

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Alicia Miró

NUEVOS PARADIGMAS EN LA GESTIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO Y AUDITORÍA

2008

Citar como: Miró, A. (2008). Nuevos Paradigmas en la gestión de riesgos de trabajo y auditoría. Nuevos Paradigmas en la gestión de riesgos de trabajo y auditoría.

1- Introducción

La creación de las aseguradoras de riesgo de trabajo(ART), en el marco de la ley 24.557, requirió el desarrollo de un cuerpo de conocimientos multidisciplinarios, dentro del cual el auditor debe adaptarse a diferentes procedimientos en empresas globales que acreditan normas de calidad y programas corporativos que exceden los estándares nacionales en la materia. Es fundamental comprender que la administración de ART tiene lógica aseguradora regulada desde el Estado por la Superintendencia de Riesgo de trabajo(SRT).

Las funciones de la ART involucran aspectos relacionados con la prevención de los accidentes y enfermedades laborales a través de las diferentes normas de Higiene y Seguridad en el trabajo, el tratamiento de los problemas de salud vinculados al trabajo y la reinserción laboral. Además la contención del paciente y su grupo familiar dentro del marco regulatorio establecido por la Ley de Discapacidad.

Dentro de este marco general el auditor debe analizar esta compleja realidad empleando herramientas de Economía de la Salud, de administración de seguros y de medicina legal. En este contexto el auditor se transforma en un "mediador/negociador" que facilita el cumplimiento de los contratos entre el estado-el financiador-los prestadores-los usuarios. Para alcanzar el objetivo final, que es la atención eficiente de los damnificados, se requieren intervenciones y negociaciones que conllevan alto riesgo asistencial, legal y económico.

A partir de las normas y regulaciones impuestas por el Estado las ART establecen contratos explícitos e implícitos con los prestadores y los usuarios del sistema. Dentro de este contexto el auditor debe resolver los conflictos derivados de una diferencia entre el financiador y los prestadores. Derivada de una discrepancia en la interpretación de los contratos y/o de la insatisfacción del proceso y/o los resultados expresada por los usuarios. Por lo antes mencionado el auditor debe tener una amplia comprensión que involucre el

conocimiento de: macroeconomía, situación de la industria y marco regulatorio de la misma, mercado de la salud, funciones de producción y negociación efectiva y gestión de los servicios de salud y conceptos de calidad total.

2-Planeamiento del problema

El auditor que se desempeña en el mercado de las ART cumple distintas funciones que exceden el área de auditoria tradicional entendida como comparación con la norma o con una referencia definida del sector al que pertenece, sino que cada vez mas se ve involucrado en tareas de gestión, negociación, presupuestación y alcances de objetivos institucionales.

Actualmente su posición laboral se ha transformado en una función de interfase entre distintos discursos y distintos saberes que implican conocimientos de distintas disciplinas. En este contexto debe manejar herramientas de salud pública, economía de la salud, tecnologías aplicadas y atención personalizada del paciente en un ámbito de seguridad y calidad. La economía en sus aspectos macro, meso y microeconómicos permiten interpretar los diferentes escenarios en los cuales se desenvuelve (1)(2). Además es fundamental comprender que el auditor tiene como objetivo final de su labor beneficiar al paciente y proteger el sistema de salud. El concepto de un individuo libre y responsable en su condición bio-psico-social en interrelación con su ambiente y como parte de una comunidad organizada lleva a la necesidad de abarcar los aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y reinserción socio-laboral. Esto transforma al paciente en un actor económico para el sostén propio, de su familia y de la sociedad. Estos conceptos también fueron desarrollados para OPS/OMS (3) bajo el paradigma de bienestar y el campo de las fuerzas de la salud de modo tal de generar un modelo epidemiológico para el análisis de una política de salud y que va a dar resultantes de efectividad y eficiencia del sistema. (4)

El auditor se ve enfrentado en su practica cotidiana a decisiones sobre los cuales tiene que tomar posición muchas veces influido por presiones externas ajenas, y con grandes dudas sobre los beneficios que acarrearía 1- determinadas prácticas o 2- el ejercicio de determinados derechos que no gozan de consenso en la comunidad medica. Con respecto al primer punto puede mencionarse como ejemplos los procedimientos para extender la vida, (5)(6) la prescripción de nuevos tratamientos con baja evidencia de efectividad clínica, la implementación de tecnologías sin consenso sobre efectividad como

la utilización de células madre, las nuevas prótesis biónicas, los trasplante/reimplantes de miembros y otros nuevos desarrollos no probados en el set clínico. (52)

Los aspectos vinculados al segundo punto incluyen el manejo de la información, los cuales están inseparablemente unidos a los derechos de las personas, especialmente a su privacidad, vulnerándose muchas veces en pos de la eficiencia administrativa y la cual puede resguardarse si se respetan las normas de seguridad informática (habeas data) y los aspectos relacionados al riesgo moral y a la selección adversa.(1)

A partir de lo antes mencionado el auditor debe conocer que es fundamental analizar la función del auditor desde una mirada holística que involucra diferentes áreas del conocimiento. A partir de este marco conceptual se han establecido los siguientes objetivos para el presente trabajo.

Objetivo general:

- Analizar desde la perspectiva de financiador la función del auditor como integrante de un grupo multidisciplinario en el manejo de pacientes con secuelas crónicas debidas a accidentes laborales.

