



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIAPAS**
**CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE
LA UNIVERSIDAD**



**Modelo de intervención en salud ocular desde la Asistencia
Social-Servicios de Salud del Estado-Sector Privado: Análisis del
programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas” en Chiapas,
México**

TESIS

**Que para obtener el grado de
MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO
DEL MILENIO**

Presentada

ARMANDO BALCÁZAR CASTAÑÓN 12016003

**Director de Tesis
DR. NÉSTOR RODOLFO GARCÍA CHONG**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México; febrero de 2022



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Marzo 14 de 2022
Oficio No. CESU/CG/177/2022

C. Armando Balcázar Castañón

Candidata al Grado de Maestro en Gestión de los Objetivos
Del Desarrollo del Milenio
Presente

Por medio del presente informo a Usted, que una vez recibidos los votos aprobatorios de los miembros del Comité Tutorial de la tesis intitulada:

"MODELO DE INTERVENCIÓN EN SALUD OCULAR DESDE LA ASISTENCIA SOCIAL-SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO-SECTOR PRIVADO: ANÁLISIS DEL PROGRAMA "CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS" EN CHIAPAS MÉXICO"

Se le AUTORIZA que lleve a cabo la impresión definitiva de cinco ejemplares de la tesis y dos ejemplares en formato disco compacto, los cuales deberá entregar:

- Un ejemplar de la tesis en formato disco compacto: anexar oficio de autorización de impresión de tesis Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas
- Cinco tesis impresas y un ejemplar en formato de disco compacto Área de Titulación del CESU para ser entregadas a los Sinodales.

Asimismo, se le informa que podrá consultar los requisitos de entrega de tesis en la página web de la Dirección de Desarrollo Bibliotecario en www.biblioteca.unach.mx

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

"Por la Conciencia de la Necesidad de Servir"

Mtro. Oel García Estrada
Coordinador General

C.c.p. Expediente/archivo
M'OG/E/HMJA/eaga





Código: FO-113-05-05

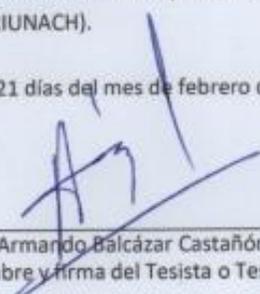
Revisión: 0

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LA TESIS DE TÍTULO Y/O GRADO.

El (la) suscrito (a) Armando Balcázar Castañón, Autor (a) de la tesis bajo el título de "Modelo de intervención en salud ocular desde la Asistencia Social-Servicios de Salud del Estado-Sector Privado: Análisis del programa "Cruzada por un Chiapas sin Cataratas" en Chiapas, México", presentada y aprobada en el año 2022 como requisito para obtener el título o grado de Maestra en Gestión de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, autorizo a la Dirección del Sistema de Bibliotecas Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH), a que realice la difusión de la creación intelectual mencionada, con fines académicos para que contribuya a la divulgación del conocimiento científico, tecnológico y de innovación que se produce en la Universidad, mediante la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Consulta del trabajo de título o de grado a través de la Biblioteca Digital de Tesis (BIDITE) del Sistema de Bibliotecas de la Universidad Autónoma de Chiapas (SIBI-UNACH) que incluye tesis de pregrado de todos los programas educativos de la Universidad, así como de los posgrados no registrados ni reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad del CONACYT.
- En el caso de tratarse de tesis de maestría y/o doctorado de programas educativos que sí se encuentren registrados y reconocidos en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), podrán consultarse en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Chiapas (RIUNACH).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los 21 días del mes de febrero del año 2022.


Armando Balcázar Castañón
Nombre y firma del Tesista o Tesistas

Dedicatoria

A mi esposa Martha e hijos Armando, Eduardo y María por su amor, que es el motor que me impulsa en todos mis proyectos y metas. A mi nieta Romina, con mucho cariño porque con su llegada vino a motivarnos y darnos fuerza.

A mi papá Boanerges Balcázar de la Torre y mi mamá Isolina Castañón Domínguez (q.d.p.) por haberme formado como un hombre responsable, honesto y disciplinado, virtudes que me han servido en cada día de mi vida.

A mis hermanos Boanerges y Georgina, por su cariño y apoyo incondicional, por estar conmigo en todo momento, gracias.

A la Lic. Imelda Pérez López, por compartir sus conocimientos y su valioso tiempo, para que este proyecto se pudiera llevar a cabo.

A mi amiga Alondra Samayoa, que siempre tuvo a bien apoyarme para aclarar temas no médicos y ampliar mi conocimiento.

Agradecimientos

Realizar esta tesis, ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación, concluirlo ha sido posible con la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que me han acompañado en este camino laborioso para este trabajo y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación.

Mi reconocimiento y agradecimiento a todos los académicos que aportaron sus conocimientos y disposición en todo momento para mi formación académica, en especial a mi Asesor el Dr. Néstor Rodolfo García Chong que, con su amplia experiencia, conocimientos científicos y de campo, así como por su interminable paciencia me dirigieron acertadamente al correcto desarrollo y conclusión con éxito de este arduo trabajo para la obtención del grado de Maestro en Objetivos del Desarrollo del Milenio.

A los directivos del Centro de Estudios en Salud Pública y Desastres, a la Dirección de Investigación y Posgrado, a todos los expertos disciplinares que impartieron las asignaturas y a todo el personal de la Universidad Autónoma de Chiapas.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIAPAS
CENTRO DE ESTUDIOS
SOBRE LA UNIVERSIDAD



Tuxtla Gutiérrez Chiapas a 15 de febrero de 2022

Esta tesis titulada "Modelo de intervención en salud de febrero de ocular desde la Asistencia Social-Servicios de Salud del Estado-Sector Privado: Análisis del programa "Cruzada por un Chiapas sin Cataratas" en Chiapas, México", fue realizada por Armando Balcázar Castañón, bajo la dirección y asesoría del Comité Sinodal que se indica a continuación, dentro del **Programa Emergente para la Obtención del Grado Académico de Posgrado**, como requisito parcial para obtener el grado de **Maestría en Gestión de los Objetivos del Desarrollo del Milenio**.

COMITÉ SINODAL

Director

Dr. Néstor Rodolfo García Chong

Asesores

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Feliciano

Mtra. María del Socorro de la Cruz Estrada

Visto Bueno

Coordinador General de CESU

Mtro. Oel García Estrada





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIAPAS
CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE
LA UNIVERSIDAD**



Tuxtla Gutiérrez Chiapas a 15 de febrero de 2022

Esta tesis titulada "Modelo de intervención en salud ocular desde la Asistencia Social-Servicios de Salud del Estado-Sector Privado: Análisis del programa "Cruzada por un Chiapas sin Cataratas" en Chiapas, México", fue realizada por Armando Balcázar Castañón, dentro del **Programa Emergente para la Obtención del Grado Académico de Posgrado**, ha sido **APROBADO** por el Comité Sinodal, como requisito parcial para obtener el grado de **Maestría en Gestión de los Objetivos del Desarrollo del Milenio**.

COMITÉ SINODAL

Director

Dr. Néstor Rodolfo García Chong

Asesores

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Feliciano

Mtra. María del Socorro de la Cruz Estrada

Visto Bueno

Coordinador General de CESU

Mtro. Oel García Estrada



Tabla de contenido

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Planteamiento y evolución del problema	2
1.1.1	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	2
1.1.2	Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	3
1.2	Objetivo General	3
1.2.1	Objetivos específicos	4
2	REVISIÓN Y LITERATURA	5
2.1	Marco Teórico	5
2.1.1	Discapacidad visual	5
2.1.2	Proyecto social	6
2.1.3	Programa social	7
3	MATERIALES Y MÉTODOS	7
3.1	Metodología	7
3.1.1	Tipo de estudio	7
3.1.2	Variables	9
3.1.3	Descripción del objeto de estudio “Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas”	9
3.1.4	Modelo de atención del programa	9
3.1.5	Participantes	11
3.1.6	Operatividad del programa	12
3.1.7	Temporalidad del estudio	17
3.1.8	Población objetivo	17
3.1.9	Criterios de inclusión	18
3.1.10	Criterios de exclusión	19
3.1.11	Técnica e instrumentos de recolección de datos	19
3.1.12	Técnica de procesamiento, análisis de datos y presentación de resultados.	20
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
4.1	Resultados	20
4.1.1	Datos generales de identificación y caracterización	20
4.1.2	Etapas de pre-intervención	22
4.1.3	Etapas de post-intervención	26

4.2	Discusión	28
5	CONCLUSIONES	29
5.1	Aspectos positivos del programa	29
5.2	Mejoras al programa	30
5.3	Recomendaciones	30
	REFERENCIAS	32
	ANEXOS	34

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 CATEGORIZACIÓN DEL DETERIORO DE LA VISIÓN.....	5
FIGURA 2 MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA “CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS.....	10
FIGURA 3 DIAGRAMA DE FLUJO DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA “CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS”	13
FIGURA 4 CONTINUIDAD DEL DIAGRAMA DE FLUJO DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA “CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS”	14
FIGURA 5 PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO	21
FIGURA 6 ESTADO CIVIL DE LOS BENEFICIARIOS.	21
FIGURA 7 RELIGIÓN QUE PROFESAN LOS BENEFICIARIOS.....	22
FIGURA 8 NIVEL ESCOLAR DE LOS BENEFICIARIOS.....	22
FIGURA 9 CONOCIMIENTO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS OJOS.....	23
FIGURA 10 CONSIENTES DE PADECER VISIÓN BORROSA.....	23
FIGURA 11 CONSIENTES DE PADECER VISIÓN BORROSA Y ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA.....	24
FIGURA 12 TIEMPO DE PADECER VISIÓN BORROSA	24
FIGURA 13 ACTIVIDAD OCUPACIONAL ANTES PADECER VISIÓN BORROSA.....	25
FIGURA 14 PACIENTES CON VISIÓN BORROSA Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS	25
FIGURA 15 RAZONES PARA NO ATENDER EL PADECIMIENTO DE VISIÓN BORROSA	26
FIGURA 16 MEDIO POR EL QUE SE ENTERÓ DEL PROGRAMA CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS	26
FIGURA 17 TIEMPO DE ESPERA PARA LA CIRUGÍA	27
FIGURA 18 TRATO RECIBIDO EN LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA	27
FIGURA 19 EVALUACIÓN GENERAL DE LOS PACIENTES SOBRE EL PROGRAMA	28

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE DIFUSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA “CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS	15
TABLA 3 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA “CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS	15
TABLA 4 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA “CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS	16
TABLA 5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA “CRUZADA POR UN CHIAPAS SIN CATARATAS	16
TABLA 6 CIRUGÍAS DE CATARATA ATENDIDAS POR LA CLÍNICA OFTALMOLÁSER EN LOS AÑOS 2012 -2013	17

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general analizar los resultados de la intervención del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas” en la atención de pacientes sin derechohabiencia durante el período 2012-2013 en el estado de Chiapas, México, esto, con la finalidad de proponer estrategias de mejora continua en la calidad de los servicios de salud para la atención de la población afectada por las cataratas en el Estado.

La importancia de esta investigación es a consecuencia de la falta del servicio de cirugías para el padecimiento de las cataratas de la población no derechohabiente de los servicios médicos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), entre otros. En específico, se trata de la atención que se le brindó a la población desprotegida y que se contaban con vigencia a ser beneficiados con los apoyos para el cuidado de la salud a través del Programa Seguro Popular, a través de un servicio terciario y en colaboración con las instituciones de asistencia pública como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y otras instituciones del estado de Chiapas se ha logrado atender a la población con padecimiento de cataratas durante los años 2012-2013, realizando la intervención quirúrgica y seguimiento postoperatorio, así como la evaluación de satisfacción de los servicios recibidos por los beneficiarios.

En la implementación del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas” en los años 2012-2013, con la participación activa de las personas atendidas en el programa, se obtuvo evidencias significativas de esta intervención tripartita en alianza de la asistencia social y los servicios de salud público y privado de Chiapas.

Todo lo anterior con la pretensión de realizar el mayor número de mejoras al “Programa Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”, por y para el beneficio de la población no favorecida con la derechohabiencia de los servicios de salud y en trabajo colaborativo con las instituciones correspondientes del Estado.

PALABRAS CLAVE: pacientes sin derechohabiencia, cataratas, intervención quirúrgica, oftalmología.

1 INTRODUCCIÓN

A través de este trabajo de investigación titulado Modelo de intervención en salud ocular desde la Asistencia Social-Servicios de Salud del Estado-Sector Privado: Análisis del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas, en Chiapas, México”, se enfatiza la importancia de conocer el grado de satisfacción de los beneficiarios del Programa Cruzada por un Chiapas sin Cataratas, en su intervención en el período 2012-2013 permite lograr la evaluación del mismo para la propuesta de mejoras al mismo, a través de la percepción de los beneficiarios atendidos en el mismo período.

Los resultados que se presentan son productos de la investigación mixta a la muestra resultante del total de beneficiarios por el Programa y fueron obtenidos a través de la aplicación de diversos instrumentos de investigación como el cuestionario y la observación directa; se encuestó a un total de 109 personas que fueron intervenidas por problemas de la visión menor a 20/100, sin distinción de edad, sexo, religión, estado civil u otros, con la condicionante de no contar con derechohabencia a algún servicio de salud y con vigencia al Programa de Seguro Popular del estado de Chiapas; la información fue sistematizada en una base de datos en Excel para realizar los análisis correspondientes para la presentación de los resultados.

Es así como la presente investigación está integrada por cinco capítulos, los cuales permiten alcanzar los objetivos planteados y mostrar los resultados obtenidos en el desarrollo de la misma.

El capítulo uno, presenta el estado del arte que exponen los elementos teórico-conceptuales propios del tema de investigación. Por su parte, el capítulo dos contiene el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

El capítulo tres demuestra el método y procedimiento empleado para alcanzar los objetivos planteados. Se describen los instrumentos y herramientas utilizados para la obtención y análisis de los datos y el tratamiento que se les dará a éstos para la presentación de los resultados.

Por su parte el capítulo cuatro muestra los resultados obtenidos después de la aplicación de los instrumentos de investigación, sistematización y presentación de los resultados, así como la discusión con otros autores.

Para finalizar, el capítulo cinco contiene las conclusiones y recomendaciones pertinentes acordes a los resultados obtenidos en esta intervención, que son de gran utilidad para su aplicación en la mejora continua del modelo de atención para la salud ocular de los chiapanecos y como un trabajo que incite a nuevas propuestas de intervención o de investigación.

1.1 Planteamiento y evolución del problema

1.1.1 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2014), en la Cumbre Mundial celebrada en el año 2010, aprobó el plan de acción mundial «Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio» y el anuncio de un número de iniciativas para luchar contra la pobreza, el hambre y las enfermedades a través de ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA, así como la consecución de la enseñanza primaria universal para el 2015, en su momento, estos ODM constituyeron un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial; y se plantearon con la intención de redoblar esfuerzos para ayudar a los más pobres del mundo. Jefes de Estado y de Gobierno de países desarrollados y en desarrollo, así como el sector privado, fundaciones, organismos internacionales, la sociedad civil y organismos de investigación se comprometieron a ofrecer más de 40.000 millones de dólares durante los próximos cinco años de la aprobación de estos objetivos globales para dar un impulso mayor al proceso acelerado en la salud de las mujeres y los niños.

