organismo fiscalizador y controlador del funcionamiento y calidad de prestaciones enmarcadas dentro del sistema de riesgos del trabajo.

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo es un organismo descentralizado del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, cuyo marco legal y/o normativo se basa en la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557 y sus Resoluciones, las cuales actúan actualizando, aclarando y modificando normas previas.

A los fines de esta monografía solo haremos referencia a la Ley como las Resoluciones SRT relacionadas al ámbito médico y la auditoría de prestaciones en especie normado en el Artículo 20, apartado 1 de la Ley 24557.

Indice:

Introducción	4
Superintendencia de Riesgos de Trabajo	7
• Funciones	7
Auditorías desde la S.R.T.	8
• Gerencia Médica	8
• Subgerencia de Comisiones Médicas	9
• Subgerencia de Comisiones Médicas y O.H.V.	9
• Subgerencia de Control de Prestaciones Médicas	10
• Departamento de Control de Prestaciones en Especie y Auditoría	11
1. Resolución SRT N° 283/02	13
2. Resolución SRT N° 1021/08	16
3. Resolución SRT N° 40/09	17
4. Resolución SRT N° 1408/09	18
5. Incumplimientos detectados con mayor frecuencia	20
6. Auditorías de Rehabilitación – Objetivos	21
• Conclusión	22
• Tablas y Cuadros	23
• Bibliografía	28

Introducción:

Auditoría es un término que viene del vocablo "audire" que significa oír, escuchar. Un auditor es la persona que aprende por instrucción 'de oídas', quien escuchaba judicialmente y trataba casos como en la Audiencia de la Corte. Desde el punto de vista financiero, la auditoría es la evaluación oficial de los estados contables de una institución y su respectiva verificación. Una definición más amplia de este tipo de auditoría es: Proceso sistemático que obtiene y evalúa objetivamente la evidencia con respecto a las declaraciones acerca de acciones económicas y eventos; dicho proceso determinará el grado de correspondencia entre estas declaraciones y el criterio para comunicar los resultados a los usuarios interesados.

El Sistema Nacional de Salud Británico (NHS) fue uno de los primeros en establecer una definición que fuera más tarde, ampliamente aceptada y utilizada por los profesionales de salud, especialmente en Europa y fue la siguiente "Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente".

Un poquito de historia para entender de donde surgen los primeros esbozos de lo que hoy llamamos auditoría. En 1914, Edward A. Godman en Boston, EE.UU., propugnó un método en base al cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los pacientes internados, se quería saber "si el tratamiento había sido exitoso y en caso negativo por qué", a fin de prevenir los errores en el futuro. Para ello se analizaba el estudio de los pacientes egresados (en lo concerniente a enfermedad atendida) luego de un prolongado y exhaustivo seguimiento prospectivo. En 1918, el American College of Surgeons define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoría.

Desde 1955, la auditoría es concebida como una herramienta para mejorar la calidad en la atención médica. Slee desarrolla el tema de auditoría médica como un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad de atención mediante la disminución de la morbilidad. En este mismo sentido, el primer gran intento inglés por auditar realizado por el Royal College of General Practitioners en 1977, percibía deficiencias en la calidad de la práctica de la medicina general y reconocía la influencia de la auditoría médica como una manera de mejorar los estándares de atención.

Como se mencionó anteriormente, la auditoría médica es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos

diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente. Sin embargo, esta definición no incluye dos componentes importantes en el proceso de auditoría: primero, la necesidad de que los participantes en la auditoría estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional; y segundo, el requisito de conseguir demostrar mejoras en la calidad y/o costo-efectividad de la atención brindada como consecuencia de la participación de una auditoría.

Por ello, Marinker, sugirió que la auditoría médica es "asistir a la mejora de la calidad del cuidado médico, a través de la medida del rendimiento de aquellos que brindan dicho cuidado, considerando aquel rendimiento de acuerdo a los estándares deseados y mejorando éstos rendimientos". Una definición similar fue dada por Crombie, "auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas". Estas definiciones enfatizan que el propósito de la auditoría es mejorar la atención, sin dejar de lado la necesidad de conducir la revisión sistemática de la misma, buscando identificar las irregularidades y disfunciones, tanto en el ámbito médico como administrativo, para proponer alternativas que permitan un mejor funcionamiento en ambos niveles. Más aún, debe tener una función educativa para los profesionales de salud.

Muy distinto es la definición y el alcance de la palabra auditoría que tienen los trabajadores y directivos, que ven en ella acciones de fiscalización las que casi siempre terminan interfiriendo en sus actividades cotidianas. Finalmente, una auditoría también debería incluir el análisis de los resultados en los pacientes una vez recibida la atención médica, dado que todas las acciones a tomar serán brindadas a un usuario que espera calidad y resultados.

La auditoría médica es definida como la revisión del cuidado clínico de los pacientes, realizada solamente por el personal médico; auditoría clínica es la revisión de la actividad en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por profesionales de salud, tanto médico como no médico y la auditoría del cuidado del paciente, es definida como la revisión de todas las actividades dentro del servicio de salud que tienen un efecto directo en el cuidado del paciente.

La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para garantizar mejorar la calidad de las prestaciones. Este ciclo continuo pasa por las siguientes etapas: identificación del tema a ser auditado, establecimiento de estándares, medición de la calidad y verificación de los resultados comparados con el estándar fijado, decidir estrategias para el cambio, implementación de los cambios necesarios, monitorización de los efectos del cambio en comparación del estándar. La percepción de la auditoría como una acción fiscalizadora es una visión reduccionista del proceso, es visto como una intervención en donde se identifican problemas, sin implementar medidas que conlleven a mejoras en la calidad de atención y el empleo de recursos.

Por el contrario, para que la auditoría médica sea una manera útil de mejorar los estándares de la práctica médica, los médicos deben convencerse de su valor como herramienta educativa, y como herramienta para una utilización con eficiencia y equidad de los recursos.

La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes.

Debe quedar claro que la auditoría es una actividad propia de los servicios que tiene por finalidad mejorar la calidad de atención.

La auditoría debe ser entendida como un ciclo que se inicia con la selección del objeto de la auditoría luego se deberá establecer los criterios de evaluación. Para ello deberemos basarnos en evidencias clínicas. Luego de realizar la medición entre lo deseable ("gold standard") y lo existente, se determinan las oportunidades de mejoramiento del proceso prestacional. Ello debe llevar a la implementación de las estrategias de cambio, así como la evaluación de las mismas.

Uno de los aspectos críticos en este ciclo de auditoría se encuentra en la definición de los criterios de evaluación y sus estándares.

La prioridad de los criterios va a depender de la fuerza de asociación y el riesgo atribuible aplicable a cada una de las variables a seleccionar. De acuerdo a ello se podrán establecer tres categorías de prioridad:

1. "Must do". Se refiere a aquellas actividades que deben ser realizadas por los prestadores de salud. Se basa en la existencia de evidencia clínica del impacto de estas acciones en la calidad de vida del paciente.
2. "Should do". Son aquellas actividades que no tienen un impacto significativo en el estado de salud de un paciente y/o que no tienen una evidencia científica sólida.
3. "Could do". Son aquellas actividades que tienen un impacto irrelevante en la salud del paciente y además no existe una evidencia en investigaciones.

