

Las Redes de Atención de Salud de Compensación al Trabajador (Marzo del 2006)

Los empleadores en Texas pueden proveer la cobertura de compensación al trabajador a sus empleados por medio de las “redes de atención de salud de compensación al trabajador” certificadas por el Departamento de Seguros de Texas (TDI según siglas en inglés). Estas redes dan atención médica, a un costo eficiente, para las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo. Debido a estas redes se especializan en el tratamiento de trabajadores lesionados, también pueden proveer mejor acceso a la atención médica adecuada y ayudar a los trabajadores lesionados a regresar con más rapidez y seguridad al empleo.

Este manual explica los aspectos importantes de las redes de atención de salud de compensación al trabajador como medios para el suministro de servicios de salud a los trabajadores lesionados. Especialmente enfoca su atención a la manera que estas redes podrían impactar a los empleados, empleadores y a los proveedores de servicios de atención de salud.

Un resumen de las redes de atención de salud de compensación al trabajador

Los aseguradores (insurance carriers) pueden establecer o contratar redes de servicios de atención de salud certificadas por TDI para proporcionar atención de salud a sus trabajadores lesionados. (Los “aseguradores” pueden ser incluso compañías aseguradoras, subdivisiones políticas, empleadores individuales auto-asegurados certificados o grupos de empleadores auto-asegurados certificados). Las redes de atención de salud de compensación al trabajador son similares a los planes de “cuidado administrado” ofrecidos por las organizaciones de mantenimiento de salud (HMOs) y por las organizaciones de proveedor preferido (PPOs). El componente central de estos planes es el uso de una red de proveedores – la cual está compuesta de doctores, hospitales y otros proveedores que trabajan en colaboración para atender al paciente. Los planes controlan los costos al contratar proveedores de atención de salud para que suministren los servicios de salud a precios prenegociados, y supervisando de cerca la atención y progreso del paciente en tratamiento. Las redes de atención de salud de compensación al trabajador también incorporan el uso de guías para el regreso-al-trabajo del empleado lesionado, para el monitoreo del progreso médico y la habilidad del empleado para regresar al empleo, así como un programa de mejoramiento de calidad para evaluar la eficacia total de la red.

Si un empleador compra una póliza de seguro de compensación al trabajador de una compañía aseguradora que ha establecido o contratado una red de servicios, la red generalmente suministrará toda la atención de salud asociada a las lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo que sufren los empleados del empleador. La compañía aseguradora paga por el costo de la atención de salud y cualquier beneficio de ingreso que se le debe al empleado por pérdida de salario o incapacidad física permanente.

Las compañías aseguradoras podrían, ya sea operar las redes directamente o contratar redes independientes para que suministren la atención de salud a los trabajadores del titular de la póliza. Los empleadores auto-asegurados certificados, los grupos de empleadores auto-asegurados certificados, y las subdivisiones políticas también podrían contratar directamente a una red o establecer sus propias redes para tratar a sus trabajadores lesionados.

El TDI fija los estándares mínimos con los que se tiene que cumplir en cuestiones financieras y respecto al acceso y disponibilidad de los servicios. Además, TDI expide un “reporte anual”

evaluando a todas las redes certificadas en aspectos tales como los resultados de regreso-al-trabajo de los empleados lesionados, los resultados de los tratamientos y la satisfacción del empleado.

Como funcionan las redes de atención de salud de compensación al trabajador. Cuando un trabajador asegurado por una red sufre una lesión o enfermedad relacionada a su trabajo el trabajador escoge, de entre los doctores “para tratamiento” en la lista de la red, a uno para su tratamiento. Ese doctor asume el papel principal en la supervisión de la atención del paciente en lo concerniente a compensación al trabajador. (Los HMOs usan esencialmente de la misma manera doctores que se conocen como los “los doctores porteros” o “los doctores principales”) El doctor “para tratamiento” es el doctor que proporciona el tratamiento para la lesión relacionada al trabajo y, en caso de necesitarse un tratamiento más extenso es el que da las recomendaciones para ver a los especialistas.