La ONU (2014), anunció el planteamiento de ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio y cada uno de ellos con sus propias líneas de acción (Ver anexo 1):

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

En este momento y bajo el marco de los ODM, la alineación de la presente investigación se relaciona en especial con el objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, en forma específica en la meta 6C: haber detenido y comenzado a reducir en 2015 la incidencia de enfermedades graves, así también de manera directa con el objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre, específicamente con la meta 1C: reducir a la mitad la proporción de personas que sufren hambre; relacionándolo directamente a que la discapacidad visual genera la enfermedad conocida como cataratas, la cual, se considera grave y origina una incapacidad física total que les impide trabajar, además de desarrollar una dependencia física de otras personas en todos los aspectos básicos y esenciales de la vida, lo que acentúa y perpetúa un círculo de pobreza alrededor de las personas enfermas y sus familias.

1.1.2 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Ahora bien, la ONU (2021) menciona que a partir del 25 de septiembre de 2015, siguiendo la visión de los ODM, en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible celebrada en Nueva York, aprueban la Agenda para el Desarrollo Sostenible “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, con la promulgación de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas, cuya finalidad es: poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia y hacer frente al cambio climático sin que nadie se quede atrás para el 2030. Esta Agenda está integrada por los siguientes ODS:

1. Fin a la pobreza
2. Hambre cero
3. Salud y bienestar
4. Educación de calidad
5. Igualdad de género
6. Agua limpia
7. Energía asequible y no contaminante
8. Trabajo decente y crecimiento económico
9. Industria, innovación e infraestructura
10. Reducción de las desigualdades
11. Ciudades y comunidades sustentables
12. Producción y consumo responsable
13. Acción por el clima
14. Vida submarina
15. Vida de ecosistemas terrestres
16. Paz, justicia e instituciones sólidas
17. Alianza para lograr los objetivos

Haciendo la actualización con la Agenda 2030, en cuanto a la alineación con los ODS, se coadyuva en el alcance de los ODS 1 Fin a la pobreza, 3 Salud y bienestar en específico la meta 3.8 lograr la cobertura sanitaria universal y 10 Reducción de las desigualdades, por las mismas razones que se mencionaron anteriormente con los ODM.

Por lo que se plantean las siguientes preguntas ¿Es de importancia el que se reactive el programa “cruzada por un Chiapas sin cataratas”?, ¿Continúa teniendo vigencia?, ¿es relevante como proyecto social y por qué?

1.2 Objetivo General

Para esta investigación se presenta como objetivo general:

Analizar los resultados de la intervención del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas” en la atención de pacientes sin derechohabiencia durante el período 2012-2013.

Para el logro del objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

1.2.1 Objetivos específicos

- 1)** Conocer los indicadores planteados para el desarrollo del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas” en el período 2012-2013.
- 2)** Conocer la percepción de la población objetivo con respecto a la atención recibida por los actores del programa.
- 3)** Identificar las oportunidades de mejoras del Programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”.
- 4)** Proponer estrategias de mejora continua del Programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”.

2 REVISIÓN Y LITERATURA

2.1 Marco Teórico

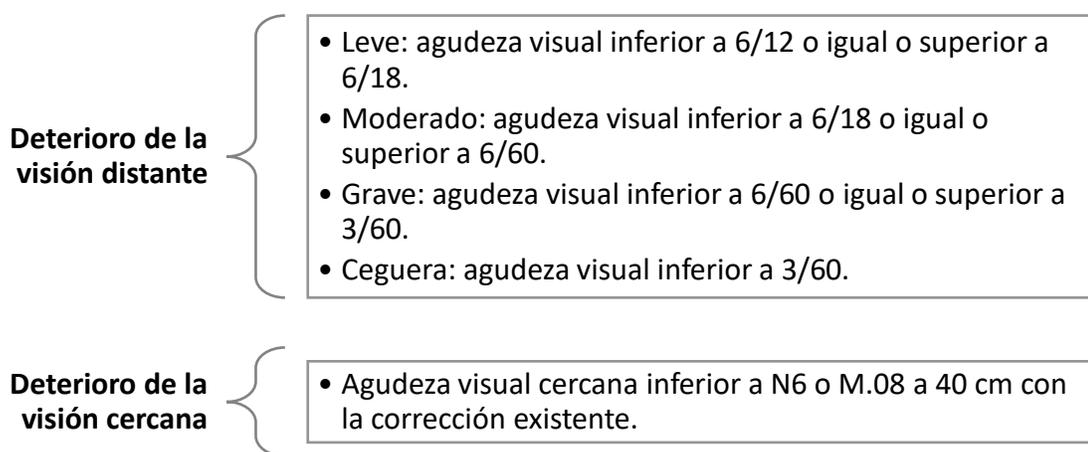
Para dar sustento a esta investigación, es importante conceptualizar el significado de cada elemento implícito como discapacidad visual, proyecto social, programa social.

2.1.1 Discapacidad visual

El sentido de la visión lleva aproximadamente mil millones de datos por segundo al cerebro, generando junto al sentido de la audición el 90% de información que podemos percibir de nuestro entorno. Cualquier anomalía o alteración que produzca discapacidad visual afecta tanto la salud intelectual, social, laboral y emocional de cualquier persona.

La Clasificación Internacional de Enfermedades 11 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) categoriza el deterioro de la visión en dos grupos: distante de presentación y cercana de presentación y se plasma en la figura 1:

Figura 1 Categorización del deterioro de la visión



Fuente: Adaptación propia, tomado de Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021.

La experiencia individual del deterioro de la visión varía dependiendo de muchos factores, entre ellos la disponibilidad de intervenciones de prevención y tratamiento, el acceso a la rehabilitación de la visión (incluidas ayudas técnicas, como gafas o bastones blancos), y el hecho de si la persona tiene problemas debido a la inaccesibilidad de los edificios, los medios de transporte y la información.

La OMS (2021), asevera que la discapacidad visual desde su forma más mínima hasta la ceguera son muy limitantes y deteriora significativamente la calidad de vida de la humanidad, limitando la capacidad de las personas afectadas para realizar las actividades de la vida diaria, como subir escalones, tomar el autobús, ser independientes, autosuficientes, el rendimiento escolar y laboral, entre otras; incrementando de esta manera la deserción escolar, el desempleo y de alguna manera, aumentando la pobreza en todas sus manifestaciones. Además, define a la catarata como una opacidad en el cristalino del

ojo que impide el paso de la luz y de causas multifactoriales que, en la mayoría de los casos se genera dentro del proceso de envejecimiento, pero también puede ser un padecimiento congénito o desarrollarse después de alguna lesión o enfermedad ocular.

En el informe de la OMS en colaboración con la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (2012), se hace mención que esta enfermedad causa cerca del 48% de los casos de discapacidad visual en el mundo, y el 47% de los casos en Chiapas, presentándose en el 63% de las personas con ceguera bilateral (agudeza visual menor a 20/400), siendo la cirugía la única opción viable para su corrección. Los factores de riesgo considerados como importantes para el desarrollo de la catarata se pueden dividir en demográficos (edad mayor de 50 años), individuales (predisposición genética, diabetes mellitus, deficiencia en la dieta de antioxidantes y proteínas y tabaquismo), así como los ambientales (exposición prolongada al sol y radiaciones ionizantes), y de todos estos, el factor demográfico es el más determinante.

La Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (2021), anuncia que tiene la propuesta de integrar y ampliar la "atención oftalmológica centrada en las personas", integrada en los sistemas de salud y basada en una sólida atención primaria de salud, con una visión de necesidad global en donde incluye a las personas que aún no reciben ayuda.

En México, en años anteriores se apostó por la introducción del Régimen de Protección Social en Salud (RPSS) y permitió explorar nuevas áreas de colaboración de los servicios de salud públicos con prestadores privados de servicios (procesos de tercerización), sin embargo presentaron grandes retos de colaboración, especialmente para asegurar que personas en situación de pobreza tenga acceso a los beneficios de este tipo de esquemas de atención, muchas veces obstaculizada por la falta de información o por los costos de acceso. Para el año 2010 el RPSS incluyó la cirugía por catarata dentro de los padecimientos catalogados como gastos catastróficos susceptibles a ser proporcionados por prestadores privados de servicios acreditados, lo que abrió un espacio de colaboración para la creación de nuevos modelos de atención y operación.

En el caso específico de Chiapas la discapacidad visual presenta un área de oportunidad para explorar procesos de tercerización de servicios, debido a la limitada oferta pública y privada respecto a la demanda potencial por parte de la población con algún tipo de discapacidad visual, lo que ha provocado que la discapacidad visual sea el segundo padecimiento con mayor prevalencia en el Estado, esto, a pesar de todos los esfuerzos de las instituciones que brindan servicios de salud para atender el rezago quirúrgico.

2.1.2 Proyecto social

De acuerdo con la revisión del Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social (2003), un proyecto social es la unidad mínima de asignación de recursos, que a través de un conjunto integrado de procesos y actividades pretende transformar una parcela de la realidad, disminuyendo o eliminando un déficit, o solucionando un problema. Así también, considera que los proyectos sociales producen y/o distribuyen bienes o servicios (productos), para satisfacer las necesidades de aquellos grupos que no poseen recursos

para solventarlas autónomamente, con caracterización y localización espaciotemporal precisas y acotadas.

2.1.3 Programa social

Un programa social, descrito por el Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social (2003), es un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos, que pueden diferenciarse por trabajar con poblaciones diferentes y/o utilizar distintas estrategias de intervención.

Ahora bien, se considera a la política social como un conjunto de programas que pretenden alcanzar los mismos fines. Da las orientaciones sobre qué problemas sociales priorizar y define las principales vías y/o límites para la intervención que la política plantea. Es preciso mencionar que los programas y proyectos sociales, se enmarcan en una política, de la que constituyen su traducción operacional, vía asignación de recursos que permite su implementación.

En este sentido, el Programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas” responde a la necesidad de construir una propuesta de modelo de intervención y atención para la disminución de la discapacidad visual desarrollada en el período 2012-2013, coadyuvando la vez en disminuir el rezago quirúrgico de pacientes con cataratas en los municipios del estado de Chiapas, a través de un esquema de tercerización de servicios. Considerando a la discapacidad visual como un problema de salud pública haciendo énfasis en la catarata, el glaucoma y la retinopatía diabética.

Como un beneficio interno del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”, los resultados que se obtengan en esta investigación al identificar las oportunidades de mejora, permitirán la reingeniería de acciones que favorezcan la continuidad del programa, estando en posibilidades de proponer un modelo de mejora continua; que impacte positivamente en la toma de decisiones a los gestores en la atención de la población vulnerable con afectaciones a causa de las cataratas en el estado de Chiapas.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Metodología

3.1.1 Tipo de estudio

El desarrollo de esta investigación se realizó bajo el análisis cuantitativo, con medición objetiva, buscando la demostración de la causalidad y la generación de los resultados de investigación con el apoyo de la estadística básica. Además, se apoya de la observación científica retrospectiva y analítica que brinda la estadística por parte del paradigma cuantitativo y permitió el análisis de la información de años anteriores, a través de la aplicación de una encuesta de satisfacción a una muestra del total de pacientes que fueron atendidos en el programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”, en el período comprendido del 2012 al 2013.

Con lo anterior y en específico a la encuesta, se abordaron las etapas de pre-intervención y post-intervención, con el uso de los instrumentos de investigación: observación directa, así como el cuestionario estratificado (ver anexo 3) y con preguntas cerradas conteniendo 31 ítems que permitirá obtener información útil para esta investigación diseñando este último instrumento en tres grandes rubros:

- Datos generales de identificación y caracterización
- Etapa de Pre-intervención, y
- Etapa de Post-intervención

Para la sistematización y análisis de la información obtenida a través de los instrumentos de investigación mencionados anteriormente, se diseñó una base de datos en Excel que permitió la presentación de los resultados obtenidos, tanto estadísticos básicos como los cualitativos, así como para la elaboración de los gráficos y tablas correspondientes.

El enfoque cuantitativo se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas. (Hernández Sampieri et al., 2014)

Ahora, aplicando lo indicado en la metodología de la investigación de Sampieri, para la determinación de la muestra para la aplicación del cuestionario, se tomaron como referentes los siguientes datos:

Universo: Total de pacientes atendidos en el período 2012-2013 a través del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”, siendo estos pacientes atendidos, parte de la población de Chiapas que no es derechohabiente a los servicios médicos otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), entre otros; y que presentan agudeza visual menor a 20/100 y atendidos a través del Programa de Seguro Popular-Programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”.

Para este apartado –aplicación de encuesta- y con la finalidad de determinar el número de pacientes (muestra) para la aplicación de la encuesta se calculó a través de la siguiente fórmula:

$$N = \frac{NZ^2pq}{d^2(N - 1)Z^2pq}$$

Donde:

- N = tamaño de la población.
- d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.
- Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.
- p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

- q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio ($1 - p$). (La suma de la p y la q siempre debe dar 1).

El universo de pacientes con prevalencia de agudeza visual menor a 20/100 atendidos en el período 2012-2013 fue de 1,217, ahora bien, aplicando la fórmula anterior, el resultado arroja una muestra de 109 pacientes, empleando un margen de error del 9% con un nivel de confianza del 95% y una heterogeneidad del 50%, esto permite que el 95% de las veces el dato que se requiere medir estará en el intervalo $\pm 9\%$ respecto al dato que se observa en la encuesta.

3.1.2 Variables

Las variables para esta investigación son:

- Variable Dependiente: Impacto social del programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”.
- Variable Independiente: Pacientes con cirugías de agudeza visual 20/100 en el período 2012-2013 en el programa “Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas”.

3.1.3 Descripción del objeto de estudio “Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas”

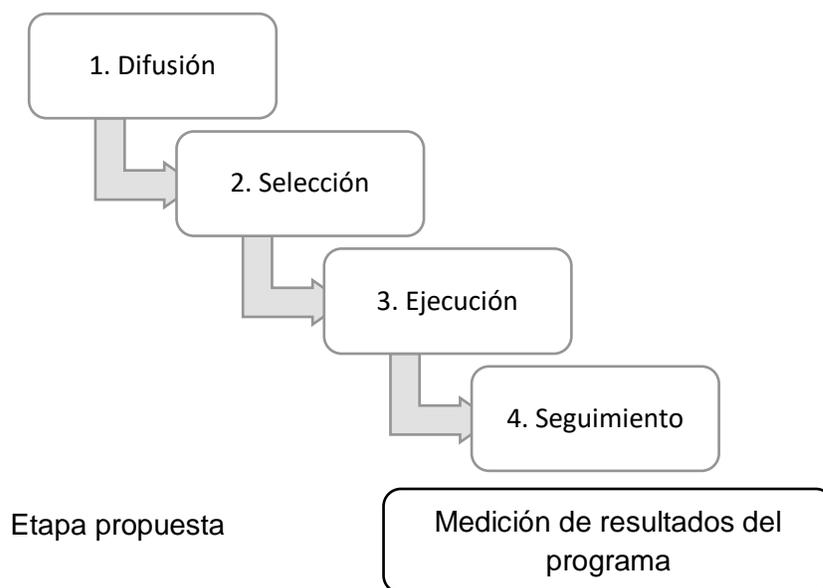
El objeto de estudio para esta investigación son los pacientes sin derechohabiencia a servicios de salud que fueron atendidos en el período 2012-2013 dentro del programa “Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas”. Este programa tiene como finalidad coadyuvar en la disminución de la discapacidad visual en el estado de Chiapas; así mismo, los indicadores de medición son la reducción de la prevalencia de catarata, glaucoma y retinopatía diabética. Este programa, se basa en la experiencia obtenida a través del programa “Por un Chiapas Sin Cataratas”, suponiendo que el procedimiento quirúrgico se encuentra ya normado por el Régimen Estatal de Protección Social de Salud del estado (RPSS) y no necesita ser descrito. De esta manera los componentes descritos se enfocan en asegurar que las etapas pre y post operatoria se desarrollen adecuadamente, con la participación de las diferentes instancias involucradas, siendo el aporte de este modelo a la atención rutinaria dada por los servicios de salud del estado de Chiapas.