Un elemento que hará el cambio en la percepción de la utilidad y significado de la auditoría es la implementación de estrategias que favorezcan el cambio.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo (S.R.T.)

Es un organismo en la órbita de la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, creados con la Ley de Riesgos del Trabajo en el año 1996.

La función principal es:

- Controlar el cumplimiento de las normas en Salud y Seguridad en el Trabajo colaborando con las administraciones provinciales que tienen la competencia en primer grado para intervenir y fiscalizar el cumplimiento de las normas laborales por parte de los empleadores (entre ellas las de higiene y seguridad). La Ley N° 25.212 ratificó el Pacto Federal del Trabajo suscripto entre el Poder Ejecutivo Nacional, los representantes de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que así lo establece. La SRT colabora con esta función siendo su potestad los territorios federales.
- Controlar a las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART).
- Garantizar que se otorguen las prestaciones médico - asistenciales y dinerarias en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- Promover la prevención para conseguir ambientes laborales sanos y seguros.

De la S.R.T. dependen las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central.

Desarrollo:

Auditorias desde la Superintendencia de Riesgos del Trabajo:

Dentro de la Superintendencia de Riesgo de Trabajo, según Resolución SRT N° 772/2009, en el anexo II de la misma, marca el funcionamiento de responsabilidad de la Gerencia Médica y sus distintas dependencias de Control para el cumplimiento de las diferentes responsabilidades primarias y acciones de auditorías que debe surgir, emanadas de las distintas necesidades de las diferentes Subgerencias, Departamentos, Aéreas, Comisiones Médicas, para la mejor calidad de atención hacia los Damnificados y/o beneficiarios.

- **GERENCIA MÉDICA, Responsabilidad primaria**

Supervisar el otorgamiento de las prestaciones en especie, el control de los prestadores del Sistema de Riesgos del Trabajo, y el funcionamiento y la administración de las Comisiones Médicas creadas por la Ley N° 24.241 y sus normas modificatorias y el funcionamiento de las Oficinas de Homologación y Visado (O.H.V.). Determinar la gravedad de incumplimientos, y las medidas correctivas propuestas, delineando programas de inspecciones continuas.

Dependen de esta Gerencia, la Subgerencia de Control de Prestaciones Médicas y la Subgerencia de Comisiones Médicas.

Acciones:

1. Fiscalizar el otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones en especie.
2. Monitorear el funcionamiento de los prestadores del Sistema de Riesgos del Trabajo.
3. Controlar el cumplimiento de la normativa respecto del proceso de evaluación y calificación de la incapacidad, por parte de las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central.
5. Gestionar la utilización del Fondo de Garantía para el pago de las prestaciones que correspondan, en caso de insuficiencia patrimonial del empleador, que judicialmente se declaren.
6. Establecer los criterios, programas operativos, procedimientos, mecanismos e instrumentos necesarios para ejercer la función de control y fiscalización sobre las obligaciones y condiciones en las materias de su competencia.
7. Suministrar la información del área que sea necesaria para la elaboración de los indicadores de gestión – Tablero de Comando.

- SUBGERENCIA DE COMISIONES MEDICAS

Acciones:

1. Supervisar la gestión y funcionamiento de la Comisión Médica Central, las Comisiones Médicas, las Oficinas de Homologación y Visado (O.H.V.) y los Organismos Laborales habilitados, dentro del sistema administrado por la S.R.T., fiscalizando el cumplimiento de la normativa respecto del proceso de evaluación y calificación de las incapacidades laborales y previsionales.
2. Planificar las tareas de fiscalización de las Comisiones Médicas y las O.H.V., realizando el control en el Registro de dictámenes de las mismas.
3. Asesorar y capacitar a las comisiones médicas y organismos habilitados, en el proceso de evaluación y calificación de las incapacidades, sobre la base de criterios homogéneos en todo el país.
4. Evaluar la Tabla de Incapacidades Laborales en uso y proponer las modificaciones
5. Participar junto al Área de Estadísticas e Investigación en Salud Laboral del I.E.E.E. del estudio de las actualizaciones en materia de enfermedades profesionales y proponer modificaciones en los procedimientos de diagnósticos utilizados.
6. Establecer el tipo, entidad y gravedad de los incumplimientos incurridos por las A.R.T., empleadores autoasegurados y empleadores respecto de las obligaciones exigidas por las normas vigentes en materia de su competencia. Intimar a la realización de las medidas correctivas, controlar el cumplimiento de los requerimientos efectuados y emitir, cuando corresponda, los dictámenes acusatorios sobre las responsabilidades e incumplimientos detectados, informando de ello a la Gerencia de Asuntos Legales para que tome la intervención que le compete.

Subgerencia de Comisiones Médicas y Oficinas de Homologación y Visado

Una de sus funciones es homogenizar la metodología y calidad de trabajo de las Comisiones Médicas Periféricas (CMP) y Oficinas de Homologación y Visado (OHV), a través de Supervisar los procedimientos médicos y administrativos.

1. Supervisión a Distancia: a través de la revisión de dictámenes, documentos e indicadores de producción.

2. Supervisión concurrente: a través de visitas en las sedes de trabajo.
3. Seguimiento de las acciones correctivas: que se instrumenten sobre los desvíos de procedimiento o normativa que se detecten en las supervisiones a distancia o concurrentes.
4. Implementación de acciones de capacitación que sirvan de referencia para definir claramente los procedimientos y calidad de trabajo que se espera logren las CM P y las OHV.

- SUBGERENCIA DE CONTROL DE PRESTACIONES MEDICAS

Acciones:

1. Controlar la calidad de las prestaciones en especie, verificando si se cumple con su otorgamiento íntegro y oportuno.
2. Efectuar inspecciones, intimar mejoras y verificar su instrumentación, en lo relativo a la reparación en especie de los daños de origen laboral.
3. Fiscalizar la recalificación y promover la reinserción de los trabajadores damnificados.
4. Participar en las diferentes actividades de capacitación a realizar en el organismo, así como en todas aquellas vinculadas al desarrollo normativo y la actualización de la legislación vigente en la materia.
5. Efectuar el control y la fiscalización de las áreas de medicina del trabajo.
6. Controlar y fiscalizar la eficiencia y la calidad de los prestadores médicos que integran el Sistema de Riesgos del Trabajo.
7. Controlar el cumplimiento de las obligaciones exigidas a las A.R.T. y empleadores autoasegurados en materia de control de prestadores, efectuar los requerimientos e intimaciones que resulten procedentes e informar los incumplimientos detectados, interviniendo en la determinación de la gravedad de los mismos y proponiendo las medidas correctivas y sancionatorias que correspondan.
8. Colaborar en el estudio de anteproyectos de normativas y diligenciamiento de denuncias realizadas ante la S.R.T..
9. Establecer el tipo, entidad y gravedad de los incumplimientos incurridos por las A.R.T., empleadores autoasegurados y empleadores respecto de las obligaciones exigidas por las normas vigentes en materia de su competencia. Intimar a la

realización de las medidas correctivas, controlar el cumplimiento de los requerimientos efectuados y emitir, cuando corresponda, los dictámenes acusatorios sobre las responsabilidades e incumplimientos detectados, informando de ello a la Gerencia de Asuntos Legales para que tome la intervención que le compete.

