

## **AUDITORÍA DE ACCIDENTES DEL TRABAJO:**

### ***Una experiencia argentina***

OTERO, Ricardo A; RIOBÓ, Alberto C.

Nota previa: Por qué una publicación tardía: el presente trabajo fue escrito originalmente en 1997 y se mantiene inédito. Por lo tanto, es lícito pensar que se encuentra obsoleto. Sin embargo, creemos que mantiene valor en tanto relata una de las pocas experiencias argentinas en el llamado “paradigma europeo” de la auditoría médica[1]. Este concepto, absolutamente alejado del de fiscalización, tan frecuente en nuestro país, se basa en el análisis de la actuación profesional por parte de especialistas en las mismas modalidades asistenciales auditadas. No se trata de expertos en nomencladores, facturaciones y contratos prestacionales, cuyo objetivo consiste en hallar puntos conflictivos del accionar profesional que le permitan excluir de la responsabilidad económica al tercer pagador. Al contrario, se apoya en el análisis experto de las acciones asistenciales, con el sólo objeto de mejorar su calidad.

#### **Introducción:**

En julio de 1996 se puso en marcha el sistema de cobertura de accidentes y enfermedades del trabajo establecido por la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo (LRT), sancionada el 13 de septiembre de 1995 y promulgada el 3/10/1995 [2].

Desde tiempo antes se hizo evidente para la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, -SRT, autoridad de aplicación del sistema, creada por el artículo 25 de la mencionada Ley-, la necesidad de implementar un Programa de Auditoría Médica para evaluar la calidad de las prestaciones en especie que las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) proporcionan a sus afiliados. Estas prestaciones están determinadas por el artículo 20 y son: asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación, recalificación profesional y servicio funerario.

El objetivo propuesto fue la evaluación de la calidad de atención médica brindada por las ART. Para ello se diseñaron auditorías concurrentes (presencia del médico auditor en el lugar de atención)[3], exclusivamente para obtener información y opinar confidencialmente sobre la asistencia brindada. El auditor no debía actuar por sí ni ejercer ningún tipo de presión sobre el prestador, salvo la que proviniese de su propia presencia.

El principal inconveniente que se debió enfrentar fue la carencia de antecedentes nacionales de un programa de ese tipo, además de que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo no contaba con los recursos estructurales necesarios. Por todo ello, contrató una asesoría externa para implementar el programa, con el 1 de julio de 1996 como fecha de inicio.

#### **Material y Métodos:**

##### Cálculo de la demanda:

En Argentina no existían estadísticas confiables sobre accidentología laboral, entonces se analizó la bibliografía internacional, especialmente de México (1988) y Chile (1995), así como

un trabajo de 1994 en el que se reunía información a nivel mundial, incluyendo algunas cifras de nuestro país<sup>1</sup>.

Así se calculó que se producirían en todo el territorio unos 3.100 accidentes laborales al mes (2,21 accidentes por cada 100.000 habitantes por semana). Alrededor del 50% de los casos se producirían en Capital Federal y provincia de Buenos Aires. Como era imposible para la SRT evaluar más de tres mil casos mensuales, se redujo el universo a ciertas patologías seleccionadas y con importantes niveles de gravedad.

Se seleccionaron los siguientes diagnósticos:

- Amputación por encima de carpo o tarso, parcial o total.
- Aplastamiento torácico.
- Castración o emasculación traumática.
- Coma de origen traumático.
- Fractura de uno o más cuerpos vertebrales.
- Fractura expuesta por encima de carpo o tarso.
- Herida abdominal transperitoneal con o sin perforación de víscera.
- Intoxicaciones agudas con alteración de parámetros vitales.
- Lesión de corazón o grandes vasos.
- Perforación o enucleamiento ocular.
- Politraumatismo grave (con riesgo de muerte).
- Quemadura grave, (Tipo AB + 20%; Tipo B +10%).
- Rotura o estallido renal, vesical o esplénico.
- Scalp de cuero cabelludo, de más de 10 cm. de diámetro.
- Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento.

Quemaduras, intoxicaciones y amputaciones fueron consideradas patologías trazadoras, de acuerdo con la experiencia internacional al respecto.

Instrumentos para la recolección de datos:

La Resolución SRT N° 94/96 [4] aprobó las normas para la denuncia de los casos, estableciendo que las ART debían informar todos los casos de accidentados laborales internados dentro de las 24 horas de sucedidos, incluyendo datos acerca del establecimiento asistencial actuante. Incluyó una planilla por medio de la cual efectuar las denuncias.

También se diseñó el *Formulario de Auditoría Primaria para Casos Trazadores y Graves* para uso de los Auditores. Este, además de la información del accidentado, empleador y aseguradora, recoge tipo y gravedad de las lesiones, agentes causales y opinión del Auditor acerca de la prestación. Se valoran las acciones tomadas por los prestadores actuantes, tiempos de respuesta, medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y utilizados y opinión acerca del resultado final.

