

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Proyecto 3.05.07 b)
Servicios de Oftalmología - Gestión

Período 2004

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 Piso 5° Capital Federal

Presidente

Lic. Matías Barroetaveña

Auditores Generales:

Dr. Antonio Rubén Campos

Dr. Nicolás Corradini

Dr. Vicente Brusca

Lic. Josefa Arminda Prada

Dra. Alicia Margarita Boero

Lic. José Luis Giusti

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.05.07 b)

NOMBRE DEL PROYECTO: SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA – Auditoría de Gestión

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2004

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 8 de febrero de 2006

EQUIPO DESIGNADO:

Coordinadores: Mario Aiscurri
Mercedes Gámez

Supervisora: Canal, Silvia

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en los servicio de oftalmología de los hospitales de la Ciudad.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Febrero 2006					
Destinatario	Sr. Presidente de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, Dr. Santiago de Estrada					
Código del Proyecto	3.05.07. b)					
Denominación del Proyecto	Servicios de Oftalmología de los Hospitales Generales de Agudos. Auditoría de Gestión					
Período examinado	Año: 2004					
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en los servicios de Oftalmología de los Hospitales de la Ciudad.					
Presupuesto (expresado en pesos)	Actividad	Efecto	Original	Vigente	Definitivo	Devengado 2004
	346	Htal. Santa Lucía	1.559.512	1.428.304	1.370.962	1.370.091
	341	Htal. Elizalde	1.456.863	1.059.034	1.058.950	1.058.908
	322	Htal. Argerich	701.076	416.510	416.457	416.457
	321	Htal. Durand	436.616	302.583	302.499	302.499
	339	Htal. Piñero	185.950	224.938	224.885	224.842
	329	Htal. Pirovano	283.260	198.971	198.919	198.919
	334	Htal. Lagleyze	36.724	202.465	198.171	198.156
	347	Htal. Santojanni	123.913	157.973	157.918	157.918
	349	Htal. Alvarez	174.312	130.038	129.986	129.986
	333	Htal. Fernández	173.304	127.760	127.706	127.706
	317	Htal. Rivadavia	161.602	106.792	106.708	106.708
	323	Htal. Velez Sarsfield	172.840	94.052	93.999	93.189
	342	Htal. Ramos Mejía	107.644	77.846	77.791	77.791

	325	Htal. Tornú	77.253	52.499	52.445	52.445
	315	Htal. Zubizarreta	61.145	41.430	41.377	41.377
	319	Htal. Borda	52.441	35.639	35.587	35.587
	327	Htal. Muñiz	46.060	22.785	22.742	22.742
	345	Htal. Rocca	15.657	10.698	10.654	10.654
	Total		5.826.172	4.690.317	4.627.756	4.625.975
Alcance	Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría: - Entrevistas con funcionarios, profesionales y personal a cargo de los Servicios de Oftalmología. - Análisis de la composición de la planta de personal (profesional, escalafón general y personal no rentado). - Análisis de la estructura de los servicios y su relación con los distintos niveles de atención. - Análisis global del presupuesto asignado al programa 4373 Oftalmología y la ejecución 2004 por Hospital. - Análisis de las horas médicas asignadas a cada servicio y de su producción anual (discriminado por niveles de atención y por tipo de prestación: consultas, práctica, cirugías). - Análisis de la programación y ejecución de metas físicas. Identificación de las unidades de medidas y criterios para su definición. - En el caso particular del Hospital Durand, se verificó el libro de cirugías del año 2004 a fin de establecer una correspondencia con la estadística proporcionada y elaborar indicadores específicos. - Determinación de indicadores de procesos y de calidad. Recopilación y análisis de información estadística.					
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 15 de noviembre y el 16 de diciembre de 2005.					
Aclaraciones previas	1. A los efectos de este informe se analizó la oferta oftalmológica hacia la población en general, que se dispensa a través de los Servicios de Oftalmología de los siguientes Hospitales generales de Agudos: Tornú, Gutiérrez, Piñero, Rivadavia, Penna, Álvarez, Elizalde, Fernández, Pirovano, Ramos Mejía, Zubizarreta, Durand, Argerich, Vélez Sarsfield, Santojanni. Los Servicios de Oftalmología que funcionan en los Hospitales Borda, Muñiz y Rocca no se tuvieron en cuenta a los efectos de este informe por cuanto sólo abastecen demanda interna. 2. Los análisis presupuestario y de metas físicas están desarrollados en el Informe de Relevamiento de los Servicios de Oftalmología (Proyecto 3.05.07 a)					