Objetivos específicos:

- Evaluar el efecto del trabajo multidisciplinario en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas derivadas de accidentes laborales
- Examinar el contexto económico donde se establece la relación financiador-prestadores-usuarios
- Analizar los componentes involucrados en la relación de agencia financiador-prestador-usuario en el mercado de las aseguradoras de riesgo de trabajo.
- Analizar las técnicas de mediación para la resolución de los conflictos entre prestadores y usuarios

3-Desarrollo:

En el presente estudio se desarrollaran los objetivos previamente establecidos. Con respecto al análisis del contexto económico, es primordial considerar los **aspectos macroeconómicos**. Aunque estos aspectos no son centrales al mantener una visión sobre la organización del Sistema “in toto” y en relación a su entorno, mas allá de la distribución del gasto o del nivel de desagregación del análisis en ingresos y egreso,(11)(15) Niveles de decisión Central, provincial, municipal, privado, del seguro social, del tercer sector o para objetivos poblacionales. (1)(8)(9)(10)

El marco referencial amplio de las políticas sanitarias en el conjunto de prioridades del país. (11)(12)(13)(14).

- Nivel de prioridad asignada al Área Salud
- Objetivos del Sistema de Salud
- Distorsiones macroeconómicas que impactan en el sector (pesificación e insumos dolarizados, tasas de cambio, facilidades de transferencias por economía de bloque, etc.)
- Inversiones por fuera del sector que impacten en el mismo (agua, infraestructura, caminos, vivienda, etc.)
- Impacto de las políticas en las demandas de Servicios (ganadores y perdedores de la política general)
- Evaluación del Impacto fiscal por ejemplo en la carga impositiva, deuda publica, inflación, crecimiento del PBI, desarrollo, mercados laborales).
- Definición de Standards y sistemas de Monitoreo (objetivos) (1)(4)(8)(9)
- Análisis de las demográficas tales como
 - Envejecimiento de la población
 - Rrelación activos – pasivo
 - Distribución de los ingresos, acceso desigual de la población a los servicios
- Sistemas de financiación y compra de servicios
- Sistemas de re-aseguramiento
- Definiciones como la canasta básica de prestaciones (PMO-PMOE).

- Indicadores de referencia Nacional e Internacional para evaluación de la eficiencia del sistema

Luego de esta visión general los aspectos macroeconómicos que afectan específicamente al mercado de las ART son:

1-El sistema productivo:

La ART es un Seguro sostenido por organizaciones/empresas privadas y regulado por el Estado a través de una dependencia del Ministerio de Trabajo que es SRT. Ese punto es importante porque no depende del Ministerio de Salud; aunque reciente se ha firmado un acuerdo para compartir el padrón de beneficiarios entre la SRT y la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS).

Como funciona como un seguro de la Empresas para sus empleados el análisis productivo debe estar dirigido a cada rama de actividad. Esto genera una diversificación de actividades y riesgos en relación al proceso productivo de la empresa.¹⁷⁾ Además el nivel de calidad difiere en una misma rama de actividad. Existiendo empresas acreditan para normas internacionales como ISO⁽¹⁸⁾ y otras con estándares menores de calidad. Este tema impacta en la incidencia de accidentes laborales que conducen a costos diferentes derivados de el días caídos, pago de jornales, secuelas, quejas y demandas, etc.⁽¹⁾ Otro aspecto relacionado con este punto es que las condiciones ambientales relacionadas con emisiones que afectan bienes públicos generando externalidades ambientales negativas.

En los aspectos macro económicos las compañías de seguro encuentran fluctuaciones económicas y financieras en las reservas o provisiones de recaudación producto del ciclo financiero con las cuales hacer frente a la reserva estimada según los mapas de riesgo, o las tasas de utilización, para la población expuesta bajo cobertura.⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾ Las variables económicas que afectan a la producción, recesión, devaluación, elevadas tasas de interés, sumado a las presiones corporativas de las empresas clientes generan un escenario de negociación comercial de las primas, hechos que se pueden ver claramente en las franquicias sobre días.⁽⁸⁾⁽²⁰⁾

2-El Sistema de Salud:

Este es un aspecto singular, ya que es la interfase en donde se ensamblan el Sistema productivo, con el seguro laboral de las Empresas y la respuesta del Sistema de Salud a requerimientos específicos de la Comunidad.

(9) La tarea específica de generar una red prestacional que administra recursos provenientes de un fondo que surge de la libre competencia de mercado sobre una base salarial. Esto, si se quiere, grava con otro porcentaje destinado a Salud a la masa salarial. Recordemos que en nuestro sistema, por definición legislativa mas las decisiones de las personas en su gasto de bolsillo, nuestra comunidad asigna un porcentaje del PBI, que en nuestro país ronda el 7% (1)(12) en la contratación de seguros o compra directa de bienes y servicios para el cuidado de su salud

De esta manera en el ejemplo hay entidades reguladoras para dar cumplimiento a una ley (Ley 24.557- Ley de Riesgos de Trabajo) en la que intervienen Superintendencias como la SRT, las de Seguro y de modo indirecto la de Salud. (por ejemplo resolución 18/00)

Se generan Instituciones ad hoc para la resolución de conflictos y se define un marco de ejecución, programas de mejoras y disminución de la siniestralidad como así la reparación del daño y la reintegración social del trabajador (Ley 19.587 Higiene y Seguridad en el Trabajo).

