

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación del impacto de la consulta de oftalmología en la atención primaria de salud

Assessing the impact of the ophthalmology outpatient department on primary health care

MsC. Eglis Esteban García Alcolea,¹ MsC. Hidelisa Herrero Aguirre,² MsC. Doris Perdomo Leyva,³ MsC. Caridad Gross Fernández⁴ y MsC. Sandra Casas Gross⁵

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Policlínico Docente "Frank País García", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Facultad de Ciencias Médicas No.1, Universidad Médica, Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas No.1, Universidad Médica, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesora Auxiliar. Universidad Médica, Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar. Universidad Médica, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto de la introducción y el perfeccionamiento de la consulta de oftalmología en el área de salud "Frank País García" del municipio de Santiago de Cuba desde abril del 2008 hasta igual mes del 2009, teniendo en cuenta el proceso clínico y la accesibilidad a la consulta, tanto de pacientes como de personal sanitario. **Método:** Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, para lo cual fueron seleccionados aleatoriamente y luego encuestados, 576 pacientes de un total de 3 047, sumados a todos los profesionales de la salud que laboraban en dicha consulta.

Resultados: En el proceso clínico, de 17 indicadores analizados, solo 1 (5,9 %) fue inadecuado, concerniente a la remisión de pacientes a la atención secundaria; en la accesibilidad, de 23 indicadores analizados, 3(13,1 %) resultaron inadecuados: uso de los medios de difusión para información en salud visual, índice de casos detectados para cirugía y realización de actividades de superación en posgrado. **Conclusiones:** El impacto de la consulta de oftalmología fue positivo en sentido general, sin despreciar los elementos de insatisfacción obtenidos.

Palabras clave: consulta de oftalmología, proceso clínico y accesibilidad a la consulta de oftalmología, evaluación de impacto, atención primaria de salud

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of the introduction and improvement of the ophthalmology outpatient department in the health area "Frank País García" of Santiago de Cuba municipality from April 2008 to April 2009, taking into account the clinical process and accessibility to the outpatient department, from both patients and health personnel. **Method:** A research in health systems and services was conducted, for which 576 patients from a total of 3047 were randomly selected and then surveyed, together with all health professionals who worked in this department. **Results:** In the clinical process, of 17 indicators analyzed, only 1(5,9%) was inappropriate, concerning the referral of patients to secondary care; in the accessibility, of 23 analyzed indicators, 3(13,1%) were inappropriate: use of the media for information in eye health, rate of detected cases for surgery, and activities in posgraduate training. **Conclusions:** The impact of the ophthalmology outpatient department was positive in a general sense, without disregarding the elements of dissatisfaction obtained.

Key words: ophthalmology outpatient department, clinical process and accessibility to the ophthalmology outpatient department, impact assessment, primary health care

INTRODUCCIÓN

La garantía de atención médica gratuita a toda la población cubana se convirtió desde 1959 en uno de los paradigmas sociales fundamentales, lo cual se corresponde con la esencia humanista y de justicia social que caracteriza al pueblo revolucionario.¹ Antes de esa fecha predominaban los servicios médicos y hospitalarios de carácter privado y mutualista, al alcance de unos pocos.²

Desde el mencionado año se comenzó a trabajar por la creación del Sistema Nacional de Salud, que llevó la acción del trabajador sanitario a los lugares más apartados y de difícil acceso.³ Conviene recordar que, en ese período, 3 000 de los 6 511 médicos existentes abandonaron el territorio nacional, entre ellos 118 oftalmólogos, de manera que solo 34 permanecieron Cuba;⁴ sin embargo, el éxodo de profesionales de la medicina no impidió la formación en la esfera oftalmológica ni la distribución de los graduados de esta especialidad a lo largo y ancho del país.^{5,6}

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los solicitan, está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan, cuyo análisis incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud.⁷

Precisamente, una de las fortalezas de la atención primaria de salud ha sido, en respuesta a ello, el proceso de proyección comunitaria de las especialidades, entre las que se encuentra la oftalmología, con una descentralización del segundo nivel de atención a municipios y policlínicos para la capacitación del capital humano, la asistencia médica, la investigación y la conducción de los programas comunitarios, con vista a

incrementar la calidad de los servicios que se brindan y la satisfacción de la población que los recibe.^{8,9}