	3. La tarea desarrollada para esta auditoría se enmarcó en la concepción de una red de servicios que debería: • Desde la demanda: resolver la patología oftalmológica de la población en cantidad y calidad • Desde la oferta hacer una utilización adecuada, racional y eficiente de los recursos disponibles 4. No se cuenta con datos epidemiológicos de la Argentina que establezcan porcentajes de incidencia de las patologías oftalmológicas en la población. Por esta razón se tomaron para este informe estudios de prevalencia realizados en otros países ⁽¹⁾
Observaciones	1. No existe una red de Oftalmología en la Ciudad de Buenos Aires. Cada Servicio se mueve en función de lo que quiere o puede brindar. No hay coordinación entre los servicios (salvo vínculos informales). 2. No está definido -desde la Secretaria de Salud- los niveles de resolución como tampoco hay seguimiento ni control de gestión de la Producción ni del rendimiento/eficiencia de los recursos humanos. 3. No se cuenta con estadísticas que establezcan la cantidad de prácticas de cada tipo efectuada por los servicios. 4. La aparatología en general es obsoleta. Las últimas incorporaciones datan del año 2000 (ver Anexo I Aparatología en Informe de Relevamiento). 5. La falta de planificación de la actividad oftalmológica por parte de la Secretaría de Salud así como la carencia de una red de Oftalmología que funcione como tal, impide el ingreso de recursos provenientes de una demanda conocida, segura y no resuelta por otros efectores (ASI informa que entre enero y agosto de 2005 sólo se operaron en efectores privados 333 cataratas). 6. Los indicadores desarrollados evidencian una baja productividad respecto de los recursos disponibles, tanto físicos como humanos (horas médicas, disponibilidad de quirófanos, etc), con excepción de los hospitales pediátricos.

⁽¹⁾ Traducido y adaptado del National Eye Institute. Statistics and Data Prevalence of Blindness Data - Data Tables. Summary of Eye Disease Prevalence Data. Estimaciones Año 2004. Actualizado octubre de 2004

Recomendaciones	1. Implementar una red de Oftalmología en la ciudad de Buenos Aires a fin de optimizar los recursos disponibles. De esta manera se podrán ofrecer servicios más eficientes. 2. Definir desde la Secretaría de Salud los niveles de resolución de las patologías oftalmológicas a fin de optimizar el rendimiento de los recursos humanos y lograr el seguimiento cuali-cuantitativo de la producción. 3. Ampliar los campos de información estadística y homogeneizar los registros en los servicios a fin de realizar un seguimiento y control de gestión. 4. Programar la incorporación paulatina de aparatología moderna con el fin de acompañar el avance tecnológico. 5. Propiciar el funcionamiento de la Red de Oftalmología así como el establecimiento de los distintos niveles de resolución no solo para mejorar la prestación de los servicios sino para transformarlos en una actividad rentable para el sistema en la medida en que puedan captar y resolver la demanda no satisfecha por otros efectores (PAMI-ASI) 6. Programar las metas físicas de los servicios en concordancia con los recursos disponibles, tratando de optimizarlos.
Conclusión	La carencia de una Red de Oftalmología a cargo de un responsable operativo con autoridad y respaldo real dificultan la articulación de los recursos y, consecuentemente, la satisfacción de la demanda de manera eficiente. La falta de definición de niveles de atención y el atraso tecnológico detectado en los distintos servicios le restan racionalidad y eficacia a la atención de las patologías oftalmológicas en la Ciudad.

**INFORME FINAL DE GESTION
PROYECTO 3.05.07 b)**

Señor Presidente de la
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Dr. Santiago de Estrada
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, cuyo objeto se detalla en el apartado I) siguiente.

I) OBJETO

Servicios de Oftalmología en los Hospitales Generales de Agudos.
Programa 4373 Oftalmología – Ejercicio 2004

II) OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en los servicios de oftalmología de los hospitales de la Ciudad.

III) ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

- Entrevistas con funcionarios, profesionales y personal a cargo de los Servicios de Oftalmología.
- Análisis de la composición de la planta de personal (profesional, escalafón general y personal no rentado).
- Análisis de la estructura de los servicios y su relación con los distintos niveles de atención.

- Análisis global del presupuesto asignado al programa 4373 Oftalmología y la ejecución 2004 por Hospital.
- Análisis de las horas médicas asignadas a cada servicio y de su producción anual (discriminado por niveles de atención y por tipo de prestación: consultas, práctica, cirugías).
- Análisis de la programación y ejecución de metas físicas. Identificación de las unidades de medidas y criterios para su definición.
- En el caso particular del Hospital Durand, se verificó el libro de cirugías del año 2004 a fin de establecer una correspondencia con la estadística proporcionada y elaborar indicadores específicos.
- Determinación de indicadores de procesos y de calidad.
- Recopilación y análisis de información estadística.

Las tareas de auditoría se desarrollaron entre el 15 de noviembre y el 16 de diciembre de 2005.

IV) ACLARACIONES PREVIAS

5. A los efectos de este informe se analizó la oferta oftalmológica hacia la población en general, que se dispensa a través de los Servicios de Oftalmología de los siguientes Hospitales generales de Agudos: Tornú, Gutiérrez, Piñero, Rivadavia, Penna, Álvarez, Elizalde, Fernández, Pirovano, Ramos Mejía, Zubizarreta, Durand, Argerich, Vélez Sarsfield, Santojanni. Los Servicios de Oftalmología que funcionan en los Hospitales Borda, Muñiz y Rocca no se tuvieron en cuenta a los efectos de este informe por cuanto sólo abastecen demanda interna.