Si bien, de manera general suponen que la descripción de los procesos pre y post operatorios son necesarios y suficientes para los tres padecimientos, es necesario realizar ajustes a los procedimientos específicos de cada uno, siempre recuperando las características del modelo de atención propuesto, basado en la colaboración de diferentes instituciones y el seguimiento a los pacientes.

3.1.4 Modelo de atención del programa

El programa “Cruzada por un Chiapas sin Cataratas”, considera para su operatividad un modelo de atención con cuatro macroprocesos plasmados en la figura 2.

Figura 2 Modelo de atención del programa "Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas"



Fuente: Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013, 2021.

Siguiendo la figura 2 y para comprender de manera acertada los cuatro macroprocesos planteados en este programa, para un conocimiento ampliado se describen en las siguientes líneas:

Macroproceso de difusión

Considerando que de acuerdo con Polank et al (2012) un 30% de los posibles pacientes no se somete a cirugía porque desconoce de la posibilidad de hacerlo, se proponen actividades de difusión de las posibles opciones de tratamiento en el interior de los municipios de Chiapas con el apoyo del Sistema DIF Estatal y Municipales.

Macroproceso de selección

Para asegurar que las personas que tengan disposición de someterse a tratamiento quirúrgico obtengan todas las facilidades para hacerlo, en la etapa de selección se propone la utilización de unidades de diagnóstico móviles que puedan identificar in situ a los candidatos y proveer información sobre diferentes opciones de tratamiento.

Macroproceso de ejecución

Actualmente entre el momento en que una persona demuestra disponibilidad a la atención quirúrgica y la posibilidad de obtenerla; existe un riesgo importante de que esto último no ocurra; debido a los pasos preoperatorios que es necesario completar, especialmente la realización de estudios preoperatorios y la integración del expediente médico (el cual debe incluir la hoja de afiliación al Seguro Popular). Por ello este modelo involucra la participación del sistema de asistencia social municipal para asegurar que los pacientes identificados puedan cumplir con estos requisitos y así acceder al tratamiento quirúrgico.

El modelo propuesto supone que el prestador privado de servicios de salud acreditado se apegue al procedimiento de tratamiento recomendado por la normatividad aplicable, lo cual se asegura desde el inicio del proceso con la misma acreditación.

Macroproceso de alta del paciente y seguimiento postoperatorio

En este macroproceso, se considera el procedimiento postoperatorio que se realiza después de la cirugía de catarata, lo cual evita el riesgo de complicaciones derivadas de la intervención. Adicionalmente, se propone un esquema de seguimiento que permita conocer el cambio en la vida diaria de los pacientes después de la cirugía.

Características específicas del programa

Este programa, en su modelo de atención, tiene características muy particulares las cuales son de alta importancia y por ello se mencionan:

1. **Focalizado a la población sin seguridad social.** Son atendidas todas las personas sin derechohabencia a los servicios de salud como el ISSSTE, IMSS, ISSTECH, entre otros, siempre y cuando demuestre su afiliación al Seguro Popular.
2. **Tercerización de servicios.** Cuenta con la participación de un prestador privado de servicios de salud.
3. **Gestión coordinada entre gobierno estatal y municipal.** En este programa fluye la participación de las autoridades municipales y estatales, las primeras por ser más cercanas a su población; realizan la identificación y seguimiento de los pacientes, y las estatales para las acciones de gestión y vinculación correspondientes.
4. **Complementación de los sistemas de asistencia social y de atención a los servicios de salud desde un enfoque de derechos.** El paciente decide siempre sobre su tratamiento y se le proporciona toda la información necesaria para esa toma de decisiones.
5. **Calidad en el servicio.** Se asegura la operación de cataratas bajo la norma con un prestador privado de servicios de salud certificado.

3.1.5 Participantes

A diferencia de la atención unidireccional por un solo prestador de servicios, este modelo de atención descansa en la participación de al menos cinco actores que aseguran el desarrollo de los cuatro macroprocesos del modelo de atención, -en especial el inicial y final-, siendo el paciente mismo uno de ellos y las siguientes dependencias que se mencionan a continuación:

El paciente

El modelo de atención supone que el paciente participa de manera activa en todo el proceso de tratamiento, con poder de decisión y acción sobre los procesos. Es importante mencionar que el proceso supone que el paciente es una persona en situación de pobreza, sin seguridad social que tiene barreras para iniciar el tratamiento y que cuenta con el Seguro Popular.

El sistema para el desarrollo integral de la familia (Estatad)

Es un organismo de la Administración Pública Estatal que tiene como objetivo institucional coordinar el sistema de asistencia social. Cuenta con un Área de Atención a Grupos Vulnerables y Asistencia en Salud, dentro de la que se encuentra un departamento de atención a personas con discapacidad y un departamento de rehabilitación integral, cuyo personal participa en la promoción de las opciones de tratamiento y en el caso del municipio de Tuxtla Gutiérrez, en la atención de los pacientes. Este sistema cuenta con delegaciones en las cabeceras municipales de las regiones, en donde se ubican áreas regionales de rehabilitación que a su vez cuentan con un área de trabajo social que participa en la identificación y el seguimiento de los pacientes.

El sistema para el desarrollo integral de la familia (Municipal)

Dentro de las estructuras de los Ayuntamientos se encuentran los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia. Estas estructuras son operativamente la instancia más cercana a los posibles pacientes de cirugía por cataratas, de aquí que su función dentro del modelo consista en identificarlos, asegurar que cumplan con los requisitos preoperatorios y brindar seguimiento para asegurar su asistencia la consulta postoperatoria.

Prestadores de servicios privados: Oftalmoláser y Lasik Vision Center Chiapas

En este modelo de atención el tratamiento quirúrgico se provee por las empresas mencionadas, las cuales desde el 2011 son prestadores privados acreditados para el procedimiento de cirugía por cataratas para el RPSS. Hasta este momento se trata de las únicas empresas privadas acreditadas en el estado para dicho procedimiento. Estas participan en la fase de selección, con la realización de diagnósticos en unidades móviles y en la parte de ejecución del tratamiento.

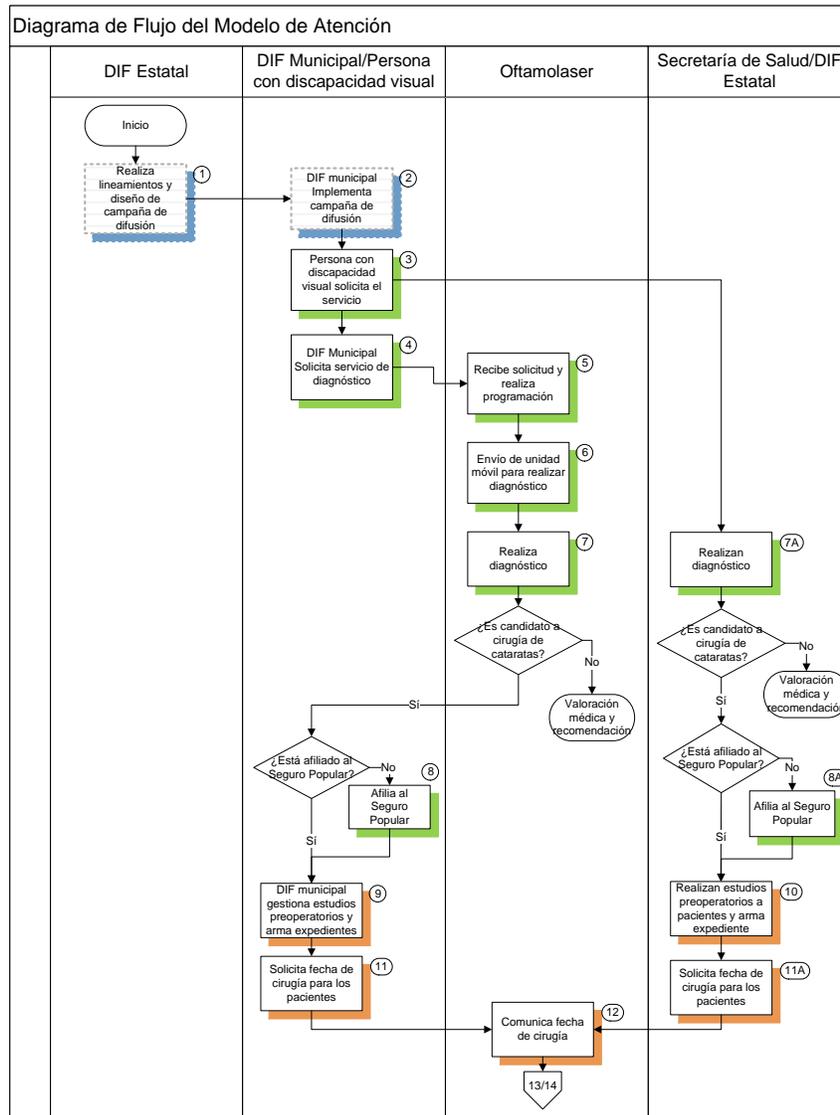
Instituto de salud del estado de Chiapas

En el modelo tradicional de atención los servicios públicos de salud realizan el tratamiento de cirugía por cataratas. De esta manera, es posible que un porcentaje de la población identificada se atienda a través de este medio. Sin embargo, dentro de este modelo alternativo de atención la participación más importante del sector salud consiste en la realización de estudios preoperatorios a los pacientes.

3.1.6 Operatividad del programa

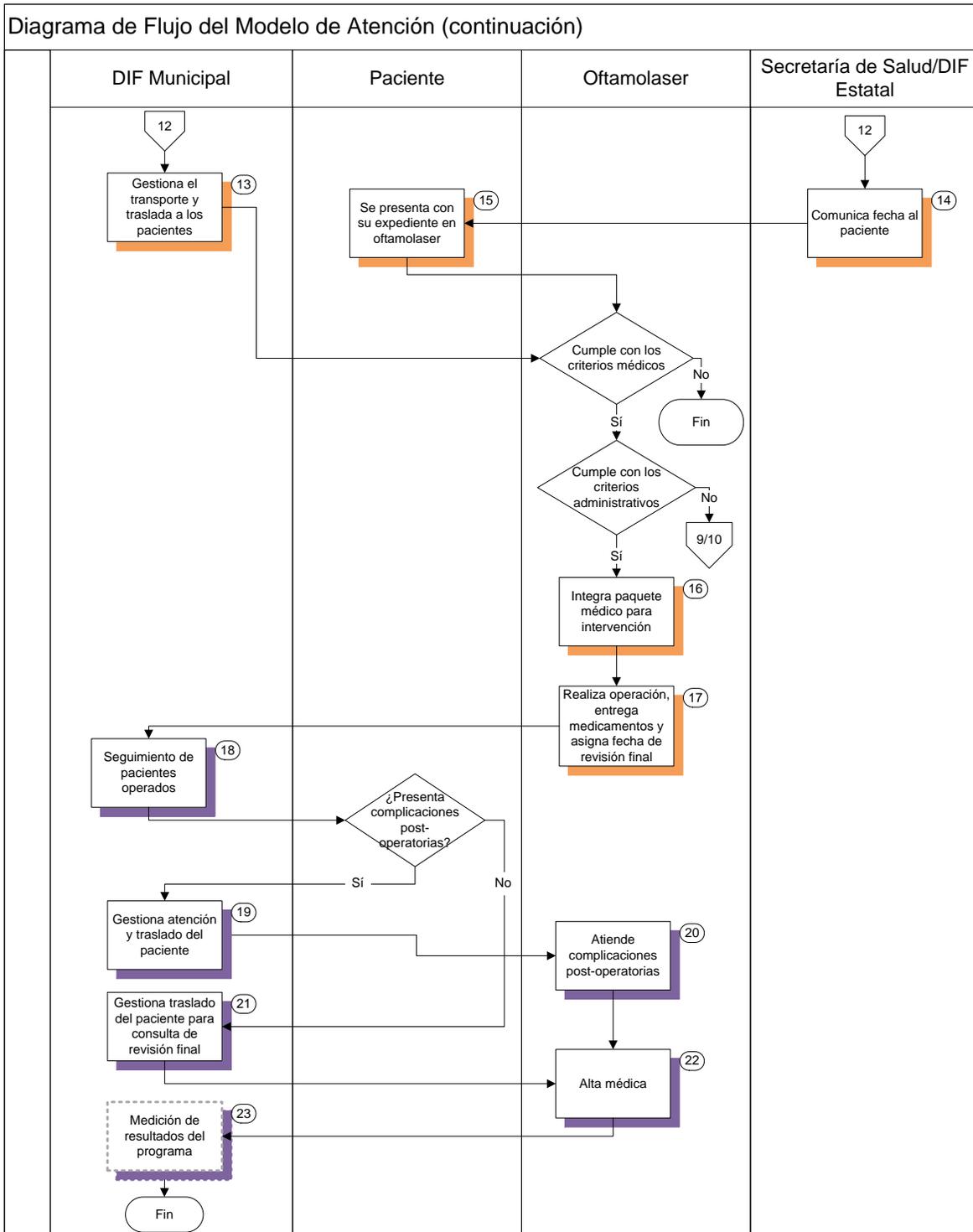
La operatividad de este programa se realiza como se indica en el siguiente Diagrama de Flujo del Modelo de Atención del Programa Estatal (figuras 3 y 4), aunado a la descripción de los macroprocesos realizada con anterioridad:

Figura 3 Diagrama de flujo del Modelo de atención del programa “Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas”



Fuente: Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013. 2021.

Figura 4 Continuidad del Diagrama de flujo del Modelo de atención del programa "Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas"



Nota: Las actividades enmarcadas en cuadros punteados son propuestas de mejora, no se realizan actualmente.
 Fuente: Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013. 2021.

Tabla 1 Descripción del proceso de Difusión del Modelo de atención del programa "Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas

NOMBRE DEL PROCESO: DIFUSIÓN

OBJETIVO: Dar a conocer a la población objetivo los beneficios y opciones para el tratamiento quirúrgico de enfermedades causantes de discapacidad visual.