Hoy todos los policlínicos cubanos disponen de los recursos materiales y humanos primordiales para realizar una consulta eficaz en la atención primaria, solucionar los problemas visuales básicos de los pobladores de sus respectivas áreas y solo remitir al nivel secundario a los pacientes que así lo requieran.¹⁰

El Policlínico Docente "Frank País García", perteneciente al municipio Santiago de Cuba, cuenta con una consulta estable de oftalmología, a la cual concurre un gran número de pacientes; sin embargo, al no conocerse con exactitud cuál era su impacto en el proceso clínico y social en este nivel de atención, se estimó que esa interrogante podía constituir el basamento científico de un interesante y necesario estudio, cuyos principales resultados se describen y analizan en este artículo.

MÉTODOS

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud para evaluar el impacto de la introducción y perfeccionamiento de la consulta de oftalmología en el área de salud "Frank País García" del municipio Santiago de Cuba desde abril del 2008 hasta igual mes del 2009, teniendo en cuenta el proceso clínico y la accesibilidad a esta, tanto para pacientes como personal sanitario.

El universo estuvo constituido por 3 047 pacientes, de los cuales se tomó una muestra de 576 (1 de cada 5) por el método aleatorio simple, quienes accedieron voluntariamente (en forma oral y por escrito) a participar en el estudio y acudieron en el período anteriormente mencionado, en todos los horarios del día, para ser encuestados, como también ocurrió con los 12 profesionales de la salud que laboraban en dicha consulta.

Se explicó a cada paciente y trabajador que esta investigación no dañaría su salud y que, en cambio, su opinión contribuiría a mejorarla. De igual forma se les aseguró que los datos obtenidos a través de las encuestas no serían divulgados, pues solo se utilizarían con fines científicos.

Para la recogida de información, primero se tuvieron en cuenta el interrogatorio directo al paciente y el examen oftalmológico; luego se aplicaron encuestas a través de entrevistas elaboradas por el equipo de investigación a todos los pacientes mayores de 5 años que acudieron a consulta de oftalmología, remitidos por otro médico del área desde el 1ro de abril del 2008 hasta igual fecha del 2009; y en el caso de pacientes con algún trastorno mental, discapacitados o menores de edad que no pudieran responder a lo contemplado en la encuesta, esta se aplicó al familiar en su condición de madre, padre o tutor que le acompañaba a la consulta y pudiera hacerlo en su lugar.

Se aplicó otra encuesta a todo el personal que laboraba en función de la consulta de oftalmología en esta área de salud, incluidos licenciados, enfermeras, técnicos y personal de servicios. Los datos restantes se recogieron en un modelo de vaciamiento estadístico.

- **Validación de los instrumentos**

Con vista a diseñar los instrumentos de recogida y validación de la información se creó un comité de expertos integrado por 5 especialistas de alta categoría científica y amplia experiencia en el Servicio, quienes debieron reunir los siguientes requisitos:

- Ser especialistas en oftalmología.
- Tener más de 5 años de experiencia en la especialidad.
- Haberse desempeñado en la atención primaria de salud como especialista de medicina general integral u oftalmología, o en ambas materias.

Se registraron los siguientes datos: especialidad del médico que remitía a los pacientes, así como concordancia entre diagnóstico clínico presuntivo y hallazgos oftalmológicos en consulta, lo cual, unido al resultado de la encuesta, permitió establecer los indicadores propuestos para evaluar.

Este instrumento elaborado con los criterios de expertos y aplicado siempre en un breve tiempo (aproximadamente 15 minutos) por los trabajadores de salud que eran miembros del proyecto, fue validado interna y externamente.

- **Indicadores utilizados**

- De evaluación del proceso clínico en la consulta de oftalmología
- De evaluación de la accesibilidad a dicha consulta

Se decidió subdividir, para su más rápida evaluación, en pacientes y profesionales según criterios.

A. Proceso clínico

- **Pacientes**

0. Diagnóstico

- Calidad de la atención médica

0. Organizativo

- Llegada al Servicio de Oftalmología.
- Orientaciones recibidas al llegar al Servicio.
- Elementos considerados que deben ser mejorados en la consulta.
- Tiempo dedicado a la consulta por paciente.

