

58.º CONSEJO DIRECTIVO

72.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Sesión virtual, 28 y 29 de septiembre del 2020

CD58/INF/2
7 de agosto del 2020
Original: inglés

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA Y DE LAS DEFICIENCIAS VISUALES: INFORME FINAL

Antecedentes

1. El 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (*Documento Oficial 345*) (1) y el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales* (documento CD53/11) (2), que presentaban medidas concretas destinadas a abordar las prioridades para la prevención de la ceguera y la atención oftalmológica en la Región de las Américas. En el 2015, 117,86 millones de personas tenían alguna deficiencia visual en América Latina y el Caribe; de ellas, 2,34 millones eran ciegas, 12,46 millones tenían alguna deficiencia visual de moderada a grave, 11,34 millones tenían una discapacidad leve y 91,72 millones tenían deterioro de la visión cercana. La catarata es la causa más común de ceguera y los defectos de refracción no corregidos son la causa más común de las deficiencias visuales. Varias estimaciones indican que la prevalencia de la ceguera seguirá disminuyendo; sin embargo, las cifras absolutas aumentarán a 132 millones de personas con deficiencia visual debido al envejecimiento de la población (3). En este informe final se examina el progreso para alcanzar los objetivos establecidos en las líneas estratégicas de acción; asimismo, se presenta un panorama general del progreso logrado en la Región de las Américas en materia de salud ocular.

Análisis del progreso logrado

2. La atención ocular en América Latina y el Caribe ha mejorado sustancialmente, debido a cinco adelantos importantes: *a*) generación y uso de la evidencia científica en la formulación de políticas; *b*) reducción de la prevalencia de la ceguera; *c*) reducción de las inequidades en la prestación de la atención oftalmológica; *d*) aumento del acceso a los servicios de atención oftalmológica para adultos; *e*) aumento del acceso a los servicios de atención oftalmológica para niños. Se ha mejorado la gobernanza debido a la generación de evidencia mediante encuestas poblacionales (4-13) y revisiones (14-18) que han aportado una plataforma sólida para medir el progreso; las estimaciones regionales y de

país acerca de la prevalencia estandarizada por la edad de la ceguera y de la deficiencia visual siguen mostrando una disminución (1, 14) y las proyecciones indican que está tendencia continuará. La investigación basada en soluciones ha aportado un sentido de dirección (19-23) a fin de guiar las políticas futuras de salud ocular.

3. Con el propósito de reducir las desigualdades en la prestación de servicios de atención oftalmológica, la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) estableció un programa para mejorar la eficiencia y la calidad en algunos hospitales públicos destinatarios. Este programa generó resultados considerablemente mayores, sin necesidad de aumentar los recursos, mediante el mejoramiento del mecanismo de prestación de servicios, el fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión, además de la adopción de normas para mejorar el desempeño y la calidad. La calidad de la cirugía de catarata se mejoró al aumentar las competencias de los oftalmólogos que trabajan en el sector público, por medio de “laboratorios húmedos” y programas de instrucción impartidos por expertos internacionales. Se generó y publicó evidencia acerca de las inequidades en la distribución de los recursos humanos (24) a fin de brindar apoyo a la promoción de políticas y programas dirigidos a capacitar nuevos oftalmólogos para los grupos poblacionales subatendidos, en especial en los programas de residencia en hospitales públicos.

4. En el transcurso del período abarcado por el plan de acción, aumentó el acceso y la calidad de los servicios de atención oftalmológica para adultos. Con el apoyo de varios asociados internacionales, la Oficina prestó cooperación técnica para establecer un modelo de cirugía de catarata de alta calidad y de gran volumen dentro de los servicios de oftalmología existentes en el sector público, con lo cual se redujeron las largas listas de espera relacionadas con esta intervención quirúrgica y la acumulación de casos de ceguera debidos a la catarata. Algunos países descentralizaron los servicios de cirugía de catarata hacia los hospitales regionales para aumentar el acceso geográfico a estos servicios. La Oficina prestó cooperación y, junto con varios asociados y ministerios de salud, preparó y sometió a prueba modelos estandarizados para la detección, la derivación y el tratamiento de los pacientes diabéticos que presentan retinopatía diabética (25). Estos modelos sustentarán las futuras políticas basadas en la evidencia.

