

Responsabilidad social y VISIÓN 2020 en Latinoamérica



José Enrique Montjoy Patroni

Comité Nacional de Prevención de la Ceguera, Instituto Nacional de Oftalmología, Subcomité de Defectos Refractivos de VISIÓN 2020 Latinoamérica, Lima, Perú.

Iniciamos el presente siglo con la preocupación por el impacto del cambio climático a nivel mundial y sus repercusiones en el desarrollo y la reducción de la pobreza en Latinoamérica. Se estima un incremento de la población amenazada en su seguridad alimentaria, así como una menor disponibilidad de agua para consumo humano, agrícola e hidroeléctrico, entre otros.

Así mismo, la crisis económica afectará en el corto plazo a nuestra región, teniendo los gobiernos que realizar fuertes ajustes económicos, acompañados del fortalecimiento de los programas de asistencia a la población de escasos recursos, a fin de mitigar sus efectos.

Ambos escenarios enmarcarán nuestras actividades de prevención de la ceguera en los próximos años y habrá que hilar fino al momento de establecer nuestros planes y metas bajo las presentes circunstancias.

¿Cómo se llegó a ésta situación? Es materia de muchos debates a nivel internacional, lo cierto es que el accionar de las empresas, organizaciones y hasta los individuos, en su empeño por generar riqueza y transformar su entorno, muchas veces no miden las consecuencias que pueden provocar en la comunidad en su conjunto.



Enrique Montjoy

Responsabilidad social y vocación de servicio de sus miembros hace de VISIÓN 2020 la mayor iniciativa en Prevención de la Ceguera en Latinoamérica. PERÚ

Hoy en día el tema de la Responsabilidad Social – forma de gestión caracterizada por la relación ética y transparente de una organización o individuo con su comunidad – cobra una mayor relevancia ante la realidad en que vivimos. Es imperativo que las organizaciones en general establezcan sus objetivos y metas compatibles con el desarrollo sustentable de la población,

respetando su diversidad cultural y promoviendo la reducción de las desigualdades en sus ámbitos de influencia.

Un ejemplo del desarrollo de este concepto lo inició hace más de tres décadas el Dr. Govindappa Venkantaswamy, conocido mundialmente como “Dr. V”, quien creó a partir de un

Editorial continúa en la página siguiente ➤

EN ÉSTE NÚMERO

EDITORIAL

1 Responsabilidad Social y VISIÓN 2020 en Latinoamérica

José Enrique Montjoy Patroni

ARTÍCULOS

3 Mejorando la prestación de servicios: ¿es asequible la calidad?

Robert Lindfield y Allen Foster

5 Mejorando la experiencia de los pacientes

C Patricia Fathers y Sue Stevens

8 Mejorando los resultados quirúrgicos

Tony Walia y David Yorston

10 Caso de Estudio: mejorando la gerencia de programas de atención ocular

Kolawole Olumide Ogundimu

14 Las visitas a corto plazo de profesionales de salud ocular: asegurando mayor beneficio para la comunidad anfitriona

Andy Pyott

CÓMO...

16 Depilación de pestañas

Sue Stevens

EDITORIALES DEL CEHJ

17 Octava Asamblea General de la IAPB: Contribuyendo a alcanzar la meta de VISIÓN 2020

Peter Ackland

19 Excelencia y equidad en la atención ocular

Nick Astbury

20 NOTICIAS Y AVISOS

La Revista es producida en colaboración con la
Organización Mundial de la Salud



Apoya a VISIÓN 2020: El Derecho a la Visión

Volumen 4 | Número 7 | Junio 2009

Editora Edición Internacional

Elmien Wolvaardt Ellison

Editor Edición en Español

Dr. Van C. Lansingh

Comité Editorial Edición Internacional

Dr. Nick Astbury

Prof. Allen Foster

Dr. Clare Gilbert

Dr. Murray McGavin

Dr. Ian Murdoch

Dr. GVS Murthy

Dr. Daksha Patel

Dr. Richard Wormald

Dr. David Yorston

Comité Editorial de la Edición en Español

Dr. Rainald Duerksen

Dr. Joan McLeod

Dr. Andrea Zin

Dr. Miriam Cano

Consejeros de la Edición Internacional

Dr. Liz Barnett (enseñanza y aprendizaje)

Catherine Cross (infraestructura y tecnología)

Sue Stevens (ex consultora de enfermería oftálmica)

Administración Regional

William J. Stewart (coordinador edición español)

Rodrigo Riveros (diseño edición español)

Ana Laura Segovia (traducción al español)

Oficina Editorial Central

Community Eye Health Journal, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK.

Tel +44 207 612 7964/72

Fax +44 207 958 8317

Email admin@cehjournal.org

Oficina Editorial Regional

IAPB Latinoamérica

Avda. República Argentina 1383 c/ Facundo

Machaín, Barrio Los Laureles

1860 Asunción, PARAGUAY

Telefax: +595 21 615 482

Email: editores@v2020la.org

Sitio web

Ediciones anteriores disponibles en:

www.revistasaludocular.org

Sitio web edición internacional

www.cehjournal.org

Para suscripciones a la Revista de Salud Ocular Comunitaria, favor servirse contactar con la Oficina Regional de IAPB Latinoamérica (ver arriba datos de contacto).

La Revista de Salud Ocular Comunitaria es la versión en español del Community of Eye Health Journal, ©International Centre for Eye Health, London. Los artículos contenidos en ésta edición podrán ser fotocopiados, reproducidos o traducidos, siempre y cuando no tengan uso comercial ni beneficio personal. Los reconocimientos deben ser realizados a nombre de los autores y al Community Eye Health Journal. Todos los gráficos deben ser reconocidos a nombre de Victoria Francis y Teresa Dogan, a menos que se especifique lo contrario. La traducción de los artículos contenidos en la presente edición y publicados originalmente en el Community Eye Health Journal se realizó bajo la responsabilidad de IAPB Latinoamérica. ISSN 1993-7229

La Revista está producida en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Los artículos firmados son de la exclusiva responsabilidad de los autores firmantes y no necesariamente reflejan las políticas de la Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en ésta publicación es completa y correcta y no podrá ser responsable por daños incurridos como consecuencia de su uso. La mención de compañías específicas o de los productos de ciertas empresas no implica que su utilización esté garantizada o recomendada por la Organización Mundial de la Salud en preferencia sobre otros de naturaleza similar no mencionados en ésta publicación.

EDITORIAL Continuación

establecimiento de salud con 11 camas en la India, un sistema del cuidado de la salud ocular sustentable económicamente, y que a su vez brindara una solución a las principales causas de ceguera en su comunidad, que atravesaba por profundas desigualdades socioeconómicas. Con una visión futurista, supo

articular los principios de gerenciamiento de un negocio, aprendidos de la mundialmente conocida empresa expendedora de hamburguesas McDonald's – contención de costos, productividad, eficiencia, formación profesional y control de calidad, entre otros – a la recuperación visual de una población considerada entre la más pobres del planeta, progresando económicamente e implementando nuevas técnicas de abordaje médico-quirúrgicos que son referentes a nivel mundial. Además, propició la difusión de su sistema de atención ocular en su país y en más de 80 naciones alrededor del mundo.

En Latinoamérica, la iniciativa VISIÓN 2020 viene desarrollando sus planes de atención en salud ocular, tomando en cuenta los principios de la responsabilidad social, aunado a la experiencia obtenida en países como la India. En base a las características socioculturales y económicas propias de cada comunidad, se elaboran y ejecutan planes de acción concertados, costo-efectivos, de alto volumen y calidad; que son llevados a cabo por organizaciones no gubernamentales y programas apoyados con fondos gubernamentales.

El resultado es un movimiento continental a favor de la lucha contra la ceguera, que involucra a 18 países con Comités de VISIÓN 2020 que apoyan y monitorizan el desarrollo de actividades locales y de 13 planes nacionales, con cursos permanentes de actualización en salud ocular comunitaria en cada uno de los países de la región y un boletín que difunde las experiencias exitosas en nuestros países. Nuestros indicadores

evidencian un incremento paulatino de las tasas de cirugías de catarata, mayor provisión de anteojos a niños con defectos refractivos clínicamente significativos y un amplio compromiso de oftalmólogos, pediatras, neonatólogos y enfermeras, entre otros, con la retinopatía de la prematuridad. Así mismo, se

La calidad de la atención requiere de una evaluación y mejora continua

aprecia un aumento de la participación de los gobiernos en proveer de fondos y asegurar la sostenibilidad de esta cruzada por disminuir la ceguera prevenible en nuestra región.

Todos estos logros son producto de un enorme esfuerzo organizacional, acompañado de una vocación de servicio hacia la comunidad. A pesar de las dificultades inherentes a la implementación en nuestros planes de salud ocular en zonas con diversidad geográfica y cultural, la calidad de la atención es un elemento clave en nuestras intervenciones, que requiere de una evaluación y mejora continua por parte del equipo de salud ocular. Así mismo, se pone mucho celo en la recuperación visual postcirugía de catarata, evitando que los resultados adversos deterioren la credibilidad de los servicios oftalmológicos ante la comunidad. Los programas de educación médica continua mantienen un estándar de profesionales y técnicos acorde con el nivel de complejidad de los servicios de salud ocular. Las expectativas del paciente hacia el servicio son tomadas en cuenta, disipando sus temores y brindándole el tiempo necesario para responder a sus interrogantes, a fin de establecer un clima de confianza que favorezca la recuperación de su salud ocular.

En los diversos artículos de ésta edición, encontrarán con mayor detalle y acompañados de ejemplos, los distintos conceptos vertidos en el presente editorial. Espero que su lectura los ayude a mejorar su abordaje y los oriente en la solución de los problemas de salud ocular en sus respectivas comunidades.

Enrique Montfroy



Seguridad alimentaria y disponibilidad de agua serán los mayores retos que afronta Latinoamérica en el presente siglo. PERÚ

Mejorando la prestación de servicios: ¿es asequible la calidad?



Robert Lindfield
Profesor honorario



Allen Foster
Profesor

International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Reino Unido.

La pregunta “¿Es asequible la calidad?” está cargada con dinamita!

¿Puede una persona que vive con menos de US \$1 por día costear una cirugía de cataratas de alto costo? Si la respuesta es ‘No’, entonces, ¿ofrecemos a esa persona servicios de mala o pobre calidad? Las personas que viven en la pobreza, ¿tienen derecho a atención médica o atención ocular de alta calidad? Si la respuesta es “Sí” entonces, ¿a qué precio, y quién debería pagar?

¿Deberíamos olvidarnos de la calidad y enfocarnos en la asequibilidad? O ¿deberíamos dar prioridad a servicios de alta calidad esperando que pague otro?

Estas son preguntas difíciles, las cuales los encargados de formular políticas, administradores y clínicos deben enfrentar y tratar de responder.

¿Qué es calidad?

¿Cómo definimos y medimos la calidad? Una simple analogía destacará la complejidad de este tema: si almorzamos, ¿cómo juzgamos su calidad? Podemos medir cuantas calorías, vitaminas etc. contiene la comida, o podemos decidir cuan satisfechos estamos con la comida y hasta tomar en cuenta el servicio. Nuestro grado de hambre y el precio que pagamos podría influenciar nuestro nivel de satisfacción.

La Asociación Médica Americana define la calidad de servicios de salud como “El grado en el cual [estos servicios] influyen en la probabilidad de resultados óptimos del paciente”.¹

La Organización Mundial de la Salud ofrece una definición más integral² y divide la calidad en cuatro secciones:

- 1 **Desempeño Profesional** (calidad técnica), que incluyen a:
 - práctica basada en la evidencia
 - auditorías clínicas
 - desarrollo de lineamientos
 - medición de resultados
- 2 **Uso de recursos** (eficiencia)
- 3 **Administración del riesgo** (riesgo de lesión o enfermedad asociado con el servicio brindado)
- 4 **Satisfacción del paciente**

Los diferentes aspectos de la calidad han sido formulados como un grupo de seis características que cualquier programa de



Ferdinand Ama

Los accesos libres para los pacientes y la limpieza que se mantiene contribuyen a la calidad de la atención médica. COSTA DE MARFIL

salud de alta calidad debe demostrar.³ Como se muestra en la tabla al dorso, tal programa debe ser: seguro, efectivo, orientado hacia el paciente, oportuno, eficiente y equitativo.

La calidad puede variar marcadamente entre organizaciones. Un centro oftalmológico en un país con altos ingresos logrará resultados diferentes comparados con los de una organización que cuenta con escasos recursos en un país con bajos ingresos. Sin embargo, cada organización tiene la obligación de maximizar su calidad con los recursos disponibles. La calidad es un concepto de “todo un sistema”: esto significa que, cada individuo en la organización, sin importar su función o posición, debería ser alentado a buscar formas de mejorar la calidad.

Es importante que definamos de manera precisa qué significa la calidad para nuestro equipo u organización. Esto nos proveerá de objetivos claros para mejorar la atención ocular. Una vez que definamos la calidad en nuestro entorno, debemos establecer formas de medir y monitorear los diferentes aspectos de la calidad de la atención ocular. Podemos medir de manera objetiva la visión y determinar si nuestra intervención la restauró o la preservó. También podemos preguntar al paciente sobre su satisfacción, no solamente con la atención clínica, sino también con los aspectos no

clínicos de la atención. El personal, ¿Fue amable? ¿Le explicaron los procedimientos? ¿Tuvieron los pacientes que esperar un largo tiempo?.