- **Profesionales**

0. Diagnóstico

- Diagnóstico precoz
- Pesquisa activa

0. Tratamiento

- Cumplimiento del tratamiento prescrito
- Detección de efectos secundarios durante la terapéutica
- Detección de recaídas
- Urgencias resueltas
- Complicaciones

- Promedio de pacientes a operar detectados

0. Organizativo

- Pacientes con criterios de remisión a hospitales
- Disminución de la lista de espera, los ingresos hospitalarios y la estadía
- Atención institucional
- Respuesta del Servicio de Electromedicina sobre la reparación de los equipos de la consulta

B. Accesibilidad

• Pacientes

0. Al diagnóstico

- Tiempo de espera por la fecha de la consulta
- Trato adecuado al paciente en la espera de la consulta
- Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a la consulta hasta la realización de esta
- Existencia del personal adecuado en la consulta
- Aspectos éticos en la consulta
- Condiciones de higiene y confort del local
- Acceso a otros medios de diagnóstico no disponibles en la consulta

0. Tratamiento

- Acceso a la terapéutica medicamentosa o de otro tipo

1. Información en salud a la población

- Uso de los medios de difusión para la información en salud
- Información brindada por el médico al paciente durante la realización de la consulta
- Comunicación establecida entre el médico y el paciente durante la consulta

• Profesionales

0. Al diagnóstico

- Promedio de consultas semanales
- Promedio de refracciones realizadas por semana
- Promedio de pacientes atendidos por consulta
- Índice entre el número del personal de salud y el de pacientes por atender
- Recursos necesarios para la realización de la consulta

0. Tratamiento

- Índice de pacientes detectados para cirugía sobre operados

0. Formación del personal de salud

- Calificación profesional, años de experiencia y superación especializada
- Capacitaciones recibidas sobre la consulta de oftalmología en la atención primaria
- Necesidad de aprendizaje por parte del personal de salud

- Disponibilidad del equipo médico de la consulta para la docencia de pregrado en el área de salud
- Realización de actividades de superación de posgrado en el área

0. Información sobre salud a la población

- Promoción de salud y prevención de enfermedades a los trabajadores de los centros laborales ubicados en el área
- Ejecución de intervenciones comunitarias a la población sobre temas de salud ocular

C. Operacionalización de las variables

Tanto en pacientes como profesionales, los siguientes criterios de indicadores en el proceso clínico fueron considerados como adecuados cuando alcanzaban una calificación de 4 ó 5; e inadecuados, cuando la puntuación era de 2 ó 3.

-) Calidad de la atención médica a los pacientes.
-) Atención a los pacientes a su llegada al Servicio de Oftalmología.
-) Orientaciones dadas sobre la consulta por el médico u otro personal del Departamento.
-) Elementos a considerar para definir si existía mejoramiento en los servicios de atención médica.
-) Tiempo dedicado a la consulta por paciente.

En otros indicadores, se consideraron adecuados cuando alcanzaban una cifra de 0,75 ó más; e inadecuados, cuando eran inferiores a esta.

-) Diagnóstico precoz: Comprendió la detección de pacientes que comenzaban a padecer infecciones agudas o enfermedades crónicas no transmisibles.
-) Pesquisa activa: Comprendió la búsqueda sistemática de las principales causas de ceguera prevenible para indicar tratamiento quirúrgico oportuno, tales como: pterigión, catarata, estrabismo, glaucoma no compensado, retinopatía diabética, ptosis palpebral u otras.
-) Cumplimiento del tratamiento prescrito a los pacientes.
-) Detección de efectos secundarios durante el tratamiento, así como de recaídas
Adecuada: Cuando alcanzaba una cifra de 0,1 ó menor; e inadecuada, cuando esta excedía de 0,1.
- f) Urgencias resueltas en la atención primaria de salud
Adecuadas: Cuando alcanzaban una cifra de 0,5 ó mayor; e inadecuadas, cuando eran menor de 0,5 y había que remitir al hospital.
- g) Complicaciones: Aquellas urgencias que después de atendidas, evolucionaron hacia la aparición de infecciones, inflamaciones, estados de alergia u otras manifestaciones clínicas.
Adecuadas: Cuando alcanzaban una cifra menor o igual de 0,3 ó menor; e inadecuadas, cuando excedían de 0,3.
- h) Promedio de pacientes a operar, detectados en consulta

Adecuado: Cuando se alcanzó una cifra mayor de 2 ó más; e inadecuada, cuando esta era menor de 2.