5. Se han logrado avances importantes en el número de bebés prematuros que cumplen los criterios que se han sometido a tamizaje y han recibido tratamiento para la retinopatía del recién nacido prematuro (ROP, por su sigla en inglés) en por lo menos la mitad de los países, con lo cual se ha reducido la incidencia de la ceguera causada por este trastorno (23). El programa de control de ROP de la Oficina es una iniciativa conjunta entre el programa de salud ocular y el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/WR), de la OPS, que promueve políticas nacionales, formula directrices clínicas, brinda apoyo al fortalecimiento de los servicios en las unidades de cuidado intensivo neonatal y mejora las competencias de los recursos humanos para la salud. Durante el período en consideración, se publicó una versión actualizada de las directrices de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención neonatal, así como de la detección y el tratamiento de la retinopatía del recién nacido prematuro (26). La Oficina

brindó apoyo a la generación de evidencia acerca de opciones claras de política para abordar la atención oftalmológica primaria en los programas de detección de errores de refracción destinados a escolares (19). Esta será la base para la formulación de las futuras directrices de práctica clínica en esta especialidad.

6. La Oficina llevó a cabo una evaluación epidemiológica de la baja visión funcional (BVF) en la Región. Una persona con BVF es alguien que tiene deficiencia visual aun después del tratamiento o la corrección usual de la refracción, pero quien utiliza o tiene la capacidad potencial de utilizar la vista para planificar o llevar a cabo una tarea. La prevalencia de la BVF aumenta con la edad y varía entre 0,9 y 2,2% en las personas mayores de 50 años de edad en 15 países latinoamericanos (16). Estos datos científicos se usaron a fin de abogar a nivel nacional por el establecimiento de servicios nuevos relacionados con la BVF y la utilización de los ya existentes.

7. A nivel regional, la Oficina creó una comunidad de aprendizaje con los coordinadores del programa nacional de atención oftalmológica de los ministerios de salud, a fin de impulsar el aprendizaje a partir de los problemas y los éxitos. Se intercambia información en los talleres presenciales bienales y se establecen metas y prioridades claras.

Línea estratégica de acción 1: Gobernanza de la salud visual por parte de la autoridad sanitaria

8. A lo largo de este período, en la Región se publicó un número considerable de encuestas poblacionales en personas mayores de 50 años de edad, que se utilizaron para establecer la línea de base, hacer el seguimiento del progreso y promover las políticas nacionales en algunos países. A nivel regional, los datos se utilizaron para estimar las inequidades en materia de salud ocular (15). La prevalencia de la ceguera y de la deficiencia visual moderada se concentraba en los grupos más desfavorecidos socialmente. En la cirugía de catarata, la cobertura y los resultados óptimos se concentraban en la población más rica (15). Otro logro importante fue el aumento en el número de países que utilizaron el Instrumento de Evaluación de los Servicios de Atención Oftálmica (IESAO), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la evaluación de la capacidad de sus sistemas y servicios de salud para responder a las necesidades de atención oftalmológica. En el IESAO también se presentaba orientación sobre las intervenciones basadas en la evidencia para mejorar el desempeño. Actualmente, la mayoría de los ministerios de salud cuentan con coordinadores nacionales de la atención oftalmológica que sirven de enlace con otros programas de salud, las autoridades locales de salud y la Oficina. La mayoría de los coordinadores nacionales presentan un análisis anual de la situación a la Oficina, en el que utilizan los indicadores del programa regional.

Objetivo 1.1: Aumentar los datos científicos epidemiológicos y de servicios que son utilizados para potenciar y reforzar el compromiso político y financiero de los Estados Miembros en la esfera de la salud ocular	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>1.1.1 Número de estudios poblacionales de prevalencia de impedimentos visuales realizados por los Estados Miembros habrá aumentado</p> <p>Línea de base (2014): 18 Meta (2019): 24</p>	<p>Esta meta se alcanzó. Un total de 25 países ha alcanzado el indicador. En el período considerado, siete países publicaron encuestas poblacionales (4-10) para suministrar cifras sobre la prevalencia de la ceguera y la deficiencia visual, sus principales causas, la cobertura de la cirugía de cataratas y los resultados de la agudeza visual después de la cirugía, además de los obstáculos para tener acceso a los servicios quirúrgicos oftálmicos en una zona geográfica específica.</p>
<p>1.1.2 Número de países que han llevado a cabo y publicado una evaluación de los servicios de atención oftálmica</p> <p>Línea de base (2014): 3 Meta (2019): 10</p>	<p>Esta meta se alcanzó. Actualmente, un total de 15 países ha publicado una evaluación de los servicios de salud oftálmica mediante el IESAO destinada a formular orientaciones para evaluar el estado y la funcionalidad de los servicios y sistemas de atención oftalmológica de un país.</p>
Objetivo 1.2: Formular, actualizar, aplicar y hacer seguimiento a las políticas y planes nacionales y subnacionales para mejorar la salud ocular universal durante el curso de vida a través del fortalecimiento de los sistemas de salud	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>1.2.1 Número de Estados Miembros que presentan informes anuales sobre la aplicación de las políticas, planes y programas de salud ocular</p> <p>Línea de base (2014): 17 Meta (2019): 25</p>	<p>Esta meta se alcanzó. Un total de 25 Estados Miembros informó haber puesto en práctica políticas y planes de atención oftalmológica, y haber utilizado los indicadores anuales de desempeño y la herramienta de información.</p>
<p>1.2.2 Número de Estados Miembros que cuentan con un coordinador nacional o han establecido un comité de prevención de la ceguera que haga un seguimiento activo de la aplicación de políticas y la ejecución de planes de salud ocular</p> <p>Línea de base (2014): 14 Meta (2019): 20</p>	<p>Esta meta se alcanzó. 24 ministerios de salud nombraron a un funcionario como punto focal para el programa de prevención de la ceguera y atención oftalmológica. Cada dos años (2015, 2017, 2019) se organizaron reuniones con los coordinadores nacionales para fines de capacitación e intercambio de experiencias.</p>