Recursos Humanos:

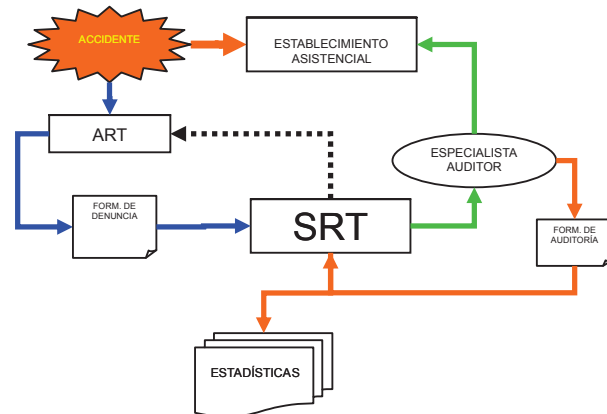
Se estableció como necesario contar con especialistas en Terapia Intensiva, Traumatología y Neurología. Los antecedentes en auditoría médica no fueron excluyentes, pero sí preferentes. Se conformó un equipo profesional formado por tres traumatólogos, cuatro internistas y un auditor médico<sup>2</sup>, quienes tuvieron a su cargo toda la labor evaluativa.

Previo al inicio de actividades, fueron capacitados acerca de los objetivos del programa y de la LRT. Para ello, se prepararon dos documentos, uno con el resumen de la legislación y otro con un análisis de las políticas que le dieron origen.

<sup>1</sup> Lamentablemente, el tiempo transcurrido hace imposible recuperar las citas de las fuentes internacionales de información que fueron consultadas oportunamente.

<sup>2</sup> La inclusión de este profesional fue necesaria debido a que los demás especialistas no tenían experiencia en técnicas generales de auditoría ni en la aplicación de las herramientas de la disciplina.

Desde la SRT, un equipo administrativo de tres personas dio el apoyo necesario al sistema. Los datos recogidos fueron procesados por medio de un programa computarizado que permite su análisis estadístico.



**Figura 1: Circuito del Programa de Auditoría.**

El sistema puede apreciarse en la figura 1: producido el accidente, llega la información (flechas azules) a la ART y el paciente es derivado al centro asistencial correspondiente (roja). La ART informa vía fax a la SRT, que envía un auditor (flechas verdes) al centro de internación. El profesional completa el formulario de auditoría, que es cargado en el sistema de la SRT y emite las estadísticas mensuales (flechas naranjas). En los casos en que de la auditoría surgiera información relevante que justificase la intervención de la ART sobre el prestador o el beneficiario, es comunicada inmediatamente (flecha punteada).

La gestión del programa durante el primer trimestre (julio - septiembre de 1996) estuvo a cargo de un coordinador operativo (médico), ocho médicos auditores, un responsable administrativo y dos administrativos, cubriendo horario continuo de 12 horas diarias, de lunes a viernes.

**Resultados:**

Durante el trimestre se recibieron 946 denuncias, de las que 789, (83,40%), correspondieron a las patologías enunciadas y fueron, por lo tanto, elegibles para efectuar Auditoría (tabla 1).

**Tabla 1: Denuncias por mes**

Casos	s/fecha	Jul	Ago	Sep.	Total
Total	8	294	352	292	946
Elegibles	7	234	305	243	789
No Elegibles	1	60	43	36	140
Sin diagnóstico	0	0	4	13	17

En ocho denuncias (0,84%), no se logró obtener la fecha del accidente y en otras diecisiete (1,8%) no se incluyó el diagnóstico, por lo que no fue posible definir su elegibilidad.

De las 789 denuncias elegibles se evaluaron efectivamente un total de 270 (es decir, el 34,22%). El resto (519 casos), no lo fueron por diversas razones, el paciente fue dado de alta antes de la evaluación o la denuncia ingresó luego del alta del paciente: 317 casos; falleció prematuramente, 159 y en la última quincena, la SRT redujo los viajes largos por razones presupuestarias. Esto redujo la muestra en 26 casos. Asimismo hubo casos en los que el paciente fue trasladado a otro centro asistencial antes de ser evaluado, no hubo medios de transporte disponibles y un caso en el que el prestador no permitió la auditoría.