- i) Porcentaje de pacientes remitidos a la atención secundaria
Adecuado: Cuando se alcanzó una cifra de 5 % ó menor; e inadecuado, cuando excedió de 5 %.
- j) Ingresos hospitalarios
Adecuados: Cuando representaron 0,05 ó menos; e inadecuados, cuando excedieron de 0,05.
- k) Atención institucional
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.
- l) Respuesta del Servicio de Electromedicina para la reparación de los equipos de la consulta
Adecuada: Cuando se alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.

D. Accesibilidad (pacientes)

-) Tiempo entre la llegada del paciente remitido y su atención en consulta
Adecuado: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuado, cuando esta fue de 2 ó 3.
-) Trato adecuado al paciente durante la espera de la consulta
Adecuado: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuado, cuando esta fue de 2 ó 3.
-) Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a la consulta hasta la realización de esta
Adecuado: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuado, cuando esta fue de 2 ó 3.
-) Presencia en la consulta del personal adecuado
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.
-) Aspectos éticos en la consulta
Adecuados: Cuando alcanzaron una calificación de 5; e inadecuados, cuando esta fue de 2, 3 ó 4.
-) Condiciones de higiene y confort del lugar
Adecuadas: Cuando alcanzaron una calificación de 5; e inadecuadas, cuando esta fue de 2, 3 ó 4.
-) Acceso a otros medios de diagnóstico no disponibles en la consulta
Adecuado: Cuando alcanzó una calificación de 5; e inadecuado, cuando esta fue de 2.
-) Acceso a la terapéutica medicamentosa o de otro tipo
Adecuado: Cuando alcanzó una calificación de 5; e inadecuado, cuando esta fue de 2.
- h) Uso de los medios de difusión para la información en salud

Adecuado: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuado, cuando esta fue de 2 ó 3.

- j) Información brindada por el médico al paciente durante la realización de la consulta
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2, 3 ó 4.
- k) Comunicación establecida entre el médico y el paciente durante la consulta
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.

E. Definición de criterios de indicadores

-) Promedio de consultas por semana
Adecuado: Cuando no excedía de 3 consultas semanales; e inadecuado, cuando se brindaba solo una o ninguna.
-) Promedio de refracciones realizadas por semana
Adecuado: Cuando eran 120 ó más; e inadecuado, cuando se efectuaban menos de 120.
-) Promedio de pacientes atendidos por consulta
Adecuado: Cuando eran 20 ó más; e inadecuado, cuando se atendía a menos de 20.
-) Índice entre el número de personal de la salud y el de pacientes por atender (determinado por el promedio de pacientes atendidos en cada consulta)
Adecuado: Cuando era de 0,5 ó más; e inadecuado, cuando resultaba menos de 0,5.
-) Recursos necesarios para la realización de la consulta
Adecuados: Cuando alcanzaron una calificación de 5; e inadecuados, cuando esta fue de 2, 3 ó 4.
-) Índice de pacientes detectados para cirugía sobre operados
Adecuado: Cuando era menor de 2,1; e inadecuado, cuando resultaba ser de 2,1 ó más.
-) Calificación profesional, años de experiencia y superación especializada: Se utilizaron para precisar las categorías de los profesionales que trabajaban en la consulta, así como su experiencia en este campo.
-) Capacitaciones recibidas
Adecuadas: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuadas, cuando esta fue de 2 ó 3.
- h) Necesidad de aprendizaje por parte del personal de salud
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.
- h) Disponibilidad del equipo médico de la consulta para la docencia de pregrado en el área de salud
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.

- h) Realización de actividades de superación de posgrado en el área de salud
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.
- h) Promoción de salud y prevención de enfermedades en los trabajadores de los centros laborales ubicados en el área
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.
- h) Realización de intervenciones comunitarias a la población sobre temas de salud ocular
Adecuada: Cuando alcanzó una calificación de 4 ó 5; e inadecuada, cuando esta fue de 2 ó 3.

F. Evaluación general del impacto

- El impacto fue positivo para el proceso clínico cuando los criterios evaluados en profesionales y pacientes, al sumarlos, fueron adecuados y cumplieron el estándar establecido (13 de los 17).
- El impacto fue positivo para la accesibilidad cuando los criterios evaluados en profesionales y pacientes, al sumarlos, fueron adecuados y cumplieron el estándar establecido (18 de los 23).