Objetivo 1.2: Formular, actualizar, aplicar y hacer seguimiento a las políticas y planes nacionales y subnacionales para mejorar la salud ocular universal durante el curso de vida a través del fortalecimiento de los sistemas de salud	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>1.2.3 Número de Estados Miembros que informan sobre la integración de la salud ocular en los planes y presupuestos nacionales de salud</p> <p>Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta no se ha alcanzado. Solamente 13 Estados Miembros informaron haber integrado la salud ocular en los planes y los presupuestos nacionales de salud.</p> <p>El enfoque futuro deberá centrarse en la integración de la atención oftalmológica en los planes, programas y presupuestos de atención de la salud (por ejemplo, atención de la madre y el niño, programas de salud escolar, diabetes, envejecimiento).</p>
<p>1.2.4 Número de Estados Miembros que notifican la inclusión de secciones dedicadas a la salud ocular en sus listas nacionales de medicamentos esenciales, pruebas de diagnóstico y tecnologías sanitarias</p> <p>Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 10</p>	<p>Esta meta se alcanzó. 13 Estados Miembros informaron haber integrado los medicamentos y las tecnologías para la atención oftalmológica en sus listas nacionales de medicamentos esenciales.</p>

Línea estratégica de acción 2: Servicios de salud ocular disponibles, accesibles, asequibles y de calidad para toda la población

9. En la mayoría de los países, se publicó evidencia científica sobre la desigualdad en la distribución de los oftalmólogos dentro de los países y entre ellos (24), con un número desproporcionadamente alto concentrado en las zonas más desarrolladas y socialmente favorecidas. Esos datos se utilizaron para llevar a cabo actividades de promoción de la causa y alentar a las sociedades profesionales y a la mayoría de los programas públicos de residencia a que asignen prioridad a la capacitación de nuevos oftalmólogos para los grupos poblacionales subatendidos. Ocho países informaron tener un plan sobre recursos humanos para la atención oftalmológica. Un aspecto esencial fue el mejoramiento de la eficiencia, la rendición de cuentas, la calidad y la cultura institucional de los servicios públicos de atención oftalmológica. Esta quizás sea la manera más eficaz de mejorar el acceso para los grupos vulnerables, ya que reduce las listas de espera, entre otros problemas observados en el sector público. La Oficina aportó conocimientos técnicos y apoyo para mejorar el funcionamiento de los servicios públicos de oftalmología en seis Estados Miembros. El determinante clave del éxito fue el compromiso contraído por las autoridades de los hospitales de ejecutar los cambios e informar acerca de ellos y del progreso logrado.

Objetivo 2.1: Crear y mantener una fuerza de trabajo capacitada, productiva y distribuida de manera equitativa a nivel nacional y subnacional	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>2.1.1 Número de países que han llevado a cabo evaluaciones periódicas de la disponibilidad de personal de atención oftálmica a nivel subnacional</p> <p>Línea de base (2014): 1 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta se alcanzó. 23 países hicieron evaluaciones de la disponibilidad de oftalmólogos a nivel subnacional (14 países de América Latina y 9 del Caribe) (24). Se observa una gran inequidad en la distribución de los oftalmólogos dentro de los países y entre ellos, con un número desproporcionado concentrado en las zonas más desarrolladas y socialmente favorecidas.</p>
<p>2.1.2 Número de países que notifican un plan nacional de capacitación y asignación de recursos humanos especializados en salud ocular en zonas y poblaciones desatendidas por los sistemas de salud</p> <p>Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 10</p>	<p>Esta meta no se ha alcanzado. Solamente ocho países informaron tener un plan de formación de recursos humanos para la atención oftalmológica. Es necesario que un mayor número de países elaboren planes, incentiven la redistribución de los recursos humanos y conviertan estos planes en medidas concretas.</p>
Objetivo 2.2: Fortalecer la capacidad organizativa de los servicios públicos de oftalmología para prestar servicios de atención oftalmológica eficientes, asequibles y de alta calidad	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>2.2.1 Número de Estados Miembros que han establecido un programa de fortalecimiento de los servicios públicos de oftalmología de acuerdo al protocolo establecido por la OPS</p> <p>Línea de base (2014): 3 Meta (2019): 12</p>	<p>Esta meta no se ha alcanzado. Solamente seis Estados Miembros están trabajando para fortalecer los programas públicos de servicios de atención oftalmológica. Cada servicio tiene que recopilar información inicial, recibir una visita de evaluación inicial, participar en un taller de planificación y recibir otras dos visitas anuales de seguimiento. Se estandarizó la metodología para mejorar la administración y el proceso.</p>
Objetivo 2.3: Incluir indicadores de salud ocular en los sistemas de información nacionales para monitorear la prestación de servicios de atención oftálmica y su calidad	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>2.3.1 Número de Estados Miembros que incluyen la cirugía de catarata en los sistemas nacionales de información.</p> <p>Línea de base (2014): 1 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta se alcanzó. Siete Estados Miembros informaron haber incluido el número de cirugías de catarata en sus sistemas nacionales de información de salud; sin embargo, los datos se recopilan principalmente del sector público, lo que es un factor limitante para generar las tasas anuales.</p>