6. Los análisis presupuestario y de metas físicas están desarrollados en el Informe de Relevamiento de los Servicios de Oftalmología (Proyecto 3.05.07 a)

7. La tarea desarrollada para esta auditoría se enmarcó en la concepción de una red de servicios que debería:

- Desde la demanda: resolver la patología oftalmológica de la población en cantidad y calidad
- Desde la oferta hacer una utilización adecuada, racional y eficiente de los recursos disponibles

8. No se cuenta con datos epidemiológicos de la Argentina que establezcan porcentajes de incidencia de las patologías oftalmológicas en la población. Por esta razón se tomaron para este informe estudios de prevalencia realizados en otros países ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Traducido y adaptado del National Eye Institute. Statistics and Data Prevalence of Blindness Data - Data Tables. Summary of Eye Disease Prevalence Data. Estimaciones Año 2004. Actualizado octubre de 2004

V) COMENTARIOS

Prevalencia de enfermedades oftalmológicas y proyecciones

Cataratas: Es la causa más común de disminución de la visión en los adultos. Más del 90% de las personas mayores de 65 años poseen algún grado de opacidad del cristalino y el 25% de éstas tiene una disminución marcada de la agudeza visual. La cirugía de la catarata es la cirugía ocular más frecuente. En el siguiente cuadro se muestra el incremento de la prevalencia conforme aumenta la edad.

Edad	Personas	(%)
40-49	1,046,000	2.5%
50-59	2,123,000	6.8%
60-69	4,061,000	20.0%
70-79	6,973,000	42.8%
≥80	6,272,000	68.3%
Total	20,475,000	17.2%

Glaucoma primario de ángulo abierto: Es el tipo más frecuente en la población general, cuya frecuencia es del 1,5% al 2% entre los 40 y 50 años, y hasta el 5% a los 80 años.

Glaucoma primario de ángulo cerrado: Su frecuencia es considerablemente menor que la del glaucoma primario de ángulo abierto: 1 a 100.

Estrabismo: Aproximadamente un 4% de los niños tiene estrabismo; el 2% de la población general es portador de este trastorno responsable de alteraciones funcionales y estéticas.

Diabetes: La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes *mellitus* crónica; todo paciente desarrollará algún grado de retinopatía con el paso de los años.

Es uno de los problemas más graves en Oftalmología, ya que es la causa más frecuente de ceguera en personas de 20 a 65 años.

Gracias a los tratamientos actuales los diabéticos gozan de una mayor supervivencia, lo que implica un aumento de las retinopatías ya que su aparición se relaciona estrechamente con la duración de la enfermedad.

Así, el 90% de los diabéticos con más de 20 años de evolución de la enfermedad general sufre esa retinopatía en algunos de sus grados; casi el 40% de ellos presentará una retinopatía proliferativa tras 30 años de enfermedad.

En los países occidentales la diabetes *mellitus* es la primera causa de ceguera por debajo de los 65 años. Todavía hoy, el número de diabéticos permanece desconocido aunque se piensa que es un 4% de la población. Hay datos para sospechar que otro 2% permanece sin diagnosticar con un agravante, que cada 15 años se puede considerar que se dobla la población de diabéticos. La retinopatía diabética es la causa fundamental de afectación oftalmológica en el diabético, resultando en gran morbilidad y muchas veces precede a procesos que cursan con alta mortalidad.

Vicios de refracción (en USA)¹

Miopía	Hipermetropía
25.4%	9.9%

El astigmatismo constituye el 40% de los defectos refractivos y en general se asocia con miopía o hipermetropía (se denomina astigmatismo miópico, hipermetrópico o mixto).

La prevalencia de todas estas patologías –lejos de retraerse- tiende a incrementarse en los próximos 20 años, entre otras causas por el aumento de esperanza de vida al nacer. El siguiente cuadro refleja la proyección:

Diagnóstico	Estimación actual (en millones)	2020 Proyecciones (en millones)
Degeneracion Macular Relacionada con la Edad (Asociada a pérdida de visión)	1.8*	2.9
Glaucoma	2.2	3.3
Retinopatía Diabética	4.1	7.2
Catarata	20.5	30.1
* otros 7.3 millones personas están en riesgo sustancial de pérdida de visión por esta causa.		

Niveles de resolución

¹ Traducido y adaptado del National Eye Institute. Statistics and Data Prevalence of Blindness Data
Data Tables. Summary of Eye Disease Prevalence Data. Estimaciones Año 2004. Actualizado octubre de 2004.

A fin de evaluar –desde la oferta- la capacidad de los distintos servicios para satisfacer la demanda (revelada, que es la única que se conoce), se procedió a agrupar las prácticas y cirugías según niveles de complejidad de atención, determinando qué hospitales cuentan con ellas y analizando si el equipamiento y su estado de funcionamiento permiten realizarlas en forma adecuada.

Primer Nivel

El Primer Nivel incluye actividades de prevención, detección de patologías, atención de patologías de baja complejidad y, en los hospitales de agudos, diagnósticos y tratamientos en pacientes internados.

Todos los Servicios de Oftalmología auditados realizaron durante el 2004 las practicas que se enumeran en el siguiente cuadro, lo que implica que cuentan con ese nivel de resolución. No obstante, se pudo verificar la necesidad de renovación de materiales y equipos en algunos hospitales, sobre todo: cajas de prueba, carteles de prueba, lámparas de hendidura, oftalmoscopios directos y tonómetros de aplanación a fin de mejorar la calidad de las consultas, sobre todo teniendo en cuenta que no implican grandes inversiones (ver Anexo I Aparatología – Relevamiento de los Servicios de Oftalmología).