La información obtenida fue procesada mediante el software estadístico SPSS versión 11. 5 y se utilizaron medidas de resumen como números absolutos, porcentajes, índice y media aritmética, con 95 % de confiabilidad.

RESULTADOS

Los 5 criterios evaluativos analizados en el proceso clínico de los pacientes (**tabla 1**) fueron adecuados, todos con más de 90 %.

Tabla 1. *Criterios evaluativos en el proceso clínico de los pacientes (diagnóstico y organizativo)*

| Criterios evaluativos | Adecuados | | Inadecuados | |
|--|-----------|------|-------------|-----|
| | No. | % | No. | % |
| Calidad de la atención médica | 567 | 98,4 | 9 | 1,6 |
| Llegada al Servicio de Oftalmología | 532 | 92,4 | 44 | 7,6 |
| Orientaciones recibidas al llegar al Servicio | 532 | 92,4 | 44 | 7,6 |
| Elementos considerados que deben ser mejorados en la consulta. | 552 | 95,8 | 24 | 4,2 |
| Tiempo dedicado a la consulta por paciente | 570 | 98,9 | 6 | 1,1 |

Fuente: Entrevistas

Por parte de los profesionales (**tabla 2**), según criterios evaluativos objetivos para el proceso clínico, 9 de los 10 analizados resultaron adecuados, incluso por encima del estándar establecido; sin embargo, el referido a los pacientes con criterios de remisión a la atención secundaria, fue muy inadecuado.

Tabla 2. *Criterios evaluativos objetivos para el proceso clínico en profesionales (diagnóstico, tratamiento y organizativo)*

| Criterios objetivos | Reales | Estándares |
|---|---------------|-------------------|
| Diagnóstico precoz | 0,99 | 0,75 |
| Pesquisa activa | 0,99 | 0,75 |
| Cumplimiento del tratamiento prescrito | 0,97 | 0,75 |
| Detección de efectos secundarios durante la terapéutica | 0,04 | 0,1 |
| Detección de recaídas | 0,03 | 0,1 |
| Urgencias resueltas | 0,88 | 0,5 |
| Complicaciones | 0,16 | 0,3 |
| Promedio de pacientes a operar detectados | 2,1 | 2,0 |
| Pacientes con criterios de remisión a hospitales | 11,5 % | 5 % ó menor |
| Ingresos hospitalarios | 0,01 | 0,05 |

Fuente: Modelo de vaciamiento estadístico

Con respecto a los 2 criterios subjetivos para evaluar el proceso clínico por parte de los profesionales (organizativo), se encontró que fue adecuado en los 12 de ambos: atención institucional y respuesta del Servicio de Electromedicina para la reparación de los equipos de la consulta.

En la **tabla 3**, donde se muestran los criterios evaluativos sobre accesibilidad en relación con los pacientes, puede verse que 10 de los 11 analizados fueron adecuados y que el único inadecuado resultó ser el uso de los medios de difusión para la información en salud.

Tabla 3. *Criterios evaluativos para la accesibilidad en pacientes (diagnóstico, tratamiento e información en salud a la población)*

| Criterios evaluativos | Adecuados | | Inadecuados | |
|--|-----------|------|-------------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Tiempo de espera por la fecha de la consulta | 573 | 99,5 | 3 | 0,5 |
| Trato adecuado al paciente en espera de la consulta | 532 | 92,4 | 44 | 7,6 |
| Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a la consulta hasta la realización de esta | 550 | 95,5 | 26 | 4,5 |
| Existencia en la consulta del personal adecuado | 561 | 97,4 | 15 | 2,6 |
| Aspectos éticos en la consulta | 569 | 98,8 | 7 | 1,2 |
| Condiciones de higiene y confort del local | 561 | 97,4 | 15 | 2,6 |
| Acceso a otros medios de diagnóstico no disponibles en la consulta | 424 | 73,6 | 152 | 26,4 |
| Acceso a la terapéutica medicamentosa o de otro tipo | 497 | 86,3 | 79 | 13,7 |
| Uso de los medios de difusión para la información en salud | 131 | 22,7 | 445 | 77,3 |
| Información brindada por el médico al paciente durante la realización de la consulta | 564 | 97,9 | 12 | 2,1 |
| Comunicación establecida entre el médico y el paciente durante la consulta | 564 | 97,9 | 12 | 2,1 |

Fuente: Entrevista

Con referencia a los criterios evaluativos objetivos para la accesibilidad en profesionales (**tabla 4**), se evidencia que 4 de los 5 analizados fueron adecuados, por encima del estándar establecido, y que solo uno resultó inadecuado, a saber: índice de pacientes detectados para cirugía sobre operados.