Aspectos macro que impactan en las políticas micro económicas y que no han tenido una respuesta hasta la fecha están vinculados con la relación entre presupuesto o prima y riesgo epidemiológico; la capacidad económica para brindar cobertura oportuna, eficiente y razonable; y por último el tema vinculado a la capacidad del Estado para regular y fiscalizar prestaciones (que en muchas oportunidades como proveedor no podría aprobar y/o brindar). Los componentes involucrados en el análisis de este mercado son:

- Pacientes, familiares y amigos
- Profesionales del arte de curar
- Autoridades de seguros sociales y de gobierno
- Compañías de seguros
- Financiadores privados, Mutuales, Cooperativos
- Empleadores
- Funcionarios públicos de los distintos niveles

- Proveedores de insumos de consumo (bienes)
- Proveedores de servicios derivados (v.g. Servicios generales del prestador)

Este es un mercado especial visto desde la economía y por sus características requiere regulación y control(22)(23)(25)(26)(27)

- Incertidumbre de necesidades y demanda de servicios
- Asimetría de información (entre oferta y demanda), Ignorancia
- Profesionalismo y Mono – Oligopolio / Oligopsonio (Barreras de entrada, inducción de la demanda y concentración), modificable en escenarios híper competitivos
- Bienes Públicos y externalidades
- Demanda derivada, bien complementario y equidad social (diferencia salud de sistema)
- Riesgo Moral y Selección adversa
- Sensibilidad marcada ante valores comunitarios, éticos, morales y de los medios de comunicación masivos.

Otro aspecto fundamental en el análisis es el relacionado con el mercado de Salud debido a que las ART son parte del mismo. Cuando se analiza la relación de agencia las ART a través de su gerenciadora de salud funcionan como principal ante los prestadores y como agente ante los usuarios. [Figura 1](#). La influencia del mercado a ha quedado o demostrada cuando más allá de la recomendación macroeconómica inicial de una prima estimada en el 3% sobre la masa salarial, el mercado llevó ésta a una real de alrededor de 1.97.% y al igual que en los otros subsectores se sintieron los efectos de la disminución del número de cotizantes, el trabajo en negro y su blanqueo al momento del accidente, la disminución relativa de la masa salarial (depreciación), las presiones de las empresas para sostener el contrato, los aumentos en las prestaciones dinerarias definidas por ley.

Los cambios mencionados han impactado en los **aspectos mesoeconómicos**. La necesidad de eficientizar la gestión debido a que la realidad definía una masa de recursos para hacer frente a una obligación de cobertura.

Como todos los sistemas de seguros, el presupuesto y las reservas se estiman con un criterio actuarial, (15)(20) lo cual fue un desafío para los que hubo que

traducir a pesos (\$) de reserva el costo de un accidente y afrontar incertidumbre, calidad prestacional y resultados.

En este caso es donde es absolutamente claro que la Prevención y el cumplimiento de las Normas de Seguridad e Higiene disminuyen la siniestralidad, redundando, no solo en el cuidado sanitario, sino en el rendimiento del sistema, ya que menos accidente y menos graves, implican menor gasto. También se deben analizar los riesgos trasladables y como evaluarlos. Para esto nos basamos en indicadores epidemiológicos,(3)(17) razones y tasas esperadas de eventos, (mezcla epidemiológica) que también se pueden traducir como la base actuarial de un sistema codificado de demanda de servicios que se traducirá en una "mezcla de casos" que en adelante denominaremos "case mix". (24)(26)(29)(30)(31)

Los diferentes modelos organizacionales para la administración de presupuestos de salud ya sea como manejo del presupuesto global ajustados por gasto histórico modificado por algún índice, presupuestos basados en grupos poblacionales y programas, presupuestos actuariales sobre eventos o como cuentas corrientes de consumo individuales o por cartera o por contrato.

Este sub-sector del sistema que involucra a las ART tiene características sumamente específicas que requieren aclaraciones previas, que adelantamos mas arriba, tanto como parte del Sistema de Salud Pública con financiación privada, como por la legislación específica que la regula, distinta de la que regula el resto de la seguridad social. La Ley 24.557, regula la cobertura de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y establece prestaciones médicas, automáticas, obligatorias e integrales a sus beneficiarios, los empleados de empresas aseguradas, como así las prestaciones dinerarias, producto de las incapacidades laborales temporales y/o permanentes resultantes del accidente.

En síntesis, la calidad de la gestión tiene variados indicadores y que fundamentalmente se basa en que el paciente se recupere en las mejores condiciones posibles y en el menor tiempo que sea necesario y que cuando la recuperación no sea completa pueda recalificarse y reubicarse en otras funciones dentro de la empresa o del mundo del trabajo; para lo cual muchas aseguradoras crearon programas "back to work" (35)(44)(* Ley 24557).

Con relación a la Empresa, ésta se ve afectada en sus indicadores de eficiencia y calidad en el manejo de RRHH, como así en su cadena productiva y eventualmente en el pago de salarios extras a los cubiertos por la aseguradora.

Finalmente los resultados de la atención médica se verán reflejados en la Incapacidad laboral permanente, la cual como % del baremo implica una suma de dinero, como así los gastos de prestaciones médicas a otorgar en grandes incapacitados y los eventuales reclamos legales.

También es posible utilizar otras modalidades como

El pago de incapacidad en pesos

Los AVAD (38)

Los Qualys en la intervención médica.(1)(8)(9)(38)

Las Horas o Días no trabajados

Todo esto es independiente de la forma de presupuestación o asignación de costos por proceso, de soporte o generales, o Fijos y Variables, o directos e indirectos, o valuación de activos en reserva y TIR u otras evaluaciones disponibles.(27)(32)(39)(40)(41)

Desde el área medica se optó por un sistema de Administración y Gestión altamente gerenciado y con una lógica actuarial debido a que los orígenes de esta actividad se encuentran en el Seguro.(8)(15)(20)

En un marco regulatorio muy exigente, las ART son una de las patas de una mesa que tiene como otros actores a pacientes activos en sus demandas, Empresas y al Estado como un regulador y fiscalizador muy presente en el día a día. La variable novedosa en este caso es la aparición del "tiempo", con lo cual el Financiador DEBE estar plenamente integrado al prestador y mejorando, en una red con recursos sanitarios disímiles (34)(35), la calidad de la atención que recibe ese paciente. Conteniendo a su familia y al entorno en el caso que se requiera una derivación a Centros de mayor complejidad o especializados lejos del lugar de residencia, del trabajo o de la provincia a la que pertenece; como así, a la Empresa que obviamente está muy impactada por el accidente, no solo desde los recursos humanos, los cuales son muy afectados como grupo de pertenencia, por la persona y su familia sino también, por la pérdida de un eslabón de su cadena productiva (53) y su costo en el eventual reemplazo de la posición con alguien menos capacitado y proclive a

los accidentes, o bien sobrecargando a sus compañeros de equipo, o bien debiendo reubicar a un empleado que fue recalificado.

