

La optometría colombiana en la salud pública



Julio Guzmán Vargas. O.D. Ms (*)

Antecedentes

La prevalencia de los problemas refractivos en la población Colombiana, tercera causa de morbilidad, según el estudio nacional de salud, asociada a las bajas coberturas que para este evento aportaba el sector salud, generó en 1990 el diseño e implantación de un programa piloto de atención primaria de salud ocular y visual en las zonas marginadas de los departamentos de Caquetá y Cauca y la intendencia nacional del Putumayo, conocido con el nombre de "PARA QUE COLOMBIA VEA" el cual se desarrolló con la plena participación de la Federación Colombiana de Optómetras, y el Sistema Nacional de Salud, con la financiación y apoyo del Plan Nacional de la Rehabilitación y la Fundación Antonio Restrepo Barco.

Propósito

Se pretende implantar y desarrollar un programa de atención primaria en salud que universalizará y adecuará las coberturas y la utilización de los servicios asistenciales de salud ocular y visual de las comunidades; aportando soluciones viables y de auto-gestión que garantizaran la permanencia y continuidad de la estrategia, posibilitando su ampliación y extensión.

Objetivo general

Aportar una solución viable y de amplio impacto a la problemática de la salud ocular y visual de las comunidades del país.

Objetivos específicos

(*) Investigador. Universidad de la Salle

-Desarrollar, adecuar e implantar estrategias propias, sustentadas en la atención primaria de salud que respondan a las necesidades reales del perfil epidemiológico del país.-

-Generar modelos de asistencia y atención de costo socialmente tolerable sustentados en estrategias de respuesta de tecnologías apropiadas.

-Universalizar las coberturas de los servicios institucionales de salud ocular y visual para todas las zonas del país.

-Adecuar la utilización de las infraestructuras de complejidad asistencial y los recursos humanos, propendiendo por una mayor eficiencia administrativa y técnica.

-Establecer adicionalmente indicadores epidemiológicos propios del status ocular y visual de los colombianos.

Estrategias programáticas

Las estrategias de desarrollo programático se sustentan en metodologías de reconocido impacto comunitario que implantadas adecuada y articuladamente generan patrones y modelos de autogestión. La fenomenología de la salud no está circunscrita a las profesiones médicas y afines, pues en su definición más amplia la salud es el resultado de las intervenciones intersectoriales en el individuo, por tanto se estimó relevante categorizar las estrategias de abordaje programático tomando como base los sectores involucrados directamente en el desarrollo del programa.

Estrategias programáticas de atención primaria de salud

La atención primaria de salud como concepto de estrategia, implica la incorporación de

elementos técnicos de niveles de atención, escalones de complejidad y de articulación de las diferentes unidades entre sí, en la organización de los servicios. La A.P.S. como estrategia, comprende y ajusta todo el sistema de salud y a toda la población, que supuestamente sirve a este sistema. Esta concepción debe cumplir con los requisitos de impacto tanto operativo como social; equidad, eficiencia, tanto de recursos como de satisfacción comunitaria; articulación intersectorial y cooperación entre países. Reconoce en esencia que alcanzar "salud para todos" constituye un problema con implicaciones políticas, sociales y económicas. La A.P.S. constituye, una estrategia pues propone resolver problemas mediante un proceso determinado de reorganización y reorientación de los recursos del sector salud. La observación empírica sustenta la hipótesis de que los problemas de salud de menor complejidad tienen una mayor frecuencia relativa que los problemas complejos. De ahí la posibilidad de satisfacer los problemas de salud de una población organizando niveles de atención, sustentados en equivalentes niveles de asistencia y complejidad. La A.P.S. como estrategia implica la organización de servicios con base en niveles de atención y no puede, por tanto, restringirse a un solo nivel. Estos niveles de atención y asistencia diferentes se disponen en una red de oferta previamente establecida. Estas redes están constituidas por un mosaico de unidades productoras de servicios de salud con distintas capacidades de resolución y costo social de operación y con diversos grados de normalización, programación y control. La experiencia de nuestras instituciones académicas y gremiales, para ampliar coberturas de servicio de salud ocular y visual a poblaciones, alcanzar los objetivos de cobertura realimentando el número de unidades productoras de servicios organizadas y dotadas para atender necesidades de complejidad mínima.