Tabla 4. *Criterios evaluativos objetivos para la accesibilidad en profesionales (diagnóstico y tratamiento)*

| Criterios objetivos | Reales | Estándares |
|---|--------|------------|
| Promedio de consultas semanales | 3 | 3 |
| Promedio de refracciones realizadas por semana | 121 | 120 |
| Promedio de pacientes atendidos por consulta | 21 | 20 |
| Índice entre el número del personal de salud y de pacientes por atender | 0,6 | 0,5 |
| Índice de pacientes detectados para cirugía sobre operados | 2,2 | 2,1 |

Fuente: Modelo de vaciamiento estadístico

Finalmente, en la **tabla 5** se reflejan los criterios evaluativos subjetivos para la accesibilidad en profesionales; de los 7 analizados, solo uno resultó inadecuado: realización de actividades de superación de posgrado sobre oftalmología en el área de salud.

Tabla 5. *Criterios evaluativos subjetivos para la accesibilidad en profesionales (diagnóstico, formación del personal de salud e información en salud a la población)*

| Criterios subjetivos | Adecuados | | Inadecuados | |
|--|-----------|-------|-------------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Recursos necesarios para la realización de la consulta | 12 | 100,0 | - | - |
| Capacitaciones recibidas | 11 | 91,7 | 1 | 9,3 |
| Necesidad de aprendizaje por parte del personal de salud | 7 | 58,3 | 5 | 41,7 |
| Disponibilidad del equipo médico de la consulta para la docencia de pregrado en el área de salud | 12 | 100,0 | - | - |
| Realización de actividades de superación de posgrado en el área de salud | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 |
| Promoción de salud y prevención de enfermedades en los trabajadores de los centros laborales ubicados en el área | 12 | 100,0 | - | - |
| Ejecución de intervenciones comunitarias a la población sobre temas de salud ocular | 12 | 100,0 | - | - |

Fuente: Entrevista

En sentido general, la evaluación final del impacto puso de relieve su positividad en ambos parámetros: en el proceso clínico, de los 17 criterios analizados, solo uno fue inadecuado por parte de los profesionales; mientras que en cuanto a la accesibilidad, apenas 3 de los 23 valorados resultaron ser inadecuados, a saber:

| | Pacientes | | Profesionales | | Total | |
|-----------------|-----------|------------|---------------|------------|----------|------------|
| | Adecuado | Inadecuado | Adecuado | Inadecuado | Adecuado | Inadecuado |
| Proceso clínico | 5 | - | 11 | 1 | 16 | 1 |
| Accesibilidad | 10 | 1 | 10 | 2 | 20 | 3 |

DISCUSIÓN

Varios autores ^{11, 12} plantean que la consulta de oftalmología en la comunidad facilita el diagnóstico precoz y oportuno de muchas afecciones oculares que antes debían ser diagnosticadas y seguidas en el nivel hospitalario; por otro lado, también favorece la realización de la pesquisa activa oftalmológica, que ha sido un hecho inédito en los últimos años ¹³ y definido así por el Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz: "...El verdadero diagnóstico del estado de salud de una población y el más grande avance que pueda concebirse para elevar las perspectivas de vida del ser humano en la actualidad." ¹⁴

Por ello, su presencia y la del especialista en el área de salud contribuye de forma positiva, no solo en el aspecto asistencial, sino en la investigación epidemiológica -- que

ha sido subvalorada con el paso del tiempo -- y en la docencia, tanto del nuevo modelo pedagógico que del Proyecto Policlínico como en la formación de posgrado.¹⁵