La opinión de los Médicos Auditores fue:

**Tabla 2: Calificación de la atención brindada.**

Casos	Jul	Ago	Set	Total
Total	96	96	76	268
Correcta	66,67%	31,25%	5,26%	36,30%
Deficiente	30,21%	23,96%	17,11%	24,81%
Deficiente información	0,00%	44,79%	77,63%	37,78%
S/D	3,13%	0,00%	0,00%	1,11%

La calificación de "atención deficiente" debe ser interpretada en su estricta acepción de "falta o incompleto" y no como de mala calidad intrínseca. Durante el primer mes se incluyó en ese término a la totalidad de las causas, sean médico-asistenciales o no, que pudieran hacer que la atención fuese incompleta. Sin embargo, a partir de agosto se hizo evidente que en una proporción muy grande de estos casos ello no era debido a la asistencia médica, sino a la pobreza de la información que las ART brindaban. Así, a partir de agosto se desglosaron las deficiencias en dos componentes, uno asistencial y otro de información.

"Correcta" tomaba en consideración las condiciones locales. Esto es, la exigencia para alcanzar este calificativo fue mucho mayor en áreas urbanas con buena oferta de servicios e infraestructura comunicacional que en ambientes rurales o semi rurales. En el período, los casos "correctos" descendieron desde el 50% hasta poco más del 2%. Si bien la modificación en el criterio de deficiencia hace que los resultados del primer mes no sean comparables con los siguientes, la reducción es evidente. La explicación no es fácil. Ni la SRT ni la consultora influyeron de modo alguno sobre los Auditores, por lo que no se les puede asignar responsabilidad. Es posible que los propios auditores se hubiesen hecho más críticos a medida que aumentaba su experiencia en este tipo de evaluación, nueva para todos ellos.

Sin embargo, también la cantidad de casos con calificación de "deficiente" fue reduciéndose con el tiempo, especialmente a partir de agosto. De acuerdo a las cifras que se muestran, queda claro que el problema de la calidad de información fue el más importante que el programa debió afrontar. En definitiva, un tercio de los casos recibieron atención correcta, otro tercio mostró problemas en la información, mientras que algo menos del 25% fue considerado como de atención deficiente.

La Tabla 4 muestra, en orden descendente, el número de denuncias por provincia y mes. En algunos casos se trata de la provincia en la que se efectivizó la auditoría, no en la que ocurrió el accidente. De tal modo, las que poseen oferta médica mayor importancia registran más casos, porque son las que asisten accidentes acaecidos en localidades menores.

**Tabla 4 Denuncias por Provincia**

Provincia	DENUNCIAS						POBLACIÓN		Relac Den / Pob
	Jul	Ago	Set	S/F	TOTAL	%	TOTAL	%	
Buenos Aires	84	111	93	5	293	31,27	12.594.974	37,80	0,827
Capital Federal	77	72	60	1	210	22,41	2.965.403	8,90	2,518
Santa Fe	35	40	32	1	108	11,53	2.798.422	8,40	1,372
Córdoba	21	23	29	1	74	7,90	2.766.683	8,30	0,951
Entre Ríos	10	12	8	0	30	3,20	1.020.257	3,06	1,046
Otras	67	94	70	0	231	23,69	11.170.266	33,60	0,705
TOTAL	294	352	292	8	946	100,00	33.316.005	100,00	

Las tres columnas finales recogen la población de cada jurisdicción (Censo '91 [5]), el porcentaje sobre total del país y la relación entre las denuncias y esa población. Si el resultado es la unidad hay relación directa entre el número de denuncias y la población. En Capital Federal (la mayor oferta asistencial) hubo más denuncias que lo que correspondería a su población, lo que se explica por derivación es provenientes principalmente del conurbano, ya que la provincia de Buenos Aires muestra una relación inversa. Algo similar ocurre con Tucumán, que parece concentrar la atención de la accidentología de Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la población mostrada no es la económicamente activa, sino la total. Por ello, gran parte de la región patagónica (Neuquén, Río Negro, La Pampa, Chubut) presenta una alta relación, que no parece justificarse por las derivaciones que eventualmente pudiera recibir del resto de la región (Tierra del Fuego y Santa Cruz). La existencia de explotaciones petroleras en esas áreas, con su alta siniestralidad, podría ser la causa del fenómeno.

Tabla 6: recoge los principales diagnósticos por su frecuencia de presentación<sup>3</sup> ordenados en forma descendente, incluyendo su letalidad. Se observa que los traumatismos encéfalo craneanos con pérdida del conocimiento (TEC c/p) fueron el principal diagnóstico (44,82% del total). Siguen en orden de frecuencia, aunque muy alejados, los politraumatismos, accidentes de tránsito y las fracturas expuestas.

