

LINEAMIENTO PARA DESARROLLAR UN PROYECTO DE ATENCIÓN OPTOMÉTRICA



María Barceló

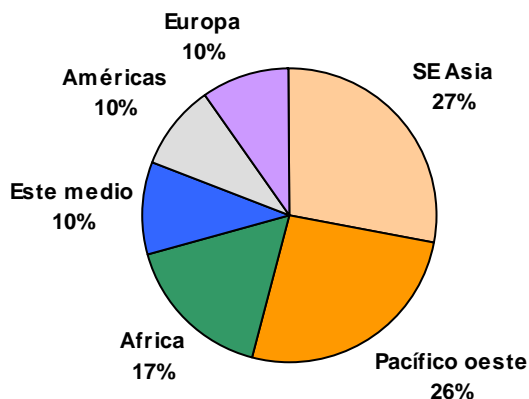
ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. PROBLEMA DE DESARROLLO	3
1.2. REPERCUSIÓN DIRECTA DE LOS DÉFICITS VISUALES SOBRE LOS ODM	4
2. OBJETIVO	8
3. INTERVENCIÓN	8
3.1. PROSPECCIÓN	8
FICHAS DE PROSPECCIÓN	9
3.2. ACTUACIÓN	18
3.3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	20
4. GLOSARIO	22
ANEXO I: EJEMPLO DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO PARA UN PROYECTO DE OPTOMETRÍA	25
ANEXO II: PASOS BÁSICOS PARA ELABORAR UN MARCO LÓGICO	27
ANEXO III: POSIBLES ACTIVIDADES PARA UN PROGRAMA DE OPTOMETRÍA REFLEJADAS EN UN GRÁFICO DE GANTT	29
ANEXO IV: EJEMPLO DE POSIBLES EVALUACIONES Y MONITOREOS	31
ANEXO V: COMPARATIVA ENTRE LA DISTRIBUCIÓN DE LA RIQUEZA Y LA PREVALENCIA DE LA CEGUERA EN EL MUNDO	32
ANEXO VI: ENLACES A LAS PRINCIPALES WEB SOBRE CEGUERA Y DESARROLLO	33

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. PROBLEMA DE DESARROLLO

En el mundo hay unos **40 millones de personas ciegas** de las cuales un 90% viven en países en vías de desarrollo. Se considera ciego una persona que presenta una AV < 0.05 en el mejor ojo con corrección óptica.



	África	Américas	Este medio	Europa	SE Asia	Pacifico oeste	Total
Población (millones)	672.2	852.6	502.8	877.9	1,590.80	1,717.50	6,213.90
Número de personas ciegas (millones)	6.8	2.4	4	2.7	11.6	9.3	36.9
% de personas ciegas	18%	7%	11%	7%	32%	25%	100%
Número de personas con baja visión (millones)	20	13.1	12.4	12.8	33.5	32.5	124.3
Número de personas con impedimento visual (millones)	26.8	15.5	16.5	15.5	45.1	41.8	161.2

*Fte. OMS (2004)

Unos 125 millones de personas presentan baja visión (AV 0.05- 0.33) lo que implica que nos encontramos con unos 160 millones de personas con impedimento visual a las que tendríamos que sumar **153 millones de personas que presentan defectos refractivos sin compensar.**

DÉFICIT VISUAL POR REFRACCIÓN NO COMPENSADA	
África	6,3 mill.
Europa	15 mill.
Américas	13,1 mill.
Oriente Medio	3,1 mill.
SE Asiático	56,3 mill.
Pacífico oeste	59,3 mill.

Por edades:

EDAD (años)	PERSONAS (millones)
5-15	12,9
16-49	45,5
>50	94,8

Sumando los dos casos anteriores encontramos que **en el mundo existen 314 millones de personas que sufren impedimento visual.**

Por otra parte si analizamos los Objetivos del Milenio podemos observar como la capacidad visual influye directamente en su cumplimiento.

1.2. REPERCUSIÓN DIRECTA DE LOS DÉFICITS VISUALES SOBRE LOS ODM

Siete de los ocho ODM se podrían relacionar directamente con la calidad de la salud visual y mejorarla ayudará a avanzar hacia ellos.

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día

Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

Los problemas visuales aparecen muchas veces por la falta de recursos, higiene y nutrición. A su vez las personas con problemas visuales se encuentran limitadas a la hora de poder desarrollar un trabajo o buscar recursos para su vida diaria con lo que se genera más pobreza.

La pobreza genera problemas visuales y los problemas visuales generan pobreza.

Tenemos la prueba en que el 90% de la ceguera evitable la encontramos en los países subdesarrollados.

ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal
ODM 3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer

Meta 3: Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015

Se hace difícil para los niños con problemas visuales poder asistir a la escuela y seguir el ritmo de las clases. Normalmente estos niños suelen ser privados de la escolarización ya que no hay recursos sanitarios para tratarlos ni escuelas especializadas para atenderlos.

También el hecho de tener algún adulto ciego en la familia limita la escolarización ya que en la mayoría de los casos son los niños en edad escolar los que se encargan de estos adultos dependientes. Muchas veces las más afectadas son las niñas.

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Es probable que hasta el 60% de los niños en países de bajos ingresos muera al año después de haber quedado ciegos. Más aún, alrededor de 500.000 niños quedan ciegos cada año. Esto equivale aproximadamente a que un niño quede ciego cada minuto. Muchas de las condiciones asociadas con la ceguera infantil son también causas de mortalidad infantil (por ejemplo parto prematuro, sarampión, síndrome de rubéola congénita, deficiencia de vitamina A y meningitis).

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

La gente con discapacidad puede estar igualmente - o más - expuesta a factores de riesgo que conducen a enfermedades infecciosas y tienen acceso limitado a servicios de mayor alcance y tratamientos. Importantes "enfermedades descuidadas", que incluyen condiciones que producen ceguera tales como tracoma y oncocercosis (ceguera de los ríos), son endémicas en áreas rurales y urbanas empobrecidas de países de bajos ingresos y pueden deteriorar la educación y la productividad de los trabajadores.