Articulación intersectorial

Dado que la satisfacción de las necesidades básicas comunitarias compromete tanto a la

comunidad como a los sectores del desarrollo, se hace indispensable contar con una metodología que permita operacionalizar la estrategia de A.P.S., buscando convergencia entre la autonomía comunitaria, la responsabilidad social de los sectores privados y las funciones de las agencias sectoriales del estado.

Educación en salud

Considerando la educación en salud como el proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad y al uso de servicios y que refuerza conductas positivas, se genera la implicación de un trabajo compartido que facilita al personal de salud y a la comunidad la identificación y el análisis de los problemas y la búsqueda de soluciones de acuerdo con su contexto social y cultural.

Participación comunitaria

Tomando como fundamento la definición de A.P.S. emanada de Alma-Ata 1978, donde se le establece como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que ésta y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...". Se hace necesario el establecimiento de mecanismos de inserción programática, acordes con los requerimientos sociales y comunitarios propios de las poblaciones a acceder. En el caso colombiano, la plena participación de la comunidad como compromisaria del diagnóstico y la autogestión de respuesta a los problemas de salud ha sido normada por el decreto 1216 de 1989, en el cual se establecen como estrategias operativas los comités de participación comunitaria conformados por representantes de la comunidad, agentes del gobierno y agentes sectoriales comprometidos. Articulando adecuadamente el

Componente educativo con el de dinamización comunitaria se obtiene una participación apropiada y equitativa de las comunidades en el nivel local, lo cual, sumado a las políticas de descentralización administrativa y fiscal del gobierno, genera en el mediano plazo una autogestión eficiente que garantiza la continuidad y desarrollo de los programas en este nivel.

estrategias de respuesta

Soluciones optométricas

En cuanto hace referencia a la estrategia de financiación y dotación de soluciones optométricas, de tipo anteojos se crean fondos de versión manejados por la comunidad con apoyo directo del programa; los cuales establecen los criterios de subsidio y cofinanciación de estas soluciones para los usuarios del programa, tomando como base la estratificación social y la capacidad adquisitiva de éstos.

Soluciones oftalmológicas

Para el mecanismo de captación y respuesta de los problemas oftalmológicos, principalmente aquellos quirúrgicos, se pueden establecer convenios y acuerdos con las instituciones pertenecientes, adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud, las cuales en sus niveles de complejidad secundaria y terciaria poseen una infraestructura, y un recurso humano capacitado para absorber la demanda.

metodología

Universos de cobertura

Con base en los requerimientos establecidos por el Plan Nacional de Rehabilitación se asignan como universos de cobertura las poblaciones del grupo de riesgo en edad escolar (5-14 años) de las zonas de rehabilitación.

Poblaciones asignadas

La asignación demográfica de coberturas se hace tomando como base la regionalización del sistema nacional de salud y la distritalización del sector educación. Las metas de cobertura se establecen con base en los censos educativos de los niños matriculados en las escuelas urbanas y rurales de la Secretaría de Educación.