DESGLOSE DE ACTIVIDADES (Ver Mapa de Procesos)

Número	Actividad			
		Actor	Insumo	Producto
1	Realiza lineamientos y diseño de campaña de difusión	DIF Estatal	Resultados, documentación	Lineamientos
2	DIF municipal Implementa campaña de difusión	DIF Municipal	Lineamiento	Campaña

Fuente: Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013. 2021.

Tabla 2 Descripción del proceso de Selección del Modelo de atención del programa "Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas

NOMBRE DEL PROCESO: SELECCIÓN

OBJETIVO: Seleccionar a los posibles candidatos a ser tratados quirúrgicamente con base en los criterios médicos previamente establecidos.

DESGLOSE DE ACTIVIDADES (Ver Mapa de Procesos)

Número	Actividad			
		Actor	Insumo	Producto
3	Persona con discapacidad visual solicita el servicio	Persona con discapacidad visual	Información de la campaña	Solicitud del servicio
4	DIF Municipal Solicita servicio de diagnóstico	DIF Municipal	Solicitud del servicio de la persona con discapacidad visual	Solicitud del servicio a Oftalmoláser
5	Recibe solicitud y realiza programación	Oftalmoláser	Solicitud del servicio	Programación de visitas de la unidad móvil
6	Envío de unidad móvil para realizar diagnóstico	Oftalmoláser	Programación de visitas de la unidad móvil	Envío de unidad móvil
7/7A	Realiza diagnóstico	Oftalmoláser/Secretaría de Salud/DIF Estatal	Unidad móvil en funcionamiento	Diagnostico
8/8A	Afilia al Seguro Popular	DIF Municipal/Secretaría de Salud/DIF Estatal	Solicitud de afiliación	Paciente afiliado al Seguro Popular

Fuente: Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013. 2021.

Tabla 3 Descripción del proceso de Ejecución del Modelo de atención del programa "Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas

NOMBRE DEL PROCESO: EJECUCIÓN

OBJETIVO: Realizar un tratamiento quirúrgico, seguro y eficaz que asegure una visión por arriba de 20/40 a los pacientes tratados

DESGLOSE DE ACTIVIDADES (Ver Mapa de Procesos)

Número	Actividad			
		Actor	Insumo	Producto
9	DIF municipal gestiona estudios preoperatorios y arma expedientes	DIF Municipal	Documentos del paciente	Expedientes
10	Realiza estudios preoperatorios y armas expedientes	Secretaría de Salud/DIF Estatal	Documentos del pacientes y solicitud de gestión	Expedientes
11/11A	Solicita fecha de cirugía para los pacientes	DIF Municipal/Secretaría de Salud/DIF Estatal	Expedientes	
12	Comunica fecha de cirugía	Oftalmoláser		Notificación de la fecha de cirugía
13	Gestiona el transporte y traslada a los pacientes	DIF Municipal	Notificación de la fecha de cirugía	Transporte del paciente
14	Comunica fecha al paciente	Secretaría de Salud/DIF Estatal	Notificación de la fecha de cirugía	Paciente informado
15	Se presenta con su expediente en Oftalmoláser	Paciente		Expedientes entregados a Oftalmoláser
16	Integra paquete médico para intervención	Oftalmoláser	Expedientes entregados a Oftalmoláser	Paquete médico
17	Realiza operación, entrega medicamentos y asigna fecha para revisión final	Oftalmoláser	Paquete médico	Paciente operado

Fuente: Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013. 2021.

Tabla 4 Descripción del proceso de Seguimiento del Modelo de atención del programa "Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas

NOMBRE DEL PROCESO: SEGUIMIENTO

OBJETIVO: Asegurar la eficacia de la operación de cataratas y medir los resultados obtenidos

DESGLOSE DE ACTIVIDADES (Ver Mapa de Procesos)

Número	Actividad	Actor	Insumo	Producto
18	Seguimiento de pacientes operados	DIF Municipal	Paciente operado	Reporte de seguimiento
19	Gestiona atención y traslado del paciente	DIF Municipal	Paciente con complicaciones postoperatorias	Transporte del paciente
20	Atiende complicaciones postoperatorias	Oftalmoláser		Paciente atendido

NOMBRE DEL PROCESO: SEGUIMIENTO
OBJETIVO: Asegurar la eficacia de la operación de cataratas y medir los resultados obtenidos
DESGLOSE DE ACTIVIDADES (Ver Mapa de Procesos)

Número	Actividad	Actor	Insumo	Producto
21	Gestiona traslado del paciente para consulta de revisión final	DIF Municipal	Fecha de revisión final	Paciente trasladado
22	Alta médica	Oftalmoláser	Paciente trasladado	Paciente dado de alta
23	Medición de resultados del programa	DIF Municipal	Paciente dado de alta	Resultados del programa
20	Atiende complicaciones postoperatorias	Oftalmoláser		Paciente atendido
21	Gestiona traslado del paciente para consulta de revisión final	DIF Municipal	Fecha de revisión final	Paciente trasladado
22	Alta médica	Oftalmoláser	Paciente trasladado	Paciente dado de alta
23	Medición de resultados del programa	DIF Municipal	Paciente dado de alta	Resultados del programa

Fuente: Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013. 2021.

3.1.7 Temporalidad del estudio

El período que comprende este estudio es del 2012-2013, en donde se atendió a los pacientes con agudeza visual 20/100 beneficiarios del Programa de Seguro Popular de Salud del estado de Chiapas.

3.1.8 Población objetivo

La población objetivo para este estudio, es la muestra significativa de la totalidad de pacientes atendidos en el período 2012-2013 que presentaron agudeza visual menor a 20/100, sin importar la edad o sexo y que fueran beneficiados del Programa de Seguro Popular de Salud del estado de Chiapas y atendidos por los servicios privados de la Clínica Oftalmoláser.

A continuación, se muestra la población objetivo, distribuida de manera detallada y agrupadas acorde a las regiones del estado de Chiapas en la siguiente tabla 6:

Tabla 5 Cirugías de Catarata atendidas por la Clínica Oftalmoláser en los años 2012 -2013

Región	Municipio	Cirugías		TOTAL	Población con Cataratas 2010	% Atendido (respecto a la población con catarata en 2010)
		2012	2013	2012-2013		
I METROPOLITANA	Chiapa de Corzo	83	37	120	285	42%
	Tuxtla Gutiérrez	39	51	90	2074	4%
	Berriozábal	55	22	77	134	57%
	Suchiapa	0	3	3	18	17%
II VALLES ZOQUE	Ocozacoautla de Espinosa	68	3	71	207	34%
	Jiquipilas	17	36	53	137	39%

Región	Municipio	Cirugías		TOTAL	Población con Cataratas 2010	% Atendido (respecto a la población con catarata en 2010)
		2012	2013	2012-2013		
	Cintalapa	1	2	3	367	1%
III MEZCALAPA	San Fernando	23	18	41	166	25%
	Tecpatán	13	17	30	106	28%
	Chicoasén	27	1	28	27	100%
	Osumacinta	4	7	11	24	45%
	Mezcalapa	0	10	10	N/A	N/A
	Coapilla	2	6	8	21	39%
	Ocotepec	1	3	4	19	21%
	Francisco León	2	0	2	17	12%
	Copainalá	2	0	2	96	2%
IV DE LOS LLANOS	Venustiano Carranza	2	3	5	286	2%
	Socoltenango	0	3	3	44	7%
	Acala	14	10	24	174	14%
	Emiliano Zapata	0	2	2	N/A	N/A
V ALTOS TSOTSIL-TSELTAL	San Cristóbal de las Casas	11	5	16	806	2%
	Oxchuc	0	2	2	74	3%
	Zinacatán	1	1	2	69	3%
	Teopisca	1	1	2	96	2%
	Chenalhó	1	0	1	70	1%
VI FRAILESCA	Villaflores	62	33	95	413	23%
	Villa Corzo	19	19	38	472	8%
	El Parral	0	36	36	N/A	N/A
	Ángel Albino Corzo	0	26	26	63	41%
	La Concordia	1	5	6	96	6%
VII DE LOS BOSQUES	Tapilula	1	2	3	56	5%
	Pantepec	0	1	1	36	3%
VIII NORTE	Pichucalco	13	24	37	67	55%
	Ixhuatán	0	1	1	24	4%
	Ixtacomitán	1	0	1	38	3%
IX ISTMO-COSTA	Arriaga	0	5	5	268	2%
X SOCONUSCO	Tapachula	0	89	89	1599	6%
	Tuzantán	0	1	1	140	1%
	Tuxtla Chico	0	1	1	170	1%
XI SIERRA MARISCAL	Motozintla	0	29	29	217	13%
	Siltepec	0	14	14	85	16%
	Frontera Comalapa	1	1	2	139	1%
XII SELVA LACANDONA	Ocosingo	47	0	47	395	12%
XIV TULIJÁ TSELTAL CHOL	Chilón	3	2	5	291	2%
	Yajalón	3	0	3	91	3%
XV MESETA COMITECA TOJOLABAL	Comitán de Domínguez	42	40	82	720	11%
XV MESETA COMITECA TOJOLABAL	Las Margaritas	0	55	55	282	19%
	La Trinitaria	0	28	28	193	14%
	Tzimol	1	1	2	138	1%
TOTAL		561	656	1217	11311	N/A

Fuente: Autoría propia. Adaptado de Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas 2012-2013. 2021.

3.1.9 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para este trabajo de investigación son los siguientes:

- Población sin seguridad social y que cuente con la afiliación al Programa de Seguro Popular de Salud del estado de Chiapas y atendidas en el periodo 2012-2013.

- Todas las personas con un grado de agudeza visual menor a 20/100, sin importar su edad, que hayan sido atendidas en el periodo 2012-2013.

3.1.10 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para este trabajo de investigación son:

- Población atendida fuera del período 2012-2013.
- Todas las personas con un grado de agudeza visual que no sea menor de 20/100.
- Personas derechohabientes de cualquier servicio de salud.
- Personas sin afiliación al Programa de Seguro Popular de Salud del estado de Chiapas.

3.1.11 Técnica e instrumentos de recolección de datos

La recolección de la información para esta investigación, se realizó de fuentes secundarias y primarias, con respecto a la primera, a través de la revisión bibliográfica de temas relacionados con la discapacidad visual y evaluación de programas sociales, además del análisis de la matriz de indicadores del programa en comento; y en cuanto a la segunda, con la aplicación de un cuestionario, estructurado con preguntas cerradas (Ver anexo 3), así también se realizó el análisis de la información documentada en los expedientes de los pacientes del programa con la finalidad puramente académica.

El cuestionario se aplicó a la muestra correspondiente, a pacientes al azar, -procurando en todo momento el alcance de la muestra planteada para la validez de la información-, en donde se registrarán los datos generales de identificación y caracterización, para posteriormente en la etapa pre-intervención y la otra de post-intervención, siendo los instrumentos útiles para la recolección de estos datos los siguientes:

1. **Hoja Frontal de identificación del paciente**, con los datos generales como nombre, edad, domicilio, ciudad, lugar de nacimiento, entre otros, así como el nombre del médico que hace la referencia y el nombre de la institución.
2. **Historia clínica del paciente**, en donde se le cuestiona datos generales de identificación como su nombre, edad y sexo, así también tres grandes rubros como los antecedentes familiares patológicos, antecedentes familiares no patológicos y antecedentes ginecoobstétricos.
3. **De diagnóstico**, en donde se incluyen el plan terapéutico, pronóstico, próxima cita y notas postquirúrgica.
4. **De nota de ingreso**, en donde se indican algunos datos generales del paciente, estudios de laboratorio solicitados y el nombre y firma del médico.
5. **De exploración oftalmológica**, donde se anotan los datos de ambos ojos sobre la agudeza visual, lensometría previa, refracción actual, biomicroscopia y los estudios especiales solicitados, así también como el nombre y firma del paciente y del médico.

3.1.12 Técnica de procesamiento, análisis de datos y presentación de resultados.

Los resultados han sido procesados en una base de datos en Excel, posteriormente se realizó la sistematización y análisis de la información recopilada a través de los distintos instrumentos de investigación, así como también la representación de esa información a través de los gráficos y tablas correspondientes a la representación de las frecuencias de las variables más representativas, además de la descripción cualitativa correspondiente para demostrar la satisfacción de los pacientes, y por supuesto, el registro de las incidencias obtenidas a través de la observación directa que son de utilidad para esta investigación.

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para alcanzar los objetivos de esta investigación se utilizaron los diversos instrumentos de investigación que fueron descritos en la metodología y que permitieron obtener la información para después realizar el análisis correspondiente de ésta, siendo los resultados de esta investigación los siguientes:

4.1 Resultados

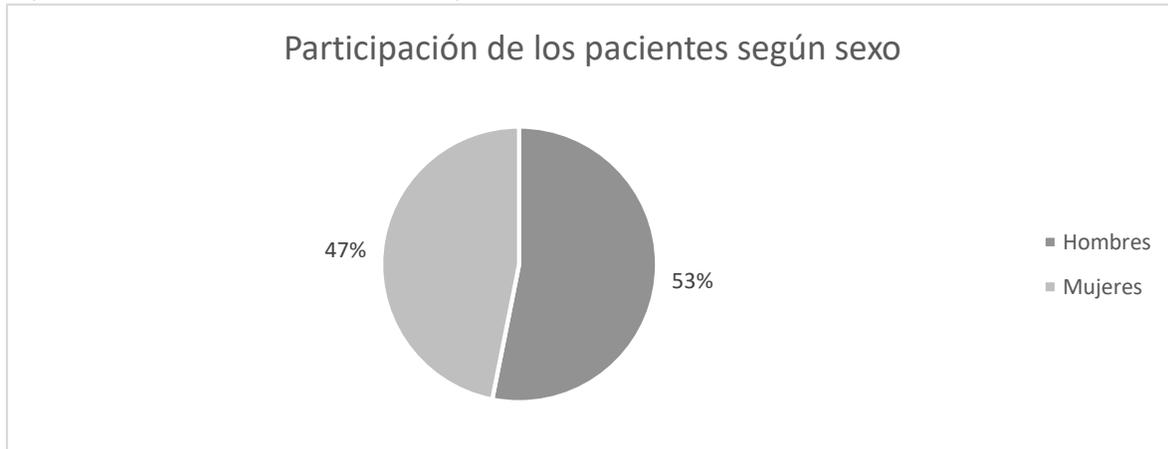
Se aplicó la encuesta a 109 pacientes, y de estos, 13 cuestionarios fueron anulados porque presentaron datos incompletos, por lo que los resultados que se presentan se realizan con la información obtenida de 96 pacientes. Es importante mencionar que el cuestionario aplicado se divide en los rubros de:

1. Datos generales de identificación y caracterización;
2. Etapa de pre-intervención y,
3. Etapa de post- intervención:

4.1.1 Datos generales de identificación y caracterización

La aplicación de la encuesta demuestra que, con respecto al sexo de los pacientes, hay una diferencia mínima entre la intervención de los hombres en comparación con las mujeres, que equivale al 6% más de participación de éstos. La figura 5 demuestra que en cuanto al sexo de los pacientes beneficiados por el programa y que participaron en esta investigación son 51 hombres (53%) y 45 mujeres que corresponden al 47% de la población objeto de este estudio.