Nuestra gestión se basa en el análisis de un case mix del que ya se tiene experiencia histórica, pero que inicialmente se basó en experiencias internacionales similares como las de Chile, España y Colombia. El peso relativo porcentual de cada Código de ICD 10, se maneja con un criterio de Pareto para las patologías predominantes que se llevan el 80% del case mix(29)(30)(53) y, por peso presupuestario, se analizan los casos complejos, costosos y que requieren grandes esfuerzos de coordinación entre todos los actores del problema a resolver en forma individual.

En el medio de estos casos identificados queda una brecha que se analiza en el día a día por los equipos encargados de casos, de modo de detectar eventuales desvíos en las variables de control preestablecidas. (10)(53)

El análisis de casos implica:

Gastos en Asistencia medico – farmacéutica

Gastos en servicios complementarios

Incapacidad Laboral Temporal

Incapacidad Laboral Permanente

Otros Gastos Operativos.

Para tener una visión más amplia también deben reservarse recursos para afrontar gastos judiciales, multas y todos aquellos inherentes a la gestión técnica del seguro.

De este modo las reservas que se calculan teóricamente sobre la base del precio de compra de los servicios, implican solamente la presunción de una evolución "normal del caso", la realidad, como ya fue muy descripto, es que en este sistema existe la "Incertidumbre" que según las recomendaciones podrían calcularse como un 20% del presupuesto o bien el equivalente de dos meses de primas.

Hasta aquí un indicador: *Gasto medico*.

- por paciente (promedio del sistema)
- por código ICD10
- por gasto histórico
- por nivel de gravedad
- por su peso relativo en el case - mix

- Por rama de actividad

Es un indicador numérico duro, específico y con dispersiones generalmente estables.

La limitación en este caso se da en el análisis de las causas de desvíos, las cuales permitirían tomar acciones sobre las mismas.

Tomamos:

Limitación en el sistema de codificación (confiabilidad del 70%)

Causas del equipo de seguimiento

Causas en Centro Coordinador (traslados, reservas de turnos)

Causas Regionales de prestación de servicios.

Causas medicas del prestador

Causas administrativas de prestador

Causas del paciente

Causas de la Aseguradora

Causas de la Empresa

Causas de la SRT

El otro ítem de evaluación de rendimiento del sistema, es la *Incapacidad laboral transitoria(ILT)*, que en lenguaje común representa el pago de salarios por días no trabajados luego de la franquicia, que se fijó en 10 días pero que según los convenios particulares con las empresas, puede llegar a cero

La ILT como indicador mide la eficiencia del sistema "en su totalidad", ya que la atención de mala calidad se extiende en el tiempo, perjudicando al paciente y su familia, a la Empresa, al prestador que tiene un convenio modulado y de riesgo compartido y a la aseguradora que paga los días no trabajados por encima de la franquicia.

ILT:

Nº de Días caídos

Duración del tratamiento

Gasto en \$ según rango salarial

Este ítem es aproximadamente un 30% del gasto, según nivel de gravedad, pero es útil recordar que hay una directa relación entre ILT y aumento del gasto prestacional y de las incapacidades permanentes.

Por ultimo, el resultado tiene una medición, si se quiere mal o bien “mensurable - objetivable”, ya sea como % de incapacidad (piénsese en resultado por prestador de la red o costo medio por prestador para determinados códigos)

En este caso también hablamos de aproximadamente el 30% del presupuesto. Como puede verse es el primer caso en el sistema de salud en donde el mismo financiador se hace cargo de todas las presiones del sistema y de lograr buena calidad prestacional, valorar la inversión en mejoras o pagar las ineficiencias o descuidos, además de las eventuales trampas del sistema

Dentro del contexto orientado a la **gestión microeconómica**. La ART, como financiador, normatiza (24), de modo tal de mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico, tales son ejemplos aquellas patologías como las de columna o rodilla a las que se les realiza RMN y EMG, de modo tal que el paciente tenga un diagnóstico precoz y pueda ser tratado sin dilaciones. En el caso del programa de Heridas punzantes se realiza la Profilaxis Post Exposición y no tenemos a la fecha ninguna seroconversión HIV en el nivel nacional ni tampoco seroconversión para Hepatitis B, ya que en caso de dudas sobre la vacunación obligatoria en los establecimientos de Salud, la gammaglobulina es cubierta por la aseguradora.

Aquí nuevamente los intereses comunes permiten la implementación de la Resolución 18/00, de modo tal de disminuir junto con el equipo de prevención el riesgo biológico. Además se cita a los pacientes para los controles serológicos durante un año

Un tema central en la estrategia es el manejo de los conflictos.(50) La resolución de los mismos es una de las funciones centrales del auditor en la práctica cotidiana. Obviamente se ve influido por los intereses del sector al que pertenece, con la consiguiente defensa de los valores organizacionales.