Generalmente, a los pacientes no se les permite ver a los especialistas sin que el doctor encargado de su tratamiento dé su aprobación. Para ciertos tipos de atención de salud, la red de compensación al trabajador también podría requerir que el doctor encargado de su tratamiento obtenga “preautorización” de la red para los tratamientos propuestos y para las recomendaciones. El proceso de preautorización determina, antes de llevarse a cabo, si los tratamientos y recomendaciones son médicamente necesarios. Un proceso similar, conocido como la “revisión de utilización” o “revisión retrospectiva”, determina durante el suministro o después del suministro, si el tratamiento es médicamente necesario.

En la mayoría de los casos el asegurador pagará únicamente por la atención de salud considerada médicamente necesaria. Las leyes estatales requieren que las redes tengan un proceso para permitir a los pacientes y doctores apelar cualquier decisión adversa concerniente a la necesidad médica. Además, las guías de la red para los tratamientos tienen que ser suficientemente vastas para proporcionar la atención de salud necesaria y suficientemente flexibles para permitir desviaciones de las normas cuando hay justificación.

Todos los empleados que viven dentro del área de servicio de la red generalmente están obligados a recibir el tratamiento para sus lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo por medio de los proveedores en la red. Excepto bajo ciertas circunstancias, tales como emergencias o servicios autorizados para recibirse fuera de la red, el asegurador podría negarse a pagar por los servicios suministrados por un proveedor fuera de la red.

Redes de atención de salud de compensación al trabajador: Información para el empleado

Si su empleador participa en una red de atención de salud de compensación al trabajador su empleador está obligado por ley a darle notificación por escrito de los reglamentos y procesos de la red. La notificación debe incluir información sobre los procesos de la red para las quejas y apelaciones de decisiones concernientes a tratamiento, el área de servicios y una lista completa de los proveedores de servicios en la red. Al recibir la notificación usted tiene que firmar un acuse de recibo y regresarlo. El hecho de no regresar el acuse de recibo no lo exenta de los reglamentos de la red en caso de una reclamación futura – solo estaría exento si el empleador no cumple con el requisito de darle la notificación. Si no vive dentro del área de servicios, usted tiene que decirle al asegurador de inmediato. Si no le dice al asegurador que usted vive fuera del área de servicios, el asegurador podría asumir que usted vive en la dirección que usted le dio a su empleador.

Los aseguradores de compensación al trabajador son generalmente responsables por el 100% de los costos de los tratamientos amparados para las lesiones y enfermedades relacionadas al trabajo. El

asegurador o proveedor de atención de salud no puede cobrarle a usted por ningún servicio o tratamiento relacionado a la atención de una lesión o enfermedad relacionada al trabajo. Pero, si fuera del área de servicios usted recibe atención que no es de emergencia sin tener autorización previa de la red, puede ser que usted tenga que pagar.

Las redes de atención de salud de compensación al trabajador operan en determinadas áreas geográficas de servicio, dentro de las cuales la red ha demostrado ante TDI que cuenta con suficientes servicios médicos para satisfacer las necesidades de los trabajadores.

- **Todas las redes** tienen que contratar una cantidad de proveedores que sea suficiente para tratar trabajadores las 24 horas del día, siete días a la semana, y proveer todos los servicios necesarios de hospital, psiquiátricos y terapia física.
- **Las redes en áreas urbanas** tienen que tener una cantidad adecuada de doctores para tratamiento y hospitales generales adentro de las 30 millas de distancia de los hogares de todos los trabajadores que viven dentro del área de servicio, y todos los servicios necesarios de especialidades adentro de 30 millas de distancia de los hogares de los trabajadores.
- **Las redes en áreas urbanas** tienen que tener una cantidad adecuada de doctores para tratamiento y hospitales generales adentro de las 60 millas de los hogares de todos los trabajadores que viven dentro del área de servicio, y todos los servicios necesarios de especialidades adentro de las 70 millas de los hogares de los trabajadores.
- **Si la red no puede cumplir con estas guías de servicios** TDI puede permitir excepciones. Pero, la red tiene que presentar a TDI el plan que tiene para cumplir con los requisitos en el futuro. Además, la red tiene que tener un plan interino que ponga a disposición los servicios a todos los empleados actualmente dentro del área de servicio.