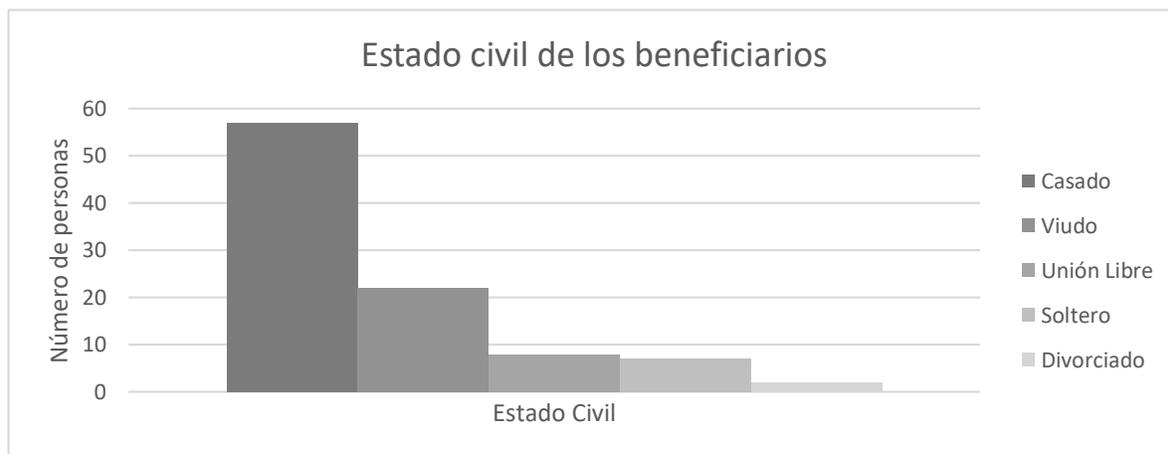
Figura 5 Participación de los pacientes según sexo



Fuente: Autoría propia. 2021.

De esta población, se encuentra que, con respecto a las características de edad, el promedio es de 68.7 años, con un rango de 61 a 85 años y siendo más frecuente encontrar pacientes con 84 años. Con respecto al estado civil, 57 encuestados son casados -el 59% de la muestra-, 22 (23%) son viudos, 8 (8%) se encuentran en unión libre, 7 personas (7%) son solteros y 2 personas (2%) divorciados.

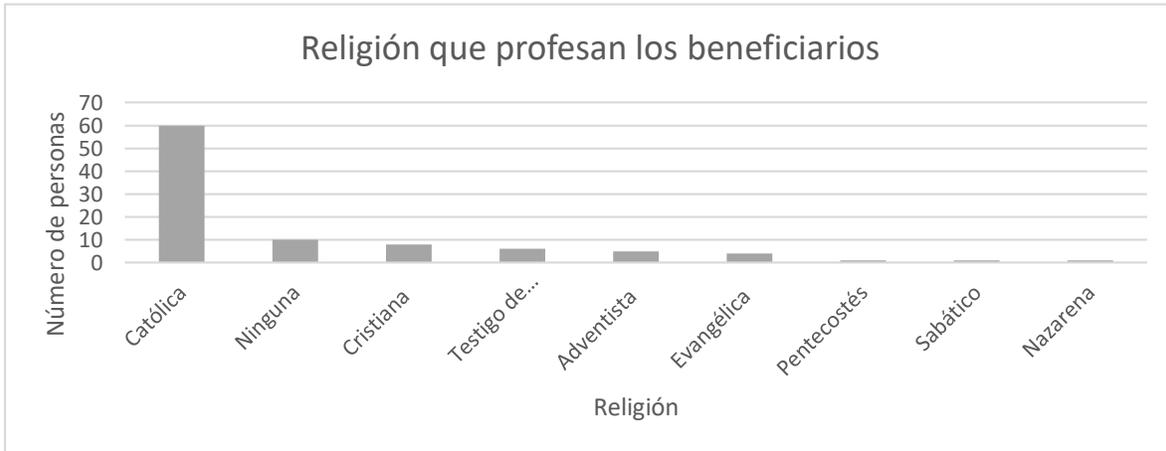
Figura 6 Estado civil de los beneficiarios.



Fuente: Autoría propia. 2021.

En cuanto a religión, las 3 más representativas son: católica con 60 profesantes que representa el 63% de la población, 10 personas (11%) refieren no profesar ninguna religión y el resto se distribuye en diversas religiones, como se muestra en la figura 7.

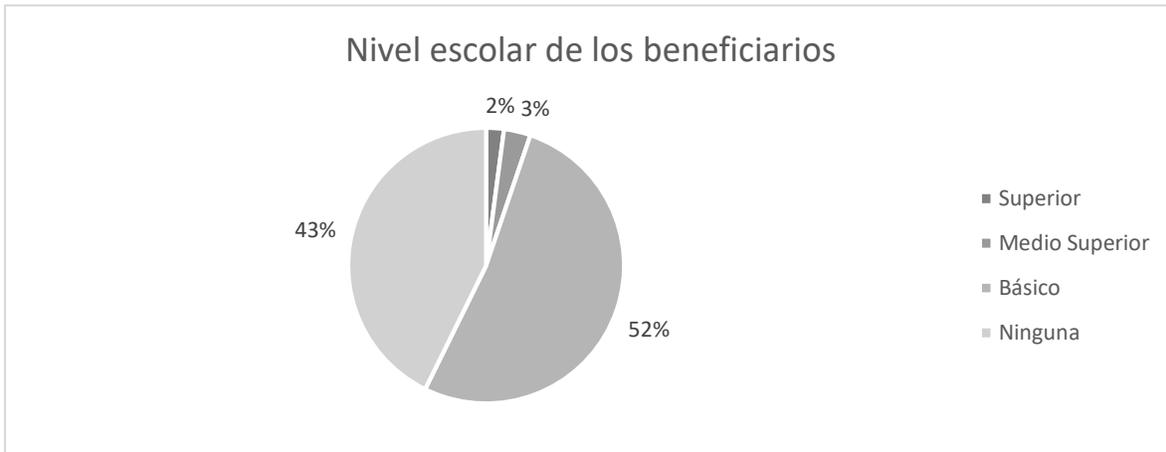
Figura 7 Religión que profesan los beneficiarios



Fuente: Autoría propia. 2021.

Con base en la escolaridad, 45 (47%) de los encuestados refieren contar con el nivel primaria terminada; 41 personas (43%) refirieron carecer de alguna escolaridad. Ahora haciendo referencia a quienes cuenta con mayor escolaridad, se obtuvo que 5 (5%), concluyeron la secundaria, 3 (3%) la preparatoria y sólo 2 (2%) sustentan el nivel superior (licenciatura).

Figura 8 Nivel escolar de los beneficiarios

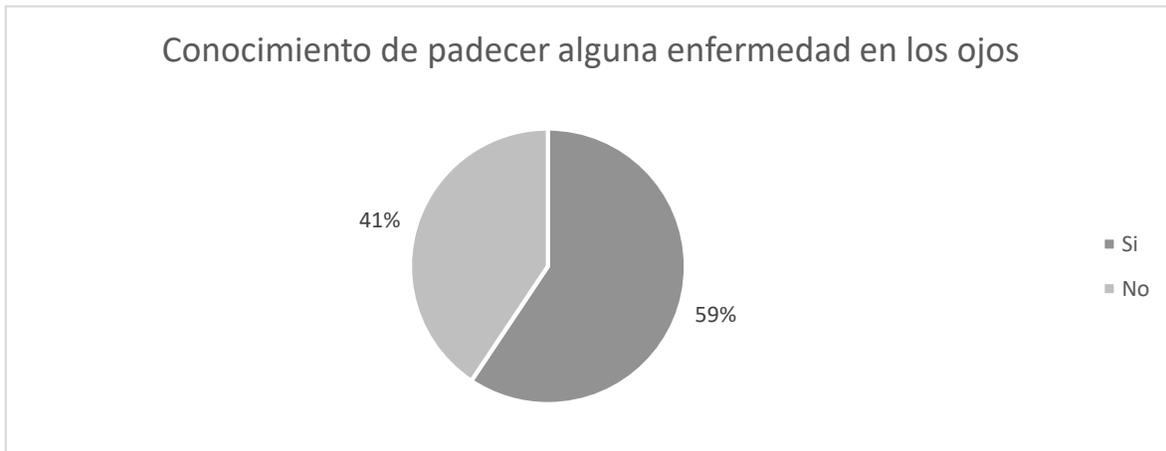


Fuente: Autoría propia. 2021.

4.1.2 Etapa de pre-intervención

Los ítems de este apartado buscan identificar la situación y el contexto de los pacientes respecto a su propia enfermedad, así como de su contacto con el Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas; a diferencia de la serie de preguntas dirigidas al momento de la post-intervención con la pretensión de identificar los beneficios obtenidos por el paciente al lograr su intervención dentro del programa. Con respecto al cuestionamiento de conocer que tiene una enfermedad que le impide ver bien, el 59 % de los encuestados refiere que sí, sin embargo, llama la atención que el 41% de los mismos, manifiesta su desconocimiento de padecer una enfermedad que le impide ver bien, como se ilustra en la figura 9.

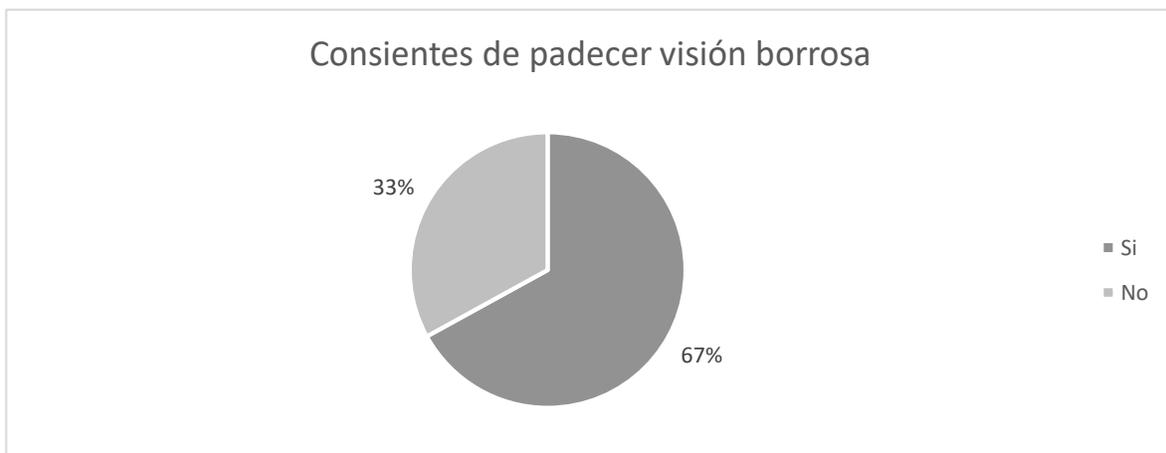
Figura 9 Conocimiento de padecer alguna enfermedad en los ojos



Fuente: Autoría propia. 2021.

Una de las preguntas tuvo el objetivo de saber si son o no conocedores de que padecen de tener visión borrosa, en donde se obtuvo que el 67% de los pacientes, si es consciente de padecer de visión borrosa, versus el 33% que no se percibe de tener este padecimiento (Figura 10), lo que esta situación puede ser explicada por la edad de los afectados o por su muy bajo nivel educativo.

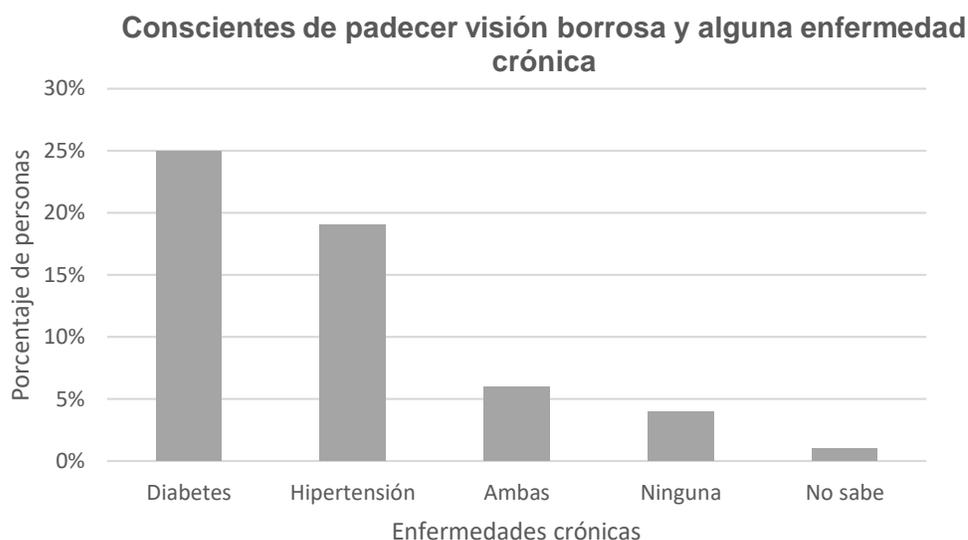
Figura 10 Consientes de padecer visión borrosa



Fuente: Autoría propia. 2021.

Respecto a la posible relación de su problema visual con alguna enfermedad crónica, se encontró que el 50% de la población objetivo presenta alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión o ambas (6%), y un 49% afirma no padecer alguna enfermedad crónica, mientras que el resto (1%) indica no saberlo (Figura 11).

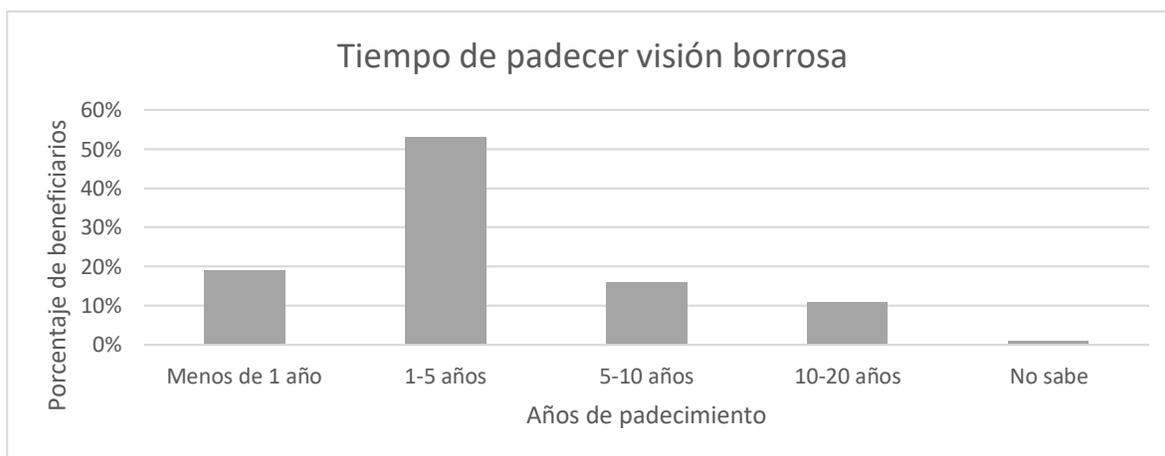
Figura 11 Conscientes de padecer visión borrosa y alguna enfermedad crónica.



Fuente: Autoría propia. 2021.