Comprende el Departamento de Control de Prestaciones en Especie y Auditoría.

- **Departamento de Control de Prestaciones en Especie y Auditoría**

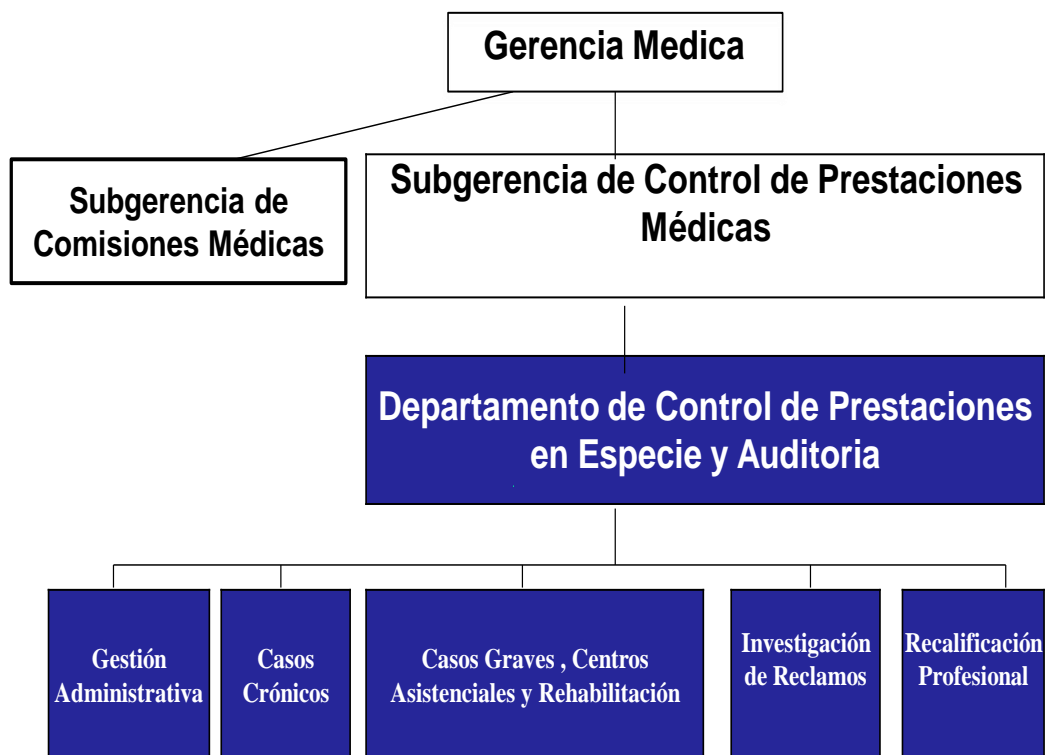
Acciones:

1. Controlar la gestión, plazos, otorgamiento y calidad de las prestaciones en especie referidas a la asistencia médica, farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación, recalificación profesional y servicios funerarios.
2. Efectuar inspecciones, intimar mejoras y verificar su instrumentación a los fines de garantizar al trabajador que haya sufrido una contingencia laboral las prestaciones que le permitan la mejor oportunidad de curación sin secuelas o de rehabilitación y recalificación profesional cuando así corresponda.
3. Verificar la recalificación y promover la reinserción de los trabajadores damnificados.
4. Controlar el cumplimiento de las obligaciones exigidas a las A.R.T. y empleadores autoasegurados en materia de prestaciones en especie, efectuar los requerimientos e intimaciones que resulten procedentes e informar a la Subgerencia de Control de Prestaciones Médicas los incumplimientos detectados, interviniendo en la determinación de la gravedad de los mismos y proponiendo las medidas correctivas y sancionatorias que correspondan.
5. Establecer los requisitos que deben cumplir las prestaciones médicas en términos de calidad.
6. Controlar y fiscalizar la eficiencia y la calidad de los prestadores médicos que integran el Sistema de Riesgos del Trabajo.

Está conformado por cinco Áreas:

1. Investigación de Reclamos
2. Área de Casos Graves, Centros Asistenciales y Rehabilitación
3. Área de Recalificación Profesional
4. Gestión Administrativa
5. Área de Casos Crónicos

Departamento de Control de Prestaciones en Especie y Auditoria



A los fines de esta monografía haremos referencia casi exclusivamente al Área de Casos Graves, Centros Asistenciales y Rehabilitación.

Esta Área se encarga de realizar auditorías concurrentes de Casos Graves, normado por la Resolución SRT N° 283/02, donde establece en su Anexo 1, el listado de patologías de denuncia obligatoria a la SRT, como así también se establecen los plazos para realizar dicha denuncia, bajo las Resoluciones SRT N° 1021/08 y 40/09.

- **Resolución SRT N° 283/02:**

ARTICULO 1º.- Dispónese que, a los efectos de llevar a cabo la Auditoría Médica por parte de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados están obligados a informar a este Organismo, las lesiones que presenten los trabajadores asegurados que se encuentran tipificadas en el ANEXO I que se aprueba como parte integrante de la presente Resolución. La declaración de las referidas lesiones por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y de los empleadores autoasegurados, en ningún caso excluirá el cumplimiento de otros deberes de información que se hallen previstos en la Ley N° 24.557 y sus normas reglamentarias.

ARTICULO 2º.- La comunicación a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y de los empleadores autoasegurados, de las lesiones descriptas en el ANEXO I, deberá efectuarse dentro de las VEINTICUATRO (24) horas del momento a partir del cual la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o el empleador autoasegurado hubiera prestado la primera asistencia al trabajador accidentado o de haberseles requerido la correspondiente cobertura.

ARTICULO 3º.- La mencionada comunicación deberá realizarse por vía extranet, salvo impedimento técnico fundado, en cuyo caso se enviará vía fax.

ARTICULO 4º.- Para efectuar la comunicación a este Organismo, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados deberán utilizar el formulario incorporado como ANEXO II y seguir los procedimientos estipulados en el ANEXO III. Ambos ANEXOS se aprueban como parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 5º.- Respecto del ANEXO II, establécese que el campo referido al CODIGO POSTAL ARGENTINO (CPA) no constituirá información obligatoria sino hasta pasados los CIENTO OCHENTA (180) días corridos desde la entrada en vigencia de la presente Resolución. En caso de no disponer el CPA, se deberá completar con el Código Postal tradicional.

ARTICULO 6º .- Una vez recibida la denuncia, la Subgerencia de Control de Prestaciones de la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO remitirá el formulario de "Confirmación de Denuncia", que como ANEXO IV forma parte integrante de la presente Resolución. En caso de que en la comunicación oportunamente realizada faltare uno o más datos, a través del mencionado

formulario se intimará a la Aseguradora de Riesgos del Trabajo o empleador autoasegurado a que los consigne dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas bajo apercibimiento de aplicar las sanciones que pudieren corresponder, ello en virtud de lo dispuesto en los apartados b) y d) del artículo 36 de la Ley N° 24.557.