Asequibilidad

La asequibilidad depende del precio de una intervención de salud y los medios económicos de la persona o la organización que la paga.

El costo de la intervención del servicio, y por ende, su precio, debería mantenerse lo más bajo posible, utilizando prácticas comerciales eficientes, por ejemplo, alta productividad y ningún desperdicio (sólo utilizar lo que es esencial para la calidad).

La atención médica puede ser pagada de varias maneras: por el gobierno, por el usuario o su familia, por otra entidad tal como una compañía privada (por ejemplo una compañía de seguros médicos), o por una organización no gubernamental para el desarrollo (ONGD). La capacidad de éstas organizaciones o individuos de poder pagar por la atención médica influenciará el nivel de servicio.

Sin embargo, si la atención médica debe ser brindada gratuitamente a ciertos sectores de la sociedad, ¿quién subsidiará los costos? A veces, un miembro de la familia pagará la cuenta o el gobierno podría brindar atención médica gratuita. Los más pudientes de una sociedad podrían pagar más por los servicios, subsidi-

Continúa en la página siguiente ➤

diando los servicios para los menos pudientes a través de una estructura graduada de pagos (esto es similar al sistema de asientos de primera clase, clase de negocios y clase económica en los aviones). Las ONGD locales o internacionales también podrían subsidiar los costos, pero esto es menos sustentable a largo plazo.

¿Es asequible la calidad?

Existen grados de calidad. Un hospital o una organización individual debería poder identificar donde necesita mejorar la calidad y decidir si tal mejora es asequible.

La asequibilidad de la calidad no siempre o exclusivamente es una cuestión de costo. La efectividad en relación al costo es importante, pero también lo es el mejor uso de recursos. Al ofrecer servicios de mala calidad desperdiciamos recursos y podría impedir la respuesta a los servicios. Muchas mejoras no requieren de más dinero o recursos, pero podrían requerir que el equipo cambie su manera de trabajar. Por lo tanto, es importante considerar la situación como un todo.

Mejoras en calidad que implican un costo mínimo o que ahorran dinero

Cambios mínimos en la estructura o en el proceso pueden conducir a una gran mejora en la calidad. El conocimiento de la organización o de la forma en que funciona, nos permitirá identificar y encarar estos pequeños cambios. Aquí vemos dos ejemplos:

- Un conserje notó que la sala de espera se ensuciaba mucho durante las horas de almuerzo y tomó la responsabilidad

¿Cuáles son las características de un programa de atención ocular de buena calidad?³

- 1 Seguro:** evitando la lesión en los pacientes
- 2 Efectivo:** basado en evidencia de efectividad y evitando servicios que pudieron haber sido probados como ineficientes
- 3 Orientado hacia el paciente:** ofreciendo atención que sea receptiva al paciente y respetando al mismo
- 4 Oportuno:** asegurándose que el tiempo de espera sea mínimo, especialmente para patologías potencialmente severas
- 5 Eficiente:** utilizando los recursos de manera prudente
- 6 Equitativo:** brindando atención que no varíe por las circunstancias o características personales.

de limpiarla antes de iniciar las consultas de la tarde. Esto mejoró la satisfacción del paciente con el servicio.

- La enfermera a cargo de una sala de ojos realizó una auditoría sobre el uso de tiempo de quirófano. Encontró que si el paciente era anestesiado mientras el oftalmólogo se preparaba para la cirugía, era posible realizar diez cirugías de catarata en lugar de ocho. Esto generó más ingresos para el hospital.

Mejoras en calidad que acarrear un costo más alto

Necesitamos decidir si éstas mejoras serán eficientes en cuanto a los recursos a largo plazo, como se ilustra en los ejemplos más adelante. Si un cambio costoso mejora la calidad significativamente, puede considerarse asequible, considerando los beneficios a largo plazo. A la inversa, un procedimiento puede ser efectivo en cuanto al costo de por sí, pero aún así representar un uso incorrecto de los recursos escasos.

- Un oftalmólogo tenía interés en cambiar de la técnica de extracción extracapsular de la catarata (EECC) a la cirugía de catarata por incisión pequeña (CCIP o SICS, por sus siglas en inglés). El análisis de la evidencia mostró una marcada diferencia entre los resultados quirúrgicos de la EECC y la SICS. El costo de pasar de EECC a SICS, a pesar de ser significativo, fue considerado asequible por la administración del hospital, debido al potencial de mejorar significativamente los resultados clínicos.
- Un hospital público en un país de ingresos bajos desea establecer un banco de córneas. El Ministerio de Salud puede identificar tan sólo un pequeño número de pacientes que se beneficiarían de este servicio y considera que cualquier dinero adicional debería ser invertido en cirugías de catarata, ya que su necesidad es mayor. El Ministro sugiere invertir el dinero para impulsar los servicios de cirugías de cataratas y analizar la necesidad de un banco de ojos en el futuro.

John Costa



Estar atentos a las necesidades de los pacientes es un aspecto de la calidad. BANGLADESH

Buscando mejoras enfocándose en áreas de influencia

En un ambiente de escasos recursos, puede ser más difícil mejorar la calidad. Por ejemplo, si el hospital no puede comprar lentes intraoculares (LIO), entonces, ¿cómo podría brindar un servicio de cirugía de catarata de alta calidad? En tales circunstancias, deberíamos buscar mejorar la calidad en lugares donde nuestra organización tiene influencia. Deberíamos tratar de establecer vínculos con un hospital de ojos que cuenta con LIOs, o buscar cambiar la política de adquisiciones del Ministerio de Salud a través del cabildeo ante el Comité Nacional de Prevención de Ceguera o buscar apoyo de un donador externo.

Conclusión

Necesitamos hacer que la atención ocular y la buena visión sean accesibles a todos, independientemente de su capacidad de paga. Para poder lograr esto, los servicios clínicos y no clínicos deben ser de la mejor calidad posible. Esto requiere que todo el personal de atención ocular se involucre en discutir regularmente la calidad de la atención e identificar las formas en las cuales las prácticas pueden ser mejoradas con los recursos disponibles.

Mensajes clave para mejorar la calidad

- 1 Mejorar de la calidad es parte del trabajo cotidiano** de cualquier unidad y cada trabajador de salud ocular
- 2 Tanto la atención clínica como la no clínica afectan la calidad del servicio**
- 3 La calidad puede mejorar a través de pequeños incrementos asequibles**
- 4 Mejorar la calidad puede ahorrar dinero a largo plazo**, pero usualmente requiere de una inversión inicial
- 5 Algunas mejoras en calidad podrían no ser costeables** en este momento y lugar
- 6 Cada organización debe tratar de mejorar la calidad dentro de sus restricciones en cuanto a recursos.**

Referencias

- 1 American Medical Association. Policy Compendium. Chicago, AMA, 1992: 315.
- 2 World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving performance. WHO, Geneva, 2000.
- 3 Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001: 5. <http://www.iom.edu/Object.File/Master/27/184/Chasm-8pager.pdf>



Mejorando la experiencia de los pacientes



C Patricia Fathers

Profesora, Promoción de Salud, School of Health and Social Sciences, Middlesex University, Hendon Campus, The Burroughs, London NW4 4BT, Reino Unido.



Sue Stevens

Ex Consultora de Enfermería, *Community Eye Health Journal*, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Reino Unido.

A menudo, cuando llegan los pacientes a una unidad de atención ocular, se sienten inseguros de lo que va a ocurrir, se sienten ansiosos y vulnerables. Muchos no han estado antes en un entorno hospitalario o nunca han viajado o dormido fuera de la casa.

Asegurarse que la experiencia del paciente sea positiva, es una parte integral de la atención ocular. Este artículo ofrece sugerencias de buenas prácticas basadas en evidencia, para mejorar tal experiencia.

Nuestras sugerencias deben ser necesariamente adaptadas a un contexto local: los entornos pobres en recursos, son ambientes de trabajo que particularmente presentan desafíos, y el personal podría necesitar desplegar mayor ingenio para lograr las buenas prácticas en el proceso de luchar por alcanzar las metas de VISIÓN 2020.

Comunicación

La buena comunicación es de gran importancia en todas las profesiones humanitarias. Es crucial a todo nivel – entre disciplinas y entre el personal y los pacientes y sus familias.

Si el equipo de atención ocular puede infundir confianza en los pacientes y convencerlos de la necesidad de tratamiento o seguimiento, esto puede realmente hacer la diferencia entre resultados exitosos o no.¹ Siempre es importante considerar el punto de vista del paciente.

Información a los pacientes

La información accesible y correcta es clave para la buena comunicación con el paciente y su familia.

Información verbal:

- Hablar de manera clara y amistosa y evitar utilizar la jerga médica.
- El paciente no debe sentirse apresurado; adapte su ritmo, particularmente si el paciente tiene algún otro déficit sensorial (por ejemplo sordera).
- Usted se va a comunicar de manera más efectiva si es amistoso y accesible, en vez de formal y serio.
- En momentos apropiados de la conversación, usted puede verificar si el paciente entendió la información, haciendo preguntas tales como: “¿Podría informarme la fecha y hora de

su próxima cita?”. Usted también debería preguntar si el paciente tiene alguna otra pregunta que hacer.

- Considerar barreras potenciales de lenguaje. Los intérpretes pueden facilitar una interacción libre de estrés. Si el idioma ha sido un problema, usted debería registrarlo en la ficha médica del paciente. Esto ayuda a planificar con anterioridad y asegurarse de incluir al intérprete apropiado para las próximas citas.

Información escrita:

La información escrita efectiva debería ayudar a los pacientes y sus familias a entender y recordar una discusión y debe contener todos los puntos importantes.

Un registro escrito permanente de la información también ofrece otra ventaja; brinda a todos los miembros del personal un conjunto de puntos informativos que deben recordar incluir en sus discusiones con pacientes y familiares.²

Para efectos de la información escrita recuerden:

- utilizar palabras cortas
- evitar palabras largas y técnicas
- explicar términos técnicos
- utilizar oraciones cortas.

El material debe ser ajustado a las necesidades locales. Por ejemplo, cuando una gran proporción de pacientes es analfabeta, mostrar la información escrita con descripciones gráficas e ilustraciones a menudo será más efectivo. Cuando utilice texto impreso³:

- utilice un mínimo de fuente tamaño 14, pero quizás algunos pacientes necesiten 16–22
- utilice texto negro sobre fondo blanco
- utilice fuentes Arial o Verdana
- evite letras mayúsculas continuas y letras itálicas, utilice negritas para dar énfasis
- utilice papel opaco.

Si la información escrita está a mano, debe ser negro sobre blanco, con letras impresas mayúsculas y equivalentes por lo menos a un tamaño impreso 16 (≥4mm).

Enseñanza a pacientes

Cuando usted enseña a los pacientes algún procedimiento (por ejemplo la colocación de gotas oculares), es importante que les brinde información clara y les permita ser activos, más que pasivos, en el proceso de aprendizaje. Usted podría no sólo hacer que el paciente lo observe realizando el procedimiento, sino que lo practique bajo su supervisión, mientras que usted le retroalimenta con comentarios. También debe darse al paciente la oportunidad de hacer preguntas.⁴

Orientación

La orientación apunta a ayudar al paciente a descubrir soluciones a sus problemas, explorando y aclarando maneras de vivir que mejorarán su bienestar. Desafortunadamente, esto es a menudo malentendido. El objetivo de la orientación no es la de informar al paciente sobre su

Continúa en la página siguiente ➤



Joseph Kerkula

Ser amistoso y accesible facilita la comunicación con los pacientes. LIBERIA



Es importante escuchar el punto de vista del paciente. BANGLADESH

enfermedad ocular ni de dirigir al paciente hacia un curso de acción. No es de naturaleza preceptiva.

La orientación es una forma de ayudar, que está enfocada en la necesidad del paciente, tal como la percibe el paciente, y no en lo que otros consideran que son éstas necesidades. El “consejero” hace lo mejor que puede al escuchar al paciente, trabajando con ellos, para encontrar las mejores maneras de entender y resolver sus problemas. La orientación debe ocurrir en un entorno privado y confidencial, y los consejeros deben escuchar atentamente para comprender la perspectiva del paciente. La orientación ayuda a los pacientes a comprender que hay una manera que puede ayudarlos a que ellos tomen decisiones o cambien de dirección.⁵

Siempre recuerde que los pacientes son individuos, a pesar de tener la misma enfermedad; diferentes pacientes tendrán necesidades diferentes.

Existe evidencia que demuestra muchos de los beneficios de la mejor comunicación.⁶ Los pacientes despliegan mayor conocimiento y pueden recordar la información mejor, experimentan mayor satisfacción con la atención médica que reciben, pueden dar un consentimiento genuino e informado y son capaces de cooperar mejor. Como resultado, pasan menos tiempo en el hospital y experimentan una rápida recuperación de enfermedades y/o intervenciones. Consecuentemente, relatan su buena experiencia a su comunidad, lo cual, a su vez, genera una mejor respuesta a los servicios.