Los conflictos pueden resolverse desde una postura colaborativa y creativa. Es importante analizar el conflicto desde sus componentes.

1-Desacuerdo de hecho

2-Escasez

3-Desacuerdo de Derecho

Vistos estos elementos nos preparamos para resolver el conflicto:

1- Preparación individual: Tomar conciencia de uno mismo, deseos y necesidades, sentirse en equilibrio emocional (respire antes), evaluar la

posición propia y la del otro, límites de propiedad y contrato, límites de la negociación y la "mejor alternativa para un acuerdo negociado": BATNA (Best alternative to a negotiated agreement). Conocer la BATNA es reconocer el punto de autarquía para no seguir negociando y decidir ser operativo de otro modo. Es fundamental invertir recursos en el diseño de la propia BATNA.

2- Preparación del contexto: Explicar al interlocutor las intenciones de resolver el conflicto, los pasos de la conversación, la escucha, verificación de la comprensión, indagar y corregir, asegurarse haber comprendido en una situación de control de elementos externos a la conversación como tiempo, lugar, estado mental, iluminación, etc.

3- Desarrollo de la conversación:

3.1 a expone, b escucha

3.2 b indaga para clarificar: Preguntas aclaratorias no dirigidas, no inductivas, no irónicas. La posición es recabar información para uno.

3.3 b resume y verifica su comprensión: El interlocutor se siente escuchado y entendido y a verifica que entendió lo que su interlocutor quiso decir.

3.4 a se declara (o no) satisfecho.

4- b hace el mismo proceso.

5- ¿Es el conflicto operativo?: Si el conflicto no es operativo podemos acordar nuestro desacuerdo y terminar nuestra conversación basados, como diría Humberto Maturana, en el respeto radical en el otro como legítimo otro.

Resolución de conflictos operativos: Todo conflicto operativo es un conflicto personal, por lo tanto la resolución requiere de los pasos anteriores.

5.1 Diseño de acuerdo sobre el mecanismo decisorio alternativo en ausencia de consenso material: *Antes de la discusión del tema* se debe definir la instancia decisoria a la cual se subordinaran llegado a un punto de desacuerdo. Es la salida de emergencia cuando la puerta principal está cerrada. La decisión no solo es inapelable sino que además debe tener consecuencias en una acción colaborativa y de construcción compartida. Esto implica mantener la propia integridad en la defensa del compromiso adquirido.

Siempre se respetará la estructura jerárquica y de derecho en la resolución de

conflictos operativos. Se puede delegar la función más no la responsabilidad del hecho decisorio.

En todos los casos existe la posibilidad de enriquecer, de generar abundancia y de proponer alternativas en una tormenta de ideas que bien intencionadas busquen la alternativa para generar valor agregado.

6. Evaluación y aprendizaje: Al final de la conversación conviene evaluar el origen del conflicto, el resultado de la negociación y el proceso que se utilizó. Esto permite diluir y despejar los compromisos emocionales individuales que deben dejarnos con la tarea resuelta, buenas relaciones interpersonales, satisfacción con lo realizado de acuerdo a los valores propios y defendidos profundamente y habiendo aprendido. *Si por alguna razón se ha roto un compromiso o somos conscientes de haber ofendido o dañado al otro podemos disculparnos y preguntar como podría repararse el vínculo de modo tal de restaurar para mirar hacia el futuro.*

Luego de este análisis de los diferentes aspectos económicos, la relación de agencia entre los distintos integrantes del sistema y el sucinto análisis de los conflictos se presentará el programa a desarrollar para el manejo integral de pacientes crónicos de una empresa generadora de salud dependiente de una ART.

La hipótesis es que el empleo de un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psicólogos y case Management mejora la calidad de la atención de pacientes con secuelas crónicas debidas a accidentes laborales y la satisfacción de los clientes/pacientes.

Resultados:

La empresa en cuestión es la responsable de la asistencia médica integral derivada de los accidentes de trabajo de la Caja ART. En la actualidad tiene 5140 pacientes en situación de accidente laboral. La mayoría de ellos con enfermedades que se resolverán dentro de los siguientes tres meses. Sin embargo 380 pacientes con secuelas crónicas que representan el 7.3 % del total de los sujetos consumen aproximadamente 8.000.000 de pesos anuales en costos directos.

La distribución geográfica de los mismos puede observarse en la figura 2. Durante el año 2006 se efectuó una reestructuración en la empresa constituyéndose un grupo especializado en el seguimiento de estos pacientes y se estableció el equipo de crónicos Figura 3 produciendo un cambio en la estrategia de atención de estos pacientes Figura 4.

Se establecieron nuevos contratos con sanatorios, hospitales y centros de rehabilitación en todo el país. Para ellos se elaboraron normas internas de calidad y se generó un grupo de auditores dependientes del área de contrataciones y crónicos para verificar si se cumplían con los estándares requeridos.

Se formularon indicadores de calidad según puede observarse en la tabla 1. Se invirtió en equipamiento informático, básicamente se adquirió un nuevo Server y se creó un sistema de computación ‘pensado desde las necesidades específicas de la empresa’ Sistema Integral de Atención Pacientes (SIAP).

Se contrató personal calificado profesionales médicos auditores, Case Management con experiencia en manejo de discapacidades y se nombró un jefe con formación en psicología y antropología con el fin de adquirir una visión sistémica al contexto de enfermedad-familia-sociedad-entorno.

Se efectuaron encuestas de satisfacción y de calidad de atención.