Estrategias metodológicas

Para vincular el recurso humano de apoyo para el desarrollo del programa se establecen mecanismos de comunicación entre las instituciones involucradas, conducentes a obtener una participación activa y continua de los funcionarios del Sistema Nacional de Salud y los docentes del sector educativo en los diferentes niveles de atención y complejidad, requeridos para el adecuado funcionamiento de los componentes asistenciales y educativos del programa. Para establecer un apropiado y eficiente mecanismo de articulación intersectorial se establecen sendos comités en los diferentes niveles operativos y decisorios de la estructura político-administrativa del Estado; un comité operativo central conformado por las entidades financiadoras, la entidad ejecutora y las entidades de apoyo operativo, con sus representantes correspondientes del nivel central o sus delegados; quienes se encargan de formular las políticas programáticas en todas las fases del desarrollo del programa. Un comité seccional de ejecución conformado por los representantes del servicio Seccional de Salud, Secretaría de Educación, coordinador del programa y el representante del gobierno seccional. Por último, comités operativos de nivel local conformados por los directores de las unidades locales de salud, los jefes de núcleos educativos, los representantes de los comités de participación comunitaria en salud, los alcaldes municipales y los optómetras, cuya función principal es propender por la adecuada implantación y desarrollo de las políticas formuladas por el comité operativo central. Es importante destacar que el punto de

articulación de estos comites se ubica en el nivel seccional. Para capacitar el recurso humano de apoyo al programa en el manejo de los paquetes educativos y los instrumentos de acopio de la información, se emplea como estrategia metodologica la educación participativa o metodología de la educación no formal, a través de talleres de juego-arte-trabajo. La estrategia para incrementar la eficiencia y el rendimiento en la prestación de los servicios asistenciales se desarrolla con base en un modelo piloto de experimentación probado con éxito en el programa de atención primaria en salud visual "Para que Colombia vea"

Nucleos de Atención Optométrica, NAOB

Corresponden organizacionalmente a las unidades regionales de salud, ubicadas en el segundo nivel de complejidad, y su función es de coordinación operativa y articulación administrativa. Están a cargo de un optometra profesional con experiencia en administración quien es el encargado de planificar, coordinar y evaluar la ejecución operativa del programa en terreno; a su cargo se encontrarían entre dos (2) y cuatro (4) móviles de asistencia optométrica básica MAOB, los cuales conforman figuras de barrido geográfico de atención, y que dentro de la estructura organizacional no tienen representación alguna.

Modulos de Altas Coberturas de Atención Optométrica, MACO

Organicamente están ubicados en el nivel local y dependen jerárquicamente en un número de dos (2) a cuatro (4) de cada NAOB. Tomando como fundamento el corolario que la asistencia básica ocular posee una doble estructura diagnóstica: una inicial que requiere tecnologías elementales y entrenamiento no muy profundo del recurso humano que las maneja y, una segunda que debe sustentarse en tecnologías más sofisticadas que sean manejadas por recurso humano altamente

capacitado; la estrategia metodológica de atención fundamental del programa es la utilización de equipos multidisciplinarios que atienden secuencialmente al paciente en cuatro (4) etapas de complejidad diagnóstica ascendente, ubicados en una misma planta física de consultorio. El equipo de los MACO está conformado por dos (2) promotoras de salud o su equivalente institucional, una (1) auxiliar de enfermería y dos (2) optómetras; las funciones asignadas a cada uno de los componentes del equipo asistencial, corresponden a las cuatro (4) etapas del diagnóstico y son:

- Para la primera promotora de salud, a través de la cual acceden los pacientes al módulo, la realización de la anamnesis (inicio de la historia clínica) y la toma habitual de la agudeza visual.

- Para la segunda promotora de salud, la valoración del estado motor binocular primario de los pacientes a través de la toma del punto próximo de convergencia; y la evaluación del estado de salud del segmento anterior ocular a través de la realización de un examen externo.

- El paciente supera en esta etapa la primera parte del diagnóstico de complejidad ascendente y pasa a ser atendido por el primer optómetra, quien le practica la Keratometría y la oftalmoscopia.

- En este momento el paciente accede al primer nivel de tamizaje aportado por la auxiliar de enfermería, quien con base en el diagnóstico y pronóstico del primer optómetra procede a dar curso hacia el segundo optómetra.