ARTICULO 7°.- Establécese que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y los empleadores autoasegurados deberán informar a esta SUPERINTENDENCIA, aquellas circunstancias que se produzcan e impliquen un cambio sobre la denuncia inicial efectuada, tales como: el alta, el traslado o el fallecimiento del paciente; el rechazo posterior del siniestro, o los errores que se detecten en los datos denunciados a este Organismo. Esta nueva información deberá comunicarse dentro de las VEINTICUATRO (24) horas de tomarse conocimiento de la nueva situación.

ARTICULO 8°.- El incumplimiento de las obligaciones establecidas en la presente Resolución, por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y de los empleadores autoasegurados, importará la aplicación de las sanciones previstas en el régimen de la Ley N° 24.557.

ARTICULO 9°.- Las irregularidades verificadas mediante las Auditorías realizadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO darán origen a la substanciación de sumario, en virtud de las sanciones que pudieren corresponder. La acción de control por Auditoría muestral que ejerce esta Superintendencia se podrá extender a otras lesiones no listadas en el ANEXO I.

ARTICULO 10°.- Derógase la Resolución S.R.T. N° 39/02.

ARTICULO 11°.- Dentro del plazo de CUARENTA Y CINCO (45) días corridos a partir de la vigencia de la presente, se utilizará el sistema de denuncia vía fax y el sistema de denuncia establecido en la presente Resolución. A partir del vencimiento de dicho plazo, el único sistema de denuncia vigente será el de la presente Resolución.

ARTICULO 12°.- Dispónese que esta Resolución entrará en vigencia a la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 13°.- Regístrese, comuníquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial para su publicación y archívese.

ANEXO I

LISTADO DE LESIONES A DENUNCIAR

1. Quemadura grave (Tipo AB mayor al 20%; Tipo B mayor al 10%).
2. Amputación por encima de carpo o tarso, parcial o total.
3. Amputación de uno o más dedos de manos y pies (con internación).
4. Intoxicaciones agudas con alteración de parámetros vitales.
5. Coma de origen traumático.
6. Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento (se excluyen los casos sin alteraciones neurológicas, con TAC normal).
7. Politraumatismo grave (Cuando se presente más de una lesión de este listado).
8. Aplastamiento torácico.
9. Fractura expuesta, incluidas fracturas abiertas (con internación).
10. Fractura o luxación de una o más vértebras (con internación).
11. Fractura de pelvis.
12. Herida abdominal transperitoneal con o sin perforación de víscera.
13. Perforación o enucleamiento ocular.
14. Rotura/estallido de vísceras.
15. Castración o emasculación traumática.
16. Fracturas cerradas de miembros inferiores o superiores (con internación o con internación y cirugía inmediata al accidente o programada como consecuencia de la lesión inicial).
17. Herida y/o traumatismo de mano con internación.
18. Lesiones producidas por arma de fuego o arma blanca (con internación).
19. Muerte.

NOTAS ACLARATORIAS AL LISTADO:

- a) Para todos los casos se deberá considerar “con internación” cuando el paciente esté internado en el prestador 24 hrs. o más.
- b) Para la lesión 7. Politraumatismo grave, es obligatorio describir cada una de las lesiones en el campo “Lesión/Diagnóstico Actual” del ANEXO II de la presente Resolución.

- **Resolución SRT N° 1021/08**

ARTICULO 1º.- Sustituir el texto del artículo 2º de la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) N° 283 de fecha 29 de agosto de 2002, el que quedará redactado de la siguiente forma: “La comunicación a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), por parte de las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (A.R.T.) y empleadores autoasegurados, de los accidentes asociados a las lesiones descritas en el Anexo I de la presente resolución, deberá efectuarse en forma inmediata y en un plazo no mayor de DOCE (12) HORAS a partir del momento en el cual la A.R.T. o el empleador autoasegurado hubiera tomado conocimiento del accidente y/o de haberseles requerido la correspondiente cobertura, lo que ocurra primero”.

ARTICULO 2º.- Sustituir el texto del Artículo 6º de la Resolución S.R.T. N° 283/02, el que quedará redactado de la siguiente forma: “Una vez recibida la denuncia, la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO remitirá el formulario de “Confirmación de Denuncia”, que como Anexo IV forma parte integrante de la presente resolución, pudiendo ser reemplazado por una confirmación electrónica. Por medio de esa “Confirmación” se informará a la A.R.T. o empleador autoasegurado la obligación de completar los datos faltantes, dándose por debidamente notificado y teniendo el plazo de VEINTICUATRO (24) horas para completarlos”.

ARTICULO 3º.- Modificar la descripción de la lesión mencionada en el punto 10 del “Anexo I -Listado de lesiones a denunciar-” de la Resolución S.R.T. N° 283/02, la que quedará redactada de la siguiente forma: “Fractura o luxación de una o más vértebras”.

ARTICULO 4º.- Dejar sin efecto la nota aclaratoria al pie del Anexo I de la Resolución S.R.T. N° 283/02, identificada con la letra a): “Para todos los casos se

deberá considerar “con internación” cuando el paciente esté internado en el prestador VEINTICUATRO (24) horas o más”.

ARTICULO 5º.- Establecer que los campos detallados en el Anexo II de la Resolución S.R.T. Nº 283/02, indispensables para el ingreso inicial de una denuncia serán los siguientes: DATOS DEL SINIESTRADO: Apellido, Nombres; Empresa donde trabaja (razón social), CUIT de la empresa; DATOS DEL PRESTADOR: Nombre del Prestador, Calle, Número, Ciudad, Provincia, Teléfono; DATOS DEL SINIESTRO: Calle, Ciudad, Provincia; Descripción de la forma de ocurrencia del siniestro (Campo de texto), Oportunidad del Siniestro, Ubicación Actual del Accidentado; Lesión o código de lesión. Asimismo, en el campo “Descripción de la forma de ocurrencia del siniestro” se consignará un informe con la mayor cantidad de datos con los que cuente la A.R.T. o el empleador autoasegurado, de las circunstancias en las que se produjo el accidente, identificando la fuente de información.

ARTICULO 6º.- Disponer que esta resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 7º.- Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Resolución SRT N° 40/09

ARTICULO 1º.- Sustituir el texto del artículo 2º de la Resolución de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) Nº 283 de fecha 29 de agosto de 2002, el que quedará redactado de la siguiente forma: “La comunicación a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), por parte de las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (A.R.T.) y Empleadores Autoasegurados, de los accidentes asociados a las lesiones descritas en el Anexo I de la presente resolución, deberá efectuarse en forma inmediata y en un plazo no mayor de DOCE (12) HORAS a partir del momento en el cual la A.R.T. o el Empleador Autoasegurado hubiera tomado conocimiento del accidente y/o de haberseles requerido la correspondiente cobertura, lo que ocurra primero, salvo para las lesiones descritas en los puntos 6, 16 y 17 del Anexo citado, las que podrán ser comunicadas dentro de las VEINTICUATRO (24) HORAS”.