Mediante la adopción de un enfoque de salud pública en la entrega de servicios sanitarios oculares preventivos y curativos, y la capacitación enfocada en la atención sanitaria materna e infantil, la educación sanitaria y la buena nutrición también se contribuye a reducir el impacto de otras enfermedades como el SIDA, la malaria o cualquier otra.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

Los habitantes de países de bajos ingresos que padecen incapacidades como el impedimento visual, tienen mayor tendencia a poseer niveles más bajos de condiciones de vivienda y menor acceso al agua limpia y a condiciones de salubridad básicas. El impedimento visual hace más difícil desarrollarse en lugares donde las condiciones ambientales son más desfavorables.

ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio

Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en los planos nacional e internacional

El estado juega un papel muy importante ya que es indispensable que desarrolle una buena política de sanidad y de capacitación de personal sanitario. Con un buen sistema sanitario se reducirá la pobreza. Actualmente hay muchos países que no desarrollan una atención primaria visual adecuada.

Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo

La formación en el ámbito sanitario y de salud visual proporcionaría puestos de trabajo para muchas personas que se desarrollarían profesional e intelectualmente. A su vez ofrecerían un gran servicio a su comunidad.

Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable

Tener medicamentos es básico para poder llevar a cabo una buena función sanitaria. Hay enfermedades oculares (glaucoma, tracoma, oncocercosis...) que se pueden tratar con fármacos y el hecho de no disponer de ellos puede provocar que las personas que las padecen acaben ciegas. También hay otras enfermedades que si no son vacunadas o tratadas pueden provocar ceguera (sarampión, rubéola...).

En resumen:

- Según datos de la OMS, el 90% de las personas que padecen deficiencias visuales se encuentran en países en desarrollo
- 153 millones de personas padecen deficiencia visual por no tener acceso a unas lentes correctoras lo que representa un 18% del total de personas con ceguera
- Todos los niños con problemas visuales tienen difícil acceso a la educación
- Todos los adultos con problemas visuales tienen difícil acceso al mundo laboral
- El 80% de la ceguera es evitable
- El coste de las intervenciones en salud ocular es muy bajo si lo comparamos con los beneficios que reportan a la población. Por ejemplo, todas las personas con más de 45 años presentan presbicia debido a la pérdida de la capacidad de enfoque que sufre el ojo con la edad. Esto quiere decir que si no les ayudamos con unas simples gafas de lectura que pueden tener un coste de unos 3€ no podrán trabajar desarrollando actividades de cerca como costura, lectura, escritura... Eso lleva a dejar sin trabajo a este sector de población.

2. OBJETIVO

Desarrollar un programa en atención visual primaria basándose en solucionar las deficiencias visuales provocadas por defectos refractivos no compensados.

El programa constará de tres partes:

- **Prospección:** conocer el sistema de salud visual en el país donde se desarrolle el programa a través del ministerio de salud de dicho país.
- **Actuación:** elaborar un plan de trabajo y adecuarlo a la situación y necesidad de cada país.
- **Evaluación:** establecer unos indicadores mediante los que se puedan controlar los resultados del trabajo desarrollado para orientarlos en función de la evolución del proyecto.

3. INTERVENCIÓN

3.1. PROSPECCIÓN

El primer paso para empezar a trabajar en un país o región es conocer bien a fondo la situación y realidad del lugar.

- Quiénes son los profesionales que están tratando la salud visual
- En qué espacios están trabajando (hospitales, consultorios, ópticas...)
- Cuál es el grado de preparación de estos profesionales
- Cuántos centros de capacitación están al alcance de los profesionales
- De qué equipos disponen y en qué estado
- Cuál es el coste que debe pagar la población para acceder a estos servicios
- Cuál es la capacidad de la población para acceder a estos servicios
- Qué porcentaje de población no puede acceder a la salud visual y por qué
- Cuáles son las principales patologías oculares que predominan entre la población
- Cuáles son los principales problemas refractivos que encontramos
- Cuál es el grado de información que tiene la población sobre salud visual
- De qué materiales disponen los profesionales y qué facilidad tienen para acceder a ellos

Se tiene que contactar con el ministerio de Salud para conocer de forma institucional cómo se trabaja la salud visual en el país, zona o región en la que pretendemos intervenir. Es el agente local principal con el que tendremos que trabajar. Después realizaremos el trabajo de campo de recogida de toda la información que nos interesa.

Para recopilar toda la información utilizaremos unas fichas que nos permitirán analizar la situación y desarrollar las áreas de intervención y planes de trabajo. Estas mismas fichas también nos servirán para las evaluaciones. A partir de esta información pasaremos a escribir el proyecto en el que vamos a trabajar.

FICHAS DE PROSPECCI ÓN

1. DESCRIPCIÓN DEL PAÍS DE TRABAJO

PAÍS:	
Bandera	Escudo
Mapa de situación	

Características generales de la región

Nº habitantes	
Extensión	
Idioma oficial	
Religión	
Clima	
Moneda	
Sistema político	

Cooperación oficial al desarrollo

Total Ayuda Oficial al Desarrollo recibida	
% de Ayuda Oficial al Desarrollo recibida	
Deuda externa total	
Gasto público en salud	
Gasto público en educación	
Gasto en defensa	

Estructura de la población

Esperanza de vida al nacer (hombres)	
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	
Población urbana	
Crecimiento urbano anual	
Población rural	

Pobreza y desigualdades

PIB	
IDH	
IPH-1	
Población con menos de 1\$ al día	
Población con menos de 2\$ al día	
Población viviendo bajo el umbral nacional de pobreza	
IDG	
Mujeres en la población activa	
Hombres en la población activa	
Tasa de mortalidad infantil	
Acceso a agua potable	
Acceso a la sanidad	
Tasa de paro	

Enseñanza

Alfabetismo adulto	
Alfabetismo adulto femenino	
Alfabetismo adulto masculino	
Matriculación en enseñanza primaria	
Matriculación en enseñanza primaria masculina	
Matriculación en enseñanza primaria femenina	
Matriculación en enseñanza secundaria	
Matriculación en enseñanza secundaria masculina.	
Matriculación en enseñanza secundaria femenina	
Matriculación en enseñanza terciaria	
Niños por maestro en primaria	

2. PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA SALUD VISUAL

ZONA DE ESTUDIO:

Categoría 1 - Profesionales de salud general que trabajan en la salud visual	
1A Médicos generalistas	
1B Enfermeros con formación universitaria	
1C Enfermeros con formación especializada no universitaria	

Categoría 2 – Ópticos u optometristas	
2A Sin formación especializada	
2B Con formación especializada no reglada	
2C Con formación especializada - nivel secundario	
2D Con formación universitaria – nivel medio	
2E Con formación universitaria – nivel superior	

Categoría 3 – Oftalmólogos	
3A Con formación universitaria	
3B Sin formación universitaria	

Otros

3. COLEGIOS, ASOCIACIONES O GREMIOS PROFESIONALES

(Nombre los colegios, asociaciones o gremios de profesionales de la salud visual que existen a nivel estatal)

Nombre	Colectivo profesional

4. CENTROS DE FORMACIÓN EN SALUD VISUAL

(Nombre los centros de formación en salud visual que existen y categorícelos)

Nombre	Nivel de estudios

5. CENTROS DE ATENCIÓN EN SALUD VISUAL

(¿Cuántos centros de atención en salud visual existen en el país de cada uno de las siguientes categorías?)

Red pública	
1A hospitales que ofrezcan atención en salud visual	
1B unidades básicas de salud	
1C ambulatorios	
1D otros (especificar tipo)	

Red privada	
2A clínicas que ofrezcan atención general en salud visual	
2B clínicas que ofrezcan atención específica en salud visual	
2C consultas	
2D ópticas	
2E otros (especificar tipo)	

6. PROYECTOS DE COOPERACIÓN EN SALUD VISUAL

(Nombre los proyectos de cooperación que tengan un impacto significativo en el país)

1	
2	
3	
4	

7. HONORARIOS PROFESIONALES

1- Profesionales de salud general	
Consulta ordinaria	
Consulta de urgencias	

2- Ópticos-optometristas	
Refracción	
Adaptación LC	
PVP medio gafa monofocal	
PVP medio gafa multifocal	
Otros exámenes	

3- Oftalmólogos	
Consulta	
Cirugía	
Refracción	
Otros exámenes	

8. MATERIAL, MAQUINARIA E INSTRUMENTAL ÓPTICO

Gabinete de óptica-optometría		
Lugar:	SI	NO
Caja de prueba completa		
Montura de prueba		
Frontofocómetro		
Foróptero		
Cilindro cruzado manual		
Optotipo VI		
Optotipo Vp		
Barra de prismas horizontal		
Barra de prismas vertical		
Test de esteriopsis		
Retinoscopio		
Oftalmoscopio		
Lampara de hendidura		
Queratómetro		
Tonómetro		
Rejilla de Amsler		
Luz puntual		
Otros test:		

Taller de montaje		
Lugar:	SI	NO
Frontofocómetro		
Biseladora manual		
Centrador		
Bloqueador		
Biseladora automática		
Hornillo o ventilete		
Herramientas de ajuste y montaje		
Tornillos y plaquetas		
Stock de lentes		
Stock de monturas		
Otros:		

9. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN

Para elaborar un plan de intervención eficaz tenemos que conocer muy bien cuales son las necesidades de la población con la que vamos a trabajar.

- Describir las características principales de la población de estudio
- Dibujar la pirámide poblacional según la edad
- Dibujar una pirámide poblacional según el género
- Realizar un documento con las principales actividades a las que se dedica cada grupo etáreo
- Realizar un documento que refleje cuáles son los principales problemas refractivos que vamos a encontrar y qué incidencia tienen en los diferentes grupos poblacionales (niños, jóvenes, adultos y ancianos)
- Realizar un documento que refleje cuáles son las principales patologías oculares que afectan a la población detallándolo por grupos de edades
- Realizar un documento sobre la cantidad de población que tiene acceso a la salud visual, la que no lo tiene y los motivos (económicos, por no tener consultas cercanas, por no tener medios de transporte, por desconocimiento...)

3.2. ACTUACIÓN

La finalidad a la que queremos llegar es poner en funcionamiento programas de lucha contra la ceguera de calidad y autosostenibles. Que puedan introducirse en cualquier sociedad y que sean asequibles para toda la población, mostrando especial atención a que lleguen a los colectivos más desfavorecidos (de bajos ingresos, mujeres, etnias, niños, discapacitados...).

Nos vamos a centrar en dos líneas de acción:

- Tratar toda la discapacidad que puedan ocasionar los defectos refractivos sin corregir
- Hacer un trabajo preventivo y de detección de patologías oculares

Básicamente vamos a trabajar con ópticos-optometristas que van a apoyar a los profesionales locales. También en función de cada programa se buscarán los profesionales oportunos que completarán los equipos.

La óptica-optometría es una disciplina que se encarga de resolver todos aquellos problemas refractivos que puedan ocasionar una discapacidad funcional para un individuo. Hace un chequeo general de la visión y en caso que detecte alguna patología no tratable con correcciones ópticas lo deriva al profesional que le corresponda.

Para implementar un plan de trabajo seguiremos una serie de etapas.

3.2.1. Análisis de los datos

Después de la importante fase de prospección tenemos que hacer un análisis exhaustivo de todos los datos que hemos obtenido.

En función de las condiciones y necesidades observadas desarrollaremos el plan de trabajo adaptado a la situación. Para un desarrollo efectivo de un programa de salud ocular basada en la optometría se necesitan unos requisitos mínimos que son los que detallaremos a continuación.

3.2.2. Análisis de los profesionales

Lo primero que tenemos que saber es con qué profesionales locales vamos a contar ya que ellos van a ser la base de nuestro proyecto. Las acciones a seguir serán:

- Chequear el grado de formación que tienen
- Preparar programas de formación o reciclaje en las materias que nos demanden
- Apoyar los programas de formación ya existentes si es necesario
- Procurar un acceso a una formación continuada

Las tareas del óptico-optometrista consisten:

REFRACCIÓN	Graduar la vista y dar la solución al problema
PREVENCIÓN	Ser capaz de detectar otro problema visual y enviarlo al profesional adecuado
LENTES OFTÁLMICAS	Conocer su funcionamiento y características

TALLER	Ser capaces de montar y reparar gafas
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Detectar y tratar problemas ópticos no refractivos (Terapia visual)
CONTACTOLOGIA	Adaptar lentes de contacto

Siempre en la preparación del profesional se priorizará la necesidad de la población a la que tenga que dar respuesta tratando siempre de tener un sentido práctico y eficaz que le permita trabajar con los recursos que están a su alcance.