Rendición de cuentas del personal

Es importante que todo el personal rinda cuentas del estándar de atención que brinda. Mejorar la experiencia del paciente es responsabilidad de todo el equipo que brinda servicios de atención ocular.

Los pacientes podrán sentir recelo en compartir sus temores o quejas con los médicos y enfermeras, creyendo que éstos solamente están interesados en el tratamiento. Podrán sentirse más cómodos compartiendo tales comentarios con el personal no clínico. Este personal tendrá un papel capital en mejorar la experiencia del paciente, ya que a menudo, pasa más tiempo con los pacientes. Todo el personal, entonces, debe estar alerta y receptivo a las necesidades de los pacientes y dar retroalimentación al resto del personal, el cual puede implementar cambios para mejorar la experiencia del paciente.

El personal necesita desarrollar concientización acerca de sus áreas de competencia, por ejemplo, las destrezas, conocimiento, y también la actitud (comportamiento y sistema de creencias) que traen consigo a la práctica, ya que todo esto afectará la manera en que trata a los pacientes.⁷

En el proceso de adquirir experiencia, los trabajadores de la salud necesitan ser concientes de si mismos y ser autocríticos: deben buscar supervisión en la medida que desarrollan su propia práctica y ofrecer supervisión a colegas de menor experiencia. El desarrollo profesional continuo (CPD, por sus siglas en inglés) y la rendición de cuentas respecto al estándar de atención brindada, resulta en brindar servicios de forma relevante y apropiada.

Finalmente, una buena administración del tiempo es vital para mejorar la experiencia del paciente. Ésta requiere establecer prioridades, ser sistemático y delegar en las oportunidades que existan, destrezas adecuadas en el personal.⁸ La administración deficiente del tiempo conduce a prisas de último momento, genera estrés en el personal y los pacientes y conduce a un desempeño deficiente. Las necesidades de los pacientes y sus familias deben ser la prioridad y usted debe asegurarse que son encaradas con prontitud.

Dignidad

La dignidad es un derecho humano básico. Es especialmente importante recordar esto en los entornos de atención médica donde las personas se sienten más vulnerables. El personal debe hacer todo lo posible para preservar la dignidad del paciente.

La atención brindada a los pacientes puede ser influenciada por la cantidad y calidad de recursos, pero esto no puede estar restringido por su edad, credo, cultura, nacionalidad, raza, género, discapacidad, enfermedad, convicción política, educación o situación social y económica.⁹

La cultura del paciente juega un papel muy importante en la manera en que percibe la dignidad. Es importante demostrar que uno respeta los valores del paciente. Por ejemplo, pregunte al paciente con que nombre o título prefiere ser llamado.

“La orientación es una manera de ayudar que está enfocada en las necesidades como las percibe el paciente y no en lo que los otros consideran que son éstas necesidades”

Privacidad

Los pacientes oftálmicos requieren privacidad. La entrevista o examen debe ocurrir lejos de “espectadores”. Se debe tener cuidado en asegurar la confidencialidad y guardar los registros de los pacientes de manera segura.

La privacidad en lo que se refiere a las necesidades personales y la higiene son esenciales, con servicios separados para hombres y mujeres. A menudo, las salas de pacientes mixtas aún no son aceptables para los individuos, aunque frecuentemente no hay opción.



Asegurarse que los pacientes reciben atención en un ambiente limpio. INDIA

El alojamiento para niños debería preferentemente estar en un espacio favorable y especialmente dedicado a ellos.

Los pacientes en situación de aislamiento, por ejemplo por condiciones infecciosas, podrían sentirse abandonados o estigmatizados. El personal debería tomarse el tiempo de interactuar con ellos fuera de los procedimientos de tratamientos en sí, para ayudar a aumentar el sentimiento de autoestima. Cuando es posible, es beneficioso brindar alojamiento separado para pacientes de glaucoma y catarata, debido a que estos pacientes experimentan diferentes resultados después de la cirugía.

Priorización

En departamentos ambulatorios y en listas para cirugías, algunos pacientes deben tener prioridad con respecto a otros (vía rápida): estos son los muy jóvenes, los de edad avanzada y los enfermos con enfermedades agudas o crónicas en general, y mujeres (particularmente aquellas que están acostumbradas a quedarse en casa).

El paciente es parte de una familia y una comunidad, y debe recibir apoyo de un padre, hermano, esposo o algún otro cuidador. Se debe tomar tiempo en tratar las necesidades y ansiedad de los cuidadores también. Y con el consentimiento del paciente, consultar e incluir a los cuidadores en cualquier plan y preparación para el alta del paciente y su cuidado continuo.

El personal debe apuntar a ser eficiente y más importantemente, efectivo en apoyar a los pacientes. Deben estar preparados para actuar como defensores del paciente y ser lo suficientemente insistentes para desafiar a los colegas cuando sienten que la dignidad no está siendo adecuadamente considerada.

Ambiente

El ambiente para la atención médica oftálmica es único en su género. Pacientes de todo el espectro etario acuden a recibirla y muchos deben enfrentar también otros problemas de salud relacionados, además de la deficiencia visual. Esto plantea un desafío significativo, especialmente cuando las unidades de atención ocular son establecidas en áreas de escasos recursos.

Bienvenida a pacientes

Muchos pacientes viajan grandes distancias y al llegar se sienten cansados y vulnerables. La primera persona que encuentran será muy significativa y va a, ya sea aumentar o disminuir su esperanza y ansiedad. La actitud del personal de recepción es crucial para la sensación de bienestar y autoestima del paciente.

Limpieza, seguridad y comodidad

Los pacientes tienen derecho a recibir

atención en un ambiente limpio y seguro. El equipo encargado del lugar es una parte vital del servicio y debe ser valorado por el personal clínico y los administradores de alto nivel.

Todo el equipo es responsable del control de infección, uso apropiado de equipos y reutilización de materiales. Los entornos de atención médica deben ser lugares seguros y los peligros potenciales deben ser notados.

El departamento de mantenimiento es responsable del equipo y mobiliario que requiera reparación o reemplazo. En hospitales pequeños, donde no existen equipos separados de administración y mantenimiento, otros miembros del personal deben ser responsables de estos roles.

La buena iluminación es importante para los pacientes y para el personal en una especialidad donde la atención al detalle es vital. En los lugares donde el suministro eléctrico es irregular, es importante contar con generadores y lámparas de respaldo, y asegurarse de que todo el personal sepa como operarlos.

Accesibilidad

Los pacientes deben depender de avisos y carteles con instrucciones escritas. Éstos deben ser accesibles, deben estar ubicados en áreas bien iluminadas y deben ser de un color y tamaño que faciliten su lectura.

Algunos pacientes no tendrán la visión adecuada para leer, incluso los mejores carteles y podría preguntar a un miembro del personal, por ejemplo: "¿Dónde puedo retirar mis gotas?". No es suficiente con señalar la dirección y responder: "Queda por allá a la derecha." Los pacientes esperan que el personal sepa como asistirlos; sin embargo, el personal no siempre está conciente de las necesidades y problemas de los pacientes con deficiencia visual. El personal no debe de temer preguntar a los pacientes como manejar una situación, específicamente teniendo en cuenta sus necesidades personales.

Se debe discutir las guías para los trabajadores de la salud en lo referente a la asistencia a personas ciegas y con deficiencia visual; las técnicas deben ser demostradas, y las instrucciones siempre exhibidas. Deben organizarse días de orientación para el personal nuevo, a fin de facilitarles la comprensión de las necesidades de las personas con impedimento visual.

Existe solamente una forma correcta de guiar a un paciente con impedimento visual y puede ser descrito por el lema: "No me tires, camina conmigo".¹⁰ A menudo, se utiliza la técnica equivocada causando dificultad y angustia para el paciente. El personal siempre debe explicar lo que está por ocurrir. La gentileza y la paciencia son vitales.

Conclusión

El paciente (y no la enfermedad) debe ser siempre el centro de los servicios oftálmicos. Tratar al paciente como un individuo inevitablemente conducirá a un mejor servicio con resultados también mejores – pero los resultados nunca deben ser la motivación para buscar conseguir tales mejoras.

Glosario

Comunicación: un proceso bidireccional, interacción con otro(s), compartir información e ideas.

Desarrollo Profesional Continuo (Continuing Professional Development - CPD): instrucción u oportunidades para el propósito de actualizar y mejorar el conocimiento y las destrezas profesionales.

Orientación: foro para la discusión y consulta personal, donde los problemas son expresados por el paciente. Un orientador o consejero debe saber escuchar, debe tener conocimientos sólidos de salud, así como experiencia y entrenamiento adecuado.

Dignidad: tratar a alguien con dignidad es hacerlos sentir importantes y valorados en relación a otros. Cuando el paciente es tratado con dignidad, se sentirá confiado, cómodo y valorado.

Información al Paciente (verbal y escrita): transmisión de hechos o instrucciones (por ejemplo, el costo de una operación).

Enseñanza a pacientes: brinda conocimientos y/o destrezas a través de la discusión o demostración (por ejemplo, como colocar gotas oculares).

Rendición de cuentas del personal: la obligación de responder por los resultados de las acciones de cada uno, a diferencia de responsabilidad (lo que debemos hacer).

Referencias

- 1 Ley P. Communication with patients: improving communication, satisfaction and compliance. Introduction. London: Chapman and Hall, 1990: xiii.
- 2 Marsden J, ed. Ophthalmic Care. Chapter 6. London: Whurr, 2006.
- 3 Ewles L, Simmett I. Promoting health: a practical guide. 5th ed. Chapter 11. London: Bailliere Tindall, 2003.
- 4 Kiger AM. Teaching for health. 3rd ed. Chapter 6. London: Churchill Livingstone, 2004.
- 5 Greenhalgh P. Emotional growth and learning. London: Routledge, 2000. Chapter 6 cites the British Association of Counselling and Psychotherapy.
- 6 Ley P. Ibid. Chapter 12.
- 7 Rogers A. Teaching Adults. 3rd ed. Buckingham: Open University Press, 2002.
- 8 Marelli TM. The nurse manager's survival guide: practical answers to everyday problems. 2nd revised ed. Chapter 6. St Louis: Mosby, 1997.
- 9 Matiti M, Cotrel-Gibbons E, Teasdale K. Promoting patient dignity in healthcare settings. Nursing Standard 2007;21(45): 46-52.
- 10 Stevens S. Assisting the blind and visually impaired: guidelines for eye health workers and other helpers. Community Eye Health J 2003; 16(45): 7-9. También disponible gratuitamente como afiche en www.talcuk.org





Mejorando los resultados quirúrgicos

**Tony Walia**

Oftalmólogo y Director Médico, PCEA Kikuyu Hospital, Sala de Oftalmología de Kikuyu, Kikuyu, Kenia.

**David Yorston**

Oftalmólogo Consultor, Instituto de Oftalmología de Tennent, Hospital Gartnavel, 1053 Great Western Road, Glasgow G12 0YN, Reino Unido.

Los resultados de la cirugía de catarata son peores de lo que deseáramos que fueran. Los estudios basados en la comunidad muestran que hasta un 40% de los ojos presentan una visión postoperatoria de <math><6/60</math>. ¹ Los ojos con lentes intraoculares (LIO) tienen mejores resultados; sin embargo, se ha demostrado que aún en países prósperos de ingresos medios, tales como Venezuela, 20% de los ojos pseudofácicos presentan visión <math><6/60</math> y 15% la mejor visión corregida fue menor a $6/60$.

La deficiencia en los resultados tiene importancia. Los pacientes merecen una mejoría en la visión cuando esto es posible y los malos resultados disuaden a los pacientes a someterse a una cirugía y probablemente reducen su voluntad de pagar el tratamiento – ¡especialmente si tienen que pagar por adelantado!

En este artículo, ofrecemos sugerencias para mejorar la calidad de la cirugía de catarata. Admitimos que existen pocas bases de evidencia para la mayoría de estas sugerencias y algunas de ellas son controversiales. Sin embargo, esperamos incentivar el debate.

1 Selección y entrenamiento de oftalmólogos

Los procesos de selección usualmente enfatizan las referencias académicas antes que las destrezas clínicas o quirúrgicas. Es difícil probar la aptitud quirúrgica durante un proceso de selección; sin embargo, las pruebas genéricas de coordinación ojo - mano existen y se utilizan rutinariamente en la selección y entrenamiento de pilotos. ¿Será que deberíamos considerar instrumentos similares al seleccionar oftalmólogos? Por lo menos, deberíamos asegurarnos que los aprendices tengan visión estereoscópica.

La selección no siempre se basa en la calidad. Algunos programas de postgrados ni siquiera identifican a los candidatos interesados en oftalmología, porque el país necesita oftalmólogos desesperadamente. El entrenamiento de asistentes oftalmológicos en muchos países de África nos ofrece otro ejemplo. Originalmente, este entrenamiento consistía en un año de oftalmología

clínica para todos, luego del cual, los candidatos aptos eran seleccionados para otro año de entrenamiento en cirugía de catarata. Sin embargo, para responder a las necesidades de personal, los programas de entrenamiento hoy en día tienen una extensión de dieciocho meses a dos años, y todos los estudiantes del curso son entrenados en cirugía de catarata, sin importar la inclinación o la aptitud. Las destrezas quirúrgicas de los aprendices varían ampliamente y es improbable que este cambio haya mejorado los resultados de la cirugía de catarata.