Línea estratégica de acción 3: Reducir la ceguera y la deficiencia visual en adultos

10. Se prevé que las recientes mejoras administrativas y clínicas en los servicios públicos de atención ocular tengan un impacto positivo en los servicios clínicos y quirúrgicos para el tratamiento de la catarata, del glaucoma y de las personas diabéticas. A lo largo de este período, se propuso utilizar la cobertura efectiva de la cirugía de catarata en reemplazo de la tasa de cirugía de catarata para medir el acceso a los servicios de cataratas, ya que combina la cobertura con la calidad de la cirugía, revela inequidades en el acceso al servicio y en los resultados, además de ofrecer un indicador objetivo y fácil de medir de la cobertura universal de salud de los servicios para las personas mayores (28). Este indicador nuevo fue adoptado por la OMS en su *Informe mundial sobre la visión*, publicado en el 2019 (29). Algunos países llevaron a cabo un análisis de la situación por medio del instrumento de la OMS para la evaluación de la diabetes y la retinopatía diabética, a fin de evaluar los niveles de prestación de servicios y detectar las brechas que deben abordarse para garantizar el acceso universal a la atención de la diabetes, así como a la prevención y el tratamiento de la retinopatía diabética. Algunos servicios elaboraron modelos de prestación de servicios de detección temprana y de derivación para la retinopatía diabética (27). Con el fin de mejorar el acceso de la atención ocular a otros servicios, la atención ocular debe integrarse en programas de salud específicos (por ejemplo, enfermedades no transmisibles, salud de los adultos, atención primaria y rehabilitación).

Objetivo 3.1: Reducir la ceguera y el impedimento visual causados por catarata mediante el aumento de la cobertura de la cirugía de catarata a todos los segmentos de la población y el cumplimiento de los estándares de calidad	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>3.1.1 Número de países que han sobrepasado una tasa de cirugía de catarata de 2.000 por 1 millón de habitantes por año</p> <p>Línea de base (2014): 19 Meta (2019): 27</p>	<p>Este indicador se midió hasta el 2018 (con datos correspondientes al 2017). Los programas nacionales de atención ocular tuvieron serias dificultades para recopilar el número de cirugías de catarata llevadas a cabo en el sector privado, lo que afectó la validez del indicador. Los países siguen recabando datos del sector público únicamente, lo que limita la validez de este indicador.</p> <p>La recopilación de datos para calcular la tasa de cirugía de catarata antes del 2014 estaba a cargo de los comités nacionales del programa Visión 2020 (27). En el futuro, se invitará a los países a que usen el indicador sobre la cobertura efectiva de la cirugía de catarata (28), adoptado por la OMS en su <i>Informe mundial sobre la visión</i> (29). Este indicador nuevo mide el acceso a los servicios de catarata y su calidad, en el contexto de la cobertura universal de salud.</p>