3.2.3. Análisis de los recursos

Aquí incluiremos los espacios disponibles y los materiales con los que se trabaje.

Es importante tener un espacio adecuado para el desarrollo del trabajo. Se necesitará un local equipado donde se pase la consulta que bien puede estar en un hospital o centro de salud o bien de forma independiente. Sea de una u otra forma es importante que la población sepa de su existencia y cómo acceder.

Se necesitará otro lugar equipado donde se puedan montar las gafas de nuestros pacientes. Una consulta sin un taller asociado implica que no se puede dar respuesta inmediata y eso hace que la atención sea incompleta.

Un tercer espacio importante es el que habilitaremos para que los pacientes puedan escoger sus gafas y que también nos sirva para hacer entrega y perfecto ajuste de ellas.

Este punto es importante porque siempre que sea posible debemos dar a escoger la gafa al paciente porque nos vamos a asegurar que elija algo que le guste y por lo tanto que haga uso de ellas. Igual de importante es entregar una gafa bien ajustada porque irá cómodo y verá mejor. Además de darle los consejos de uso y posibles síntomas de adaptación. No sirve de nada todo el trabajo anterior si no nos aseguramos que el paciente hará un uso correcto de su gafa.

En cuanto los equipos hay unos mínimos con los que ya se puede empezar a trabajar y esos serán los que vamos a asegurarnos de tener. Es importante usar equipos acorde con el lugar donde estemos trabajando para que tengan un correcto funcionamiento y una fácil reparación. Hay que tener en cuenta que los recambios se puedan conseguir fácilmente.

Debemos hacer una previsión de stock tanto de monturas como de lentes en función del perfil de nuestros pacientes. Siempre que sea posible se tratarán de comprar estos materiales en lugares próximos para su rápida reposición y rápido acceso a lo que necesitemos y no dispongamos.

De igual forma todos los insumos necesarios para trabajar en consulta o taller deben ser de fácil acceso así como proveer un buen stock.

3.2.4. Concienciación de la población

Lo siguiente que debemos trabajar son los programas de sensibilización a la población. Todo el mundo debe ser consciente de la importancia de la salud ocular para su desarrollo así como saber que este servicio está a su alcance.

Se pueden realizar diferentes campañas en función de la necesidad de la población, por ejemplo:

- Guarderías y escuelas
- Ancianos
- Trabajadores en activo
- Mujeres
- Población rural

Hay que dar a conocer la ubicación y acceso a las consultas. También se pueden realizar programas específicos donde los profesionales se desplacen hasta los colectivos que lo necesiten.

3.3 EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Esta es la parte que va a marcar el ritmo de avance del proyecto. Cuando se elaboran los objetivos se tienen que marcar unos indicadores para valorar los resultados y en función de su consecución se avanzará. La evaluación del proyecto es continuada y servirá para ir adaptando el plan de trabajo según los resultados que se vayan obteniendo.

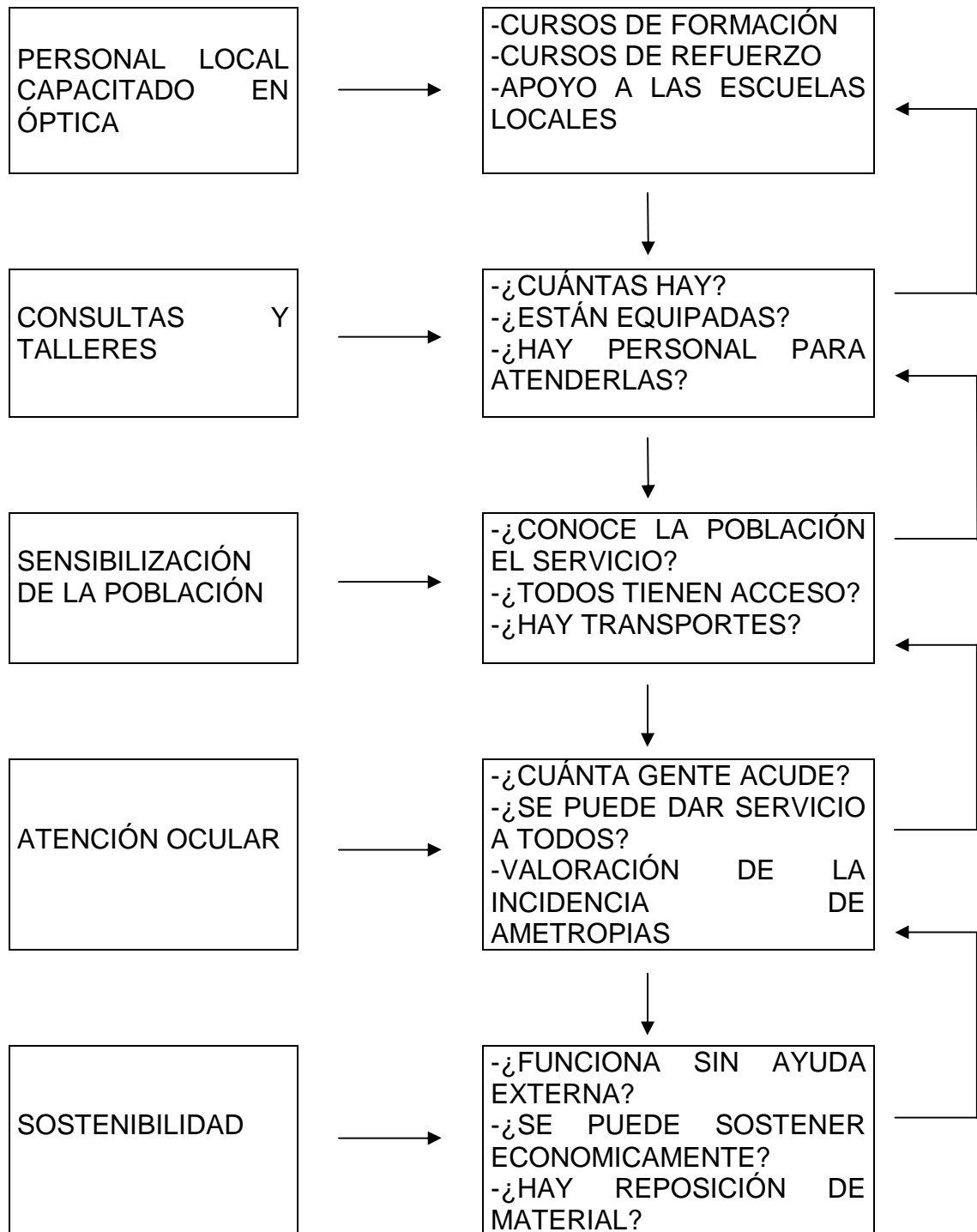
Los puntos de evaluación son:

- personal local que participa y se forma en el transcurso del proyecto
- evolución de las instalaciones de trabajo y material
- impacto sobre la población objetivo (sensibilización)
- cantidad de personas que acceden al servicio
- gestión de la sostenibilidad

Las etapas del proyecto las vamos a trabajar de forma lineal de manera que hasta que no conseguimos los objetivos de una etapa no pasamos a la siguiente. Esta es la forma de asegurarse una base sólida que nos llevará a una mejor sostenibilidad. Aunque estemos avanzando en línea una vez superada cada etapa no dejaremos de evaluar las anteriores para reforzarlas siempre que sea necesario. Una vez superadas todas las etapas y con el proyecto funcionando al completo seguiremos evaluando cada fase para comprobar su correcto funcionamiento.

Las fichas utilizadas para la prospección del terreno nos servirán para chequear el proyecto en diferentes etapas y ver si hay avances o diferencias respecto el punto de partida.

ESQUEMA EVOLUTIVO DEL PROYECTO



4. GLOSARIO

AV (Agudeza Visual) → es la capacidad de apreciar objetos de un tamaño determinado a una distancia determinada. Cuanto menor sea el objeto identificado para una misma distancia mejor será la AV. Se mide con unos tests denominados optotipos en los que están calculados los tamaños de los objetos para la distancia a la que se tienen que colocar. La medida se puede anotar de diversas formas siendo equivalentes entre ellas.

Inglés	Decimal	Métrico
20/20	1,0	6/6
20/25	0,8	6/7,5
20/30	0,66	6/9
20/40	0,5	6/12
20/50	0,4	6/15
20/60	0,33	6/18
20/100	0,2	6/30
20/200	0,1	6/60
20/400	0,05	6/120
20/800	0,025	6/240

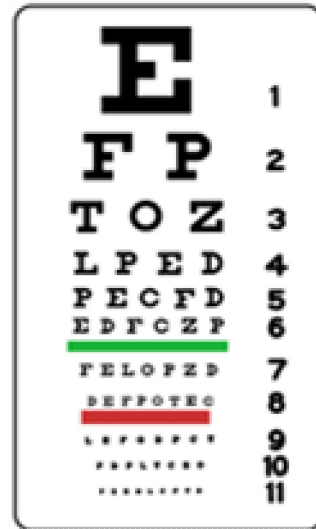


TABLA DE EQUIVALENCIAS AV OPTOTIPO DE SNELLEN OPTOTIPO DE LETRAS

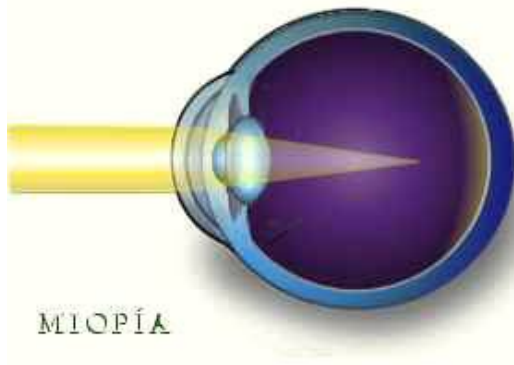
CEGUERA → La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la ceguera y deficiencia visual en varios niveles, que son los siguientes:

AGUDEZA VISUAL EN EL MEJOR OJO		
De	A	Categoría
1.0 (6/6)	0.33 (6/18)	'Normal'
0.33 (<6/18)	0.1 (6/60)	'Deficiencia visual'
0.1 (<6/60)	0.05 (3/60)	'Deficiencia visual severa'
0.05 (<3/60)	N.P.L. (no percibe luz)	'Ceguera'

Se considera ciega una persona que tiene una AV < 0.05 en el mejor ojo y con su corrección. Si medimos la AV sin corrección y al corregirla la mejoramos la llamaremos ceguera funcional.

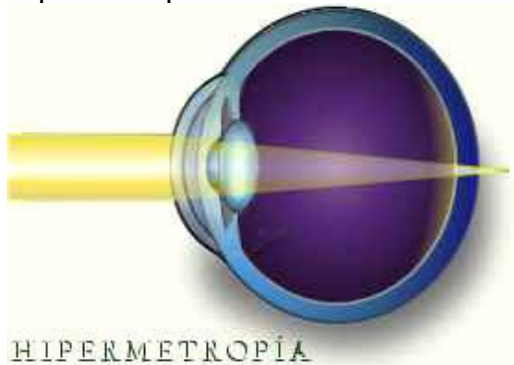
AMETROPIA → es la presencia de un defecto refractivo. Su ausencia se llama emetropía. Existen 3 tipos de ametropías:

Miopía:



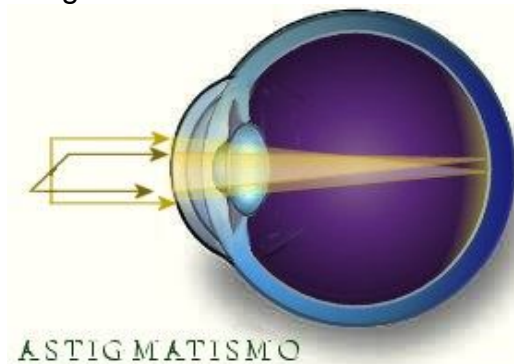
Se caracteriza porque aparece mala AV en visión lejana.
Se compensa con lentes negativas.