El entrenamiento de postgrado para cirujanos oftalmológicos debería tener además objetivos explícitos, tales como:

- número de cirugías a ser realizadas antes que los aprendices puedan ser calificados como oftalmólogos (por ej. en el Reino Unido, ésta cifra es de 300, pero la mayoría de los aprendices realiza más de 500 en la práctica)
- nivel de supervisión: inicialmente, el aprendiz debe ser supervisado de cerca por el entrenador, pero al llegar a la conclusión del entrenamiento, los aprendices deben poder operar casi todos los tipos de catarata sin supervisión
- resultados aceptables: por ejemplo, el solo hecho de haber cumplido con el número requerido de cirugías debería ser insuficiente, si el aprendiz contara con un 25% de tasa de pérdida vítrea.

2 Educación médica continua (EMC o CME, por sus siglas en inglés)

En todas las disciplinas médicas la EMC es vital. Cuando los Ministros de Salud tienen tantos reclamos sobre sus pequeños presupuestos, la educación de los médicos es raramente prioritaria: después de todo, ya han recibido un entrenamiento caro. Sin embargo, a no ser que exista apoyo para una EMC, la calidad de la atención ofrecida por el especialista se deteriora y esto reducirá el valor de la inversión de su entrenamiento inicial.

La EMC no es solamente para médicos, sino también lo es para enfermeras oftálmicas y asistentes oftálmicos. En el Reino Unido y en los EEUU, los oftalmólogos calificados deben obtener un número de “puntos de EMC” por año. Los puntos pueden ser obtenidos por estudios privados. El proceso es administrado por el Real Colegio de Oftalmólogos y la Academia Americana respectivamente. Este modelo, con su sistema de puntos, podría ser una manera en que las instituciones de oftalmología de países afluentes brinden asistencia a los países de medianos y escasos ingresos.

3 Innovación

En varias etapas de nuestras carreras, muchos de nosotros probablemente recibimos recomendaciones de otro cirujano, las cuales nos permiten operar con mayor confianza.

La cirugía oftalmológica no es estática y mejora día a día. Para mejorar nuestra propia cirugía, debemos observar a otros cirujanos y, ocasionalmente, copiar su técnica. Esto es fácil en un centro grande con varios cirujanos, pero es más difícil para un cirujano que trabaja solo en un lugar apartado. Aquellos que trabajan en centros más grandes, deberían cerciorarse de poder observar a otros cirujanos para observar y aprender técnicas nuevas. Esto también se aplica en lo que se refiere a materiales y protocolos nuevos, por ejemplo, el uso de cefuroxima en la prevención de la endoftalmitis. ²



Los cirujanos deberían usar, de rutina, biometría preoperatoria

4 Disciplina

Cuando nos encontramos bajo la presión de aumentar el número de cirugías de catarata hasta 32 millones por año para el año 2020, es fácil enfocarse en la cantidad y perder de vista la calidad.

Los cirujanos y todos los que trabajan en el campo de oftalmología, deben trabajar de manera sistemática y disciplinada, de tal manera que, todos los pacientes sean adecuadamente evaluados en el preoperatorio y solamente aquellos que obtendrán algún beneficio, procedan a la cirugía de catarata.

Debido a que la cirugía de catarata es realizada tan frecuentemente, se puede convertir en rutina y podríamos volvernos descuidados. Los médicos, las enfermeras y los gerentes de salud, deben reunirse para desarrollar procesos y sistemas sólidos para asegurarse de que cada paciente reciba la mejor atención y para minimizar el riesgo de error. Esto puede ser tan simple como asegurarse que ningún paciente sea llevado a quirófano a no ser que la cirugía oftalmológica sea marcada, o tan complejo como un folleto de diez páginas que incluya todas las instrucciones pre y postoperatorias.



Ferdinand Ama

los cirujanos, las enfermeras, personal administrativo y técnico. El objetivo no es el de buscar que fue lo que salió mal (aunque este podría ser el primer paso necesario), sino el de determinar cómo mejorar el estándar de la atención en el futuro. Si el resultado final es solamente el de buscar identificar a un culpable, entonces el ejercicio no vale la pena.

10 Sistemas estándar de evaluación

Si todos cuentan con diferentes estándares de evaluación, el panorama general será nebuloso. La Organización Mundial de la Salud ha fijado el estándar para la mejor visión corregida a los dos meses de la cirugía:

- 6/18 o mejor para 90% de los ojos (20/60, 3/10, logMar 0.5)
- <6/60 para menos de 5% de los ojos

Existen dos problemas asociados con estos lineamientos. En primer lugar, pocos pacientes regresan a los dos meses de la cirugía para una consulta de seguimiento, así que, la evaluación de los resultados representa sólo una pequeña fracción de las operaciones. Segundo, a pesar de que la visión puede ser probada con mejor corrección en el consultorio, el paciente podría no comprar los anteojos, o estos podrían romperse o perderse en el transcurso de un mes. Ahora que las LIO son casi universales y que la biometría es utilizada ampliamente, podemos fijar estándares para visión no corregida en una fecha más temprana – como una semana por ejemplo. Esto podría permitir un informe más consistente de los resultados, lo que a su vez, podría hacer más fácil de identificar la mejor práctica.

11 Refracción y anteojos

Aun con biometría, algunos pacientes tendrán un defecto de refracción postoperatorio significativo. Una de las mejores maneras de mejorar los resultados es realizar refracción en todos los pacientes y brindarles anteojos. Si hay astigmatismo significativo, los anteojos podrían ser más caros que la cirugía, ya que los lentes para

Continúa en la página siguiente ➤

Recursos para mejorar los resultados

- 1 El **programa gratis** “Monitoring Cataract Surgical Outcomes” (MCSO) puede ser descargado desde: www.iceh.org.uk/display/LIB/Software++Monitoring+Cataract+Surgical+Outcomes
Para una copia física, haga el pedido a “Community Eye Health Updates 2009” CD from TALC, PO Box 49, St Albans, Hertfordshire, AL1 5TX, UK. Email: info@talcuk.org Sitio web: www.talcuk.org
- 2 El **entrenamiento sobre mantenimiento de instrumentos** se encuentra disponible a bajo costo en el Hospital Oftalmológico de la India Aravind— ver www.aravind.org

Cirugía de Catarata: cuanto más uno opera, mejores son los resultados quirúrgicos. COSTA DE MARFIL

5 Biometría

Muchos centros siguen utilizando las LIO de potencia estándar, porque no pueden realizar biometrías. El equipo de biometría se ha vuelto más portátil y más barato. La mayoría de los cirujanos deberían utilizarlo de rutina, aún en clínicas periféricas. No conocemos de pruebas aleatorias que prueben que la biometría preoperatoria mejora la visión postoperatoria no asistida. Sin embargo, dado que la biometría es segura y barata, es difícil negarla al paciente. La prevalencia de ametropía axial varía ampliamente, y la biometría es la prueba de mayor valor en comunidades con la prevalencia más alta, por ejemplo en Asia. Tendrá menor impacto donde la ametropía axial es menos común, por ejemplo en África Sub Sahariana.

6 Equipamiento

Es difícil obtener un buen resultado con equipos inadecuados. Si el microscopio quirúrgico está inoperante, es más seguro cancelar la cirugía que simplemente proceder a realizarla. Esto es frustrante tanto para el cirujano como para el paciente. Sin embargo, la inconveniencia de una operación cancelada es menor, comparada con los problemas causados por una cirugía complicada. Finalmente, sólo los cirujanos pueden juzgar si el equipo es adecuado para sus necesidades. Lo que es aceptable para uno, puede ser inadecuado para otro. Por ejemplo, algunos instrumentos oftalmológicos están diseñados para ser utilizados por un cirujano diestro. Sin embargo, juno de los autores es zurdo!

A medida que la cirugía oftalmológica se vuelve más compleja, el mantenimiento regular de los equipos es esencial. Afortunadamente, esto ha sido reconocido por la iniciativa VISIÓN 2020, y el entrenamiento en mantenimiento de equipos está disponible en algunos países y regiones.

7 Números

Cuanto más uno hace algo, mejor lo hace – la práctica hace al maestro. Un cirujano que opera catarata de manera poco frecuente, tendrá peores resultados que un cirujano que opera cada semana. En la mayoría de los países, casi todos los oftalmólogos realizan algún tipo de cirugía de catarata. En los países donde hay más de 50 oftalmólogos por millón de habitantes, quizás un menor número de ellos debería operar; esto permitiría que los oftalmólogos que operan, aumenten su casuística y mejoren sus resultados. No existe un estándar convenido para el número mínimo de cirugías que un oftalmólogo debería realizar. Sin embargo, se sugiere que los oftalmólogos operen por lo menos una vez por semana.

8 Auditoría

El monitoreo prospectivo de los resultados fue asociado con una mejoría en los resultados en tres estudios diferentes.^{3,4} Aún si es retrospectiva, una auditoría regular, nos ayudará a identificar problemas y lidiar con ellos. Si no establecemos estándares de resultados que impliquen un desafío, permaneceremos en nuestra “zona de comodidad”, pero probablemente no mejoraremos la calidad.¹

9 Reuniones de Morbilidad / Mortalidad

A pesar de haber pocos casos de mortalidad en oftalmología (¡esperamos!), es útil organizar reuniones departamentales frecuentes para discutir los resultados y las causas de los resultados inadecuados. Es esencial que estas reuniones no sean de carácter vengativo ni punitivo. Un solo individuo es raramente responsable de un mal resultado. Usualmente existe una secuencia de errores, algunos de los cuales se deben a fallas sistémicas en la institución. Si éstas van a ser corregidas, la revisión debe incluir a todos, incluyendo



astigmatismo son muy costosos de prescribir y ajustar. Debido a que la mayoría de los cirujanos buscan una buena visión no corregida, deberíamos dar anteojos, ya sea sin cargo, o a un precio mínimo, a cualquier paciente que los requiera para lograr 6/18 o mejor.

12 Reconociendo nuestras limitaciones

Hemos hecho énfasis en la cirugía de catarata, ya que es el procedimiento más frecuente realizado por oftalmólogos. No obstante, las propuestas son aplicables a cualquier cirugía oftalmológica simple o compleja. En países de altos ingresos, los oftalmólogos se especializan, por ejemplo, en cirugía vitreoretinal. Los oftalmólogos generales realizan la mayoría de los procedimientos comunes, pero refieren los problemas más complejos, tales como una catarata pediátrica a un colega sub-especialista. En los países en vías de desarrollo, podría ser difícil establecer una red de referencia: el viaje es costoso y dificultoso para los pacientes y las

personas prefieren tratar con el médico que conocen y confían, antes que visitar a un cirujano desconocido en un lugar remoto. A pesar de esto, los resultados de cirugías en estas condiciones complejas, siempre mejoran cuando los pacientes son referidos a especialistas que tienen los equipos, el entrenamiento y personal necesario para obtener los mejores resultados.

13 Liderazgo

Este es quizás el punto más importante. Si la calidad de los resultados es percibida exclusivamente como tarea del oftalmólogo, es poco probable que los resultados mejoren alguna vez. Cada trabajador de salud ocular debe estar involucrado, debido a que cada etapa del trayecto del paciente, desde el diagnóstico al alta, puede afectar el resultado final. Esto incluye no solamente a los médicos y enfermeras, sino también al personal no clínico, tales como administrativos y técnicos. El rol del cirujano es el de demostrar liderazgo y de involucrar a

todo el otro personal para asegurar que cada paciente reciba el mejor tratamiento. Un cambio de actitud será logrado al involucrar a todos los trabajadores de la salud y personal allegado, dentro de una institución, no dando clases u órdenes desde una posición superior.

En la página al dorso de esta revista, encontrará el logo de la CBM con el lema "Juntos podemos hacer más". Éste es el mejor consejo que podemos seguir, si queremos mejorar la calidad de los resultados quirúrgicos.

Referencias

- 1 Limburg H, Foster A, Vaidyanathan K, Murthy GV. Monitoring visual outcome of cataract surgery in India. Bull World Health Organ 1999;77(6): 455-60.
- 2 Yorston D. Using intracameral cefuroxime as a prophylaxis for endophthalmitis. Community Eye Health J 2008;21(65): 11.
- 3 Limburg H, Foster A, Gilbert C, Johnson GJ, Kyndt M, Myatt M. Routine monitoring of visual outcome of cataract surgery. Part 2: Results from eight study centres. Br J Ophthalmol 2005;89(1): 50-2.
- 4 Yorston D, Gichuhi S, Wood M, Foster A. Does prospective monitoring improve cataract surgery outcomes in Africa? Br J Ophthalmol 2002;86(5): 543-7.



GERENCIA

Caso de Estudio: mejorando la gerencia de programas de atención ocular



Kolawole Olumide Ogundimu

Oftalmólogo y Jefe de desarrollo de programas, África Oriental – Región Este, Sightsavers International, Accra, Ghana.