Con respecto al tiempo de padecer el problema visual (visión borrosa), se obtuvo que el 53% de los pacientes la han padecido desde hace 1 a 5 años de padecerla; el 19% refiere tener menos de un año; el 16% de 5 a 10 años; y, el 11% de 10 a 20 años. Sin embargo, existe un 1% que indicó no saber desde cuando padecen de visión borrosa, relacionando este desconocimiento con la edad de los encuestados, como lo indica la figura 12.

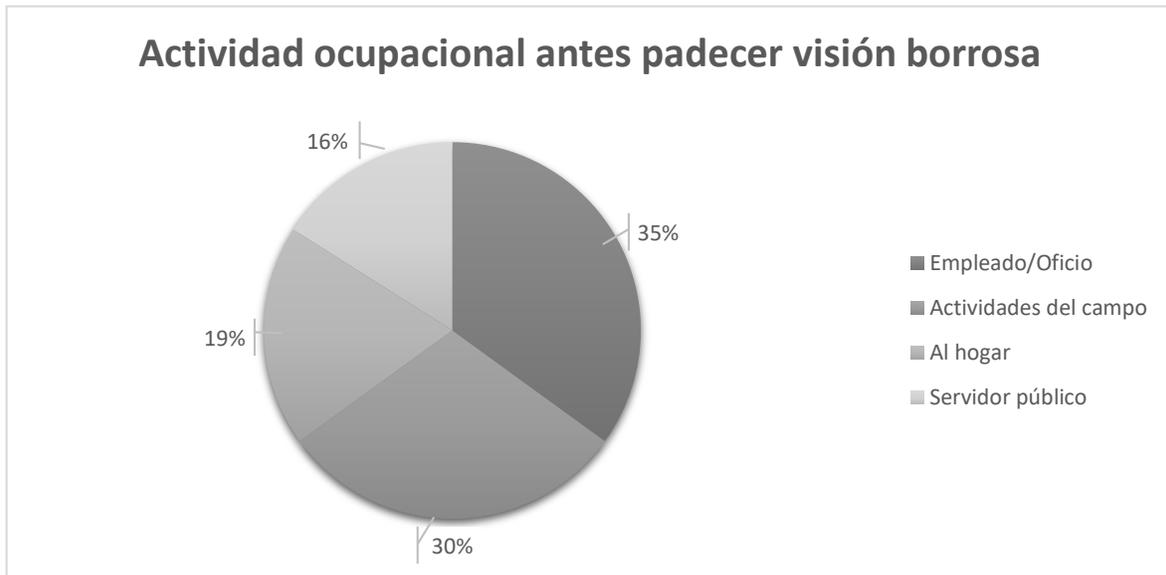
Figura 12 Tiempo de padecer visión borrosa



Fuente: Autoría propia. 2021.

En un ítem se preguntó sobre las actividades que realizaban antes de enfermarse de visión borrosa, a lo que el 35% indicó ser empleado o se dedicaba a algún oficio; el 30% realiza actividades del campo; el 19% al hogar y el 16% afirmó su desempeño como servidor público.

Figura 13 Actividad ocupacional antes padecer visión borrosa

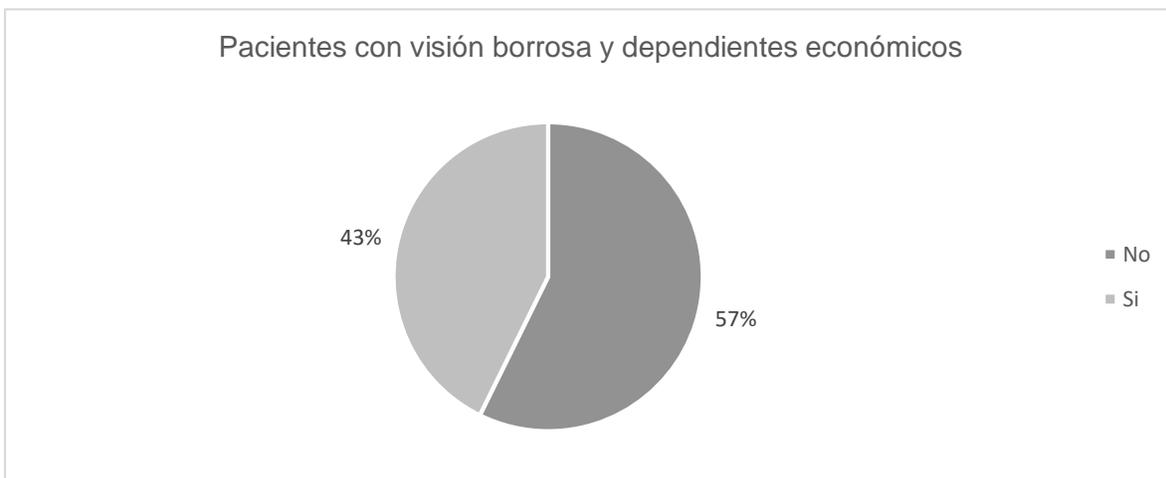


Fuente: Autoría propia. 2021.

La población objetivo al padecer de visión borrosa, indica que las capacidades para realizar las actividades del hogar se ven reducidas considerablemente en un 38% y en forma alarmante se distingue que el 54% de las personas se encuentran totalmente imposibilitados/incapacitados, es decir, improductivos, el resto, continúan realizando actividades del hogar y del campo, pero con algún grado menor de imposibilidad.

Por otra parte, es importante destacar que, debido al padecer de visión borrosa, los pacientes además de la incapacidad de realizar sus actividades ordinarias también sufren de problemas económicos, ya que este padecimiento –visión borrosa- los incapacita para trabajar y esto ocasiona el no obtener dinero para satisfacer las necesidades básicas de sus dependientes económicos -el 43% de los pacientes tienen familia o personas que dependan económicamente de ellos- (Figura 14). Ahora bien, con relación al cuestionamiento de dependencia económica de los pacientes, el 54% de los entrevistados afirman depender de alguien más versus el 46% que indicó la no dependencia económica.

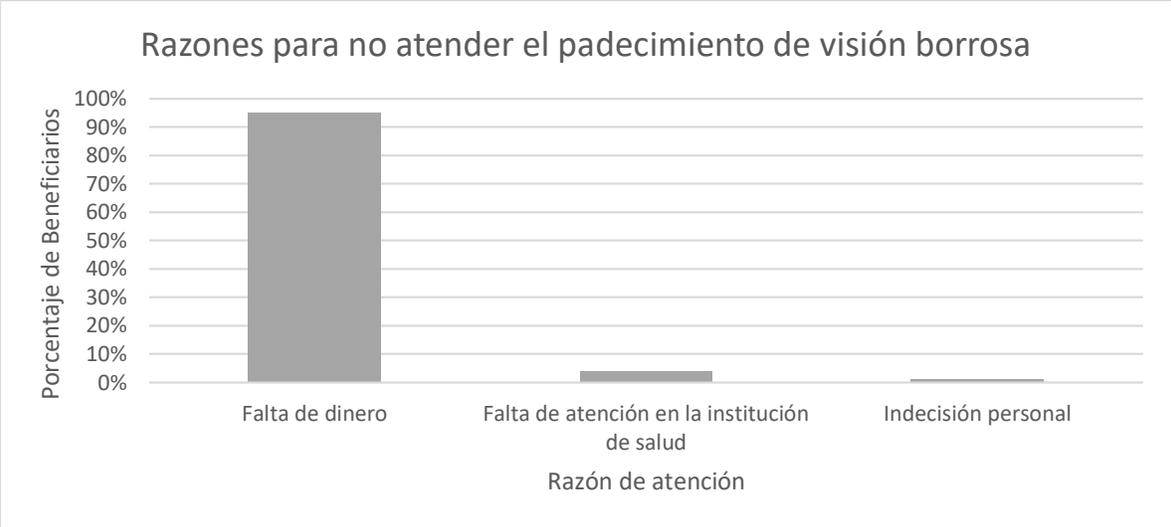
Figura 14 Pacientes con visión borrosa y dependientes económicos



Fuente: Autoría propia. 2021.

Al relacionar el padecimiento de visión borrosa con la atención médica recibida para la mejoría de su visión, sólo el 37% afirma haber sido atendido para atender este padecimiento visual contra el 63% que refiere no contar con la atención médica para sus ojos. Al preguntar en forma más específica la razón de no dar atención a sus ojos, se encuentra que como principal causa es la falta de dinero, señalada por el 95% de los pacientes, mientras que el 4% indicó la ausencia de atención por parte de la institución de salud y el restante 1% aseveró a la indecisión personal de atender este padecimiento.

Figura 15 Razones para no atender el padecimiento de visión borrosa

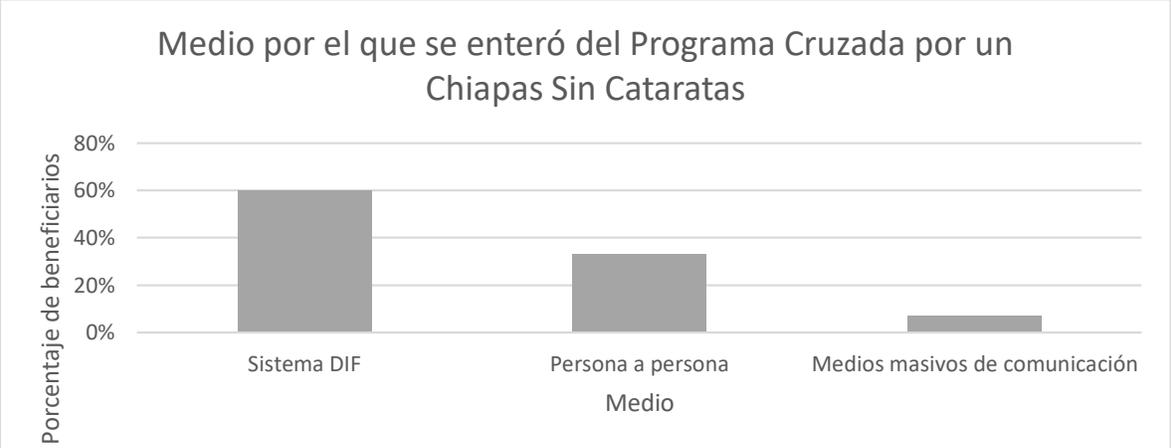


Fuente: Autoría propia. 2021.

4.1.3 Etapa de post-intervención

Con respecto al ítem referente al medio por el que se enteraron del Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas, el 60% afirmó que fue por el Sistema DIF; el 33% de persona a persona y el 7% por medios de comunicación masiva (diario, televisión o radio), tal como se representa en la figura 16.

Figura 16 Medio por el que se enteró del Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas

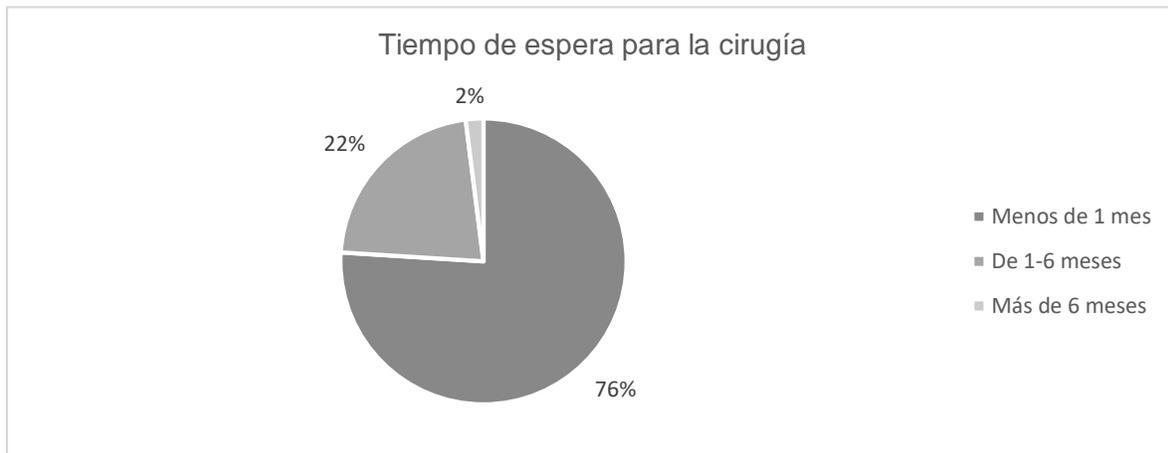


Fuente: Autoría propia. 2021.

Con relación a la pregunta anterior y con énfasis en la respuesta de haberse enterado del programa de persona a persona -el 33% de la población objetivo que equivale a 32 pacientes-, 16 pacientes obtuvieron la información a través de un familiar, 15 se enteraron de manera personal y sólo 1 paciente se enteró por algún un amigo o vecino.

Es bien sabido que, en temas de salud, el tiempo que transcurre desde los trámites administrativos a la cirugía es imperante que sea el menor posible, por lo que un ítem cuestiona sobre la temporalidad de la espera desde el registro al programa hasta la intervención quirúrgica, por lo que los pacientes indicaron lo siguiente: el 76% esperó menos de 1 mes, el 22% de uno a 6 meses y el 2% restante esperó más de 6 meses (figura 17).

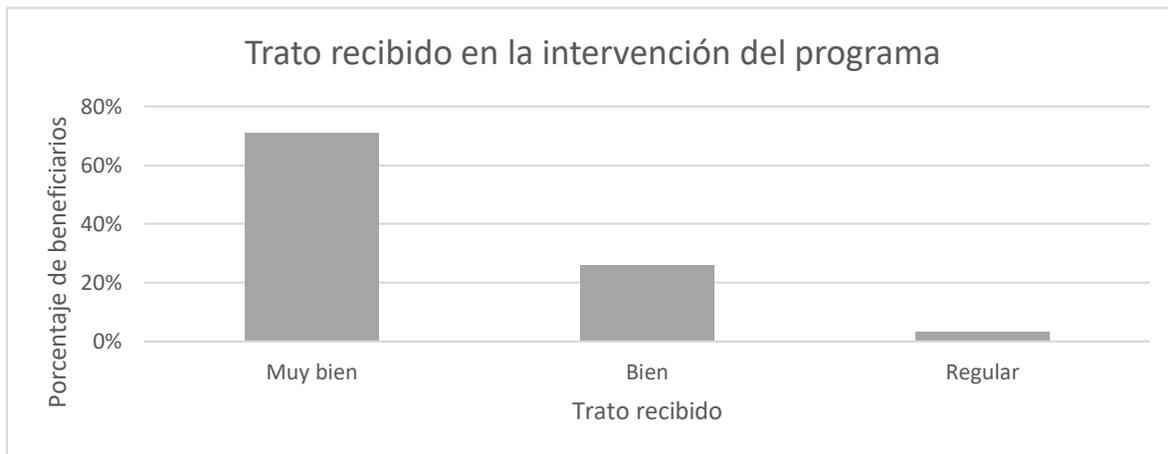
Figura 17 Tiempo de espera para la cirugía



Fuente: Autoría propia. 2021.

Aunado al tiempo transcurrido para la cirugía, es muy importante conocer su satisfacción sobre el trato que recibieron con la intervención del programa para el cuidado de sus ojos, por lo que el 71% refirió sentirse haber sido tratado muy bien; el 26% se sintió bien con el trato recibido y el 3% refirió haberse sentido con un trato regular, ningún paciente hizo referencia de haber tenido un mal o muy mal trato como se indica en la figura 18.