Hipermetropía:



Presenta fatiga ocular en visión próxima que puede presentar déficit visual en visión lejana si es elevada.
Se compensa con lentes positivas.

Astigmatismo:



Falta de enfoque de objetos pequeños tanto en visión lejana como próxima.
Si es elevado dará AV baja. Puede dar dolor de cabeza.
Se compensa con lentes tóricas.

El astigmatismo puede aparecer solo o junto la miopía o la hipermetropía.

PRESBICIA → es un problema funcional que ocurre por la pérdida de enfoque que sufre el ojo a causa del paso de los años. También se denomina vista cansada y se corrige con lentes positivas para uso en visión próxima. Suele aparecer a partir de los 40 años.

PATOLOGÍA OCULAR → Es cualquiera de las enfermedades que puede sufrir un ojo. Describiremos las que son causa principal de ceguera en el mundo.

Catarata → opacificación del cristalino que provoca disminución de AV. Si no se opera la persona puede quedarse ciega. Reversible con cirugía.

Glaucoma → daño del nervio óptico causado por un aumento excesivo de la presión intraocular (PIO). Si no se controla la PIO el daño en la retina puede causar ceguera. Ésta sería irreversible.

Retinopatía diabética → daño en la retina que se puede producir en personas diabéticas. Se trata controlando la diabetes y aplicando láser en caso que aparezcan signos en la retina. Si avanza provoca ceguera irreversible.

Degeneración macular por la edad (DMAE) → alteración de la mácula (zona de la retina que tiene la máxima AV) causada por la edad. No tiene tratamiento y es irreversible.

Tracoma → daño en la cornea (queratoconjuntivitis) causado por una bacteria (*Chlamidia Trachomatis*) que se da en condiciones de poca higiene. Erradicado en los países desarrollados. Provoca cicatrices en la cornea y si es muy intensa puede causar opacidad corneal cosa que implica ceguera. Llegado a ese punto se tendría que hacer trasplante de cornea.

ANEXO I:

EJEMPLO DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO PARA UN PROYECTO DE OPTOMETRÍA

LA ESTRUCTURA DEL MARCO LÓGICO			
Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos
<p>FIN</p> <p>Conseguir que toda la comunidad tenga acceso a un servicio de asistencia óptica y pueda obtener gafas correctoras para sus defectos visuales</p>	<p>-tener 10 consultas funcionando para el 2015</p> <p>-tener 2 talleres funcionando para el 2015</p> <p>-tener 1 óptico x cada 5000 habitantes</p>	<p>-reuniones mensuales con los encargados de cada centro para evaluación y plan de trabajo</p>	<p>-el ministerio de salud se muestra colaborador</p>
<p>PROPÓSITO</p> <p>Establecer un sistema de atención visual óptica autosostenible gestionado por los profesionales locales</p>	<p>-atender una media de 200 pacientes semanales</p> <p>-montar una media de 150 gafas semanales</p>	<p>- Seguimiento mensual de los registros de consulta y taller donde se refleja el trabajo diario realizado</p>	<p>-la población acude a las consultas</p> <p>-la población acepta el uso de lentes correctoras</p>
<p>COMPONENTES</p> <p>- 1. Personal local capacitado para trabajar como óptico</p>	<p>-nº total de nuevos trabajadores formados cada año</p>	<p>-nº de personas que superan cada cursillo</p> <p>-nº de profesionales titulados al año</p>	

<p>-2. Consultorios donde se pasan consultas ópticas</p> <p>-3. Talleres donde se montan gafas</p> <p>-4. Puntos donde se dispensan las gafas</p> <p>-5. La población utiliza el servicio de óptica</p>	<p>-nº de consultas en activo</p> <p>-nº de pacientes atendidos</p> <p>-nº de talleres en activo</p> <p>-nº de gafas montadas</p> <p>-nº de gafas entregadas</p>	<p>-revisión de los registros de consulta</p> <p>-revisión de los registros de taller</p> <p>-revisión de los registros de entrega</p>	<p>-los espacios de trabajo son adecuados</p> <p>-los profesionales locales se muestran colaboradores</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>-1.1 Cursos de actualización a profesionales</p> <p>-1.2 Ayudas para el estudio a nuevos profesionales</p> <p>-2.1 Construcción y equipación de consultorios</p> <p>-3.1 Construcción y equipación de talleres</p> <p>-4.1 Construcción y equipación de dispensarios</p> <p>-5.1 Campañas de información y sensibilización a la población</p>	<p>Este casillero contiene el presupuesto para cada componente a ser producido por el proyecto.</p>	<p>Registro de contabilidad del proyecto</p>	<p>-los trabajadores y estudiantes aprovechan los cursos de formación</p> <p>-la reposición de los stocks se lleva a cabo</p> <p>-los equipos funcionan correctamente y cuando se estropean hay posibilidades de repararlos</p>

ANEXO II:

PASOS BÁSICOS PARA ELABORAR UN MARCO LÓGICO

(Extraído del libro “El enfoque del Marco Lógico: 10 casos prácticos” ADC)

ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO

Planificación de proyectos por objetivos

- 1 Análisis de participación
- 2 Análisis de problemas
- 3 Análisis de objetivos
- 4 Análisis de alternativas
- 5 Matriz de planificación del proyecto

ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN

Se utiliza para:

- Tener una visión comprensiva de la realidad
- Ver a quién queremos mejorar, adoptar un punto de vista

Se trata de analizar las relaciones sociales (conflictos, alianzas....) entre las personas y grupos que pertenecen a la realidad sobre la que se piensa intervenir.

Cada grupo debe ser identificado con sus intereses y expectativas, determinando las relaciones existentes entre los diferentes colectivos.