A partir de estos cambios las quejas vía telefónica (línea 0800) disminuyeron en un 30%. La estadía promedio de interacción en centros de rehabilitación FLENI pasó de 6 meses a 2 meses (pacientes neurológicos), a seguimiento en internación domiciliaria supervisada por una médica del equipo de crónicos: La reinserción laboral se alcanzó en un 5% mejorando con respecto al primer semestre del 2007 en un 1.5%. Es importante considerar que por las características de las patologías. La mayoría tiene secuelas invalidantes permanentes.

En el análisis del Case Mix pudo verificarse un cambio significativo en la composición con incremento en los pacientes de baja demanda (ver en el gráfico 1).

4. Conclusiones

En la presente trabajo se observa el efecto positivo producido por el cambio en el paradigma de atención en un grupo de paciente crónicos debidos a secuelas de accidentes laborales.

El esquema tradicional estaba centrado en brindar una respuesta burocrático administrativa despersonalizada, el trabajo aislado de los diferentes actores invocados en el proceso (administrativos, auditores, prestadores damnificados). Este esquema condujo a que un porcentaje elevado de pacientes tuvieran altos requerimientos de atención, quejas, conflictos con sus empresas y con la ART. Esto condujo a la judicialización de diferentes casos y un incremento en los costos. El continuar con la misma estrategia habría generado un rulo de retroalimentación negativa conduciendo a un deterioro aún mayor en la calidad de las prestaciones y déficit crónico en la empresa.

La reingeniería orientada al trabajo en equipo donde el auditor funciona como una pieza central interrelacionándose con los prestadores, los usuarios y los otros integrantes del equipo de crónico permitió revertir el rulo de retroalimentación negativa. El eje central de la nueva gestión es colocar en el centro al usuario/cliente y desterrar el concepto del damnificado/querellante. Dentro de esta concepción se considero que el usuario/cliente al paciente y a su entorno familiar, esta concepción sistémica le ha permitido a los integrantes del equipo de crónicos interactuar con los grupos familiares "ponerse en el lugar del otro" y comprender que muchos (no todos) los reclamos se fundamentaban en razones valederas o falta de comunicación. Desde esta posición las estrategias de negociación ya mencionadas en la introducción le han permitido a los médicos auditores resolver conflictos que en la gestión previa eran considerados insolubles.

La función primordial de la auditoria ejercida desde crónicos permitió acortar los tiempos de estancias medias en centros de rehabilitación y en la entrega de materiales protésicos. La gestión de enfermedad ha permitido cambiar el curso de la enfermedad en algunos pacientes hecho que permitió aumentar la inserción laboral. En este punto es importante comprender el efecto psicológico que tiene para un enfermo con lesiones graves el volver al trabajo así como

para su entorno familiar en los aspectos psicológicos d relación familiar y económicos.

En el presente trabajo se ha demostrado que una visión humanizada de este aspecto de la medicina se traslada a menores conflictos que se traduciran en menores costos individuales y sociales.

Limitaciones:

El presente trabajo es un análisis inicial de la evolución del sector de manejo de enfermedades crónicas y no han sido efectuado el análisis comparativo de costos entre la estrategia tradicional y la actual, por consiguiente no puede aseverarse que esta nueva metodología de trabajo sea costo-efectiva. Sin embargo los resultados en los otros aspectos mencionados son alentadores e inducen a pensar que la actual forma de trabajo beneficia no solo a los pacientes, a su familias sino también a la empresa.

Figura 1: Relacion de agencia ART prestadores

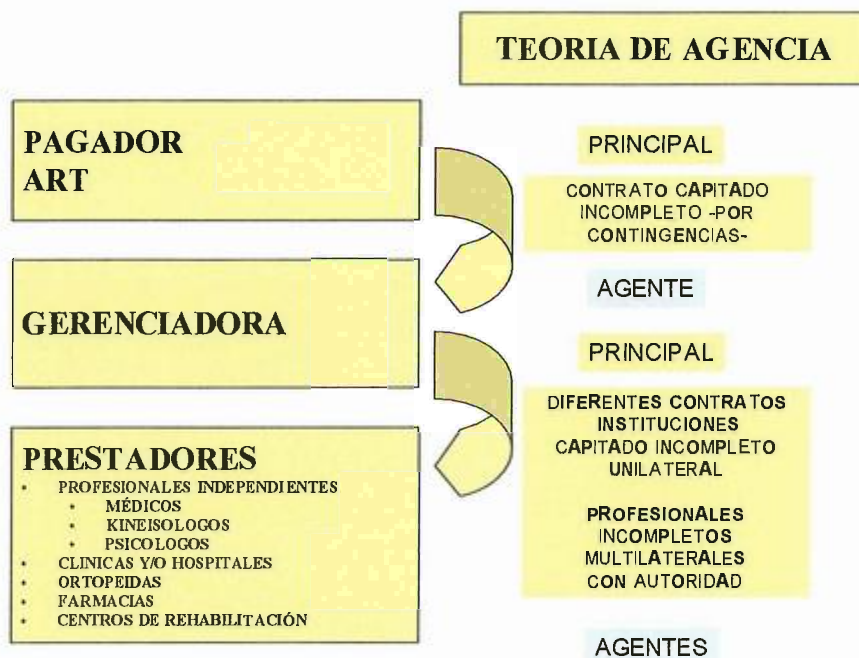
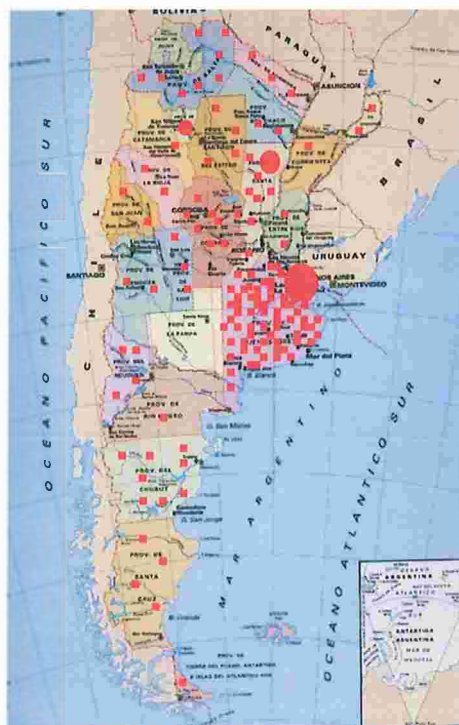