Figura 18 Trato recibido en la intervención del programa

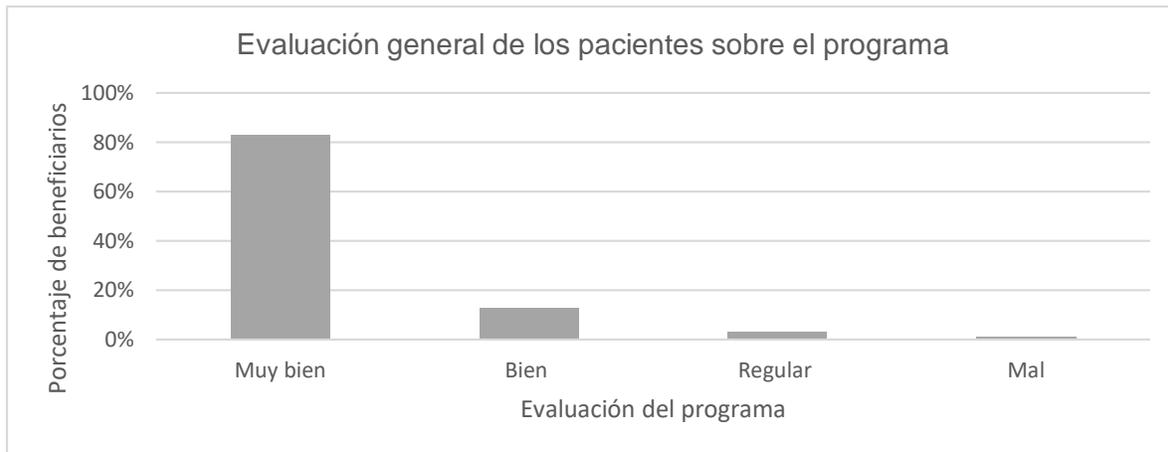


Fuente: Autoría propia. 2021.

Con respecto a la mejoría de la visión después de la cirugía, se les preguntó si sentía mejoría en sus ojos, a lo que el 91% de los pacientes indicó el haber tenido mejoras versus el 9% que negó sentir mejora alguna. Relacionada a esta pregunta, se cuestionó también sobre los cambios en la vida después de la cirugía, del total de pacientes entrevistados el 92% de estos indicó que si hubo cambios mientras que el 8% negó esta aseveración.

Para concluir el cuestionamiento, se preguntó sobre el punto de vista de los pacientes sobre el Programa Cruzada por un Chiapas Sin Cataratas y que indicarán como lo calificarían de manera general la intervención del programa, a lo que aseveraron en un 83% calificarlo con el nivel de muy bien, el 13% lo califica como bien mientras que el 3% lo califica como regular y tan sólo el 1% indica que es un mal programa, como lo indica la figura 19.

Figura 19 Evaluación general de los pacientes sobre el programa



Fuente: Autoría propia. 2021.

4.2 Discusión

Para iniciar la discusión con otros autores, Bampo et al (2014) mencionan que al realizar la intervención quirúrgica por cataratas a los pacientes observados encontró entre sus hallazgos un rango de edad entre los 54 y 88 años; por su parte Pierru et al (2014) al observar a 95 pacientes con padecimientos de cataratas indica que la edad promedio de su investigación fue de 76 a 83 años; ahora bien con respecto a la presente investigación, se encuentra que en la población chiapaneca con problemas de agudeza visual menor a 20/100 existe un rango de edad de 61-85 años con un promedio de 68.7, lo que asevera que este padecimiento se presenta con mayor frecuencia dentro de la edad senil y con mayor frecuencia en la población masculina. Martínez y Suárez (2014), afirman que Venezuela es un país en vías de desarrollo, por lo que aumenta la expectativa de vida y, con ello, la aparición de enfermedades atribuibles al envejecimiento –como los padecimientos de agudeza visual-, esto también aplica para México al compartir la característica de encontrarse también en desarrollo, por lo que requiere de manera urgente la existencia de programas que brinden los servicios necesarios para la atención de la salud visual.

Con respecto a la trílogía de la Asistencia Social - Servicios de Salud del Estado - Sector Privado que beneficie a la salud visual de las personas sin derechohabencia, no se encuentra literatura para concertar una discusión, por lo que esta investigación es pionera y de gran valía para ser replicada y en su momento discutida con otros autores.

5 CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis del modelo de intervención en salud ocular a través del programa Cruzada por un Chiapas sin Cataratas en su implementación en los años 2012-2013, esta investigación permitió dimensionar la problemática y el contexto de Chiapas en la necesidad de contar con programas que resuelvan las necesidades reales de la población que no cuenta con alguna derechohabiencia para la atención de los problemas de su salud visual. Al conocer la estrategia de implementación y gestión del modelo (macroprocesos), facilitó la comprensión del modelo de intervención, así mismo, en vía paralela se reconoció el contexto socioeconómico de las personas beneficiadas con el programa y de las carencias en los sistemas de salud del estado de Chiapas para la atención de estos padecimientos.

Con el uso de la metodología basada en el enfoque mixto y con la participación de las personas atendidas en el programa, ha favorecido el abordar del objeto de estudio, así como el análisis de la información para obtener las evidencias significativas de esta intervención tripartita en alianza de la asistencia social y los servicios de salud público y privado de Chiapas.

Ahora bien, con la finalidad de presentar los aspectos positivos del Programa y las sugerencias de las mejoras que pueden ser aplicadas al mismo, se detallan los siguientes rubros:

5.1 Aspectos positivos del programa

- Con el Programa se logró la **primera Alianza Asistencia Social- Servicios de Salud del Estado-Servicios Privados** en Chiapas que plantea una estrategia para solucionar el problema en la salud visual de las personas sin derechohabiencia. Lo que contribuye directamente en la mejora de la salud de los chiapanecos, así como en la mejora de sus ingresos ya que es bien sabido que los problemas visuales generan desventajas para contar con alguna actividad económica, en otras palabras, también beneficia al desarrollo económico de las familias.
- El Programa en sí, por su esencia es un **primer esfuerzo en el estado** de Chiapas para lograr una cobertura más amplia de la población que requiere atender su salud visual y que por no contar con derechohabiencia en alguna institución de salud o no contar con el dinero suficiente para atenderse en los servicios de salud privado, en el período 2012-2013 logra una amplia cobertura y que con base en los resultados de la encuesta, los beneficiarios han manifestado que en general con los servicios y el trato recibidos les ha ido muy bien (mayor escala de evaluación de la satisfacción de los pacientes).
- El realizar el macroproceso de **difusión a través del Sistema DIF Estatal** – incluyendo a los municipales-, fue una gran estrategia de captación de los candidatos a la intervención quirúrgica para mejora de su salud visual, ya que permitió realizar la convocatoria permeando todo el Estado, así como el registro de los interesados se realizó desde el municipio donde radican sin necesidad de desplazarse a la ciudad capital Tuxtla Gutiérrez; además, anteponiendo los

resultados de la encuesta, la espera entre la fecha de registro y la intervención en el quirófano ha sido en un tiempo menor a un mes (76% de la población atendida lo ratifica).

- A pesar de la geografía tan accidentada de Chiapas, se logró la **inclusión** de todas las regiones del Estado.
- Se demuestra que el Programa es **pertinente**, ya que logra dar respuesta a la necesidad de atención a la salud visual de la población sin derechohabiencia con servicios de salud privada de calidad, llegando a todas las regiones del Estado.
- Todos los actores mantienen una buena comunicación entre sí, lo que facilita la implementación del Programa y se demuestra con los resultados de la intervención durante los años 2012 y 2013.
- Los resultados de esta investigación permiten conocer y visualizar las acciones asertivas del Programa, las cuales favorecen a alcanzar un **posicionamiento** como iniciativa colaborativa tanto a **nivel público como privado**, se consideran como una oportunidad para la anexión de más aliados, lograr mayor financiamiento y alcance para el fortalecimiento del mismo Programa y para el desarrollo de nuevas iniciativas enfocadas a la salud de los chiapanecos sin derechohabiencia.

5.2 Mejoras al programa

- El uso de las tecnologías facilita la **creación de un sistema para el registro** así también el uso de las redes **facilita la publicación de la convocatoria del Programa** –llegando a mayor población, lo que genera la oportunidad de ampliar la cobertura-, esto permite compartir la información en forma expedita a todos los actores del Programa, y también es útil para contar con el inventario de insumos necesarios para las intervenciones correspondientes. A la vez, después de la intervención quirúrgica se puede realizar la encuesta de satisfacción de manera sistematizada –asistidos por el personal del Sistema DIF o de algún familiar del paciente para dar respuesta a los ítems planteados-.
- Procurar la disponibilidad de los **recursos financieros** necesarios para los **estudios complementarios** que requieren los casos positivos para la intervención quirúrgica.
- Por la amplia cobertura del Programa, es importante implementar una **campana educativa para el cuidado de la salud visual** de la población chiapaneca, actualmente se le da menor promoción el cuidado de la visión.

5.3 Recomendaciones

1. Continuar con el Programa y facilitar las acciones políticas y económicas para dar continuidad a la atención de la población sin derechohabiencia y con problemas de salud visual.
2. Procurar la existencia de espacios abiertos para la comunicación de los actores y la población candidata a estos servicios de salud, creando una comunicación fluida y transparente durante el desarrollo de las campañas.

3. Implementar acciones de promoción de la salud visual con la finalidad de empoderar a la población en el autocuidado de sus ojos.
4. Desarrollar estrategias para una comunicación inclusiva que contemple las características culturales, laborales, socio educativo de la población beneficiaria.
5. Procurar que el Programa contemple acciones y estrategias para lograr mayor cobertura para la captación de los pacientes que dependen de otros para acudir a los servicios de salud visual.
6. Agregar al Programa el enfoque de Derechos Humanos y Equidad de Género en todos los macroprocesos y en las fases de planificación, gestión y evaluación.
7. Garantizar los servicios del Programa a través de la Alianza, delimitando el alcance de cada actor desde una gobernanza horizontal que permita una comunicación asertiva y la respectiva distribución de roles y responsabilidades de cada uno de estos.
8. Realizar los registros necesarios a fin de crear documentos y evidencias –impresos o digitales- que reflejen las lecciones aprendidas como Alianza para motivar a esta forma de gestión en otras iniciativas similares.

REFERENCIAS

Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (2021). Acción Global para la Salud Ocular. <https://www.iapb.org/es/>

Análisis y Evaluación Social Consultores. (2003). Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social. Guía de Evaluación de Programas y Proyectos Sociales. <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ongVoluntariado/docs/evaluaciondeprogramasyproyectosociales.pdf>

Arrieta, C. E. L., Duerksen, R. y Lasingh, Ch. V. (2011). Manual de Ceguera por Catarata en América Latina. <https://www.ofthalmologos.org.ar/catalogo/items/show/6061>

Bambo, M. P., García-Martin, E., Otin, S., Sancho, E., Fuertes, I., Herrero, R., Satue, M., & Pablo, L. (2014). Influence of cataract surgery on repeatability and measurements of spectral domain optical coherence tomography. *The British journal of ophthalmology*, 98(1), 52–58. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2013-303752>

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). (2021). Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Gobierno de España. (2021). Alto Comisionado para la Agenda 2030. https://www.agenda2030.gob.es/recursos/docs/METAS_DE_LOS_ODS.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6a. edición). McGraw-Hill Education.

Martínez-Lamas, M. y Suárez-Rodríguez, A. (2014). Caracterización clinicoepidemiológica de los pacientes con catarata senil en el estado venezolano de Sucre. *MEDISAN*, 18(12), 1719-1724. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001200012&lng=es&tlng=es

Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social 2007-2010. (2021). https://www.plataformaong.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1366889211_plan_estrategico_2007_2010.pdf

Organización Mundial del Comercio. 2016. https://www.wto.org/spanish/thewto_s/coher_s/mdg_s/mdgs_s.htm

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Ceguera y discapacidad visual. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

OMS-IAPB. Plan Estratégico Visión 2020. 2012. http://www.v2020la.org/images/Plan_Estrategico_2012.pdf

Pierru, A., Carles, M., Gastaud, P., y Baillif, S. (2014). Measurement of subfoveal choroidal thickness after cataract surgery in enhanced depth imaging optical coherence tomography. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 55:4967-74. <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2128914#90609411>

Polack, S., Yorston, D., López-Ramos, A., Lepe-Orta, S., Martins-Baia, R., Alves, L. Grau-Alvidrez C., Gómez-Bastrar, P. y Kuper, H. (2012). Rapid Assessment of Avoidable Blindness an Diabetic Retinopathy in Chiapas, México. *Ophthalmology*. Vol 119 (5). 1033-1040. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0161642011010487>

ANEXOS

ANEXO 1. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y sus metas.

	<p>OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 1a: Reducir a la mitad la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día • Meta 1b: Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes • Meta 1c: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre
	<p>OBJETIVO 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 2a: Asegurar que los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria
	<p>OBJETIVO 3: PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 3a: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015
	<p>OBJETIVO 4 REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 4a: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años
	<p>OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 5a: Reducir un 75 por ciento la tasa de mortalidad materna • Meta 5b: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva
	<p>OBJETIVO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 6a: Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA • Meta 6b: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten • Meta 6c: Detener y comenzar a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves
	<p>OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 7a: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente • Meta 7b: Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010 • Meta 7c: Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento • Meta 7d: Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales
	<p>OBJETIVO 8: FOMENTAR UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 8a: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio • Meta 8b: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados • Meta 8c: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo • Meta 8d: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo • Meta 8e: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos

FUENTE: Organización Mundial del Comercio. 2016.