Preguntas clave:

- ¿Cuáles son los grupos que más necesitan la ayuda externa?
- ¿A qué grupos de interés habría que apoyar para asegurar un desarrollo positivo?
- ¿Cuáles son los conflictos que probablemente ocurrirán al apoyar a ciertos grupos y qué medidas pueden tomarse para evitar estos conflictos?

ANÁLISIS DE PROBLEMAS

Una vez analizada la situación en función de los distintos grupos y entidades que la conforman, se trata de reordenar el material reunido en función de un problema que consideramos principal, estableciendo sus causas y efectos, sus orígenes y consecuencias.

Determinar qué problema nos parece más importante y ordenar el resto de los problemas detectados en función del primero, estableciendo relaciones causales entre los problemas, hasta formar un **ÁRBOL DE PROBLEMAS**. Para realizarlo seguiremos los pasos:

- Identificar los problemas que nos parecen más importantes.
- Formular el problema central.
- Anotar las causas del problema central.
- Anotar los efectos provocados por el problema central.
- Elaborar un esquema que muestre las relaciones causa-efecto.
- Revisar el esquema completo y verificar su validez.

ANÁLISIS DE OBJETIVOS

Se describe la situación futura que se alcanzará cuando se solucionen los problemas detectados en el paso anterior. Se trata de definir las futuras soluciones de los problemas.

Los problemas enunciados como “situaciones negativas” pasan a convertirse en “condiciones positivas de futuro” o “estados alcanzados”. Una vez reconvertidas las fichas-problema en fichas-objetivo, se elabora un árbol de objetivos. La relación causa-efecto de los problemas se transforma en una relación medios-fines en los objetivos.

Dibujaremos el ÁRBOL DE OBJETIVOS:

- Trasladar los contenidos de las fichas de situaciones negativas (problemas) a estados positivos ya alcanzados (objetivos).
- Reformular los objetivos, si es necesario, para que queden más claros.
- Completar las relaciones causales medios-fines añadiendo objetivos.
- Los problemas que no pueden ser reconvertidos en objetivos pasan tal cual al árbol de objetivos (la misma tarjeta).
- Revisar el esquema y recomprobar la relación medios-fines.

ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

Última fase de la identificación, señala el paso al diseño del proyecto, indicando las soluciones alternativas que puedan llegar a convertirse en estrategias de una acción de desarrollo.

- Identificar en el árbol de objetivos las posibles ramas medios-fines que tengan un “aire de familia” o guarden una especial unidad.
- Generalmente se discuten algunas estrategias-tipo: “enfoque capacitación”, “enfoque infraestructuras”, “enfoque comercialización”, etc.
- Valorar cada una de las opciones desechando las que no son deseables o son imposibles de conseguir.
- Se decide la estrategia que va a desarrollar el proyecto.
- Dentro de la alternativa escogida, se determina la tarjeta que se convertirá en objetivo del proyecto.

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

Es el esqueleto del diseño (documento) del proyecto, que incorpora las informaciones básicas de un proyecto de desarrollo. Es un resumen, en una página, del diseño del proyecto.

ANEXO III: POSIBLES ACTIVIDADES PARA UN PROGRAMA DE OPTOMETRÍA REFLEJADAS EN UN GRÁFICO DE GANTT

META: Establecer un sistema de salud visual accesible para toda la población
OBJETIVO A CORTO PLAZO: poner en funcionamiento una consulta y un taller de óptica
OBJETIVO A LARGO PLAZO: que las consultas y talleres sean autogestionados por los profesionales locales

ACTIVIDADES
ACTIVIDAD 1: cursos de formación y refuerzo para los profesionales locales
ACTIVIDAD 2: adecuación del espacio donde se montará la consulta. Búsqueda del local adecuado, obras de reforma si son necesarias y aportación de todo el material necesario
ACTIVIDAD 3: adecuación del espacio donde se montará el taller. Búsqueda del local adecuado, obras de reforma si son necesarias y aportación de todo el material necesario
ACTIVIDAD 4: campaña de sensibilización e información a la población. Charlas en escuelas, centros sociales de cada barrio, residencias de ancianos, organizaciones culturales...
ACTIVIDAD 5: hacer un estudio sobre las posibilidades de acceso al servicio visual de cada grupo social coordinado con los asistentes sociales de la zona y trazar un plan para definir las condiciones de uso del servicio para cada grupo
ACTIVIDAD 6: procurar transporte para toda la población que esté dentro del área de influencia de trabajo
ACTIVIDAD 7: establecer las normas de funcionamiento de la consulta. Definir el horario de atención, el número de profesionales, el papel de cada profesional, la toma y archivo de datos, la calidad del servicio...
ACTIVIDAD 8: establecer las normas de funcionamiento del taller. Definir el horario de atención, el número de profesionales, el papel de cada profesional, la toma y archivo de datos, la calidad del servicio...
ACTIVIDAD 9: reforzar el trabajo del personal local con apoyo de personal externo que les proporcione formación práctica. Ir retirando el apoyo de forma progresiva según el personal local se vaya haciendo autosuficiente
ACTIVIDAD 10: control de consultas realizadas
ACTIVIDAD 11: control de gafas entregadas
ACTIVIDAD 12: reuniones de planificación y control de resultados con el personal local y con el ministerio de salud

ACTIVIDADES	SEMANAS																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Rellenar fichas de prospección	■	■																								
Curso de reciclaje profesional			■	■	■	■																				
Habilitación de la consulta			■	■	■	■																				
Habilitación del taller			■	■	■	■																				
Campaña de sensibilización					■	■	■																			
Habilitar servicio de transporte					■	■																				
Abrir la consulta y taller							■																			
Trabajadores de apoyo							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reuniones de seguimiento							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reuniones con el ministerio de salud	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reuniones con otros colaboradores			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

ANEXO IV: EJEMPLO DE POSIBLES EVALUACIONES Y MONITOREOS

¿Qué es Monitoreo?

Monitoreo es la continua y sistemática recolección y análisis de información relacionada al avance del trabajo. Cuando se han establecido los objetivos, deben definirse también los indicadores de resultados y cómo se medirán tales indicadores. El registro de consulta y taller es una buena herramienta activa para guiar el monitoreo y evaluación. De esta manera se monitorea el impacto (cambio significativo) y resultados (número de consultas, número de gafas entregadas...).