Biomicroscopía
Esquiascopía
Explorac Vías Lagrimales
Extracción de cuerpo extraño
Fondo de ojo
Gonioscopia
Inyección subconjuntival
Medicion con prisma
Oftalmoscopia directa
Prueba farmacológica con colirio
Refractometria
Test de ojo seco
Tonometria

Si bien todos los Servicios registran las consultas de consultorios externos, no es posible cuantificar las prácticas, pues no hay criterios homogéneos y normalizados de registros. Los servicios registran cosas distintas o no registran. Esto implica serias limitaciones a la hora de evaluar.

Hospital	Número de consultas 2004
Penna	7.217
Santojanni	7.704
Tornu	8.466
Velez Sarfield	8.880

Argerich	9.744
Alvarez	10.531
Rivadavia	11.672
Durand	11.674
Fernandez	12.079
Ramos Mejía	12.835
Pirovano	14.945
Piñero	14.968
Elizalde	15.572
Zubizarreta	16.443
Gutierrez	19.442
Lagleyze(*)	95.871
Santa Lucía(*)	97.499
Total	375.542

Fuente: Movimiento Hospitalario 2004

(*) Se excluyen las consultas de guardia, neurocirugía y especialidades no oftalmológicas

Tampoco es posible determinar si se satisface la demanda por cuanto no existe registro de demanda insatisfecha. El análisis del rechazo de demanda (de consulta en consultorio externo de 1era. vez) se podría inferir a través de la demora en el otorgamiento de turnos. Se obtuvo el dato en algunos servicios a partir de la declaración del entrevistado:

Hospital	Demora turnos
Alvarez	2 semanas
Durand	1 semana
Elizalde	8 semanas
Gutierrez (de 1ª vez)	10 meses
Piñero	8 semanas
Pirovano	2 semanas
Ramos Mejía	2 semanas
Santojanni	12 semanas
Zubizarreta	3 semanas
Santa Lucia	Depende del Servicio
Lagleyze	Depende del Servicio

En los hospitales especializados Lagleyze y Santa Lucia el porcentaje de consultas atendidas por guardia, indica que existe rechazo de demanda de consultorio externo. Una muestra tomada en el mes de septiembre 2004 en el Hospital Santa Lucía, indica que el 26,8 % de los casos atendidos por guardia eran conjuntivitis, diagnóstico que puede ser atendido –en la mayoría de los casos- por consultorio externo.

La cantidad de consultas por guardia expresa la insuficiencia de la consulta externa, lo que puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Porcentaje de consultas de guardia				
Hospital	Consultorio	Guardia	total	%
Lagleyze	95.871	145.886	241.757	60,3
Santa Lucía	97.499	156.629	254.128	61,6

Fuente: Movimiento Hospitalario 2004

Segundo y tercer nivel

Prácticas

El siguiente cuadro muestra los distintos tipos de prácticas que están en condiciones de realizar la mayoría de los servicios.

Práctica*	Todos con excepción de Hospital/es
Oftalmoscopia Binocular Indirecta (OBI)	Penna
Plombaje	Argerich, Santojanni y V.Sarfield
Test de fijación	Alvarez, R. Mejía y Zubizarreta
Campimetria*	Tornu y V.Sarfield

*En el cuadro siguiente se indican los que cuentan con campimetría computarizada

La ecografía/ecometria, el examen sensorial, el test de Lotmar, los ejercicios ortópticos y el test de Lancaster son prácticas habituales para el diagnostico y tratamiento en la oftalmología actual. Si bien corresponden al segundo y tercer nivel de atención, sería deseable que todos los servicios estuvieran en condiciones de prestarlos.

El retinografo (diagnóstico) y el Láser Argón (tratamientote de fotocoagulación) se utilizan en patología de retina (retinopatías) cuya primera causa es la Diabetes Mellitus de gran incidencia en la población.

HOSPITAL PRÁCTICA	SANTA LUCIA	LAGLEYZE	DURAND	PIROVANO	RAMOS MEJIA	RIVADAVIA	ELIZALDE	GUTIERREZ	FERNANDEZ	ZUBIZARRETA	ALVAREZ	ARGERICH	PENNA	PIÑERO	SANTOJANNI	TORNÚ	VELEZ SARFIELD
EXAMEN SENSORIAL	x	x	x	x			x	x		x				x	x		
CAMPIMETRÍA COMPUTADA	x	x	x	x			x			x					x		
RFG (*) Y RETINOGRFIA	x	x	x **					x	x					x	x		
TEST DE LOTMAR	x	x		x						x	x	x					x
ECOGRAFÍA/ECOMETRÍA	x	x	x		x			x							x ***		
EJERCICIOS ORTOPTICOS	x	x	x	x		x		x									
TEST DE LANCASTER	x	x				x					x				x		x
LASER ARGÓN	x	x	x						x					x	x		
EXTRACCIÓN DE SILICON	x	x	x	x						x							
YAG LASER	x	x	x												x		
BIOMICROSCOPIA ULTRASÓNICA	x							x									
TOPOGRAFÍA RETINAL DE PAPILA	x	x		x													
DACRIOCISTOGRAFÍA	x																

(*) RFG: Retinofluoresceinografía

(**) Prácticamente el equipo no se utiliza porque no cuentan con un técnico de planta. (Ningún hospital tiene nombrado un técnico)

(***) Sólo Ecometría

Los recursos de equipamiento para la realización de estas prácticas se detallan a continuación:

H. Santa Lucia: Cuenta con 4 Láser y 2 Retinógrafos de los cuales 1 no funciona.

H. Durand: El Láser Argon tiene más de 10 años de antigüedad y necesita reparaciones frecuentemente. El retinógrafo se usa con limitaciones por falta de técnico para manejarlo.