Nigeria es una federación de 36 Estados administrativos, cada uno de ellos tiene el mandato de brindar atención médica a la población. Sightsavers International ha estado apoyando cuatro Ministerios de Salud de estados (Cross River, Kaduna, Kwara y Sokoto), a implementar programas diseñados para brindar servicios integrales de atención ocular.

En el pasado, la atención ocular estuvo limitada a servicios en grandes hospitales en las ciudades más grandes, los cuales eran inaccesibles a la población general.

Estos nuevos programas de atención ocular han tenido mucho éxito. El programa de atención ocular de Kwara (KWECP) por ejemplo, ha aumentado la tasa de cirugía de catarata de 196 operaciones de cataratas por millón por año en el 2003 a 923 en el 2007.

Este artículo describe lo que hemos aprendido de nuestra experiencia en gerenciar estos programas y esperamos les provea sugerencias para mejorar su administración.

Planificación participativa

La planificación de programas de atención ocular en Nigeria fue participativa, y VISIÓN

2020 nos proveyó una estrategia y una visión clara.¹ Se realizaron tres consultas iniciales con los Ministros de Salud de los estados, seguidas de reuniones con las diferentes partes interesadas. Éstos incluyeron a todos los actores relevantes en la atención ocular a nivel de campo, todos los niveles de gobierno dedicados a brindar atención médica en la región geográfica y representantes de todos los profesionales de la salud involucrados en la atención ocular.

Las reuniones con las partes interesadas han sido invaluable y han ayudado a integrar un grupo de personas las cuales de otra manera hubieran permanecido como socios muy dispersos.

Gerenciando proyectos dentro de un programa

Un programa de atención ocular frecuentemente está compuesto por varios proyectos diseñados para controlar diferentes enfermedades dentro de un período de tiempo determinado. Esto se debe al enfoque de la enfermedad, las prioridades de desarrollo y/o consideraciones de financiación y administración.

La KWECP se encontraba desarrollando un proyecto de distribución de Mectizan®, un proyecto de distribución de vitamina A y un proyecto de atención ocular bajo diferentes financiaciones y administra-

ciones. Nuestra experiencia demostró que, las personas que trabajaban con estos proyectos, tenían la tendencia a dispersarse y a trabajar de manera



Una mujer de edad mira a su nieta por primera vez luego de una cirugía de catarata. NIGERIA

individual, a tal punto que, los diferentes proyectos resultaban en presiones conflictivas sobre el mismo personal, lo cual a su vez resultaba en la duplicación inadvertida de esfuerzos y el sinérgismo limitado.

Para remediar esta situación, organizamos sesiones de planificación conjunta entre los equipos administrativos de los diferentes proyectos, bajo un programa de atención ocular estatal unificado, y nos aseguramos que los reportes de proyectos fueran circulados a todos los participantes de los otros proyectos. Cuando era posible, tratamos de fusionar los proyectos bajo un solo equipo de gerencia. Aprendimos que:

- Los sistemas debe estar establecidos de tal manera de asegurar que los diferentes proyectos dentro del programa sean complementarios y sinérgicos.
- Un proyecto, el cual es desarrollado en un período de tiempo determinado, es sólo un paso en lo que sería un programa de largo plazo. Se deben incorporar elementos de sustentabilidad y planificación a largo plazo al programa desde su inicio.

Gerenciando recursos humanos

Los recursos humanos son los activos más valiosos de cualquier programa de atención ocular. El fortalecimiento del equipo, el entrenamiento continuo y la motivación, son aspectos esenciales de la administración de los recursos humanos² (ver tabla a la derecha).

Evaluando los recursos humanos

Para poder gerenciar y desarrollar los

recursos humanos de manera efectiva, es esencial empezar con:

- calcular el número disponible de personas que podrían ser entrenadas
- evaluar los niveles de competencia del personal existente, ya que podrían precisar de entrenamiento adicional.

En algunos estados, la escasez de personal calificado para entrenar, ha limitado el desarrollo de los recursos humanos. Por ésta razón, el desarrollo de los mandos medios e inferiores, especialmente de enfermeras oftálmicas, ha sido menos exitoso que el desarrollo de oftalmólogos.

La importancia del trabajo en equipo

El cambio de un enfoque individual a un enfoque en equipo ha sido un factor clave en la mejoría del rendimiento en el KWECP.

El programa estableció equipos de servicio responsables de la salud oftalmológica en zonas geográficas definidas del Estado. Estos equipos estaban compuestos por varios profesionales requeridos para brindar el servicio; utilizamos personal disponible, y también organizamos un entrenamiento para llenar las falencias identificadas en los recursos humanos. Desarrollamos un enfoque centrado en hospitales base, clínicas extra-muros, y establecimos comités de gerencia y sistemas de coordinación. Por ende, nos alejamos del sistema de prestación de servicios que había sido la norma anteriormente, el cual estaba centrado en un solo hospital y en un solo oftalmólogo.

Capacitación

Es importante invertir en capacitación de calidad, sin olvidar agregar los principios de gerencia para aquellos en posiciones de liderazgo. La capacitación debería apuntar a la conformación de equipos adecuados, con la composición correcta de profesionales y personal de apoyo.³

Hemos tenido mucho éxito en el entrenamiento de oftalmólogos y hemos establecido un centro de entrenamiento práctico para oftalmólogos en el KWECP. Dos factores fueron clave para este éxito. En primer lugar, existía una reserva de médicos clínicos generales disponibles para el entrenamiento dentro de los servicios estatales – esto no siempre es el caso en África Sub-Sahariana y no puede ser dado por hecho. En segundo lugar, nos beneficiamos de la presencia de un oftalmólogo consultor motivado dentro del programa, el cual se convirtió en el principal entrenador, y actuó como persona central e impulsor del programa de entrenamiento, así como la para la prestación del servicio.

Motivando al personal

El líder del equipo juega un papel vital en mantener motivado a su equipo. La

motivación requiere el desarrollo y mantenimiento de una visión compartida, la capacitación y adquisición de destrezas adecuadas, el reconocimiento de la contribución individual y un uso cuidadoso de los incentivos.

Los incentivos financieros relacionados al desempeño por sí solos no son buenos motivadores y podrían conducir a un fracaso del servicio o del proyecto si los incentivos se agotan.

En nuestro programa, la motivación fue esencialmente resultado de:

- mejorar la moral del personal a través de una cultura de apoyo y aliento
- proporcionar equipos de calidad e insumos adecuados
- asegurar un ambiente propicio para la prestación de servicios
- brindar la capacitación necesaria para las tareas a ser desempeñadas
- el incentivo para el buen desempeño, de mayor capacitación y desarrollo de las destrezas.

Administración de infraestructura y tecnología

Antes de planificar un proyecto, es importante evaluar cuidadosamente la infraestructura y la tecnología existente. La infraestructura y la tecnología constituyen

Continúa en la página siguiente ►

Gerenciando recursos humanos: puntos clave

- 1 Revisar la reserva disponible y el nivel de competencia** al principio del proceso de desarrollo de los recursos humanos
- 2 Enfatizar un enfoque de equipo;** aclarar y desarrollar roles, responsabilidades y canales de supervisión
- 3 Formar equipos con la composición adecuada** de personal profesional y de apoyo
- 4 No asumir que el personal existente cuenta con el conocimiento y destrezas necesarios** para brindar servicios
- 5 Invertir en un entrenamiento adecuado y continuo**
- 6 Invertir en entrenamiento en aspectos de administración y cabildeo** para personal clave
- 7 Un equipo bien motivado** logra mejores resultados
- 8 Reconocer a los individuos** por su desempeño sobresaliente
- 9 No individualizar una sola profesión** para elogiar en caso de buen desempeño o criticar en casos de mal desempeño (por ejemplo, diciendo que las cifras bajas de cirugías de catarata son responsabilidad del oftalmólogo).



Jenny Matthews/Sightsavers

el 30–70% de nuestros presupuestos de proyecto, dependiendo de la antigüedad del programa, su expansión, etc. Aún cuando un programa de atención ocular esté consolidado y se gaste una parte relativamente pequeña del presupuesto en infraestructura y equipos, éstos siguen representando una importante inversión.

Como se ilustra en el Cuadro en la siguiente columna, se debería establecer sistemas efectivos en relación al costo para la adquisición, inventariado y monitoreo.

Encontramos que el personal usualmente requiere ser capacitado para manejar y almacenar adecuadamente los activos, así como para el uso de cualquier herramienta para monitoreo utilizada para dar seguimiento de los activos y el inventario. Los procedimientos y las herramientas complicadas no fueron bien recibidos, por lo que las herramientas deben ser “amigables”.

Mejorando la calidad

La calidad de la prestación del servicio y de la experiencia del paciente, depende de que el personal esté plenamente conciente de los aspectos clínicos y no clínicos de la “calidad”, y del papel que desempeñan personalmente en mejorarla.

No se puede enfatizar lo suficiente el impacto que tiene la mejora de la calidad sobre los servicios clínicos y no clínicos. Encontramos que esto fue un impulsor primordial en la respuesta al servicio.

En la KWECP hemos establecido el concepto de seguridad de calidad a cada paso de la prestación del servicio. Hicimos esto desarrollando un equipo modelo en un hospital y nombrando a un asesor – coordinador, quien entrenaba y supervisaba activamente a los oftalmólogos en servicio.

El programa seleccionó un hospital que contaba con una infraestructura y recursos humanos existentes, pero donde el rendimiento había sido bajo por muchos años. El personal de este hospital fue reentrenado en varias destrezas clínicas y no clínicas necesarias para mejorar la calidad, incluyendo las relaciones humanas. Por lo tanto, armamos un pequeño pero efectivo grupo de atención basado en el hospital, donde las responsabilidades de administración, actividades del departamento de ambulatorios, enfermería de quirófano etc. fueron definidos claramente. Los recursos humanos para el trabajo de atención ocular primaria y para referencias, también fueron desarrollados en las comunidades circundantes: se entrenó a una enfermera oftalmológica comunitaria y a

Manejando la infraestructura y tecnología: puntos clave

- 1 La tecnología apropiada significa tecnología de calidad a un costo accesible**, se debe conseguir tecnología y equipos de alta calidad para prestación de servicios
- 2 No adquiera instrumentos o tecnología baratos o de mala calidad**
- 3 Instituya el mantenimiento preventivo**
- 4 Establezca estándares** para la tecnología e insumos
- 5 Asegúrese de contar con la documentación adecuada** y con el seguimiento adecuado de activos
- 6 Use herramientas que sean fáciles y simples de utilizar** para el seguimiento
- 7 No deseché los sistemas actuales**, siempre y cuando cumplan con los estándares
- 8 Asegúrese que el consumo se equipare con las actividades** y establezca niveles de reordenamiento.

trabajadores de atención ocular primaria, todos liderados y coordinados por el oftalmólogo y el equipo basado en el hospital. Este equipo basado en el hospital y la comunidad, fue responsable de una población de aproximadamente medio millón de personas.

La subsecuente rápida aceptación y respuesta a los servicios y el rápido fortalecimiento del rendimiento quirúrgico, sirvió de modelo positivo. En la actualidad, este modelo está siendo emulado por el resto del programa y otros programas apoyados por Sightsavers en el país.

“No se puede enfatizar lo suficiente el impacto de la mejora en la calidad de los servicios.”

Gerencia y cabildeo

Uno de los principales roles de los equipos de gerencia en los programas de atención ocular ha sido el cabildeo. La atención ocular ha sido considerada de baja prioridad en lo referente a salud pública en la mayor parte del mundo y Nigeria no es la excepción. El programa de trabajo en Kaduna, Kwara, y Cross River, demostró necesitar un fuerte cabildeo para generar el apoyo del Estado y su “apropiación” de los planes de atención ocular.

En el Estado de Sokoto, el más reciente de los planes de atención ocular, se realizó una gran inversión en cabildeo y en el entrenamiento del

personal en lo que se refiere a cabildeo como tal al inicio del programa. Este enfoque fue altamente exitoso: las autoridades de Sokoto demostraron una mayor apropiación y apoyaron las actividades del programa desde una etapa más temprana que cualquiera de los programas más antiguos en los otros estados. Las lecciones aprendidas fueron:

- considere el cabildeo como una actividad principal dentro de su plan
- no deje el cabildeo para encuentros fortuitos
- el cabildeo debería ser planeado cuidadosamente con objetivos y metas establecidas
- invierta en el entrenamiento de cabildeo para el personal clave.

Sustentabilidad financiera

Es esencial contar con algún tipo de generación de ingresos o recuperación de costos para sustentar un programa de atención ocular. Los socios gubernamentales de los programas en Nigeria, varían en sus contribuciones financieras; un Estado provee apoyo financiero regular, mientras otro no provee apoyo financiero en absoluto, a pesar de un extensivo cabildeo.

Es esencial que los costos sean accesibles para la mayoría de la población. Los costos de la cirugía introducidos en nuestro programa no han constituido una barrera para la prestación de servicios, y nos proveen de recursos para mantener la calidad del servicio. La evidencia muestra que el 80% de los pacientes provenientes de las partes más pobres y menos desarrolladas de Sokoto, pueden costear una tarifa de aproximadamente 1.2 \$ US (la mitad del precio de una cabra).