Si usted vive dentro del área de servicio de la red, es importante que entienda que, excepto bajo ciertas circunstancias, usted tiene que usar la red para el tratamiento concerniente a una reclamación de compensación al trabajador. Si usted sufre una lesión o enfermedad relacionada a su trabajo, su primer paso será escoger, de entre la lista de proveedores aprobados en la red, a un doctor “para tratamiento”. Este será el doctor que supervisará su tratamiento y será su enlace a otros proveedores de la red. La compañía aseguradora está obligada a darle a su empleador una lista de los doctores de tratamiento actualizada mínimo cada trimestre.

El asegurador podría negar el pago de un tratamiento suministrado por proveedores fuera de la red sin la autorización previa de la red. Existen excepciones para emergencias médicas y ciertas otras situaciones. Esto significa que usted probablemente no podrá ir a su doctor de familia para recibir el tratamiento para su lesión relacionada al trabajo, a menos que el doctor esté en la red de compensación al trabajador.

Los empleados que viven fuera del área de servicio de la red en general están exentos de los reglamentos y requisitos de la red. Usted podría escoger a cualquier doctor que esté dispuesto a tratarlo siempre y cuando el doctor esté en la lista de doctores aprobados por TDI.

Entre los empleados de la misma empresa los requisitos podrían ser diferentes para las reclamaciones de compensación al trabajador, si algunos de los trabajadores viven fuera del área de servicio de la red. El empleado jamás debería dar información engañosa respecto a su domicilio principal para intentar evitar los reglamentos de la red o ser transferido a otra red. Por ley, si el asegurador descubre el engaño, el asegurador podría negar el pago de cualquier tratamiento vinculado a la reclamación de compensación al trabajador.

Un empleado que vive dentro del área de servicio del plan también podría estar exento de algunos o todos los requisitos del plan bajo ciertas circunstancias específicas:

- **Si usted necesita tratamiento de emergencia** la red tiene que pagar por el costo del tratamiento que reciba de cualquier proveedor de atención de salud, sea o no sea proveedor de la red. Pero, usted está obligado a regresar a un proveedor de la red una vez que se su estado ha sido estabilizado.
- **Si en la red no hay un proveedor capacitado para darle el servicio que usted necesita** la red tiene que autorizar el uso de un proveedor fuera de la red.
- **Si usted tiene un doctor principal de HMO por medio de su plan personal de seguro de salud** usted puede pedirle a la red que permita que ese proveedor sea el doctor que le de el tratamiento concerniente a la reclamación de compensación al trabajador. Pero, si se lo autorizan, su doctor del HMO tiene que aceptar adherirse a los reglamentos de la red de compensación al trabajador, las guías de tratamiento y las guías de regreso-al-trabajo.

El doctor de su tratamiento está obligado a atenderlo de acuerdo a los reglamentos de la red, las guías de tratamiento y las guías de regreso-al-trabajo. En caso que usted necesite tratamientos caros o fuera de rutina las recomendaciones de ese doctor también podrían necesitar ser previamente autorizadas por la red para asegurar que el tratamiento es médicamente necesario.