Objetivo 3.2: Reducir la prevalencia de la ceguera causada por retinopatía diabética mediante el control metabólico, la detección precoz en individuos asintomáticos en riesgo y el tratamiento oportuno y adecuado	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>3.2.1 Número de países que han elaborado un análisis de situación de sus servicios de retinopatía diabética</p> <p>Línea de base (2014): 5 Meta (2019): 11</p>	<p>Esta meta se alcanzó. Un total de 13 países ha publicado y presentado una evaluación de sus servicios de retinopatía diabética por medio del instrumento de evaluación de la OMS, con el propósito de promoción de la causa y planificación de los servicios.</p>
<p>3.2.2 Número de países que notifican haber establecido modelos de atención que integran programas de detección temprana y de tratamiento oportuno de la retinopatía diabética como parte de la atención integral del diabético</p> <p>Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta se alcanzó. Nueve países están ejecutando el programa de tamizaje integrado en la atención primaria de salud y utilizando la telemedicina para derivar a los pacientes diabéticos que tengan retinopatía diabética. Los modelos se han estandarizado en todas las organizaciones no gubernamentales y en los hospitales públicos (25). Todavía está pendiente realizar un análisis económico para promover las políticas basadas en la evidencia.</p>
Objetivo 3.3: Reducir la incidencia de la ceguera debida al glaucoma de ángulo abierto mediante la detección y el tratamiento, especialmente en grupos de alto riesgo como personas de ascendencia africana, la población caribeña, los mayores de 40 años y quienes tengan antecedentes familiares de glaucoma	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>3.3.1 Número de países que ejecutan programas de concientización de la comunidad acerca del glaucoma</p> <p>Línea de base (2014): 9 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta se alcanzó. 15 programas de atención ocular en los ministerios de salud informaron que habían ejecutado programas de concientización comunitaria acerca del glaucoma en grupos poblacionales de alto riesgo (por ejemplo, personas mayores de 40 años, personas afrodescendientes y personas con antecedentes familiares de glaucoma).</p>
<p>3.3.2 Número de países que notifican un aumento en la tasa de cirugía de glaucoma</p> <p>Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta no se ha alcanzado. Ningún país midió la tasa de cirugía de glaucoma, los sistemas nacionales de información sobre salud no incluyen cirugía de glaucoma y la recopilación de datos para este indicador podría no ser factible en el futuro.</p>

Objetivo 3.4: Reducir la deficiencia visual mediante la detección y el tratamiento de defectos de refracción no corregidos y la presbicia en adultos	
Indicador, línea de base y meta	Estado
3.4.1 Número de países que incluyen la detección y tratamiento de la presbicia en adultos en sus planes nacionales de salud ocular y de adultos mayores Línea de base (2014): 0 Meta (2019): 10	Esta meta se alcanzó. 13 Estados Miembros están incluyendo la presbicia en sus programas nacionales de atención oftalmológica. En las futuras encuestas poblacionales de atención oftalmológica, se recomienda evaluar la cobertura de los servicios de presbicia.

Línea estratégica de acción 4: Reducir la ceguera y la deficiencia visual en niños

11. Un número cada vez mayor de países han informado que tienen políticas nacionales sobre retinopatía del prematuro (20, 23). Esto incluye: *a*) costos sufragados por el gobierno nacional; *b*) directrices nacionales para la retinopatía del prematuro; *c*) legislación que hace obligatorio el examen oftalmológico del recién nacido prematuro; y *d*) sistemas de recopilación de datos o de vigilancia para llevar a cabo el seguimiento del número de recién nacidos sometidos a exámenes de detección o tratados. Un total de 228 unidades de cuidado intensivo neonatal de la Región están informando datos para los indicadores de la calidad de los servicios de retinopatía del prematuro (23) y, en la mayoría de los países, la cobertura de la detección y el tratamiento a nivel subnacional oscila entre 50% y 100% (23). Varios países tienen programas nacionales para los defectos de refracción no corregidos en escolares y están midiendo el uso de anteojos para evaluar su eficacia, lo que ha mostrado una tendencia ascendente en algunos lugares (12). Los programas de salud para escolares muestran las ventajas del enfoque intersectorial para asegurar la sostenibilidad, la cobertura alta y la participación de la comunidad escolar.

Objetivo 4.1: Reducir la ceguera en niños prematuros debido a la retinopatía de la prematuridad mediante prevención de los partos prematuros, una óptima atención neonatal y la detección y el tratamiento oportunos, lo que puede prevenir más de la mitad de los casos de ceguera en niños por esta causa	
Indicador, línea de base y meta	Estado
4.1.1 Número de Estados Miembros que aplican una política nacional de prevención de retinopatía del prematuro Línea de base (2014): 9 Meta (2019): 14	Esta meta se alcanzó. 15 países informaron haber puesto en práctica políticas nacionales sobre retinopatía del prematuro (20, 23). Esto incluye: <i>a</i>) costos sufragados por el gobierno nacional; <i>b</i>) directrices nacionales para la retinopatía del prematuro; <i>c</i>) legislación que hace obligatorio el examen oftalmológico del recién nacido prematuro; y <i>d</i>) sistemas de recopilación de datos o de vigilancia para llevar a cabo el seguimiento del número de recién nacidos sometidos a exámenes de detección o tratados.