Las políticas deberían enfocarse a que ninguna persona permanezca ciega debido a su falta de capacidad de pago. En los programas de atención ocular de Nigeria, muchos son ayudados por las autoridades gubernamentales locales, algunos son financiados por integrantes más pudientes de la sociedad y otros son asistidos con una excepción de pago, luego de la recomendación de servicios sociales.

Si fueran a realizarse campamentos oculares gratuitos, tales como los que han sido organizados por el Estado en Kwara, es mejor organizarlos en localizaciones apartadas de la base, ya que hemos notado que tienen un impacto negativo sobre la prestación de servicios pagados en los hospitales base.

Referencias

- 1 VISION 2020: The Right to Sight. www.v2020.org
- 2 Sivakumar AK. Professional management for eye care. *Community Eye Health J* 2006;19(59): 50–51.
- 3 Bindiganavale RS, Praveen KN, Saibaba S. Roles and responsibilities in the secondary level eye care model. *Community Eye Health J* 2005;18(56): 120–1.

La misión de Alcon Laboratorios Inc., la empresa más grande del mundo para el cuidado de la visión; es descubrir y desarrollar productos innovadores que mejoran la calidad de vida, ayudando a las personas a ver mejor. Por más de 44 años, nuestra acción filantrópica se ha extendido al apoyo de pacientes, profesionales, investigación y educación a futuros médicos oftalmólogos, con un claro enfoque en un resultado:

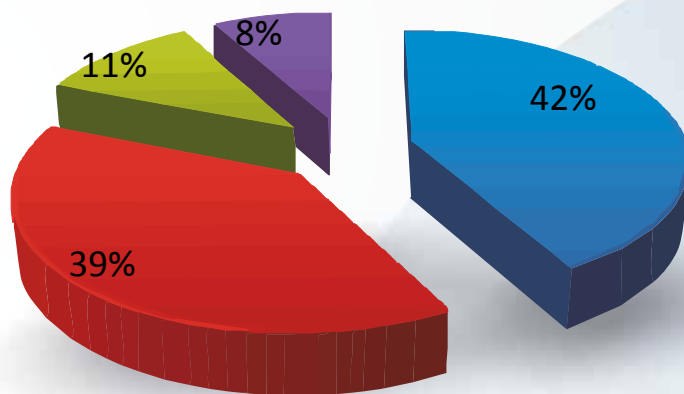
Mejorar la salud ocular para todo el mundo.

Alcon®

Apoyo global

El Programa de “Alcon’s Medical Missions” (Misiones Médicas de ALCON) comenzó hace más de cuatro décadas, cuando Algunos oftalmólogos solicitaron que Alcon donara insumos médicos necesarios para sus misiones a países subdesarrollados. Ahora, Alcon dona productos farmacéuticos y equipo quirúrgico en forma continua, para ayudar a servir a las poblaciones de países en necesidad; al mismo tiempo, ayudando a los médicos locales en el mejoramiento de sus habilidades.

En los últimos tres años, Alcon ha contribuido globalmente con US\$123 millones en efectivo y en productos, para apoyar el avance de la educación en salud ocular, investigaciones y mejorar la calidad del cuidado de la visión para cada paciente.



- Mejorando el cuidado del paciente
- Ayudando en la salud ocular
- Apoyando a la comunidad en los Estados Unidos
- Apoyando el avance de la Educación y Salud Ocular

- El programa “Alcon’s Medical Missions” así como otros programas filantrópicos en los Estados Unidos, han proporcionado más de US\$100 millones en productos para oftalmólogos y organizaciones que ayudan a los más necesitados.
- Alcon tiene una relación de largo tiempo con ORBIS, el “hospital volante”, que comenzó en 1979 con la única intención de eliminar la ceguera evitable, restaurar la visión y crear programas sustentables de salud ocular a través de la educación de los oftalmólogos locales en el mundo en desarrollo. Hasta la fecha, se ha entrenado a más de 154,000 médicos en 85 países, en todos los aspectos de la oftalmología y áreas relacionadas, incluyendo ingeniería biomédica y enfermería.
- Alcon tiene más de 2 décadas trabajando con Mercy Ships, un “barco hospital” que sirve como vehículo para proporcionar servicios médicos de calidad internacional, así como servicios de desarrollo comunitario para los pobres en extrema necesidad.

Participación regional

En Latinoamérica, Alcon ha desarrollado el Social Phaco Kit (paquete social para facoemulsificación), que permitirá a organizaciones no gubernamentales y a hospitales apoyados por los gobiernos, la posibilidad de hacer la cirugía de catarata con la técnica de facoemulsificación; la que tradicionalmente no podía ser ofrecida al paciente a causa de su alto costo.





Las visitas a corto plazo de profesionales de salud ocular: asegurando mayor beneficio para la comunidad anfitriona



Andy Pyott

Oftalmólogo Consultor;
Consultor Médico CBM; Raigmore
Hospital, Old Perth Road, Inverness
IV2 3UJ, Reino Unido.

En oftalmología, los encuentros con pacientes, por más que sean breves, pueden tener un efecto dramático en su salud y calidad de vida, sea esto a través de una cirugía que devuelve la vista o anteojos correctivos.

La afluencia relativa del equipo médico en algunos países y la disponibilidad de vuelos internacionales baratos ha hecho posible que médicos, enfermeras, ortoptistas y el resto del grupo puedan salir de sus puestos de trabajo e ir a otros países por una semana o dos para brindar atención ocular. Un artículo publicado recientemente en Carreras de la BMJ guía a los interesados a un número de organizaciones no gubernamentales que podrían facilitar la "aventura".¹

Me gustaría cuestionar si tales expediciones logran algo más que un mero "turismo oftalmológico". ¿Cómo podríamos asegurarnos que el mayor beneficio lo recibe la comunidad anfitriona?

El propósito de este artículo no es el de desalentar la participación en proyectos transculturales, sino el de ayudar a los voluntarios oftalmológicos entusiastas de todos los países, a canalizar sus energías de la manera más productiva.

Dificultades de los intercambios transcontinentales

Territorio clínico desconocido

Parte del placer de viajar es encontrarse con lo desconocido, pero consecuentemente, es posible hacer suposiciones en lo referente a la práctica médica que no pueden transferirse a otro contexto. En la primera visita a cualquier lugar, de seguro se cometerán algunos errores.

Los perfiles de enfermedad de los pacientes muestran variaciones geográficas y los oftalmólogos de climas templados están menos familiarizados con las patologías tropicales comunes, tales como la queratitis fúngica. Es más, la estrategia de manejo para una úlcera corneal en su país de origen, podría ser muy diferente a la que debe ser utilizada en el país visitado.

Donaciones de insumos

La falta de familiaridad es algo aún más crítico en el quirófano. En la mayoría de los países ricos, la práctica depende mucho de los insumos desechables. La necesidad de reutilizarlos en los países más pobres podría ser un problema para el visitante. Si los visitantes son "despilfarradores" con los preciados insumos, jeto también podría representar un problema para el anfitrión!

Sin embargo, muchos visitantes llegan con donaciones de suministros de equipos e insumos. Es esencial que tales donaciones sean las apropiadas. Las compañías farmacéuticas podrían tener interés en donar insumos que estén cerca de la fecha de vencimiento y descontarlas de sus impuestos. Existe el riesgo que los

nario anónimo a médicos jóvenes de un país de Asia, sobre los beneficios de las visitas de médicos oftalmólogos extranjeros. Ellos citaron "insumos donados" como el más importante. Esto fue irónico, ya que las atribuciones de los visitantes habitualmente eran las de entrenar y guiar a los médicos recientemente graduados. En muchos casos, las visitas fueron infructuosas, debido a que los visitantes no estaban familiarizados con las técnicas quirúrgicas utilizadas. La auditoría posterior reveló que a veces, los resultados quirúrgicos de los entrenadores visitantes eran peores que los de sus aprendices.

La formación en los países occidentales brinda poca exposición en las técnicas con sutura, y no hay un

entusiasmo por parte de los médicos para viajar a países en desarrollo a adquirir la experiencia quirúrgica que no obtendrían en casa. Cuando esto es parte de un intercambio establecido de destrezas, con una supervisión adecuada, esto es beneficioso para ambas partes. Sin embargo, ante cualquier sugerencia de que los médicos jóvenes van a otro país y practican en las personas desfavorecidas las técnicas que no podrían utilizar en sus propios países, esto es considerado inmoral y no ético.

Desestabilizando los servicios de salud ocular locales

Toda la asistencia para el desarrollo debería establecerse en torno al principio de las evaluaciones de las necesidades locales y peticiones de ayuda. Los programas de salud voluntarios, tienen el curioso don de estar concentrados alrededor de destinos turísticos populares, y mientras que el permiso pudo haber sido solicitado a los funcionarios de los Ministerios de Salud (los cuales podrían también tener sus propios intereses), a veces no se involucra a los oftalmólogos locales.

Esto puede desestabilizar la situación.

El ofrecer atención gratuita a los pobres parece una solución tan evidente si se la considera desde lejos, pero si se perturba la economía local y pone en peligro un sistema de recuperación de costos de un hospital cercano, puede finalmente causar muchos más problemas de los que resuelve.

Por ejemplo, la catarata, siendo una discapacidad crónica, la familia podría aplazar la utilización de servicios en la



Frank Green

Operando bajo un techo con goteras en la comunidad de Karen. TAILANDIA

insumos sean simplemente transferidos de un depósito a otro, a menudo dejando al donante más satisfecho que a el receptor. Por ejemplo, el único beneficio de una reciente donación de concentradores de oxígeno a un hospital de Gambia fue el establecimiento de un comité para supervisar la aceptación de donaciones no solicitadas.²

Técnicas quirúrgicas desconocidas

Unos años atrás, administré un cuestio-

clínica local, si esperar un año significa que la abuela recibirá la cirugía gratis de manos de un extranjero "exótico". Esto no sólo sería perjudicial para la clínica local, pero si la causa del deterioro de la visión de la abuela es en realidad causada por el glaucoma, el retraso podría también conducir a una ceguera permanente e irreversible.

¿Servicios gratuitos?

Todas las culturas tienen una fascinación con el extranjero que viene de más allá de las fronteras, y las personas poco escrupulosas pueden ver esto como un medio de generar algunos ingresos. Así, mientras que el visitante puede estar donando sus servicios gratuitamente, algunos pueden ver a los expertos extranjeros como un producto comercializable. Pueden existir beneficios ocultos, ya sea financieros, políticos o religiosos, los cuales son desconocidos por el profesional ocular visitante.

Facioemulsificación versus CCIP (SICS, por sus siglas en inglés, cirugía de catarata por incisión pequeña): transferencia responsable de competencias

Es probable que la evaluación de las necesidades locales establezca que lo que se necesita es una transferencia de competencias. Esto podría incluir una solicitud para la capacitación en facioemulsificación.

Es interesante especular respecto a si la facioemulsificación habría llegado a ser tan predominante en las naciones más pudientes si la cirugía de catarata de pequeña incisión (SICS) se hubiera desarrollado primero. Algunos estudios³⁻⁵ han demostrado que los resultados quirúrgicos de las dos técnicas pueden ser similares, y que la SICS es más rápida, más barata, y menos dependientes de la

tecnología que la facioemulsificación. No todos los oftalmólogos del Reino Unido están conscientes de esto.

Por supuesto, la facioemulsificación pueden tener un rol dentro de los programas de reducción de la ceguera, y muchos cirujanos de catarata prefieren contar con una amplia gama de destrezas para ofrecer a sus pacientes.

A pesar de que sé de circunstancias en que las que los cirujanos se han vuelto competentes en facioemulsificación luego de dos semanas de formación intensiva, esto no es lo que se esperaría de aprendices en el Reino Unido o en América del Norte. El brindar una capacitación menos minuciosa en una técnica potencialmente peligrosa y altamente costosa, podría no estar dentro de los mejores intereses del programa de prevención de la ceguera de un país. Un principio importante a tener en cuenta es que, todos los cirujanos deben utilizar "¡la cirugía adecuada para el paciente adecuado, en el momento justo!".

Si la formación en facioemulsificación es parte de una visita planificada, ambas partes deben garantizar que el equipo esté disponible, que es de un nivel adecuado, y que puede ser arreglado cuando está averiado. Además, deben realizarse acuerdos adecuados para el tratamiento de pacientes que sufren complicaciones, tales como un fragmento retenido del núcleo.

Maximizando el beneficio a la comunidad local

El cuadro de la derecha detalla principios importantes para maximizar los beneficios de una visita para la comunidad local. Si estos principios son ignorados, una visita fácilmente puede crear más problemas de los que pueda solucionar. Hay muchos ejemplos de viajes transcontinentales e intercambios exitosos. La siguiente selección provee una ilustración de estos principios.

Atención ocular a comunidades aisladas y desfavorecidas. Muchas comunidades aisladas no tienen esperanzas de contar con un servicio de oftalmología a no ser a través de la intervención de un extranjero. El Vine Trust⁶ estableció una clínica médica flotante en el río Amazonas, que ofrece un servicio a personas desfavorecidas y personas de zonas remotas, de esta manera suple necesidades que de otra manera no serían atendidas. A menudo, para las comunidades pequeñas y aisladas, las visitas de personal de salud ocular será el único estímulo para que los servicios locales sean desarrollados.