Pero, en caso que usted o el doctor que lo está tratando no estén de acuerdo con cualquier decisión, ya sea de la red o del asegurador, respecto a la necesidad médica, usted o su doctor tienen 30 días para apelar para que un doctor alterno calificado revise la decisión. La entidad que negó la necesidad médica está obligada por ley a completar la revisión tan pronto como sea razonable, y generalmente sin pasarse de los 30 días a partir de la fecha que recibe la apelación. Aunque, en caso de una situación que amenaza la vida, usted tiene derecho a solicitar que de inmediato una organización de revisión independiente revise el caso. Si no es una situación que amenaza la vida, y usted o su doctor no están de acuerdo con la decisión, usted o su doctor pueden pedir una revisión independiente hecha por una organización de revisión independiente.

Los empleados que reciben atención médica por medio de una red de compensación al trabajador tienen los siguientes derechos adicionales:

- **Si no está satisfecho con el doctor que le está dando el tratamiento, usted puede escoger a otro doctor de la lista de doctores para tratamiento en la red.** Usted tiene que avisarle a la red. La red podría negar su solicitud. Pero, si no está satisfecho con el doctor al que cambió, es posible que antes de volver a cambiar de doctor usted necesite autorización de la red.
- **La red tiene que manejar los asuntos de servicios médicos, incluso las recomendaciones a especialistas en un tiempo razonable,** que nunca puede ser más de 21 días después que se hizo la solicitud de los servicios.
- **Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que la red ha actuado incorrectamente.** La red debe acusarle recibo por escrito de su queja dentro de los 7 días a partir de la fecha que la recibe, y debe generalmente resolverla dentro de 30 días. Tenga en mente que los desacuerdos sobre la necesidad médica de tratamientos proporcionados por una red generalmente tienen que ser resueltos por medio del proceso de apelación de la red, no por medio del proceso de quejas.

- **Si no se resuelve su queja usted tiene derecho a presentar una queja ante TDI.** Las quejas pueden presentarse en el sitio electrónico de TDI o llamando a la Línea de Ayuda al Consumidor
www.tdi.state.tx.us
1-800-252-3439
- **El empleador o red no deben jamás tomar represalias porque se presentaron apelaciones o quejas.** Si usted cree que su empleador o red de servicios ha actuado incorrectamente, presente una queja ante TDI.

Las redes de atención de salud de compensación al trabajador: Información para los empleadores.

Cuando un empleador está decidiendo si participar en una red de atención de salud de compensación al trabajador, el empleador debería considerar la distribución geográfica de sus empleados. Si usted tiene empleados en muchas regiones del estado, o distribuidos ampliamente alrededor de una sola área metropolitana, puede ser que algunos trabajadores residan fuera del área de servicio de alguna de las redes a su disposición. Los empleados que viven fuera del área tendrán diferentes reglamentos para la cobertura de compensación al trabajador. Estos empleados generalmente pueden recibir tratamiento para sus lesiones relacionadas al trabajo de cualquier doctor en una lista de doctores aprobados por TDI.

Para poder operar legalmente en Texas las redes de atención de salud de compensación al trabajador deben estar aprobadas por TDI. Para ser aprobadas por TDI estas redes tienen que cumplir mínimo con los requisitos estándar de cobertura y servicios requeridos por la ley. La lista de redes de servicios aprobadas por TDI está a su disposición en el sitio electrónico de TDI.

Si decide participar en una red de atención de salud de compensación al trabajador usted tiene que dar a sus empleados notificación por escrito de los reglamentos y requisitos de la red. Al tiempo que la cobertura entra en vigor usted tiene que dar aviso a los empleados que ya son sus empleados, y a los empleados nuevos en la fecha que son contratados. Usted también debe dar notificación otra vez cuando el empleado reporta una lesión o enfermedad relacionada al trabajo. El aviso tiene que incluir la lista de cualquier servicio de atención salud para el que la red requiere preautorización o revisión de utilización, las descripciones de todos los procesos de la red, información sobre el área de servicios de la red, y una lista completa de los proveedores en la red. Su asegurador lo surtirá de estas notificaciones. El aviso tiene que estar en inglés, español y cualquier otro idioma común del 10% o más de sus empleados. Por ley, si usted no notifica a su empleado, el empleado no está obligado a adherirse a los reglamentos de la red para los tratamientos.