Objetivo 4.2: Reducir el déficit visual mediante la detección y el tratamiento de defectos de refracción no corregidos en escolares y adolescentes mediante programas de tamizaje y manejo eficaces	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>4.2.1 Número de Estados Miembros que han establecido modelos eficaces de programas intersectoriales de salud visual del escolar, de acuerdo a los estándares promovidos por la OPS</p> <p>Línea de base (2014): 1 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta se alcanzó. Siete países están aplicando los programas. Los determinantes clave del éxito son: <i>a)</i> políticas y programas dirigidos por los ministerios de educación, con el apoyo de los ministerios de salud; <i>b)</i> inclusión de la atención ocular en un conjunto de servicios de salud escolar; <i>c)</i> programas con mayor participación de la comunidad escolar, como maestros, padres y niños; y <i>d)</i> estrategias para aumentar el uso de los anteojos.</p>

Línea estratégica de acción 5: Reducir la carga de la ceguera y de la baja visión funcional en todos los grupos de edad

12. La Oficina publicó evidencia epidemiológica (16) a fin de apoyar las iniciativas destinadas a aumentar el número de servicios que tratan la baja visión funcional y recetan ayudas para las personas con deficiencias visuales, dado que la mayoría de los países ya cuentan con estos servicios. En este período, un mayor número de programas de residencia en oftalmología incorporó la atención de la BVF en su plan de estudios, con el fin de capacitar a los futuros oftalmólogos para ofrecer atención básica de los casos sencillos y derivar a los más complejos a la subespecialidad de BVF. Estas actividades procuran aumentar la concientización, el acceso a los servicios que atienden la disminución de la agudeza visual, su asequibilidad y su utilización para mantener la funcionalidad de la persona, a pesar de la deficiencia visual.

Objetivo 5.1: Prestar atención y servicios integrales a personas con baja visión funcional mediante la atención integral oftalmológica clínica, atención especializada para la baja visión con ayudas ópticas, rehabilitación y servicios educativos	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>5.1.1 Número de países que cuentan con servicios para tratar la baja visión funcional para el año 2019</p> <p>Línea de base (2014): 21 Meta (2019): 25</p>	<p>Esta meta no se ha alcanzado. Veintitrés países informaron que tienen servicios para tratar la BVF en el sector público o en el no gubernamental. Algunos países son demasiado pequeños para tener un servicio de tratamiento de la BVF; por consiguiente, será necesario capacitar a los oftalmólogos o a los optómetras para prestar atención básica en estos casos.</p>

Objetivo 5.1: Prestar atención y servicios integrales a personas con baja visión funcional mediante la atención integral oftalmológica clínica, atención especializada para la baja visión con ayudas ópticas, rehabilitación y servicios educativos	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>5.1.2 Número de países que incluyen el tema de la baja visión funcional como parte del currículo de la residencia de oftalmología y en los exámenes de certificación de oftalmólogos y optómetras</p> <p>Línea de base (2014): 1 Meta (2019): 7</p>	<p>Esta meta se alcanzado. Siete países informaron haber impartido capacitación sobre la BVF en sus programas de residencia. La concientización y el conocimiento de los profesionales de atención oftalmológica aumentan la detección y las derivaciones a la rehabilitación.</p>
Objetivo 5.2: Asegurar que las personas ciegas y con discapacidad visual tengan acceso a programas de rehabilitación y a oportunidades de educación, de conformidad con los instrumentos universales y regionales de derechos humanos, tales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	
Indicador, línea de base y meta	Estado
<p>5.2.1 Número de Estados Miembros que han formulado y o revisado la legislación y los planes nacionales que favorecen la educación incluyente de los niños con discapacidad visual, de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos del Niño, para el año 2019</p> <p>Línea de base (2014): 10 Meta (2019): 15</p>	<p>Esta meta no se ha alcanzado. Ningún país informó sobre el progreso logrado con respecto a este indicador. Es necesario fortalecer los vínculos con los programas de rehabilitación para lograr avances en este objetivo.</p>

Enseñanzas extraídas

13. A lo largo del período abarcado por el plan de acción, se lograron avances notables en la prevención, la detección y el tratamiento de la retinopatía del prematuro. El determinante clave del éxito en algunos países fueron los neonatólogos y pediatras que pasaron a ser los principales interesados directos del programa. Una situación similar con los profesionales de la salud que se ocupan de la diabetes, las personas mayores y los escolares aumentaría la sostenibilidad y la eficacia de estos programas.

14. La mejora de la eficiencia se ha aceptado ampliamente como uno de los cuatro objetivos generales de los sistemas de salud cuando se busca aumentar el acceso a servicios de buena calidad. Mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios públicos exige un compromiso fuerte de las autoridades de salud, tanto nacionales como locales, con orientación y asesoramiento permanentes y constantes de las autoridades nacionales de salud y de la Oficina para mejorar el desempeño de los servicios y las prácticas del personal (30, 31).