- El segundo optómetra recibe únicamente los casos con problemas de refracción y practica la rutina retinoscópica y el subjetivo dando una prescripción final. Una vez terminada la secuencia el paciente retorna nuevamente a la auxiliar para un segundo tamizaje, que dependiendo de la conducta sugerida por el optómetra puede ser referencia a un nivel más alto de atención y complejidad o la adquisición de su solución óptica

en anteojos; la cual hace apoyándose en un stock de muestrario.

Para la estrategia de la canalización de la población a cubrir se emplean dos (2) métodos alternos, dependiendo de la dispersión de la población. Si se trata de poblaciones concentradas, se utilizan mecanismos de selección por tamizaje directo en las poblaciones pertenecientes al grupo de riesgo en edad escolar; y de consulta espontánea por captación de información promocional por diferentes medios de comunicación social. Si se trata de poblaciones dispersas la canalización puede hacerse inversa, es decir, empleando el mecanismo de canalización - referencia - domicilio, donde el equipo humano y tecnológico se desplaza a las cabeceras veredales, en los puestos de salud o en las infraestructuras comunitarias destinadas para tal fin; aún cuando este mecanismo de canalización aporta un gran impacto a nivel social, incrementa en demasía los costos de operación del programa con relación al desplazamiento de los recursos y el incumplimiento de las metas programáticas. Es importante resaltar la necesidad de contar con la plena participación de la comunidad, a través de la dinamización por parte de los comités de participación comunitaria en salud como puente de enlace entre los sujetos a atender y el programa.

Organización

Recursos por tipo

Recursos humanos por NAOB

Optómetra(s) coordinador(es)

Optómetras clínicos

Staff asesor

Trabajador social

Auxiliar de enfermería

Promotoras de salud

Secretaria

Estadístico

Personal de apoyo:

- Comités de participación comunitaria en salud
- Funcionarios S.N.S.
- Líderes comunitarios
- Vigias de salud

} A cargo Min. Salud

Recursos físicos:

Infraestructuras pertenecientes al Sistema Nacional de salud o su equivalente institucional.

- Hospitales regionales
- Hospitales Locales
- Centros de salud
- Puestos de salud

Infraestructuras de la comunidad

- Salones comunales
- Colegios

Recursos tecnológicos

Dotación básica de un módulo de alta cobertura optométrica.

- Caja de pruebas
- Montura de prueba

- Estuche de diagnóstico
- Keratómetro
- Lensómetro
- Caja de prismas
- Optotipos
- Elementos de apoyo diagnóstico

Recursos de apoyo institucional

- Cartillas guía
- Rotafolios
- Optotipos de autodiagnóstico.

Estrategias organizacionales

Las estrategias organizacionales programáticas están adecuadamente sustentadas en la articulación intersectorial y la participación multiinstitucional, soportadas en los lineamientos de descentralización y autogestión que responden apropiadamente a las políticas del gobierno.

Evaluación

El proceso de planeación es un instrumento valioso para llevar los servicios de salud a todos los colombianos y contribuir al asentamiento y desarrollo de los diferentes sectores, a través de una adecuada racionalización de los insumos, ampliando los rangos de eficiencia y eficacia. Dicho proceso se concibe dentro de 3 secuencias inseparables: diagnóstico, programación y evaluación. Ha sido el primer punto el más utilizado y estudiado, los otros y particularmente el componente evaluativo, ha estado ausente como instrumento constante, funcional y equilibrante del sistema. Por tanto, es relevante sistematizarlo como elemento propicio para que el programa no pierda su vigencia y se desarrolle continuamente dentro de las realidades de cambio del contexto, que caracterizan los momentos actuales, carentes de normas, indicadores e instrumentos que permitan cualificar y cuantificar los servicios y la atención prestados. Por esta razón se han utilizado dos (2) estrategias alternas de evaluación que se sustentan en modelos de cortes múltiples transversales con base en diseños multicasuales que generan dos (2) modelos interactuantes de evaluación; un modelo de evaluación de impacto con base en indicadores de efectividad y un modelo alternativo de evaluación de la calidad con base en indicadores de eficiencia y eficacia.