Figura 2: Distribución de los pacientes en el Territorio Nacional



Nota: en rojo se señalan los pacientes y su densidad acorde a las diferentes regiones

Figura 3: Equipo de crónicos



Figura 4. Comparación manejo histórico y actual (multidisciplinario)

✓ HISTORICO	✓ ACTUAL
✓ RESPONSABLES ADMINISTRATIVOS (NO PROFESIONALES)	✓ EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
✓ SOLICITUD DE TURNOS	✓ GESTION BASADA EN: ✓ GESTION DE LA UTILIZACION
✓ AUTORIZACION DE PRESTACIONES	✓ GESTION DE ENFERMEDAD
✓ DESCONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES	✓ EVALUACIÓN DE PACIENTES
✓ NO EVALUACION MÉDICA NI PSICOFAMILIAR	✓ DISCUSIÓN DE CASOS
✓ NO INGERENCIA EN CONTROL ECONOMICO	✓ VALORACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR
	✓ VALORACIÓN DEL GRADO DE CONFLICTIVIDAD
	✓ CATEGORIZACION
	✓ CONTROL DE GASTOS
	✓ SOLICITUD DE TURNOS
	✓ DERIVACIÓN DE PACIENTES
	✓ CONTENSIÓN DE PACIENTES Y GRUPO FAMILIAR
	✓ MANEJO INDIVIDUALIZADO DE LOS ACCIDENTADOS
	✓ EVULUACIÓN DE PRESTADORES

Gráficos 1: Análisis del case mix expresado en número absoluto de pacientes (A) y en porcentaje (B)

Grafico A

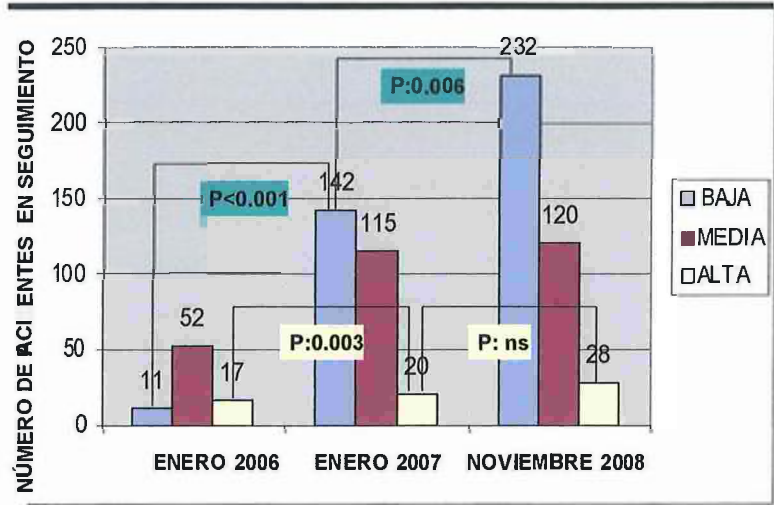
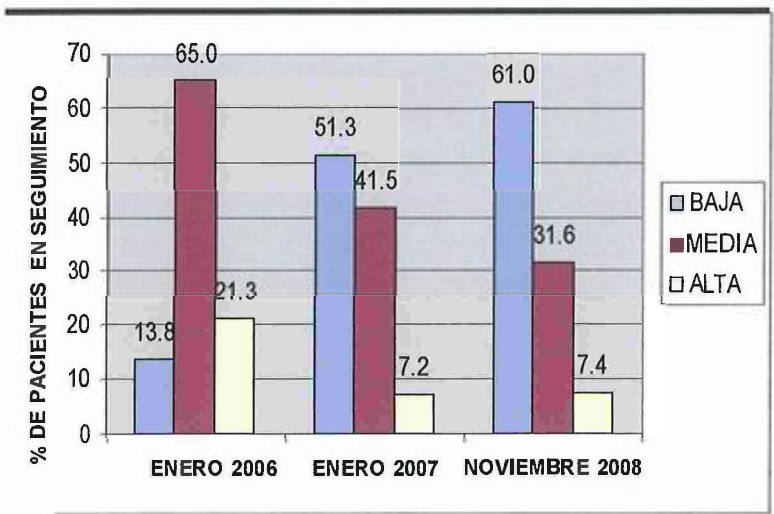


Gráfico B



Indicadores

- indicadores relacionados con satisfacción de los usuarios
- encuestas de satisfacción de pacientes internados, encuesta de satisfacción de pacientes ambulatorios),
- número de quejas en el sitio de la empresa o en el call center
- tiempo de demora para obtención de turnos ambulatorios
- Tiempo de demora en la entrega de informes periódicos en los pacientes crónicos
- Calidad de los informes
- tiempo de internación
- tasa de infección intrahospitalaria
- auditorias de historias clínicas.