15. El método adoptado por el sector de la educación para informar y alentar a la comunidad escolar sobre los programas relacionados con la salud resultó eficaz. Un método intersectorial entre la salud y la educación mejoraría la eficacia y la sostenibilidad de los programas de salud para los escolares.

16. La formulación y la ejecución de las políticas exigen un proceso que incluya la generación de evidencia para promover las guías y las políticas nacionales. Un componente esencial para lograrlo es la persistencia y la promoción de la causa por parte de los grupos nacionales, y la Oficina desempeña una función catalizadora en el cambio de las políticas.

17. La inequidad en la prestación de servicios a los grupos poblacionales rurales y pobres es la causa principal de la ceguera y la deficiencia visual. El mejoramiento de los servicios públicos y la distribución de los recursos a nivel subnacional aumentarían el acceso para todas las personas, con lo cual se reducirían tanto la discapacidad visual como la ceguera.

Acción necesaria para mejorar la situación

18. Para lograr la atención universal de la salud ocular, se deberían tomar los siguientes pasos:

- a) *Integrar la atención oftalmológica en la atención de salud:* Hacer que el cuidado de la vista forme parte integral de la cobertura universal de salud contribuirá a que se alcancen los Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante su integración en los programas de salud (por ejemplo, atención materno-infantil, programas escolares, atención de la diabetes, programas para adultos y los relacionados con el envejecimiento saludable) y los sectores pertinentes (por ejemplo, sociales, educativos y laborales). La integración de la atención oftalmológica en la atención primaria de salud mejorará el acceso para los grupos vulnerables y contribuirá a la reducción de las inequidades en el acceso a los servicios.
- b) *Promover la implementación de alta calidad de los servicios públicos de atención ocular:* El mejoramiento de la eficiencia, la rendición de cuentas, la calidad y la cultura institucional de los servicios públicos de atención ocular es una de las estrategias más eficaces para aumentar el acceso de las personas de ingresos bajos, puesto que reduce algunos de los problemas del sector público, como las listas de espera.
- c) *Concientizar, comprometer y empoderar a las personas y las comunidades:* Es necesario concientizar a la comunidad sobre la disponibilidad de intervenciones eficaces que abordan las necesidades de atención ocular a lo largo del curso de la vida, además de comprometer y empoderar al público, en especial a los grupos poblacionales desatendidos, para aumentar la adopción de estilos de vida saludables y la demanda de servicios de atención oftalmológica.
- d) *Promover la investigación de alta calidad para apoyar políticas nacionales basadas en la evidencia:* Los datos epidemiológicos, las evaluaciones de los

sistemas y servicios, y la investigación basada en soluciones pueden utilizarse para establecer políticas y estrategias realistas adecuadas para traducirlas en acciones eficaces.

- e) *Desarrollar y mantener los recursos humanos para la atención oftalmológica:* Las evaluaciones periódicas de la distribución de los recursos humanos a nivel subnacional pueden detectar inequidades que lleven a que se ejecuten programas para subsanar las brechas. Esto incluye la creación de programas de residencia orientados a la cirugía en provincias desatendidas y al aumento de los puestos para aspirantes de las zonas rurales y de su capacitación para que trabajen en hospitales con poca tecnología. Las políticas nacionales deberán incluir estrategias de contratación y retención para las zonas pobres y rurales, lo que abarca incentivos financieros, buenas condiciones de trabajo y educación médica continua. La vocación y la misión de los médicos deben fortalecerse en las escuelas de medicina.

Intervención del Consejo Directivo

19. En vista de las circunstancias extraordinarias y sin precedentes por la pandemia de COVID-19, y de conformidad con la resolución CE166.R7, este documento se publicará solamente a fines informativos y no será tratado por el Consejo Directivo.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014–2019. [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2013 (*Documento Oficial 345*). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/OD345-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales. [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014, Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2014. (documento CD53/11). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-11-s.pdf>
3. Leasher J, Braithwaite T, Furtado J, Flaxman S, Lansingh V, Silva JC, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean in 2015: magnitude, temporal trends and projections. *Br J Ophthalmol* 2019;103(7):1–9.
4. López M, Brea I, Yee R, Yi R, Carles V, Broce A, et al. Encuesta de ceguera y deficiencia visual evitable en Panamá. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(6):355–60.