H. Piñero: El Láser está a la espera de un service de Mantenimiento y el retinógrafo es obsoleto.

H. Santojanni: El Láser portátil necesita incorporar lentes complementarias. Retinógrafo en buen estado.

H. Fernández: Estos equipos se encuentran en buen estado (son del año 2000).

Cirugías

Todos los servicios, de acuerdo a las capacidades del recurso humano con el que cuentan, estarían en condiciones de realizar las siguientes Cirugías:

Nivel de complejidad	Tipo de Cirugía
2	Chalazion
2	Pterigion
2	Cirugía párpados baja complejidad
2	Sondaje de vías lagrimales
2	Triquiasis
3	Catarata
3	Glaucoma

En el siguiente cuadro se muestran las cirugías que efectivamente hacen los servicios de los distintos hospitales:

	HOSPITAL CIRUGÍA	SANTA LUCIA	LAGLEYZE	DURAND	PIROVANO	RAMOS MEJÍA	RIVADAVIA	ELIZALDE	GUTIERREZ	FERNANDEZ	ZUBIZARRETA	ALVAREZ	ARGERICH	PENNA	PIÑERO	SANTOJANNI	TORNÚ	VELEZ SARSFIELD
3	CRIOCIRUGÍA	X	X	X														
3	CIRUGÍA DESCOMPRESIVA	X	X	X						X								
3	DACRIOCISTORINOSTOMIA	X	X		X			X	X		X							
3	DESPRENDIMIENTO DE RETINA	X	X	X	X				X		X							
3	ESTRABISMO	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X			
3	EXPLORACIÓN DE ORBITA	X	X	X	X	X	X					X			X			
3	FRACTURA DE PISO	X	X	X	X	X	X											
3	IMPLANTE DE CÓRNEA	X	X	X	X	X	X											
3	INJERTO DE ESCLERA	X	X	X	X	X	X											
3	INJERTO DE LIMBO	X	X	X	X	X	X											
3	INJERTO MEMBRANA AMNIOTICA	X	X	X	X	X	X	X	X									
3	MUCOCELE	X			X	X	X	X										
3	PAPILOMA	X	X			X		X										
3	QUISTE DERMOIDE	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X				X	X
3	REFRACTIVA (por método tradicional)	X										X	X					
3	VALVULA DE AMED	X	X	X	X	X	X		X		X							
3	VITRECTOMIA	X	X	X	X	X	X	X	X									
3	PLASTICAS/REPARADORAS	X	X	X	X	X	X	X	X		X							
2	BIOPSIA	X	X	X	X	X		X	X									
2	DIATERMIA (COAGULACION)	X	X	X	X	X				X								
2	ENTROPIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
2	ENUCLEACION	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X		X	X
2	EVISCERACION	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X			
2	EXTRACCION DE ACEITE	X	X	X	X	X	X											
2	GRANULOMA	X	X					X										
2	PTOSIS	X	X	X	X	X	X	X	X		X							

Esta capacidad técnica de realizarlas no siempre se refleja en la producción de los servicios. Para objetivar el rendimiento / eficacia de los mismos se armaron los siguientes indicadores:

Indicadores en los Hospitales de la Ciudad

Con la información obtenida en el relevamiento y estadísticas proporcionadas por los distintos hospitales y la Secretaría de Salud se elaboraron indicadores generales y específicos con el objeto de poner en evidencia los aspectos más relevantes de la gestión de estos servicios.

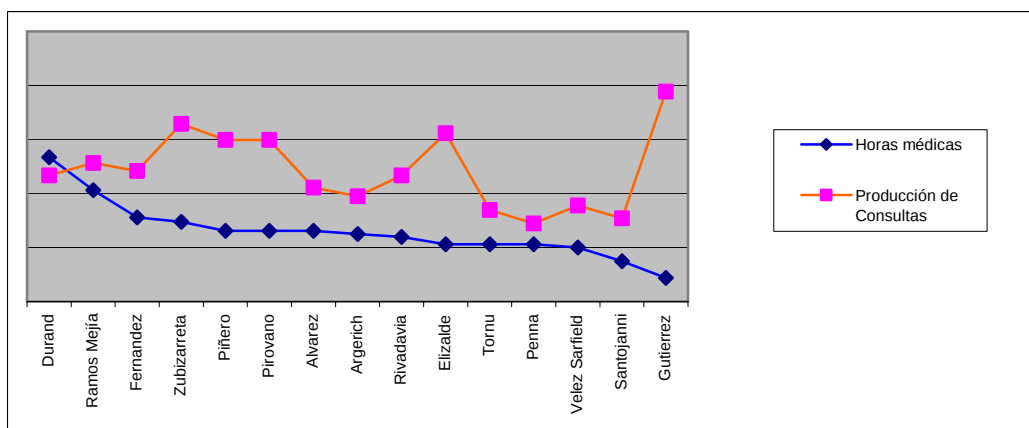
Productividad

En el siguiente cuadro general se muestran las horas médicas semanales asignadas a cada servicio y las respectivas producciones anuales de cirugías y consultas.