Bibliografía

1. Alvarez H, Giradles F. Ley Sobre Riesgos de Trabajo. Jornadas Internacionales de Economía de la Salud Asociación de Economía de la Salud / AES Buenos Aires – 1996.
2. ADECRA / ADEMP. Modelo Prestacional para la Facturación por Módulo Abril 2001
3. Dever GEA. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud OPS/OMS serie Paltex. 1991
4. Meerhoff R. Descentralización Financiamiento, Costeo y Autogestión de Establecimiento de Salud: Una visión Integrada Organización Panamericana de la Salud 1997
5. Benatar SR Global Health Ethics: The rationale for mutual caring. International Affairs 2003: 79.1 107-138
6. Benatar SR Conference of the religions of Peace. En Global Health Ethics: The rationale for mutual caring. International Affairs 2003: 79.1 107-138
7. Masys D. Effect in current and future information technologies on the health care Workforce www.medscape.com/viewarticle/440693
8. Cichon M. Modeling in Health Care Finance. A Compendium of Quantitative Techniques for health Care financing. ILO / ISSA Ginebra 1999
9. Organización Mundial de la Salud. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud Informe sobre la salud del Mundo 2000.
10. Kongstvedt P. Essentials of Managed Health Care. AN Aspen Publication 1997
11. CIEDESS La Administración de Seguros de Salud en Latinoamérica. Santiago de Chile. Mayo 1998.
12. Innovaciones en la gestión de Servicios de Salud. VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. VIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires Ed Isalud 1998
13. Invertir en Salud. Informe sobre el desarrollo Mundial. Año 1993
14. Banco Mundial. El Mundo del trabajo en una economía Integrada. Informe sobre el desarrollo Mundial. Año 1995

15. Russem C. Las cinco preguntas más importantes que Ud. debe formularse sobre su Organización sin fines de Lucro. Herramienta de autoevaluación de la Fundación Drucker para Organizaciones sin fines Lucro (The tool). Ed. Granica año 1995
16. Arrow K J. La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. Información comercial española – Junio 1981.
17. Schinder E. Epidemiología Ocupacional y Ambiental. C.R.E.A 1998.
18. Fichtelbaum. Calidad en Servicio. Material de trabajo . Maestría de Administración de Servicios de Salud UCES. Año 1997
19. Sutton H, Soro A. Actuarial Issues . In The fee-for-service/prepaid medical group. Center for research in ambulatory health care administration. Colorado 1993.
20. Brown RL. Introduction to Ratemaking and Loss Reserving for Property and Casualty Insurance. ACTEX Publications - 1993
21. Serra R. La Estrategia en las Organizaciones de la Nueva Economía. Colección Mercado – 2000
22. Reay T. Making Managerial Health Care decisions in Complex, High velocity environments. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. www.ahfmr.ab.ca/hta/index.php3
23. D.I.R.E.S Finanzas y Control de Costos. Facultad de Ciencias Biomedicas. Universidad Austral. Año 2002
24. Lantos J. Impacto Económico de las Enfermedades. Master Administración de Sistemas de Salud. Universidad Austral. Año 2002
25. Musgrove P What is the minimum a doctor should know about health economics? Harvard Health Caucus: The globalization of Health. Año 2001 <http://web.med.harvard.edu/healthcaucus>
26. Tobar F. Economía del Hospital. En Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategias de Cambio. Bascolo, Ernesto (editor). Rosario. Instituto Juan Lazarte 2002
27. Vinitzky G. Gestión y Éxito Empresario. Ed Macchi. Año 1993
28. Ferguson CE, Gould JP. Teoría Microeconómica. Ed. Fondo de Cultura Económica 1994
29. NSW Health Department. Case Mix Standards For NSW 1999/2000. Strategic Direction for Health. Año 1999 www.health.nsw.gov.au

30. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Austral. Seminario Internacional GRD en los Prepagos. 24-25 de Noviembre de 1997
31. Dipesh N. Coding y documentation : a brief guide. www.Medscape.com/MedStudent/journal/2001
32. Fernandez Diaz JM. La Gestión de Costes ABC (Activity Based Costing): Un Modelo para su aplicación en Hospitales. Ed. Salud Para Todos Nº 109 Noviembre 2002
33. JCAHO An Introduction to Quality Improvement in Health Care. The Transition from QA to QI. Año 1998
34. JCAHO Health Care Networks: Proposed standards revisions related to practitioner panel competency review. Año 2001. www.jcaho.org/standard/networks_fr_std.html
35. Allard E. Dembe J, Himmelstein S. Contrapt Provisions to ensure quality in workers' compensation managed care arrangement Journal of Insurance Regulation – 1999. Ed. Dow Jones Interactive © Publications Library
36. Thomas R, Poi L. El nuevo Marketing de la Salud. Herramientas para escenarios desregulados y altamente competitivos Universidad de Nebraska – Buenos Aires Año 2000
37. Gabel JR. Consumer-Driven Health Plans: Are they more than Talk Now?. Health Affairs / November 2002
38. Murria CJ. Cuantificación de la Carga de Enfermedad: La base técnica del calculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad. Boletín de la Oficina Panamericana 118(3). 1995
39. Cerdeiro O. Costos Médicos en el Ámbito Privado. ADECRA 1996
40. Aranguren E, Rezzonico R. Auditoria Medica, Garantia de Calidad en la Atencion de la Salud. Ed. Centro Editor de la Fundación Favalaro Año 1996.
41. WHO / Aga Kahn Foundation / UNICEF Cost Analysis in Primary Health Care. A Training Manual for Program Managers. Año 1996
42. Ministerio de Salud Publica de Salta. Nuevo Hospital El Milagro. Memoria Anual 2001.
43. Garcia Guerrero JM. Presupuestacion de Costos. Ed. SADAM – Universidad Maimónides Año 2002
44. Rundquist K. Explaining Return – to work programs. Occupational Hazards. Ed. Dow Jones Interactive © Publications Library. Año 1998