ARTICULO 2º.- Disponer que esta resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 3º.- Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

NOTA: Lo subrayado en las Resoluciones SRT N° 1021/08 y 40/09 corresponden a las modificaciones que se efectuaron de la Resolución inicial correspondiente a la Resolución SRT N° 283/02.

En el año 2009 la Superintendencia de Riesgos del Trabajo desarrolló un programa que llamó “Pie de Cama”, el cual consiste en médicos auditores de la SRT que concurren y/o permanecen en los prestadores de las Aseguradoras con el fin de controlar el otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones en especie que brindan las ART y los Empleadores Autoasegurados, a los trabajadores que sufrieron un accidente laboral, cuyo marco legal quedó reglamentado bajo la Resolución SRT N° 1408/09.

Resolución SRT N° 1408/09:

ARTICULO 1º.- Los contratos suscriptos entre las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) y los Empleadores Autoasegurados (E.A.) y los prestadores médicos, conforme a lo dispuesto por la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo, sus decretos reglamentarios, y demás normas complementarias que dicte la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.), deberán incluir una cláusula que garantice el ingreso y la permanencia irrestricta de los auditores médicos designados por esta S.R.T. en sus sedes.

ARTICULO 2º.- Los prestadores médicos contratados por las A.R.T. y/o E.A. deberán asignar al médico auditor, cuando así lo considere oportuno la S.R.T., un puesto de trabajo independiente de la administración del centro médico, que posea línea telefónica para mantener comunicación directa con esta S.R.T.. El espacio físico asignado deberá ser de fácil identificación y acceso para los trabajadores damnificados.

ARTICULO 3º.- Los médicos auditores que se designen para la realización de las auditorías médicas permanentes en sede de los prestadores que contraten las A.R.T. y los E.A., desempeñarán, entre otras, las siguientes funciones:

- a)- Auditar el tratamiento inicial de los casos graves y leves.
- b)- Controlar el tratamiento posterior a la atención inicial.

- c)- Verificar la calidad y oportunidad en la entrega de la medicación, prótesis y ortesis.
- d)- Auditar el tratamiento físiokinésico.
- e)- Remitir información periódica a la SRT
- f)- Llevar un registro de lo actuado.
- g)- Evaluar las acciones realizadas por los prestadores médicos y las A.R.T. orientadas a lograr la recuperación total de la salud del trabajador damnificado.
- h)- Evaluar la oportunidad del alta y del cese de las prestaciones médicas al trabajador damnificado.
- i)- Producir informes sobre la calidad y condiciones prestacionales del prestador médico auditado en relación con el Sistema de Riesgos del Trabajo.

ARTICULO 4º.- Los médicos auditores de la S.R.T. podrán desempeñar las funciones descriptas en el artículo precedente, en las sedes de los efectores propios de las A.R.T y los E.A.

ARTICULO 5º.- La S.R.T. podrá relevar la estructura y la complejidad de los establecimientos de los prestadores médicos y de los efectores propios de las A.R.T. y los E.A., con el sólo fin de establecer si están en condiciones de brindar las prestaciones del Sistema de Riesgos del Trabajo.

ARTICULO 6º.- La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTICULO 7º.-Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

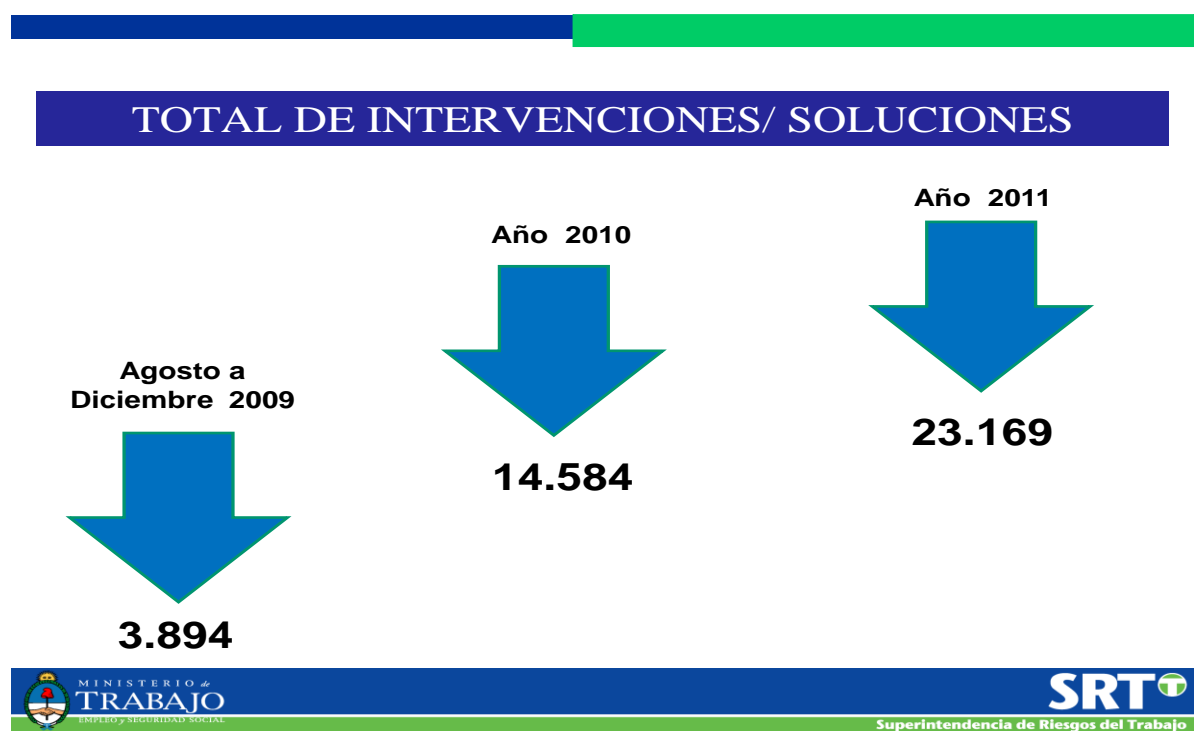
Este programa se viene desarrollando como mencionamos anteriormente desde mediados del año 2009, donde se comenzó con dos auditores que desarrollaban sus funciones uno en C.A.B.A. y otro en G.B.A.

A los pocos meses se incorporaron tres médicos en Rosario, Mendoza y Tucumán.

Hoy contamos con médicos en las localidades de Córdoba, Villa Maria, Rosario, Mendoza, Tucumán, Posadas, Jujuy, Salta, Corrientes, San Juan, Neuquén, Viedma, Pergamino, Santa Fe, Gran Buenos Aires y C.A.B.A. lo cual hace un total de 27 médicos abocados a esta tarea. (ver Gráfico N° 3)

Cuentan con net-books y contacto permanente con el Área, como registro de lo actuado confeccionan formularios de auditoría, hoy contamos con cuatro formularios, casos graves (dividido en accidente in-itinere, accidente en lugar del trabajo), casos leves/ambulatorios y auditorias de rehabilitación.