Hospital	Hs medicas semanales	Cirugías anuales	Consultas anuales
Durand	257	351	11674
Ramos Mejía	198	293	12835
Fernandez	150	89	12079
Zubizarreta	142	121	16443
Pirovano	126	177	14945
Piñero	126	147	14968
Alvarez	126	96	10531
Argerich	120	58	9744
Rivadavia	115	335	11672
Tornu	102	255	8466
Elizalde	102	238	15572
Penna	102	19	7217
Velez Sarfield	96	18	8880
Santojanni	72	134	7704
Gutierrez	42	295	19442

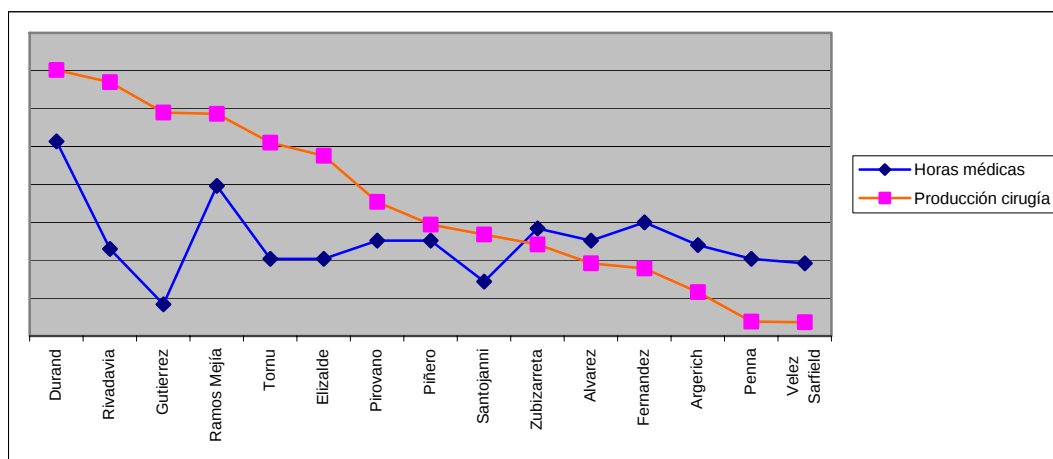
Fuente: Elaboración propia

Estos mismos datos volcados en gráficos permiten resaltar la productividad (relación entre lo producido respecto de las horas médicas asignadas) de esas horas médicas a la vez que establecer puntos de comparación entre los distintos servicios:



Si se toma como punto de equilibrio la intersección de las curvas que identifican las variables, podemos decir que aquellos puntos de producción que aparecen por encima de la curva de horas médicas identifican una productividad positiva. En estos casos cuanto mayor sea la brecha entre esos puntos, mayor será la productividad. Es el caso, por ejemplo, del hospital Gutiérrez. En el otro extremo se encuentra el Hospital Durand que, siendo el servicio que cuenta con la mayor cantidad de horas médicas semanales asignadas, es el que menor productividad de consultas tiene (su punto de producción se encuentra por debajo de la línea de horas médicas).

Con igual criterio podemos analizar la productividad de las horas médicas en relación con las cirugías, aunque en este caso se debe hacer una aclaración: no existe un criterio homogéneo en los servicios auditados para clasificar las cirugías en relación a los diferentes niveles de complejidad. Por lo tanto, a nivel estadístico, se informan las cirugías totales. El siguiente cuadro muestra esta relación:



Aspectos de planta física

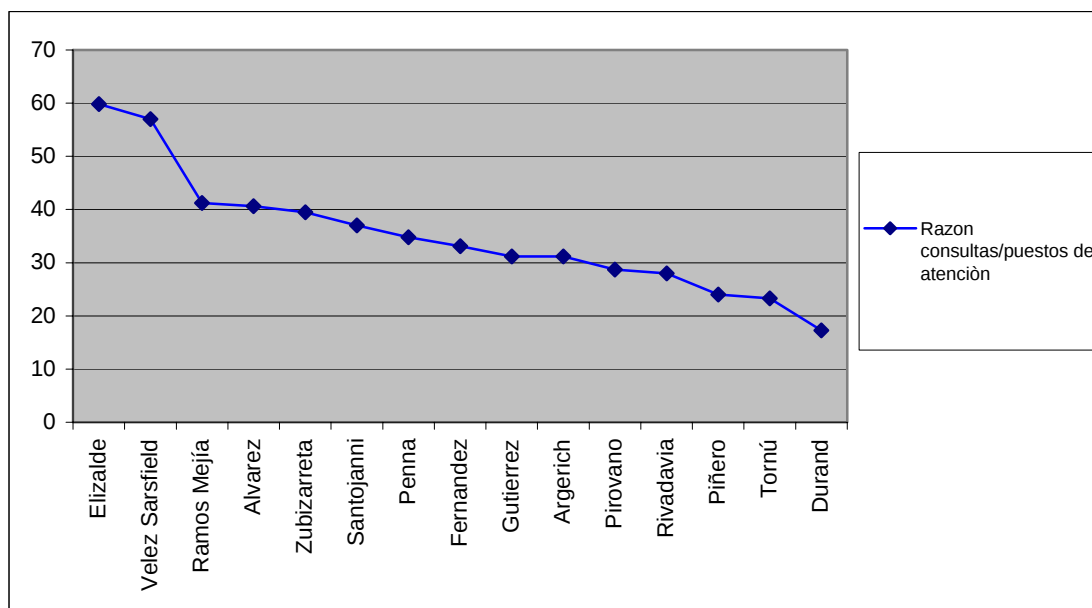
Del relevamiento de la planta física de los servicios surge que –si bien en términos generales este aspecto es aceptable, existen diferencias marcadas en

las comodidades que cada uno tiene [ver punto IV d) del Informe de relevamiento].