Al tiempo que la notificación le es entregada el empleado tiene que firmar un acuse de recibo que recibió los reglamentos de la red. El empleado no está exento de los reglamentos de la red debido a que no regresó el acuse de recibo – solamente está exento si usted no le da la notificación. Por lo tanto, es importante que guarde un archivo de todas las formas de acuse de recibo, porque puede ayudarlo a documentar su caso si un empleado dice que usted no le dio el aviso obligatorio.

Además, los empleadores están obligados a mantener una lista de contacto de todos los proveedores participantes en la red, actualizada mínimo trimestralmente, según suministrada por el asegurador. También están obligados a exhibir en el lugar de trabajo, en lugares visibles, los avisos de la cobertura de la red.

Las redes de atención de salud de compensación al trabajador: Información para los proveedores de atención de la salud.

Cualquier profesional de atención de salud con licencia puede solicitar ser proveedor participante en una o más redes de compensación al trabajador. La red de compensación al trabajador tiene que estar certificada por TDI para poder legalmente operar en el estado.

A diferencia de los proveedores que tratan a empleados amparados bajo pólizas tradicionales de seguro de compensación al trabajador, los proveedores de red no están obligados a obtener certificación de doctor de lista aprobado por TDI Departamento de Compensación al Trabajador. Pero, cada red tendrá sus propios requisitos para certificación y puede fijar sus propias normas mínimas estándar para los proveedores participantes.

La red podría no aceptar considerar su solicitud si ya tiene contratada una cantidad suficiente de proveedores para responder a las necesidades de los trabajadores lesionados. También podría no aceptar considerar su solicitud si en su red no incluye proveedores de su especialidad médica en particular.

Como proveedor de la red usted estará obligado a adherirse a los reglamentos, procedimientos, guías de tratamiento y guías de regreso-al-trabajo de la red con respecto a todos los pacientes que le sean enviados por medio de la red. Los proveedores no pueden legalmente cobrarle al paciente lesionado ningún costo relacionado a un tratamiento compensable por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo, incluso no pueden cobrarle copagos o cantidades adicionales por “saldos de cuenta” por cobros más altos que lo contratado con la red. Todos los pagos por los servicios tienen que provenir ya sea de la compañía aseguradora o de un tercero actuando en nombre de la compañía aseguradora.

Si usted es aceptado como proveedor participante en la red, la red no puede ofrecerle ningún incentivo económico para que usted limite los servicios médicos necesarios. Usted también estará obligado a exhibir prominentemente en su oficina el número telefónico al que puede llamar gratis cualquier persona que desee presentar una queja respecto a cualquier aspecto de las operaciones de la red.

Además, la ley le otorga los siguientes derechos y protecciones:

- Usted puede apelar, a nombre del paciente, cualquier decisión de revisión de utilización o revisión retrospectiva, u otras decisiones de cobertura.
- La red debe darle un aviso por escrito antes de conducir cualquier estudio de perfil económico o revisión de utilización para comparar su historial de servicios al de cualquier otro proveedor.
- Usted tiene derecho a revisar cualquier información que la red usa en el proceso de certificación para ser proveedor de la red, corregir cualquier error y enterarse del estado de cualquier solicitud pendiente.

Excepto en los casos de fraude, suspensión de licencia médica, o posible “peligro inminente” para el paciente, la red tiene que darle notificación con 90 días de anticipación si decide terminar su contrato de proveedor. Dentro de 30 días a partir de la fecha en que recibe la notificación, usted puede apelar.

Usted puede retirarse de la red por cualquier razón después de dar aviso por escrito con 90 días de anticipación. Si usted se retira de la red por su propia cuenta, la red tiene que continuar pagándole por 90 días los por el cuidado de cualquier trabajador con un padecimiento grave o que amenaza la vida, siempre y cuando usted pueda mostrar que la alteración en el cuidado del paciente podría potencialmente causarle daño al paciente.