5. Silva, J. National surveys of avoidable blindness and visual impairment in Argentina, El Salvador, Honduras, Panama, Peru, and Uruguay. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(4):2009–13.
6. Alvarado D, Rivera B, Lagos L, Ochoa M, Starkman I, Castillo M, et al. Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitables en Honduras. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):300–5.
7. Rius A, Guisasola L, Sabidó M, Leasher JL, Moraña D, Villalobos A, et al. Prevalence of visual impairment in El Salvador: inequalities in educational level and occupational status. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):290–9.
8. Campos B, Cerrate A, Montjoy E, Dulanto Gomero V, Gonzalez C, Tecse A, et al. Prevalencia y causas de ceguera en Perú: encuesta nacional. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(5):283–9.
9. Gallarreta M, Furtado JM, Lansingh VC, Silva JC, Limburg H. Rapid assessment of avoidable blindness in Uruguay: results of a nationwide survey. *Rev Panam Salud Publica* 2014;36(4):219–24.
10. Barrenechea R, de la Fuente I, Plaza RG, Flores N, Segovia L, Villagómez Z, et al. Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, 2013. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(1):7–12.
11. Silva JC, Diaz MA, Maul E, Muñoz BE, West SK. Population-based study of Trachoma in Guatemala. *Ophthalmic Epidemiol* 2015;22(3): 231–6
12. Barria F, Conte F, Muñoz S, Leasher JL, Silva JC. Prevalence of refractive error and spectacle coverage in schoolchildren in two urban areas of Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e61.
13. Serrano GM, Salazar AR, Figueroa OL, Monzón A, Yee M, Yee JF, et al. National survey of blindness and visual impairment in Guatemala, 2015. *Arq Bras Oftalmol* 2019;82(2):91–7.
14. Leasher J, Lansingh V, Flaxman S, Jonas J, Keeffe J, Naidoo K, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *Br J Ophtalmol* 2014;98(5):619–28.
15. Silva JC, Mújica OJ, Vega E, Barcelo A, Lansingh VC, McLeod J, et al. A comparative assessment of avoidable blindness and visual impairment in seven Latin American countries: prevalence, coverage, and inequality. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(1):13–20.

16. Limburg H, Espinoza R, Lansingh VC, Silva JC. Functional low vision in adults from Latin America: findings from population-based surveys in 15 countries. *Rev Panam Salud Publica* 2015;37(6):371–8.
17. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, Cicinelli MV, Das A, Jonas JB, et al. Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis; *Lancet Glob Health* 2017;5(9):e888–e897.
18. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S, Ackland P, Braithwaite T, Cicinelli MV, et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5(9):e888–e897.
19. von-Bischoffshausen FB, Munoz B, Riquelme A, Ormeno MJ, Silva JC. Spectacle-Wear Compliance in School Children in Concepcion, Chile. *Ophthalmic Epidemiol*, 2014;21(6) :362–9.
20. Arnesen L, Durán P, Silva J, Brumana L. Arnesen L, Durán P, Silva J, Brumana L. A multi-country, cross-sectional observational study of retinopathy of prematurity in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2016;39(6):322–29.
21. Hariharan L, Gilbert CE, Quinn GE, Barg FK, Lomuto C, Quiroga A, et al. Reducing Blindness from Retinopathy of Prematurity (ROP) in Argentina Through Collaboration, Advocacy and Policy. Implementation. *Health Policy Plan* 2018;33(5):654–65.
22. Ramke J, Zwi A, Silva JC, Mwangi N, Rono H, Gichangi M. et al. Evidence for national universal eye health plans. *Bull World Health Organ*. [en línea] 2018;96(10):695–704. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.213686>
23. Silva JC, Zin A, Gilbert C. Retinopathy of prematurity prevention, screening and treatment programmes. *Seminars in Perinatology* [en línea] 2019; Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.05.007>
24. Hong H, Mújica OJ, Anaya J, Lansingh V, Lopez E, Silva JC. The Challenge of Universal Eye Health in Latin America: distributive inequality of ophthalmologists in 14 countries. *BMJ Open* [en línea] 2016;6(11) Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e012819>
25. Salamanca O, Geary A; Suárez N, Benavent S, Gonzalez M. Implementation of a diabetic retinopathy referral network, Peru. *Bull World Health Organ*. [en línea] 2018;96(10):674–81 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.212613>
26. Organización Panamericana de la Salud. Guía de práctica clínica para el manejo de la prematuridad. Washington: OPS; 2018. Disponible en español en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34948/9789275320020_spa.pdf?sequence=6

27. Batlle JF, Lansingh VC, Silva JC, Eckert KA, Resnikoff S. The cataract situation in Latin America: barriers to cataract surgery. *Am J Ophthalmol* [en línea] 2014;158(2):242–50 Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/262050933_The_Cataract_Situation_in_Latin_America_Barriers_to_Cataract_Surgery
28. Ramke J, Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: An indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. *PLoS ONE*. 2017;12(3):e0172342.
29. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la visión. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331423/9789240000346-spa.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en:
https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
31. Organización Mundial de la Salud. Everybody's business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en:
https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