Los Servicios cuentan con boxes de atención de consultas externas provistos de equipamiento mínimo (lámpara de hendidura, caja de prueba, cartel y cartilla y oftalmoscopio) y cuentan con distintos grados de disponibilidad de quirófanos (en algunos casos con quirófano exclusivo para la especialidad y en otros compartido con otras especialidades, determinados días de la semana)

En base a esta información y teniendo en cuenta la cantidad de consultas externas semanales de cada servicio y la cantidad de cirugías semanales (Cuadros siguientes) se diseñaron curvas de “Aprovechamiento de los puestos de atención” y “Aprovechamiento de días de quirófano”:

Provechamiento puestos de atención		
Hospitales	Consultas Semanales	Razon consultas/puestos de atención
Elizalde	299	59,8
Velez Sarsfield	171	57
Ramos Mejía	247	41,2
Alvarez	203	40,6
Zubizarreta	316	39,5
Santojanni	148	37
Penna	139	34,8
Fernandez	232	33,1
Argerich	187	31,2
Gutierrez	374	31,2
Pirovano	287	28,7
Rivadavia	224	28
Piñero	288	24
Tornú	163	23,3
Durand	225	17,3

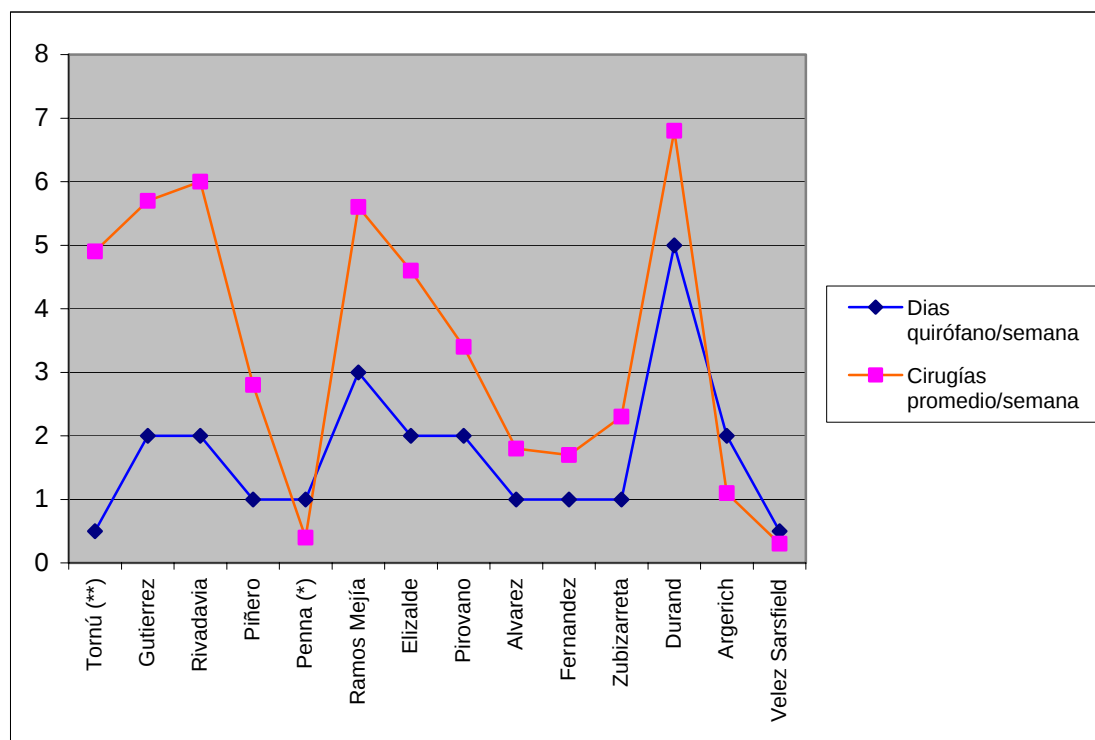


Aprovechamiento de días de quirófano (Programación diaria de cirugías)

Hospitales	Dias quirófanos/semana	Cirugias promedio por semana	Razon cirugias/dias quirofono
Tornú (**)	0,5	4,9	10
Gutierrez	2,0	5,7	3
Rivadavia	2,0	6,0	3
Piñero	1,0	2,8	3
Penna (*)	1,0	0,4	2,5
Ramos Mejía	3,0	5,6	2
Elizalde	2,0	4,6	2
Pirovano	2,0	3,4	2
Alvarez	1,0	1,8	2
Fernandez	1,0	1,7	2
Zubizarreta	1,0	2,3	2
Durand	5,0	6,8	1,36
Argerich	2,0	1,1	1
Velez Sarsfield	0,5	0,3	1
Santojanni (***)	0,0	0,0	
(*) Cirugías suspendidas desde setiembre 2004			
(**) Sólo hacen cirugías menores			
(***) No hacen cirugías			

Los Servicios de Oftalmología de los hospitales Ramos Mejía y Durand son los únicos que cuentan con un quirófano exclusivo para la especialidad todos los

días de la semana. No obstante, el Hospital Ramos Mejía opera sólo 3 veces por semana.