Desde que se inició el programa hasta hoy contamos con 41.647 intervenciones realizadas por los médicos auditores lo que implica que intervinieron y solucionaron más de 41.000 reclamos, aparejado disminuyeron los días de baja laboral, los días de internación, la I.L.T. y los porcentajes de incapacidad, lo cual se traduce en una atención médica de mayor calidad, oportuna e integral, haciendo que el trabajador damnificado puede reinsertarse y/o reubicarse laboralmente más temprano.



Incumplimientos detectados con mayor frecuencia:

- ✓ Demora en el otorgamiento de las prestaciones en especie.
- ✓ Demora en la entrega de materiales de osteosíntesis y ortesis.
- ✓ Falencias en las prestaciones de rehabilitación.
- ✓ Falencias en el otorgamiento de Traslados por medios especiales.

Al detectar un incumplimiento, ya sea por aviso de un familiar del damnificado o por la auditoría en el prestador asistencial, se crea un Expediente en la SRT, el cual es analizado por el médico responsable del área, quien evalúa si corresponde sancionar a la Aseguradora, ya sea aplicando una Nota Correctiva (NC) o un Dictamen Acusatorio Circunstanciado (DAC)

Auditorias de Rehabilitación:

- **Objetivos de las auditorias de Rehabilitación:**
 - Obtener una prestación de calidad superior, adecuada a la patología y estadio evolutivo.
 - Optimizar la gestión entre las ART y sus prestadores, a modo de evitar una demora en el inicio de la prestación y en los controles posteriores, sea por dificultad en las autorizaciones, traslados u otros.
 - Que las ART valoren los beneficios de otorgar una rehabilitación sólida y eficiente, como mecanismo de evitar reingresos, reclamos o trámites ante las Comisiones Médicas.

En el año 2011, desde enero a agosto se realizaron 3545 auditoras de Rehabilitación (ver Gráfico N° 1 y 2)

Conclusión:

La auditoría médica realizada desde el Área de Casos Graves, llamada “pie de cama”, puesta en marcha en Capital Federal y en el interior del país es una estrategia de auditoría médica concurrente que, sustentada en un amplio desarrollo informático, aplica las herramientas epidemiológicas para el análisis de las irregularidades cometidas por las ART, permitiendo la modificación progresiva del sistema prestador disminuyendo los días de I.L.T., los costos y mejorando la calidad de la atención recibida por el trabajador.

La capacitación del personal de auditoría involucra el aprendizaje de habilidades indispensables para la adecuada gestión (herramientas informáticas, epidemiológicas, y de control de gestión).

La Auditoría a pie de cama se asocia con una mejor evolución del trabajador ya que se pueden reducir ciertas complicaciones.

Por todo lo expuesto consideramos que dado la cantidad de afiliados que contienen las ART, la auditoría médica a pie de cama es una alternativa válida para acortar los tiempos y mejorar la calidad de atención de los pacientes por parte de las ART.

Tablas y cuadros:

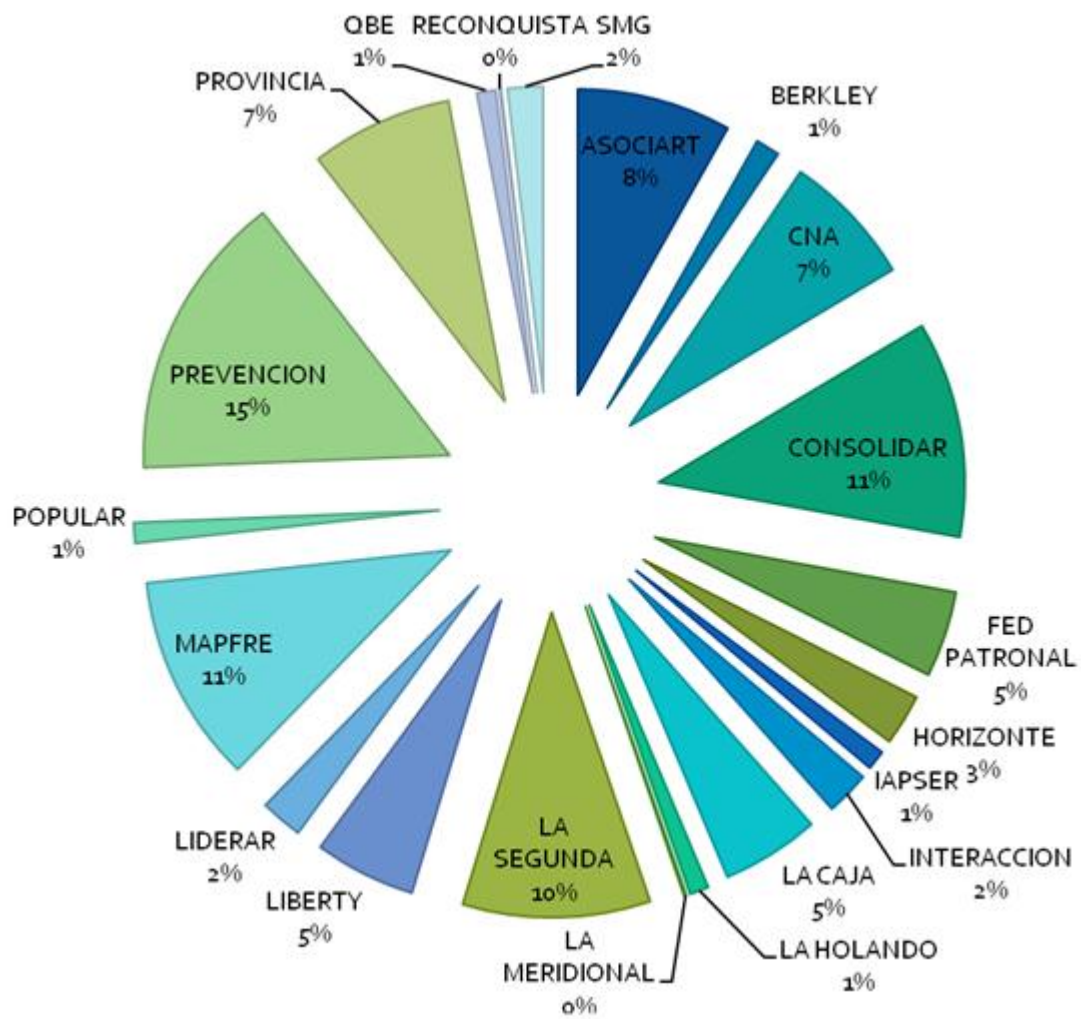


Gráfico N° 1: Auditorías de Rehabilitación según ART

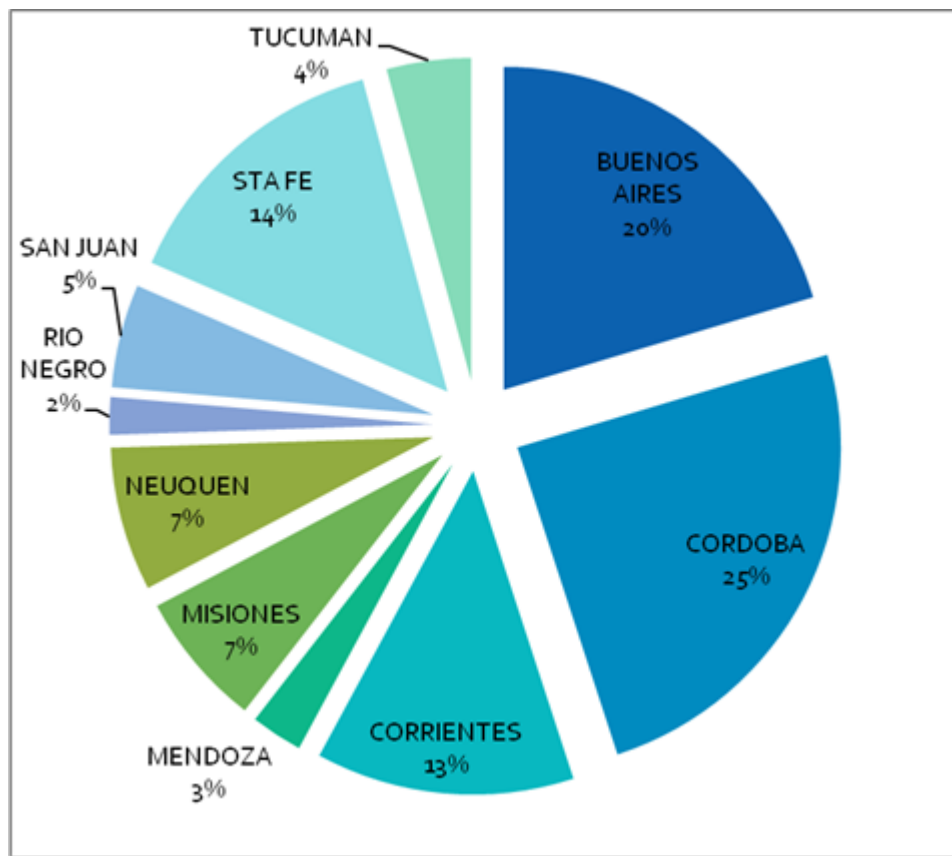


Gráfico N° 2: Auditorías de Rehabilitación por Provincias

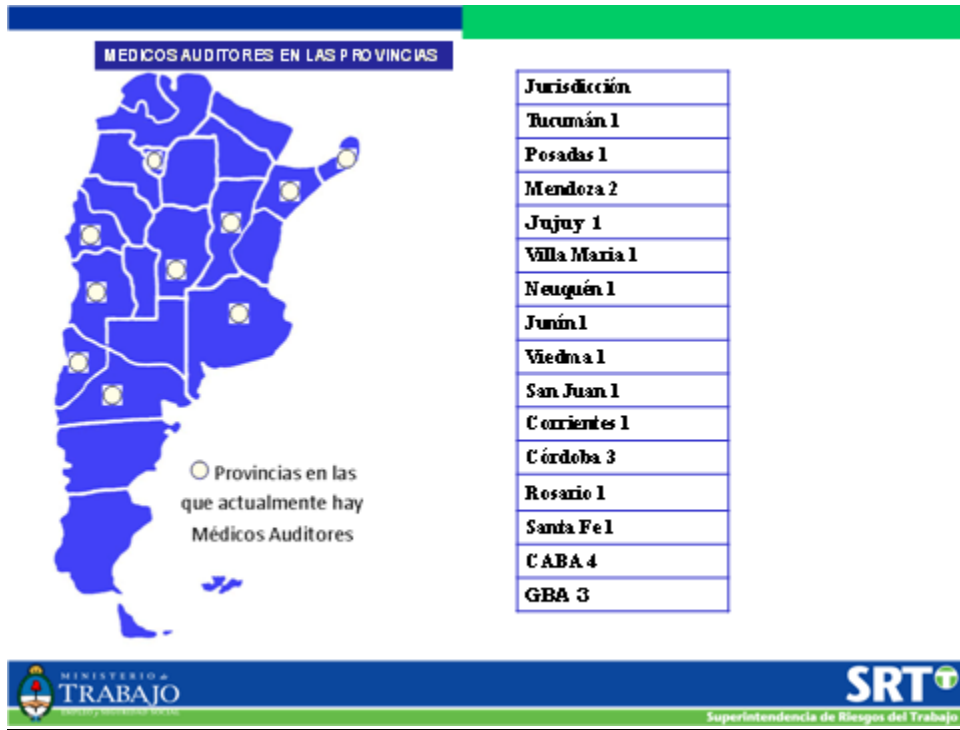


Gráfico N° 3: Médicos y Jurisdicciones

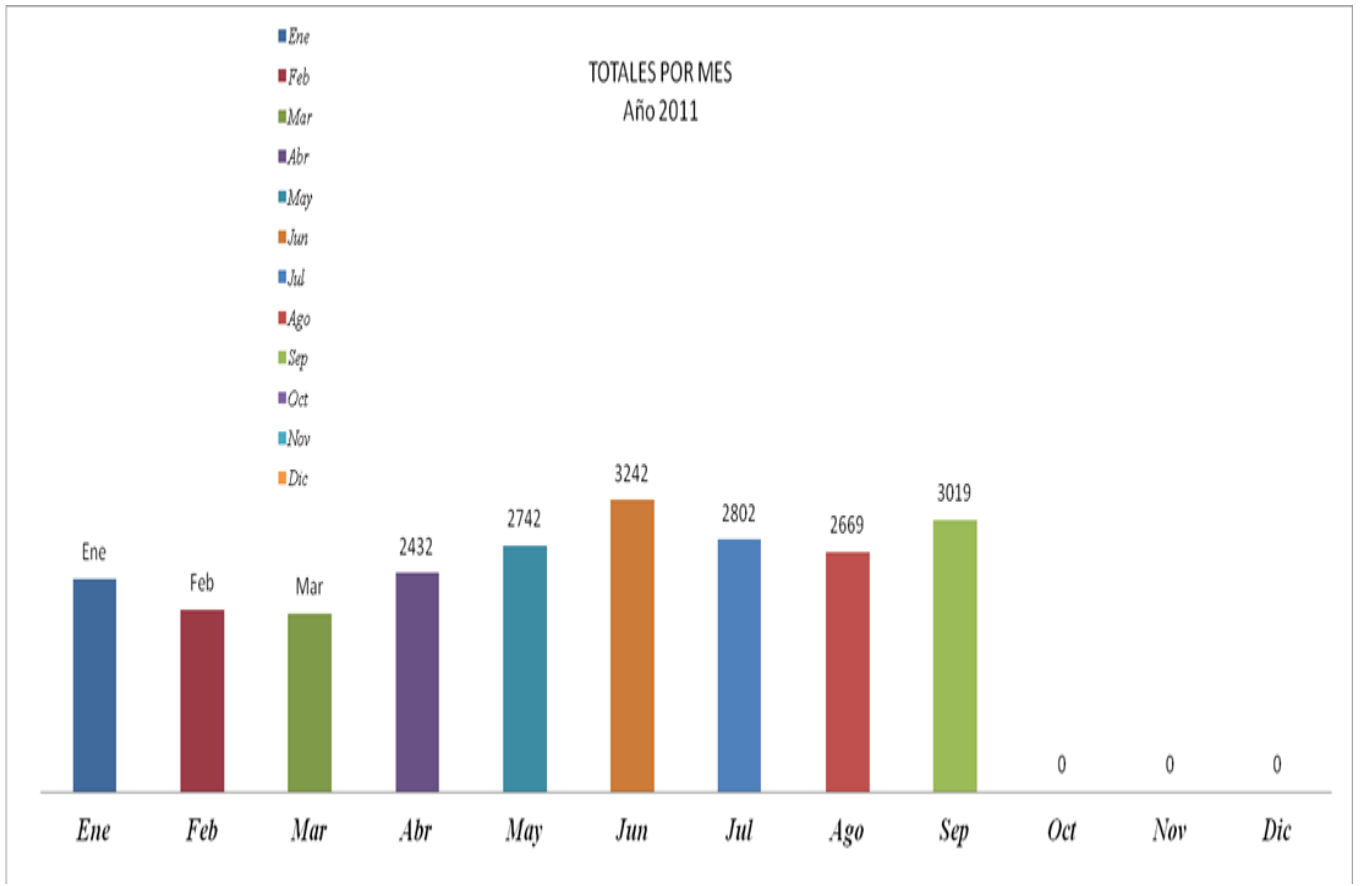


Gráfico N°4: Intervenciones de Auditorías de pie de cama por mes

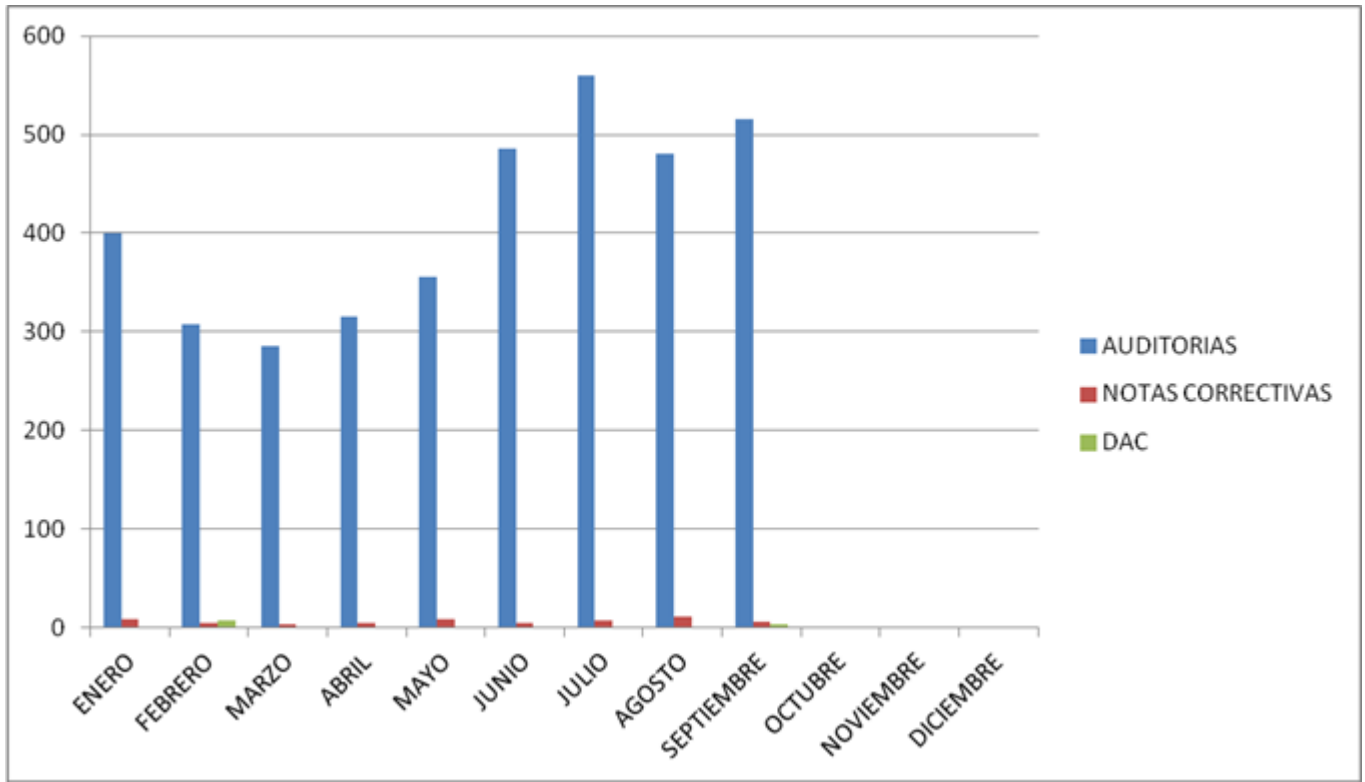


Gráfico N° 5: Auditorías realizadas por mes en comparación con las sanciones aplicadas a las ART

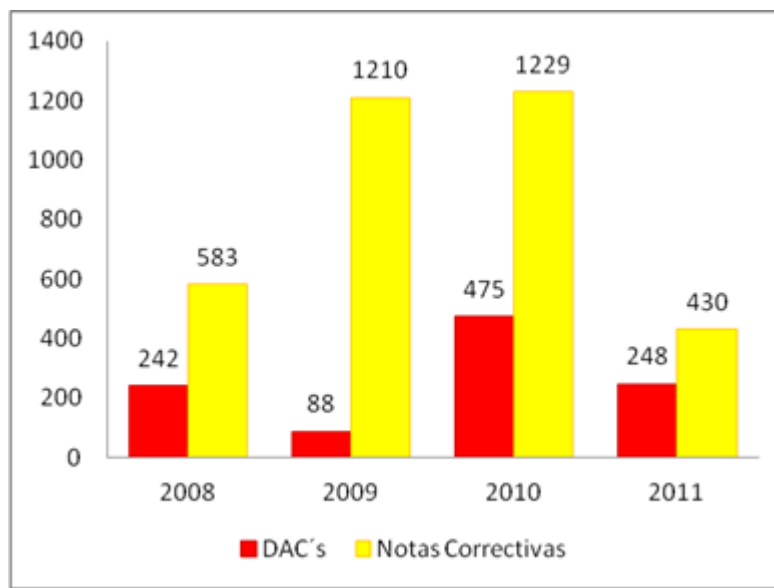


Gráfico N° 6: Comparación de sanciones que surgen de las intervenciones de los médicos auditores.

Bibliografía:

- www.infoleg.gov.ar
- www.srt.gov.ar
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (I). La calidad en los servicios sanitarios. Medicina Clínica (Barcelona) 1994; 103:663-6.
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. Medicina Clínica (Barcelona) 1994; 103:741-4.
- Lisi, Franco. Medicina del Trabajo. 1ra. edic. Bs. As. Nuevos Tiempos. 2008
- Martí Mercadal, J. A. – Desoille, H. Medicina del Trabajo. 2da. edic. Editorial Masson. España. 1993.
- Gil Hernandez, F. Tratado de Medicina del Trabajo. 1ra. edic. Editorial Masson. España. 2005.