En la consulta de oftalmología en un policlínico (Miguel Pérez I, Pérez Blázquez GJ. Traumatismos oculares. Metodología de estudio y propuesta de clasificación [tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas] 2005. ISMM "Dr. Luis Díaz Soto"] se atiende a toda la población a partir de los 5 años de edad, perteneciente a sus consejos populares, sobre todo remitida por un especialista del área, así como a algunas personas con urgencias o traumatismos oculares sencillos.¹⁶

Teniendo en cuenta la esencia de esta investigación: los indicadores de impacto, según diversos investigadores,^{17, 18} son medidas objetivas de cambio, que proporcionan normas estandarizadas para medir, evaluar o mostrar progresos. El estudio permitió analizar detenidamente los elementos que entorpecen la diversificación de los servicios médicos brindados en la atención primaria, pues la consulta de oftalmología es uno de los que potencian este nivel de asistencia en la comunidad.

El grado de satisfacción de la población con los servicios recibidos, la utilización adecuada de los recursos existentes, los conocimientos científicotécnicos adquiridos y la aplicación consciente de los principios éticos y morales, permiten evaluar la calidad de la atención médica;^{17, 18} razones por las cuales, los servicios en el nivel primario deben estar orientados a cumplir las exigencias en salud y satisfacción de los pobladores de las áreas, de manera que se impone continuar trabajando para mejorar el trato al paciente a su llegada a la consulta de oftalmología y ofrecerle las orientaciones precisas por parte del personal sanitario, pues solo así podrá lograrse una comunicación bilateral más efectiva.

La consulta oftalmológica que se brinda en la atención primaria es muy general y muchas veces se requiere interconsultar con diferentes subespecialidades (córnea, glaucoma, cirugía refractiva, retina, neurooftalmología, baja visión, pediatría u otras) existentes en instituciones hospitalarias, ya sea motivado por aspectos clínicos o quirúrgicos.

Asimismo, debe existir una buena interrelación entre el personal administrativo y los demás dirigentes (incluidos sindicales y partidistas) de cada departamento de la institución, así como una elevada disposición de los que realizan labores de electromedicina para mantener en óptimas condiciones el equipamiento instalado. Al respecto, el Comandante en Jefe plantea que "... la educación ética de los trabajadores de la salud está directamente relacionada con una cabal calidad humana y revolucionaria, una condición moral especial y una alta calidad institucional". En su concepto de Revolución hace referencia a cómo debe ser su formación, lo cual daría respuesta a los principios de la ética médica concernientes a preservar y mantener la salud del pueblo, unido a las misiones internacionalistas de profesionales y técnicos del Sector.¹⁹

El Departamento de Oftalmología del Policlínico Docente "Frank País García" cuenta con un mural actualizado y 2 pancartas informativas sobre promoción de salud y prevención de afecciones oculares; sin embargo, ello no basta, pues cuando las personas asisten a consulta, habitualmente obvian leer esos materiales, aunque sean didácticos, por temor a perder su turno o retrasarse en su entrada a la consulta. Lo importante sería poder contar con el apoyo más sistemático de los medios de difusión, pues en los últimos años han sido poco utilizados para brindar información sobre salud ocular.²⁰

Habida cuenta que muchos pacientes con oftalmopatías deben ser tratados y operados en centros hospitalarios, conviene que siempre exista una buena interrelación consultorio-

policlínico-hospital para poder evitar insatisfacciones entre las unidades referentes-aférentes y, fundamentalmente, en las personas afectadas y sobre todo por problemas de comunicación.⁹

Un buen adiestramiento permite una mejor preparación y contribuye al perfeccionamiento de la atención primaria de salud, pues a medida que se establezcan diagnósticos adecuados, aumentará más la confiabilidad en el proceso y acudirán de forma precoz los pacientes a la consulta, con lo cual no tendrán que desplazarse a grandes distancias ni esperar demasiado para su realización. Además de ello, identificar la necesidad de aprendizaje de los profesionales y la población propiamente dicha, es de gran interés para el sistema sanitario, por cuanto sobre esa base podrá prepararse para garantizar la satisfacción de todos.^{8,9}

En el área de salud del mencionado policlínico se halló con respecto a la actividad laboral que realizaban algunos de los profesionales encuestados, lo siguiente:

0. Según calificación profesional:

- 2 licenciados y 7 técnicos en refracción
- 1 licenciada en enfermería y 1 enfermera general básica
- 1 auxiliar de servicio

0. Según años de experiencia en la actividad

- Más de 10 años: 7
- Entre 6 - 10 años: 4
- Menos de un año: 1

0. Según superación especializada

- 2 realizaron la especialidad de optometría y óptica.
- 7 cursaban el cuarto año de dicha especialidad.
- El personal de enfermería recibió un adiestramiento.