**Tabla 6: Los diagnósticos y su letalidad**

Diagnóstico	Casos		Letalidad	
	N	%	N	%
TEC c/p	424	44,82	33	7,78
Politraumatismo	76	8,03	25	32,89
Accidentes de tránsito	56	5,92	56	100,00
Fractura expuesta	53	5,6	0	0,00
Fracturas	45	4,76	0	0,00
Amputación	33	3,49	0	0,00
Quemadura	27	2,85	3	11,11
Traumatismo ocular	26	2,75	1	3,85
Herida de bala	24	2,54	10	41,67
Otros	158	8,77	31	37,35
S/D	24	2,54	18	75,00
<b>Total</b>	<b>946</b>	<b>100,00</b>	<b>200</b>	<b>21,14</b>

“Otros” incluye electrocución, ruptura de bazo, fractura de cráneo, paro cardíaco, scalp. 24 casos quedaron sin diagnóstico exacto. 158 fueron incluidos como “otros”; muchos no elegibles para auditar: paros cardíacos o cardiorrespiratorios, accidentes aéreos, suicidios, fracturas de pelvis, traumatismos varios, etc.

Entre las grandes causas de mortalidad figuran, en primer término, las lesiones producidas por accidentes de tránsito, cuya mortalidad alcanzó el 100%. Si bien éste no es un diagnóstico médico ni se lo mencionaba entre las patologías a evaluar, su enorme letalidad justifica su inclusión, puesto que demuestra la necesidad de extremar las medidas preventivas. En prácticamente todos fue imposible conocer la causa de muerte, puesto que fallecieron en el acto y, por las implicancias legales, no hubo información disponible en forma rápida. Estos accidentes ocurrieron en circunstancias *in itinere* (el 40,38% de ellos) y en pleno horario laboral (trabajadores que trabajan en la vía pública o que se accidentaron mientras eran trasladados de un lugar a otro). En algunos de estos casos los medios de transporte no eran los más adecuados para el transporte de personas. Por ejemplo, la caja de carga de un camión.

<sup>3</sup> Se incluyen los que suman más del 80% del total.

La mortalidad de los traumatismos encéfalo craneanos con pérdida de conocimiento fue baja en relación con otros diagnósticos, 8% en cifras redondas, mientras que cuando no hubo alteración de la conciencia la mortalidad llegó al 5,56%. Por parte de las patologías trazadoras, las amputaciones no presentaron mortalidad, mientras que las quemaduras alcanzaron el 11,11% y las intoxicaciones el 23,08%. Sin embargo, los pocos casos no permiten conclusiones demasiado válidas. Es notable el 75 % de mortalidad en los casos sin diagnóstico. Muchos de estos accidentados fueron hallados ya fallecidos y, por lo menos durante el lapso del análisis, no fue posible conocer las causas.

#### Conclusiones:

Si bien este primer análisis no permitió obtener conclusiones definitivas, demostró la existencia de algunos problemas sobre los cuales se aconsejó a la SRT actuar rápidamente:

1. Déficit en la calidad de información, (tanto en contenido como oportunidad), lo suficientemente importante como para concluir que la capacidad de análisis, y con ella la posibilidad de tomar decisiones, tanto por parte de la SRT como de las ART e incluso por los empleadores, se vería seriamente afectada a corto plazo, salvo que se tomaran las medidas necesarias para mejorarla.
2. Sólo un tercio de los casos evaluados fue considerado como de atención correcta, demostrando la necesidad de mejorar la oferta asistencial de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo y la eficacia de los sistemas de atención y traslado inmediatos.
3. La prevención es imperativa para reducir el riesgo laboral. Para ello se requerirá del concurso de otras áreas, tanto del Estado como de la comunidad en su totalidad, sumado a los esfuerzos de la SRT y las ART. Esto fue especialmente claro respecto de los accidentes de tránsito<sup>4</sup>.
4. Es necesario investigar las razones de la gran frecuencia de los traumatismos craneoencefálicos, que superan lo esperado, aparentemente incidiendo sobre modalidades laborales que se suponían de bajo riesgo (las rurales, por ejemplo).
5. Los ejemplos mencionados en los puntos 3 y 4 demostraron que la disponibilidad de equipos de emergencia entrenados, con capacidad y medios operativos adecuados es de fundamental importancia para reducir la morbimortalidad.

#### Bibliografía:

1. McKEE C.F., LAUGLO M., LESSOF L.: "Medical audit: a review". *Journal of the Royal Society of Medicine* Volume 82 August 1989: pp. 474-478.
2. REPÚBLICA ARGENTINA. LEY 24.557, Sobre Riesgos del Trabajo. BO del 4/10/1995.
3. GROUPE LORRAIN D'AUDIT MÉDICAL: "L'Audit Médical, qu'est ce?". En [www.glam-sante.org](http://www.glam-sante.org)
4. REPÚBLICA ARGENTINA, SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO: Resolución 94/96.
5. REPÚBLICA ARGENTINA, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS: Resultados del Censo Nacional de Población 1991. En [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).

<sup>4</sup> Esta aseveración se mantiene absolutamente vigente –en realidad es aún más imperiosa, y no sólo en el ámbito laboral- doce años después de haber sido enunciada.