Procedimiento efectuado en el Hospital Durand

Se procedió a verificar el libro de Cirugías del año 2004. Surge de estos registros la siguiente producción:

Tipo de cirugía	Cantidad
Cataratas	170
Pterigión	40
Glaucoma	35
Vitrectomía	11
Retinopexias convencional	9
Estrabismo	11
Queratoplastias penetrantes	18
Cirugías menores	57
Total	351

Indicadores

Promedio diario de cirugías

351 cirugías / 250 días hábiles = 1,40 cirugías diarias

Promedio semanal de cirugías por médico de planta

351 cirugías / 52 semanas / 10 médicos = 0,67 cirugías semanales por médico

PAMI – ASI

Según surge del Relevamiento [Proyecto 3.05.07 a)] los beneficiarios del PAMI que capitán en la ASI (Asociación Salud Integral) y por ende pueden ser atendidos en los Hospitales Públicos de la Ciudad, al 31 de agosto de 2005, eran 76.184.

Teniendo en cuenta que la tasa de cirugía de cataratas reconocida por el PAMI es 1/1000 beneficiarios mensuales, se concluye que –potencialmente- existe la posibilidad de hacer 912 cirugías anuales.

Sin embargo, durante el 2004 (21-1 al 4-11) sólo se operaron 96 pacientes y durante los meses de marzo a mayo de 2005, los hospitales de la Ciudad no operaron cataratas a afiliados a PAMI.

Según la ASI esto se debió a que los hospitales de la Ciudad ponen como condición para la realización de las cirugías de cataratas, la provisión, sin excepción, de una segunda lente (camara anterior)^(*). El PAMI, por cuestiones de contratación de las lentes, sólo entrega una por paciente.

El problema planteado podría haberse superado si los Hospitales de la Ciudad contasen con un Stock de lentes que les permitiera suplir la carencia del PAMI. La falta de planificación en este sentido impide a los hospitales públicos captar esta demanda, perdiendo la facturación correspondiente.

VI) OBSERVACIONES

1. No existe una red de Oftalmología en la Ciudad de Buenos Aires. Cada Servicio se mueve en función de lo que quiere o puede brindar. No hay coordinación entre los servicios (salvo vínculos informales).
2. No está definido -desde la Secretaria de Salud- los niveles de resolución como tampoco hay seguimiento ni control de gestión de la Producción ni del rendimiento/eficiencia de los recursos humanos.
3. No se cuenta con estadísticas que establezcan la cantidad de prácticas de cada tipo efectuada por los servicios.
4. La aparatología en general es obsoleta. Las últimas incorporaciones datan del año 2000 (ver Anexo I Aparatología en Informe de Relevamiento).

^(*) En la operación de cataratas sólo se utiliza una lente. La segunda otorga la posibilidad de una elección más apropiada en función de las características del paciente.

5. La falta de planificación de la actividad oftalmológica por parte de la Secretaría de Salud así como la carencia de una red de Oftalmología que funcione como tal, impide el ingreso de recursos provenientes de una demanda conocida, segura y no resuelta por otros efectores (ASI informa que entre enero y agosto de 2005 sólo se operaron en efectores privados 333 cataratas).

6. Los indicadores desarrollados evidencian una baja productividad respecto de los recursos disponibles, tanto físicos como humanos (horas médicas, disponibilidad de quirófanos, etc), con excepción de los hospitales pediátricos.

VII) RECOMENDACIONES

1. Implementar una red de Oftalmología en la ciudad de Buenos Aires a fin de optimizar los recursos disponibles. De esta manera se podrán ofrecer servicios más eficientes.

2. Definir desde la Secretaría de Salud los niveles de resolución de las patologías oftalmológicas a fin de optimizar el rendimiento de los recursos humanos y lograr el seguimiento cuali-cuantitativo de la producción.

3. Ampliar los campos de información estadística y homogeneizar los registros en los servicios a fin de realizar un seguimiento y control de gestión.

4. Programar la incorporación paulatina de aparatología moderna con el fin de acompañar el avance tecnológico.

5. Propiciar el funcionamiento de la Red de Oftalmología así como el establecimiento de los distintos niveles de resolución no solo para mejorar la prestación de los servicios sino para transformarlos en una actividad rentable para el sistema en la medida en que puedan captar y resolver la demanda no satisfecha por otros efectores (PAMI-ASI)

6. Programar las metas físicas de los servicios en concordancia con los recursos disponibles, tratando de optimizarlos.

VIII) CONCLUSION

La carencia de una Red de Oftalmología a cargo de un responsable operativo con autoridad y respaldo real dificultan la articulación de los recursos y, consecuentemente, la satisfacción de la demanda de manera eficiente. La falta de definición de niveles de atención y el atraso tecnológico detectado en los distintos servicios le restan racionalidad y eficacia a la atención de las patologías oftalmológicas en la Ciudad.