El impacto de la consulta de oftalmología en la atención primaria de salud fue positivo en sentido general, tanto para los pacientes como para el personal sanitario, sin despreciar los elementos de insatisfacción obtenidos en algunos indicadores del proceso clínico y la accesibilidad, respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Márquez M, Rojas Ochoa F, Gutiérrez Muñiz JA, López Pardo C. Salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social, 2005:42-86.
2. Delgado García G, Rojas Ochoa F. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008:9-18.
3. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. En: Núñez Jover J, Macías Llanes ME. Reflexiones sobre ciencia, tecnología y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007:210-8.

4. Santiesteban Freixas R. Historia de la oftalmología en Cuba. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005:199-201.
5. Navarro Scott M, García Moreno D. Historia de la oftalmología en Santiago de Cuba [artículo en línea]. MEDISAN 2007; 11(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_2_07/san13207.htm> [consulta: 14 septiembre 2009].
4. Río Torres M. La oftalmología cubana de cara al futuro [Editorial]. Rev Cubana Oftalmol 2009; 22(SUP):5-6.
5. Torres Tovar M. El impacto de los acuerdos de libre comercio sobre el derecho a la salud. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(3):24-9.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Médica Integral a la Familia y la Comunidad. La Habana: MINSAP, 2004.
9. ----. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar 1999-2001. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999.
10. Martínez Ribalta J. La oftalmología como protagonista de la medicina social [artículo en línea]. Rev Cubana Oftalmol 2009;22(1). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762009000100001&lng=es> [consulta: 12 enero 2010].
11. Alañón Fernández FJ, Fernández Pérez J, Ferreiro López S. Oftalmología en la atención primaria. 2 ed. Madrid: Formación Alcalá, 2003: 34-8.
6. Olivé González MM. Práctica médica en oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008:3-6.
13. García Alcolea EE. Lo inédito del pesquiasaje activo oftalmológico en Cuba [artículo en línea]. MEDISAN 2008; 12(3). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_3_08/san09308.htm> [consulta: 15 enero 2010].
14. Castro Ruz F. Discurso por la celebración del 26 de Julio del 2006 en Granma. Periódico Granma, La Habana, 27 de julio del 2006.
15. García Alcolea EE, Fernández González ME. Proceso evaluativo de la asignatura Oftalmología en el Proyecto Policlínico [artículo en línea]. Rev Misión Milagro 2009; 3(3). <<http://www.misionmilagro.sld.cu/vol3no3/inv3302.php>>[consulta: 12 noviembre 2009].
16. Castellano M. La productividad va ligada a la salud y la satisfacción de los trabajadores. < <http://www.ideal.es/granada/20071003/>> [consulta: 18 enero 2010].
17. Pérez Cruz FJ. Cuba: Salud de privilegios en el Siglo XXI. Los impactos del sistema nacional de salud<<http://www.cubasocialista.cu/texto/0008110salud.html>>[consulta:18 enero 2010].

18. Sandín Vázquez M, Sarría Santamera A. Evaluación del impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. Rev Esp Salud Pública 2008;82(3):261-72.
19. García Alcolea EE. Revolución, paradigma del proceso de formación de cuadros del sector salud.
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/revolucion_paradigma_del_proceso_de_formacion_de_cuadros_arreglado.pdf> [consulta: 18 enero 2010].
20. ----. Intervención comunitaria sobre glaucoma crónico simple. Policlínico "Frank País García". Santiago de Cuba en 2008 [artículo en línea]. Rev Misión Milagro 2009; 3(2).
<<http://www.misionmilagro.sld.cu/vol3no2/inv3206.php>> [consulta: 18 enero 2010].

Recibido: 10 de enero de 2010

Aprobado: 12 de febrero de 2010

MsC. Eglis Esteban García Alcolea. Policlínico Docente "Frank País García", calle 32, reparto Nuevo Vista Alegre, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: eglis@medired.scu.sld.cu