ANEXO 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y sus metas

 <p>1 FIN DE LA POBREZA</p>	<p>OBJETIVO 1: FIN DE LA POBREZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 1.1 Erradicación de la pobreza extrema. • Meta 1.2 Reducción de la pobreza relativa en todas sus dimensiones. • Meta 1.3 Implantación de sistemas de protección social. • Meta 1.4 Garantía de acceso a servicios básicos y recursos financieros. • Meta 1.5 Resiliencia a desastres ambientales, económicos y sociales. • Meta 1.A Fomentar la resiliencia a los desastres ambientales, económicos y sociales. • Meta 1.B Creación de marcos normativos para erradicar la pobreza.
 <p>2 HAMBRE CERO</p>	<p>OBJETIVO 2: HAMBRE CERO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 2.1 Poner fin al hambre. • Meta 2.2 Poner fin a todas las formas de malnutrición. • Meta 2.3 Duplicación de productividad e ingresos agrícolas a pequeña escala. • Meta 2.4 Prácticas agrícolas sostenibles y resilientes. • Meta 2.5 Mantenimiento de la diversidad genética de semillas. • Meta 2.A Aumento de inversiones en agricultura. • Meta 2.B Estabilidad mercados agropecuarios mundiales. • Meta 2.C Control de la volatilidad de precios de los alimentos.
 <p>3 SALUD Y BIENESTAR</p>	<p>OBJETIVO 3: SALUD Y BIENESTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 3.1 Reducción de la tasa de mortalidad materna. • Meta 3.2 Eliminar la mortalidad infantil. • Meta 3.3 Poner fin a las enfermedades transmisibles. • Meta 3.4 Reducción de las enfermedades no transmisibles y salud mental. • Meta 3.5 Prevención y tratamiento de abusos de drogas y alcohol. • Meta 3.6 Reducción de accidentes de tráfico. • Meta 3.7 Garantía de acceso a la salud Sexual y reproductiva, y a la planificación familiar. • Meta 3.8 Lograr la cobertura universal y acceso medicamentos. • Meta 3.9 Reducción de muertes por contaminación química y polución. • Meta 3.A Control del tabaco. • Meta 3.B Apoyo a la I+D de vacunas y medicamentos esenciales. • Meta 3.C Aumento de la financiación del sistema sanitario. • Meta 3.D Refuerzo en la gestión de riesgos sanitarios.
 <p>4 EDUCACIÓN DE CALIDAD</p>	<p>OBJETIVO 4: EDUCACIÓN DE CALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 4.1 Asegurar la calidad de la educación primaria y secundaria. • Meta 4.2 Asegurar el acceso y calidad de la educación Pre-escolar. • Meta 4.3 Asegurar el acceso igualitario a la formación superior. • Meta 4.4 Aumento de las competencias para acceder al empleo. • Meta 4.5 Eliminación Disparidad de género y colectivos vulnerables. • Meta 4.6 Asegurar la alfabetización y conocimiento de aritmética. • Meta 4.7 Fomentar la educación Global para el Desarrollo Sostenible. • Meta 4.A Mejora de instalaciones educativas inclusivas y seguras. • Meta 4.B Aumento de becas para enseñanza superior. • Meta 4.C Mejorar la cualificación de docentes.
 <p>5 IGUALDAD DE GÉNERO</p>	<p>OBJETIVO 5: IGUALDAD DE GÉNERO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 5.1 Poner fin a la discriminación. • Meta 5.2 Eliminar todas las formas de violencia de género. • Meta 5.3 Eliminar matrimonio infantil y mutilación genital femenina. • Meta 5.4 Reconocer el trabajo de cuidados y doméstico. • Meta 5.5 Asegurar la participación plena de la mujer e igualdad oportunidades. • Meta 5.6 Asegurar el acceso salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. • Meta 5.A Asegurar la igualdad de derechos a los recursos económicos. • Meta 5.B Mejorar el uso de tecnología y TIC. • Meta 5.C Aprobar políticas y leyes para la igualdad y el empoderamiento.

	<p>OBJETIVO 6: AGUALIMPIA Y SANEAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 6.1 Lograr el acceso a agua potable. • Meta 6.2 Lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene. • Meta 6.3 Mejorar la calidad de agua. Reducir la contaminación y aguas residuales. • Meta 6.4 Aumentar el uso eficiente de recursos hídricos (extracción de agua dulce). • Meta 6.5 Implementar la gestión integral de recursos hídricos. • Meta 6.6 Protección de los ecosistemas relacionados con agua. • Meta 6.A Fomentar la creación de capacidades de gestión. • Meta 6.B Apoyar la participación de las comunidades locales.
	<p>OBJETIVO 7: ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 7.1 Garantizar acceso universal a energía. • Meta 7.2 Aumento de las energías renovables. • Meta 7.3 Duplicar la tasa de eficiencia energética. • Meta 7.A Aumento de la investigación e inversión en energías limpias. • Meta 7.B Ampliar la infraestructura y tecnología en países en desarrollo.
	<p>OBJETIVO 8: TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 8.1 Mantenimiento del crecimiento económico. • Meta 8.2 Elevar la productividad a través de la diversificación, tecnología e innovación. • Meta 8.3 Fomento de pequeña y mediana empresa. • Meta 8.4 Mejora de la producción y consumo eficiente y respetuoso. • Meta 8.5 Lograr el pleno empleo y trabajo decente. • Meta 8.6 Reducción de los jóvenes sin trabajo ni estudios. • Meta 8.7 Erradicación la esclavitud, trata y trabajo infantil. • Meta 8.8 Protección de los derechos laborales y trabajo seguro. • Meta 8.9 Promoción el turismo sostenible. • Meta 8.10 Fortalecimiento la capacidad de las instituciones financieras. • Meta 8.A Aumento ayuda para el comercio en países en desarrollo. • Meta 8.B Desarrollo de la estrategia mundial para empleo juvenil.
	<p>OBJETIVO 9: INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 9.1 Desarrollo de Infraestructura sostenible. • Meta 9.2 Promoción de industria inclusiva y sostenible. • Meta 9.3 Aumento del acceso PYMES a servicios financieros y cadenas de valor. • Meta 9.4 Modernización de la infraestructura, tecnología limpia. • Meta 9.5 Aumento de la investigación científica, capacidad tecnológica. • Meta 9.A Apoyo a infraestructuras sostenibles y resilientes. • Meta 9.B Desarrollo de la tecnología, investigación e innovación. • Meta 9.C Aumento del acceso a TIC e Internet.
	<p>OBJETIVO 10: REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 10.1 Crecimiento de Ingresos del 40% población pobre. • Meta 10.2 Promoción de la Inclusión social, económica y política. • Meta 10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades. • Meta 10.4 Adopción de políticas fiscales, salariales y de protección social. • Meta 10.5 Mejorar de la regulación de los mercados financieros mundiales. • Meta 10.6 Participación de países en desarrollo en IFIs y OOII. • Meta 10.7 Facilitar la migración y políticas migratorias ordenadas. • Meta 10.A Aplicación del principio del trato especial y diferenciado (OMC). • Meta 10.B Fomento de corrientes financieras para países en desarrollo. • Meta 10.C Reducción de costes de Remesas
	<p>OBJETIVO 11: CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 11.1 Asegurar el acceso a la vivienda. • Meta 11.2 Proporcionar el acceso a transporte público. • Meta 11.3 Aumento de la urbanización inclusiva y sostenible. • Meta 11.4 Protección del patrimonio cultural y natural.

	<ul style="list-style-type: none"> • Meta 11.5 Reducción del número de muertes por desastres y reducción de vulnerabilidad. • Meta 11.6 Reducción del impacto ambiental en ciudades. • Meta 11.7 Proporcionar el acceso a zonas verdes y espacios públicos seguros. • Meta 11.A Apoyo a vínculos zonas urbanas, periurbanas y rurales. • Meta 11.B Aumento de la reducción de riesgos de desastres en ciudades. • Meta 11.C Apoyo a la construcción de edificios sostenibles y resilientes en PMAs.
	<p>OBJETIVO 12: REDUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 12.1 Aplicación marco de consumo y producción sostenibles. • Meta 12.2 Lograr el uso eficiente de recursos naturales. • Meta 12.3 Reducción del desperdicio de alimentos. • Meta 12.4 Gestión de desechos y productos químicos. • Meta 12.5 Prevención, reducción, reciclado y reutilización de desechos. • Meta 12.6 Adopción de prácticas sostenibles en empresas. • Meta 12.7 Adquisiciones públicas sostenibles. • Meta 12.8 Asegurar la educación para el Desarrollo Sostenible. • Meta 12.A Fortalecimiento de ciencia y tecnología para sostenibilidad. • Meta 12.B Lograr turismo sostenible • Meta 12.C Regulación de subsidios a combustibles fósiles.
	<p>OBJETIVO 13: ACCIÓN POR EL CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 13.1 Fortalecimiento de la resiliencia y adaptación. • Meta 13.2 Incorporación del cambio climático en políticas, estrategias y planes nacionales. • Meta 13.3 Mejora de la Educación y sensibilización medioambiental. • Meta 13.A Movilización de recursos económicos. • Meta 13.B Gestión cambio climático en los países menos avanzados.
	<p>OBJETIVO 14: VIDA SUBMARINA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 14.1 Prevención y reducción de la contaminación marina. • Meta 14.2 Gestión ecosistemas marinos y costeros. • Meta 14.3 Minimización de la acidificación de océanos. • Meta 14.4 Regulación de la explotación pesquera sostenible. • Meta 14.5 Conservación zonas costeras y marinas. • Meta 14.6 Combatir la pesca ilegal y excesiva. • Meta 14.7 Aumento de los beneficios económicos de la pesca sostenible. • Meta 14.A Apoyo a la investigación y tecnología marina. • Meta 14.B Fomento de la pesca a pequeña escala y artesanal. • Meta 14.C Aplicación Convención de NNUU sobre el Derecho del Mar.
	<p>OBJETIVO 15: VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 15.1 Asegurar la Conservación y uso sostenibles de los ecosistemas. • Meta 15.2 Gestión sostenibles de bosques. Meta 15.3 Lucha contra la desertificación. • Meta 15.4 Asegurar la conservación ecosistemas montañosos. • Meta 15.5 Medidas contra la degradación y pérdida de biodiversidad. • Meta 15.6 Acceso y uso adecuado de los recursos genéticos. • Meta 15.7 Combatir la caza furtiva y especies protegidas. • Meta 15.8 Prevención de especies invasoras. • Meta 15.9 Integración de planes sensibles a medioambiente. • Meta 15.A Movilización y aumento de los recursos financieros. • Meta 15.B Aumento de recursos para gestión forestal. • Meta 15.C Apoyar la lucha contra caza furtiva.

	<p>OBJETIVO 16: PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 16.1 Reducción de todas las formas de violencia. • Meta 16.2 Erradicación del maltrato, trata y explotación infantil. • Meta 16.3 Promoción del Estado de Derecho, acceso a justicia. • Meta 16.4 Reducción de las Corrientes financieras y de armas ilícitas. • Meta 16.5 Reducción de la corrupción y soborno. • Meta 16.6 Creación de instituciones eficaces y transparentes. • Meta 16.7 Fomento de la participación ciudadana. • Meta 16.8 Fortalecimiento de la participación países en desarrollo en OOII. • Meta 16.9 Proporción de identidad jurídica y registro de nacimientos. • Meta 16.10 Acceso a información y libertades fundamentales. • Meta 16.A Fortalecimiento instituciones en prevención de la violencia. • Meta 16.B Promoción y aplicación de leyes y políticas (DDHH).
	<p>OBJETIVO 17: ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta 17.1 Movilización de recursos domésticos para recaudación fiscal. • Meta 17.2 Cumplimiento del 0,7% AOD. • Meta 17.3 Movilización de recursos financieros adicionales. • Meta 17.4 Reestructuración de la Deuda. • Meta 17.5 Promoción de inversiones en países menos adelantados. • Meta 17.6 Mejora del traspaso de tecnología. • Meta 17.7 Promoción de tecnologías ecológicamente racionales. • Meta 17.8 Creación de banco de tecnología. • Meta 17.9 Refuerzo de capacidades de implementación ODS. • Meta 17.10 Promoción de comercio multilateral universal. • Meta 17.11 Aumento de las exportaciones de países en desarrollo. • Meta 17.12 Acceso a mercado para países en desarrollo. • Meta 17.13 Aumento de la estabilidad macroeconómica mundial. • Meta 17.14 Mejora de la coherencia de políticas. • Meta 17.15 Respeto a la Soberanía nacional. • Meta 17.16 Mejorar la Alianza Mundial para el desarrollo sostenible. • Meta 17.17 Fomento de alianzas público-privadas. • Meta 17.18 Creación de capacidad estadística. • Meta 17.19 Promoción de indicadores que vayan más allá del PIB.

FUENTE: Gobierno de España. 2021.

ANEXO 3. Cuestionario para la Evaluación del impacto social de la Cruzada por un Chiapas sin Cataratas.



Universidad Autónoma de Chiapas
Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres
Maestría en Gestión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
Instrumento de evaluación del impacto social de la Cruzada por un Chiapas sin Cataratas.



Número de folio: _____

I. Datos generales de identificación y caracterización

Nombre:	Sexo:	Estado civil:
Dirección:	Edad:	Religión:
Municipio:	Expediente:	Escolaridad:

II. Etapa de Pre-intervención

1. ¿Sabía usted qué enfermedad tiene o tenía que le impedía ver bien?	SI NO
2. ¿Sabe usted por qué sufre de visión borrosa?	SI NO
3. Explique: _____	
4. ¿Sufrir de alguna enfermedad crónica?	SI NO
5. ¿Cuál? Diabetes / Hipertensión/ Otras _____	
6. ¿Hace cuántos años sufre usted de visión borrosa?	_____ años
7. ¿A qué se dedicaba antes de enfermarse de visión borrosa?	_____
8. ¿Qué actividades hacía usted en su domicilio cuando estaba enfermo?	_____
9. ¿Tiene familia o personas que dependan económicamente de usted?	SI NO
10. ¿Tiene usted derechohabencia a instituciones de salud?	SI NO
11. ¿A cuál? IMSS, SSA, ISSSTE, ISSTECH, ETC.	
12. ¿Ha recibido atención médica por padecer de los ojos?	SI NO
13. En caso de no haber tenido explique si por:	Falta de dinero/Desinterés
14. Si recibió atención médica, ¿de qué tipo?	Atención pública / Atención privada
15. ¿Recibió algún apoyo del gobierno por padecer visión borrosa?	SI NO
16. ¿Qué tipo de apoyo fue?	Orientación / Económico / Cirugía
17. ¿Depende económicamente de alguien?	SI NO
18. ¿Dependía de alguien para realizar actividades diarias?	SI NO
19. ¿Cómo se enteró de la cruzada por un Chiapas libre de cataratas?	Persona a persona / DIF Radio / TV/ Diarios

III. Etapa de Pre-intervención

20. ¿Quién fue a preguntar o solicitar información para ingresar a la cruzada?	Personalmente / Familiar / Amigo / Vecino
21. ¿Cuánto tiempo pasó desde que se registró en el programa hasta que lo operaron?	_____Días/meses
22. ¿Cómo lo trataron durante las siguientes etapas del programa?	Registro: Muy bien / Bien/ Regular / Mal / Muy mal Estudios de laboratorio: Muy bien / Bien/ Regular / Mal / Muy mal Operación: Muy bien / Bien/ Regular / Mal / Muy mal Seguimiento: Muy bien / Bien/ Regular / Mal / Muy mal
23. ¿Cuánto le cotizaron que gastaría en forma privada por su cirugía?	Menos de \$5,000 / De \$5,000-10,000 / Más de \$10,000
24. ¿Cuánto gastó usted en el programa para lograr su cirugía?	Nada / Menos de \$5,000/ De 5,000-\$10,000 / Más de \$10,000
25. De manera general, ¿cómo sintió que lo trataron en el programa?	Muy bien / Bien/ Regular / Mal / Muy mal
26. ¿Mejóro su visión después de la cirugía?	SI NO
27. ¿Qué actividades realiza usted ahora? _____	
28. ¿Depende de alguien para realizar sus actividades diarias?	SI NO
29. ¿Cambió su vida después de la cirugía?	SI NO
30. ¿Qué tanto cambio su vida? Igual / Poco / Mucho	
31. ¿Cómo calificaría usted en general, al programa cruzada por un Chiapas libre de cataratas?	Muy bien / Bien/ Regular / Mal/ Muy mal

Nombre y firma del encuestador: _____

Lugar y Fecha de elaboración: _____