Por ejemplo, Frank Green, un oftalmólogo consultor en la Universidad de Aberdeen, ha sido el único oftalmólogo para los refugiados Karen que huyeron de Myanmar (Birmania) a Tailandia. Desde

1990, ha hecho dos o tres visitas cada año. Por razones políticas, los Karen no pueden recibir apoyo médico ocular de sus anfitriones tailandeses. El tamaño de la comunidad es lo suficientemente pequeño para que sea difícil de mantener un oftalmólogo a tiempo completo. Sin embargo, a lo largo de los años, un número de asistentes médicos han sido capacitados a nivel local para identificar y manejar casos de catarata no quirúrgicos.

Principios para una visita provechosa de personal de atención ocular

Es fundamental considerar todos los siguientes principios antes de embarcarse en un proyecto:

- 1 **Respuesta a las necesidades locales o la solicitud de ayuda**
- 2 **Compromiso a largo plazo**
- 3 **Visitas repetidas**
- 4 **Participación plena de la comunidad local y autoridades**
- 5 **Invertir en un entrenamiento adecuado y continuo**
- 6 **Compromiso con la transferencia de competencias**
- 7 **Uso de la tecnología apropiada** (incluyendo las técnicas quirúrgicas y materiales)
- 8 **Fomento de un intercambio genuino de experiencias e ideas.**

Brindando entrenamiento experto para suplir las necesidades locales

En la década de 1980, cirujanos de estrabismo del Hospital de Ojos de Colombo, Sri Lanka, identificaron la necesidad de competencias ortópticas. Sin embargo, enviando personal al Reino Unido para adquirir experiencia en ortóptica no logró brindar un servicio continuo. Con el apoyo de la CBM inicialmente y, posteriormente de la Organización Mundial de la Salud y de Sightsavers Internacional, el ortoptista Rowena McNamara, fue contratado por tres meses para elaborar y poner en marcha un módulo ortóptico para agregar al curso de tecnología oftálmica, con un curriculum diseñado para suplir las necesidades locales. Esto ha resultado en 20 años de servicio ininterrumpido en el servicio ortóptico del Hospital de Ojos de Colombo, brindado por tres ortoptistas a tiempo completo. En el 2000, una nueva clínica se inició en el Hospital de Ojos Kandy.

Otro ejemplo exitoso de transferencia de competencias que suplió las necesidades locales es la formación de un servicio vítreo retinal en la Unidad Oftalmológica de Kikuyu, en Kenia. Esto sólo fue posible como resultado de las visitas periódicas de cirujanos del Reino Unido a África Oriental por solicitud del

Continúa en la página siguiente ➤

SPROG/CEH



Entrenamiento en cirugía pediátrica en la región del sur de África. SUAZILANDIA



personal local. Otra consecuencia de esta primera experiencia ha sido un compromiso asumido por el Club Jules Gonin de apoyar la capacitación vítreo retinal en cinco instituciones en países de bajos y medianos ingresos.

Conclusión

Las mejores interacciones son las que permiten relaciones a largo plazo y fomentan un verdadero intercambio de experiencias e ideas. El éxito de los intercambios de trabajo funciona en ambos sentidos: los visitantes reconocen que están propensos a obtener más de lo que dan. Por ejemplo, un informe del gobierno del Reino Unido⁷, reconoció claramente que el país se beneficiaba cuando sus trabajadores de la salud pasaban un período de tiempo trabajando en el exterior.

Para facilitar este tipo de programas, y para evitar algunos de los problemas enumerados anteriormente, el Centro Internacional de la Salud Ocular (ICEH, por sus siglas en inglés) recomienda un análisis adecuado de las necesidades y el intercambio a través del "V2020 Links Programme".⁸ Este programa está demostrando ser un gran éxito, combinando las necesidades reconocidas con las habilidades ofrecidas, y es sin duda el mejor camino a seguir para maximizar el entusiasmo mundial a participar en VISIÓN 2020.

Referencias

- 1 Sheehan W. Ophthalmology in the developing world. BMJ 2008. <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=2800>
- 2 Howie S, Hill SE, Peel D, Samme M, Njie M, Hill PC, et al. Beyond good intentions: lessons on equipment donation from an African hospital. Bull World Health Organ 2008;86(1): 52-6.
- 3 Gogate PM, Kulkarni SR, Krishnaiah S, Deshpande RD, Joshi SA, Palimkar A, Deshpande MD. Safety and efficacy of phacoemulsification compared with manual small-incision cataract surgery by a randomized controlled clinical trial: six-week results. Ophthalmology 2005;112: 869-74.
- 4 Gogate P, Deshpande M, Nirmalan PK. Why do phaco-emulsification? Manual small-incision cataract surgery is almost as effective, but less expensive. Ophthalmology 2007;114: 965-68.
- 5 Ruit S, Tabin GC, Chang D, et al. A prospective randomized clinical trial of phacoemulsification vs manual sutureless small-incision extracapsular cataract surgery in Nepal. Am J Ophthalmol 2007;143: 32-38.
- 6 www.vinetrust.org
- 7 Crisp N. Global Health Partnerships. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_065374
- 8 <https://wiki.iceh.org.uk/display/WEB/VISION+2020+Links+Programme>

¿Qué piensa usted?

Llamado a artículos de intercambio para el CEHJ

Esperamos recibir sus sugerencias sobre **cómo el personal local puede maximizar los beneficios de la visita de un equipo de atención ocular extranjero**, en la forma de artículos de intercambio (500 palabras). Email: Anita.Shah@Lshhtm.ac.uk (Tema: Equipos extranjeros de atención ocular).

CÓMO...

Depilación de pestañas



Sue Stevens

Ex Consultora de Enfermería, Community Eye Health Journal, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Reino Unido.

¡Recuerde!

Antes de realizar cualquier procedimiento ocular:

- Lávese las manos (y después también)
- Coloque al paciente cómodamente con la cabeza apoyada
- Evite las distracciones tanto para usted como para el paciente
- Asegure tener una buena iluminación
- Explique siempre al paciente lo que uno va a hacer.

Indicaciones

- Para remover las pestañas encarnadas (triquiasis)
- Para evitar la abrasión corneal

Usted necesitará

- Aumento (lupa de aumento)
- Linterna o fuente de luz
- Gasas, hisopos
- Colirio con anestésico local
- Pinza de depilación
- Un ayudante

Preparación

- Explicar el procedimiento y avisar al paciente que va a sentir algunas molestias breves
- El paciente, ayudante y examinador deben colocarse adecuadamente. El ayudante puede sostener la luz (Figura 1).



Figura 2

Murray McGavin



Figura 1

Murray McGavin

Método

- Instilar las gotas de anestésico local
- Utilizando la lupa, identifique las pestañas que deben ser removidas. (Figura 2)

Para pestañas inferiores:

- Pedir al paciente que mire hacia arriba, fije su mirada y se mantenga quieto
- Con el dedo índice, gentilmente sujetar hacia abajo el párpado inferior.

Para pestañas superiores:

- Pedir al paciente que mire hacia abajo, fije su mirada y que se mantenga quieto
- Con el dedo pulgar, cuidadosamente lleve el párpado superior contra el borde de la órbita
- Con la pinza de depilación en la otra mano, tome la pestaña "encarnada" cerca de su base y jale cuidadosamente hasta arrancarla (Figura 3)
- Repetir hasta que todas las pestañas encarnadas sean removidas
- Luego de cada procedimiento, limpie la pinza con un hisopo
- Avise al paciente cuando todas las pestañas encarnadas han sido depiladas e instruya que no se restriegue el ojo.



Figura 3

Murray McGavin



Figura 4

Murray McGavin

Octava Asamblea General de la IAPB: contribuyendo a alcanzar la meta de VISIÓN 2020



Peter Ackland

Presidente Ejecutivo,
International Agency for the
Prevention of Blindness (IAPB),
London School of Hygiene and
Tropical Medicine, Keppel Street,
London WC1E 7HT, Reino Unido.

La mayoría de los lectores de ésta revista habrán escuchado de la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB, por sus siglas en inglés), pero quizás no sean conscientes de que es exactamente lo que hace la organización y como funciona. El propósito de este artículo es el de brindar una breve reseña de la tarea de la IAPB y cómo contribuye a la eliminación de la ceguera evitable en el mundo.

¿Qué es la IAPB?

La IAPB fue establecida en el año 1975, como una organización coordinadora que aglutina y conduce los esfuerzos internacionales orientados a la prevención de la ceguera.

La IAPB tiene actualmente 97 miembros, los cuales incluyen: las mayores organizaciones no gubernamentales de desarrollo internacional (ONGD) involucradas en salud ocular, los organismos profesionales internacionales que representan a oftalmólogos y optometristas, universidades, los centros de colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunas ONGD nacionales de atención ocular, y cinco grandes entidades corporativas que financian los programas de VISIÓN 2020.

Las organizaciones miembro de la IAPB apoyan colectivamente a más de 1.500 programas de atención ocular, en coordinación con más de 1.000 socios en más de 100 países.

La IAPB es el socio clave que trabaja conjuntamente con la OMS, particularmente con la Unidad de Prevención de Ceguera y Sordera de la OMS, en la iniciativa "VISIÓN 2020: El Derecho a la Visión". Esta asociación cercana, conjuntamente con el conocimiento de los programas de salud ocular basado en la experiencia de sus organizaciones miembro, significa que la IAPB se encuentra en una posición excepcional para proveer un liderazgo estratégico al programa VISIÓN 2020. Su trabajo agrega valor y contribuye a los logros de VISIÓN 2020 en las siguientes áreas específicas: conocimiento y pericia técnica, cabildeo, promoción de los programas de VISIÓN 2020 y coordinación.



Mamoun Mirghani

Las pacientes esperan en un campamento de atención ocular: en la actualidad, 64% de las personas ciegas en el mundo son mujeres. SUDÁN

Conocimiento y pericia técnica

La IAPB brinda conocimiento y pericia técnica para apoyar el desarrollo de los programas de salud ocular de calidad.

Talleres de VISIÓN 2020

La IAPB trabaja en asociación con el Centro Internacional para la Salud Ocular (ICEH, por sus siglas en inglés) para brindar más de veinte talleres por año con el fin de promover VISIÓN 2020 alrededor del mundo.

Los tópicos incluyen la planificación para VISIÓN 2020 a nivel nacional y distrital, enfoques para el control de enfermedades específicas y cabildeo.

Hasta el momento, 150 países han participado en talleres de VISIÓN 2020 y 104 países han desarrollado un plan nacional para VISIÓN 2020. En el futuro esperamos que las regiones de IAPB y los coordinadores nacionales para el control de la ceguera nos provean con mayores aportes en lo que refiere a temas para talleres y públicos objetivo.

Comités de Especialistas

Un grupo de comités de programas de especialistas asesoran y promueven las mejores prácticas basadas en la experiencia práctica de los programas de

salud ocular de los miembros alrededor del mundo.

Actualmente existen comités para el Desarrollo de Recursos Humanos, Tecnología, Catarata, Visión Baja, Defectos Refractivos y Ceguera Infantil. Existen grupos de discusión para compartir experiencias en lo que refiere al Género, Sustentabilidad, Asociaciones y Atención Ocular Primaria.

En el futuro, nuestra intención es la de difundir más ampliamente el trabajo de estos comités, creando por ejemplo en el sitio Web VISIÓN 2020, una sección dedicada al efecto, donde todos los documentos e información claves sean accesibles de inmediato.

Cabildeo

La IAPB está involucrada en cabildeo a diferentes niveles. Apunta a lograr cambios en políticas, de tal manera que la salud ocular pueda ser integrada y reciba mayor prioridad dentro de los servicios de atención médica.

Cabildeo a nivel de la OMS

La IAPB ha trabajado con el Presidente Regional de la Región Mediterránea Oriental y su equipo, además de la Unidad de Prevención de la Ceguera y la Sordera

Continúa en la página siguiente ➤



de la OMS para obtener un mayor reconocimiento de la importancia del trabajo de control de la ceguera dentro de las estructuras de la OMS.

Nuestros esfuerzos de cabildeo ya han producido resultados admirables. La resolución 59.25 de la Asamblea Mundial de la Salud solicitó que la prevención de la ceguera e impedimento visual sean agregados al plan estratégico a mediano plazo de la OMS para los años 2008-2013, dando mayor prioridad a la prevención de la ceguera en la agenda global de la salud. Esto se agregó a los logros anteriores de la resolución 56.26 en el 2003, la cual urgió a todos los estados miembros a establecer planes nacionales para el 2005.¹

En la próxima Asamblea Mundial de la Salud en Mayo del 2009, se espera sea aprobado el Plan de Acción para el Control de la Ceguera Evitable de la OMS. Esto aumentará significativamente la importancia atribuida a VISIÓN 2020 dentro del sistema de la OMS, y hará de la OMS, un aliado más fuerte en la promoción de VISIÓN 2020 a nivel de los países.

Recabando evidencia

La IAPB también reúne la evidencia que nos ayudará a argumentar de manera más efectiva la priorización de los recursos para apoyar los planes nacionales para VISIÓN 2020.

Por ejemplo, la IAPB produjo un documento conectando la prevención de la ceguera con las Metas de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (MDG, por sus siglas en inglés),² particularmente la reducción de la pobreza (MDG 1). Este constituye un poderoso mensaje de cabildeo, el cual puede ser promovido por la IAPB y sus miembros.