EJEMPLO DE REGISTRO DE CONSULTA:

Fecha:			
Nombre	Edad	Sexo	Diagnostico

Con estos simples datos de registro se puede valorar la cantidad de pacientes atendidos cada día, los grupos etáreos con mayor demanda, si se trabaja una igualdad de género y los principales problemas visuales que presenta la población.

EJEMPLO DE REGISTRO DE TALLER:

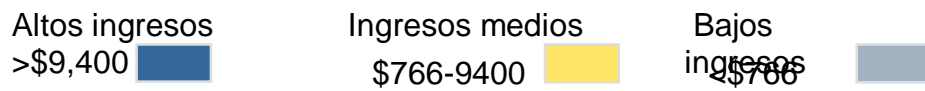
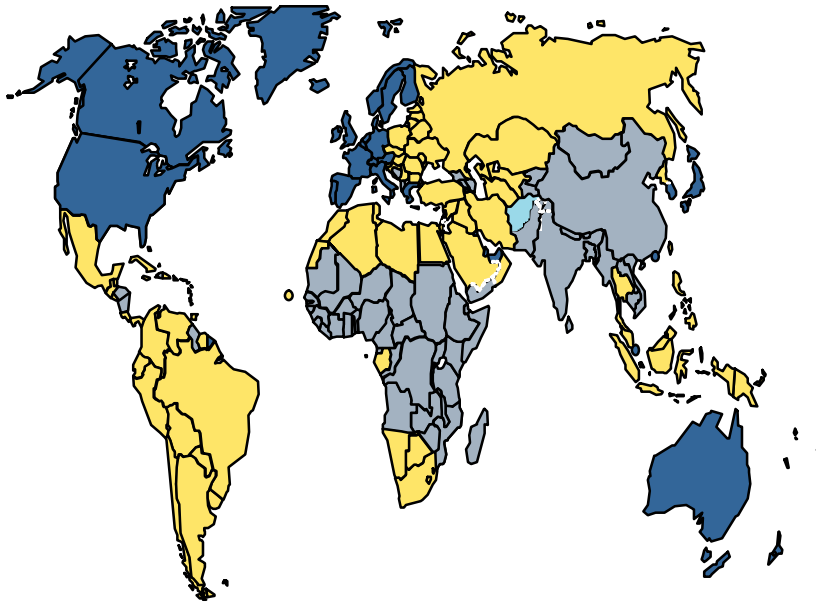
Fecha:						
Edad	Sexo	Graduación		Coste		
		OD		Pago	Subvención	No pago
		OI				

Este tipo de registro nos permitiría controlar qué cantidad de población por edad y sexo obtienen gafas, cuáles son los defectos refractivos que más abundan y controlar los recursos económicos de la población que atendemos. Este punto es importante coordinarlo con los servicios sociales para garantizar que la falta de recurso económico no es impedimento para que nuestro programa llegue a toda la población.

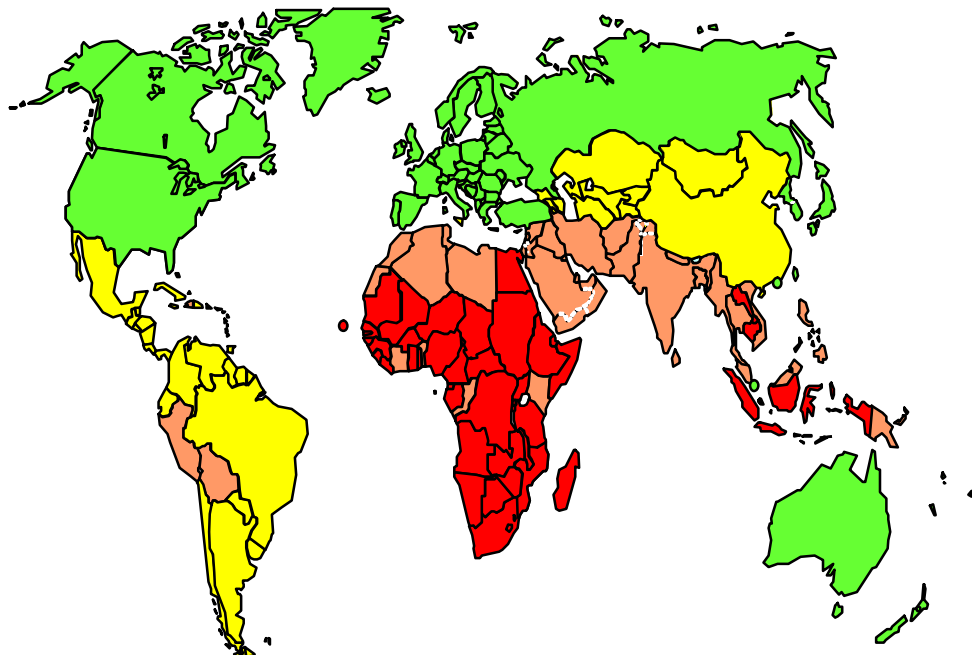
La cantidad y periodicidad de las evaluaciones dependerá del ritmo del proyecto y deberán ser acordadas con el personal local y con el ministerio de salud. También son útiles e importantes encuestas de satisfacción de las personas a las que damos servicio. Conociendo sus experiencias positivas y negativas podremos ir adaptando mejor la atención hacia ello.

ANEXO V: COMPARATIVA ENTRE LA DISTRIBUCIÓN DE LA RIQUEZA Y LA PREVALENCIA DE LA CEGUERA EN EL MUNDO

PNB PER CÁPITA



PREVALENCIA DE LA CEGUERA



ANEXO VI: ENLACES A LAS PRINCIPALES WEB SOBRE CEGUERA Y DESARROLLO

Visión 2020	www.v2020.org
OMS	www.who.int/blindness/causes/en/
Visión Mundi	www.visionmundi.org
Cátedra Unesco	http://biblioteca.upc.es/bib170/unescovision/www/index.asp