Fortaleciendo la estructura regional: planes para el futuro

- Nombrar un coordinador a tiempo completo en cada región.
- Brindar mayor apoyo para los comités nacionales de prevención de la ceguera y coordinadores nacionales, a través de entrenamientos y visitas.
- Hacer fácilmente disponible la información sobre el programa VISIÓN 2020 a través de sitios Web regionales.
- Reunir a los grupos de interés clave a nivel regional y subregional para compartir las mejores prácticas y promover la coordinación entre las muchas agencias participantes.
- Alentar los programas de desarrollo colaborativos de VISIÓN 2020 y ayudar a intermediar los fondos de implementación a los miembros de la IAPB y sus socios.
- Promover un enfoque colaborativo para nuestro trabajo de cabildeo.

Día Mundial de la Visión

La IAPB promueve el Día Mundial de la Visión, fecha clave de nuestro calendario anual para promover la conscientización acerca de VISIÓN 2020. En el 2009, el tema central será el género. En el 2010, el tema será el "Estado de la Visión Mundial" y la OMS presentará nuevas cifras de la prevalencia del impedimento visual global. Ambos temas brindarán importantes oportunidades de cabildeo.

Promoción de los Programas de VISIÓN 2020

La IAPB ha tenido éxito en negociar y subsecuentemente coordinar, arreglos de coordinación con varios donadores para apoyar los programas de desarrollo de VISIÓN 2020. Estos son posteriormente implementados por las organizaciones miembros de la IAPB con sus socios locales.

Tales programas incluyen: el programa "Ver es Creer", el cual brinda más de US \$ 30 millones para programas integrales de atención ocular tanto urbanos como rurales; el Fondo para Ojos, el cual proporcionará US \$18 millones en préstamos a bajos intereses, a Hospitales de Ojos y miembros de la IAPB, para mejorar las actividades de VISIÓN 2020; el programa centros de entrenamientos Carl-Zeiss – IAPB, el cual brindará US \$ 1 millón para el desarrollo de cinco centros de entrenamiento para mejorar la calidad del entrenamiento del personal oftalmológico; y la iniciativa Optometría Brindando Visión, la cual recauda fondos para desarrollar programas para errores refractivos.

Coordinación

El éxito de VISIÓN 2020 depende de la contribución de muchos grupos de interés diferentes, incluyendo la OMS, los gobiernos nacionales y locales, el sector privado, el sector sin fines de lucro y las comunidades locales. Es entonces esencial tener establecidos los siguientes puntos:

- un buen intercambio de información
- coordinación
- colaboración.

La IAPB tiene un rol clave en asegurar que estos tres elementos sean establecidos y que todos los grupos de interés trabajen dentro de una agenda común.



Niño con ceguera debida a cataratas. BANGLADESH

Child Sight Foundation

Nuestro sitio Web,³ el cual se suplementa con boletines electrónicos regulares para nuestros miembros, es una fuente de información importante. También realizamos una reunión anual del Consejo de Miembros y una Asamblea General cada cuatro años.

Conclusión

Se ha logrado mucho en los primeros diez años de VISIÓN 2020, pero se requiere mucho más si pretendemos lograr nuestra ambición de eliminar la ceguera evitable para el año 2020.

El progreso a niveles regional y nacional es lo que en realidad nos conduce a los objetivos de VISIÓN 2020. Nuestro trabajo de cabildeo precisa alcanzar a un número mayor de "gentes" con capacidad de toma de decisiones, particularmente en países y regiones donde los niveles de ceguera evitable siguen siendo altos.

Debemos atraer nuevos fondos para apoyar nuestras aspiraciones de expandir nuestra presencia regional y para lograrlo, debemos ser mejores en comunicarnos con los donadores potenciales. Cuando los recursos lo permitan, tenemos la intención de asegurarnos que la estructura regional de la IAPB es fortalecida (ver Cuadro a la izquierda), para que todas las regiones tengan un coordinador regional a tiempo completo, ya que hasta el momento solamente las Regiones del Pacífico Occidental y Latino América están representadas.

Por encima de todo, debemos continuar desarrollando las muchas asociaciones que ya existen y desarrollar nuevas relaciones – trabajando juntos, podemos lograr mucho más.

Referencias

- 1 www.vision2020.org
- 2 www.iapb.org/WHA_59/WHA_progress.doc
- 3 www.iapb.org/review_pub.htm
- 4 www.iapb.org



Excelencia y equidad en la atención ocular

**Nick Astbury**

Consultor en Cirujía Oftalmológica, Norfolk and Norwich University, Hospital NHS Trust, Colney Lane, Norwich NR4 7UY, Reino Unido.

El tema de la 8va Asamblea General fue “Excelencia y Equidad” - palabras superlativas quizá, pero cuando estas palabras son consideradas en el contexto de VISIÓN 2020, adquieren un significado que debería definir todos nuestros esfuerzos para combatir la ceguera evitable.

Luchando por la excelencia

Allen Foster, en su inspiradora alocución “Sir John Wilson”, urgió a que la excelencia signifique más que simplemente calidad en la atención clínica o la última tecnología.

La excelencia, dijo, debería suponer aspirar a lo ideal en investigación, gerencia, práctica clínica basada en la evidencia y atención en general de pacientes. Debería ser nuestra meta tanto individual como corporativa. Todas las personas involucradas en la atención ocular no deberían comprometer sus altos estándares en la lucha por la excelencia en su trabajo.

Por supuesto que hay muchas barreras que superar, entre las cuales no es menor la falta de infraestructura y recursos que acosan a tantos países en desarrollo. Pero ésta no es una razón para no luchar por la excelencia y respetar los derechos humanos básicos de recibir atención ocular de alta calidad de todos los individuos.

VISIÓN 2020 es tan importante como siempre

GN Rao, al dirigirse a la Asamblea, definió la excelencia en términos de planificación de conceptos, infraestructura, calidad de recursos humanos, y sistemas operativos – de hecho, todos los elementos fundamentales de VISIÓN 2020 que requieren la utilización de “el corazón, la cabeza y las manos”.

El escribió en el 2005¹: “el 70% de la población (de los países en desarrollo) vive en áreas rurales, aproximadamente la mitad de la misma sufre privaciones económicas y significativas barreras sociales. Estos países tienen sistemas de educación pública e información inadecuados y la financiación para programas

“La equidad es la distribución justa de recursos en un grupo de personas de acuerdo a la población, no a la necesidad individual”



Murray McGavin

Los resultados visibles de las cirugías de catarata a nivel mundial todavía son una causa de preocupación. SOMALIA

para combatir la ceguera en la mayoría de estos países es virtualmente inexistente”.

En el 2008, ha habido muy pocas mejorías y la necesidad de VISIÓN 2020: El Derecho a la Visión se mantiene tan grave como siempre.

Equidad y justicia moral

La equidad es la distribución justa de recursos en un grupo de personas de acuerdo a la población, no a la necesidad individual. La equidad significa no discriminar entre las personas de diferentes etnias, religión, edad, género, clase social y brindar servicios de manera aceptable, accesible y asequible. La equidad, Allen Foster reiteró, es un derecho fundado en la justicia moral.

Los desafíos en la prestación de servicios

Dos artículos recientes ilustran los desafíos que seguimos enfrentando en la prestación de servicios equitativos y de excelencia.

La revisión de Hans Limburg y sus colaboradores de las encuestas de ceguera e impedimento visual en Latinoamérica² analizó datos de nueve países y concluyó que del 43% al 88% de toda la ceguera en Latinoamérica es curable, siendo causada principalmente por catarata y defectos refractivos. A pesar que existen estrategias simples y

costo-efectivas, necesitan estar disponibles para más personas. Además, los resultados visuales de cirugías de catarata en la mayoría de áreas de encuestas suscitaban inquietud, particularmente en aquellos pacientes después de cirugía de catarata sin LIO.

La encuesta nacional de ceguera e impedimento visual de Paquistán³ reveló una prevalencia de ceguera total más de tres veces mayor en los grupos pobres que en los de posición acomodada. También reveló que en las comunidades pobres, la respuesta a la cobertura de catarata y la provisión de anteojos fue menos de la mitad de lo que fue en comunidades ricas. La desigualdad en el acceso es un factor importante aún para intervenciones relativamente sencillas como la provisión de anteojos.

Conclusión

Los ideales de excelencia y equidad no son menos relevantes en los países en desarrollo comparados con Europa y el Occidente. No existe excusa para no brindar los mismos altos estándares a ambos tipos de países, como tampoco para que la sociedad no considere a todas las personas igualmente dignas.

Referencias

- 1 Rao GN. Eye care delivery for VISION 2020. International Congress Series (2005);1282: 275-277.
- 2 Limburg H, von-Bischoffshausen F, Gomez P, Silva J C, Foster A. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. Br J Ophthalmol 2008;92: 315-319.
- 3 Jadoon MZ, Dineen B, Bourne RRA, Shah SP, Khan MA, Johnson GJ, Gilbert CE, Khan MD on behalf of the Pakistan National Eye Survey Study Group. Prevalence of blindness and visual impairment in Pakistan: the Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey. Br Med J 2008;336: 29-32.

NOTICIAS Y AVISOS

Estudio mixto de casos cirugía de cataratas: estableciendo la agudeza visual preoperatoria de los pacientes alrededor del mundo

El Centro Internacional para la Salud Ocular (ICEH) solicita a oftalmólogos de todo el mundo que formen parte de una red de investigación.

En el primer estudio de la red, nos gustaría detallar la variación de la visión preoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía de catarata en los distintos países. Esta información es esencial en la planificación eficaz de programas de VISIÓN 2020 para eliminar la ceguera por catarata.

Vamos a pedir a los miembros de la red que registren la agudeza visual preoperatoria en 100 pacientes consecutivos sometidos a cirugía de catarata. El estudio se prevé comenzará en el 2009.

Cualquier persona que tome parte en el estudio será reconocida en la publicación resultante.

Si usted o su institución desea más información sobre cómo participar, por favor contacte al Dr. Shaheen Shah (shaheen.shah@Lshtm.ac.uk) o el Dr. Robert Lindfield (robert.lindfield@Lshtm.ac.uk).

XVII Curso Regional Panamericano de Oftalmología, del 19 al 21 de agosto de 2010, Costa Rica. Informes: info@oftalmologiacostarica.com. Tel: +506 2289 7418.



XVII CURSO REGIONAL PANAMERICANO DE OFTALMOLOGIA COSTA RICA

FECHA: 19 al 21 de AGOSTO del 2010.

LUGAR: Resort de Playa Marriott Los Sueños Costa del Océano Pacífico, Costa Rica.

Organizan: Asociación Oftalmológica de Costa Rica y Asociación Panamericana de Oftalmología.

INFORMES:
info@oftalmologiacostarica.com
joaquinartinez@hotmail.com
litneh@gmail.com
Tel: (506)2289-7418.

CEH (Curso de Salud Ocular Comunitaria) México. 28-30 Septiembre. Para más información contacte a **diana.acuna@cmb-caro.org**

CEH (Curso de Salud Ocular Comunitaria) São Paulo. Octubre. Para más información contacte a Andrea Zin andreazin@hotmail.com

CEH (Curso de Salud Ocular Comunitaria) República Dominicana 12-14 Octubre Para más información contacte a Javier Alvarado javier.alvarado@cbm-laro.org

CEH "Gerenciamiento en Salud Ocular Comunitaria" 2 -14 de Noviembre. Asunción, Paraguay. Para más información contacte a Cristina Caballero en managementcourse@gmail.com

Primer Foro Latinoamérica de Defectos Refractivos 29 -31 de Octubre. Asunción, Paraguay. Para más información contacte a Rainald Duerksen en rd@conexion.com.py

Segundo Encuentro Residentes de Oftalmología del Cono Sur (EROCS 2), 4-7 Noviembre. Santiago de Chile. Para mayor información contacte a Fernando Barria fdobarria@vtr.net

Curso de Retinopatía de la Prematuridad, Prevención y Manejo Actual, 29 de Agosto de 2009, Colombia

XIII Congreso Regional y XII Congreso Peruano de Prevención y Ceguera, en Chiclayo Serán los días 3, 4 y 5 de septiembre del 2009. Dr. Pedro Muro pedrolomuro@hotmail.com

85° Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, 23 al 26 de Septiembre de 2009, Santander, España, Informes: avpm@oftalmo.com

Rebecos 2009 en Mar del Plata, Argentina. 4 y 5 de Octubre Contacto: rebecos2009@gmail.com

Annual Meeting of the American Academy of Ophthalmology, 24 al 27 de Octubre de 2009, San Francisco. Contacte a: meetings@aao.org

Curso de Retinopatía del Prematuro, Fundación Visión de Paraguay a principios de Diciembre, para mayor información escribir a Residencia Fundación Visión residencia@fundacion-vision.org.py

Salud Ocular Comunitaria

REVISTA

La presente edición de la Revista de Salud Ocular Comunitaria llega a sus manos gracias al generoso apoyo de:



Community Eye Health

JOURNAL

El CEHJ es auspiciado por:

The late Dr Hans Hirsch

