



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## DOCUMENTO TÉCNICO:

# PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA (2014 - 2020)



H. Rebaza I.

PERÚ-2014



**INDICE**

	Pág.
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>II. FINALIDAD</b>	<b>4</b>
<b>III. OBJETIVO</b>	<b>4</b>
<b>IV. BASE LEGAL</b>	<b>4</b>
<b>V. ÁMBITO DE APLICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>VI. CONTENIDOS DEL PLAN</b>	<b>5</b>
6.1 Contexto de Salud Ocular como intervención en salud pública.	5
6.2 Definiciones Operacionales	7
6.3 Análisis de Situación de Salud Ocular	8
6.3.1 La Transición Epidemiológica	8
6.3.2 La Carga de Enfermedad	9
6.3.2.1 Carga de Enfermedad por Patologías Oculares	9
6.3.3 Ceguera y Discapacidad Visual.	10
6.3.3.1 Epidemiología	10
6.3.3.2 Análisis de Enfermedades Oculares Priorizadas	12
A. Catarata	13
B. Errores Refractivos - ER	15
C. Glaucoma	16
D. Retinopatía Diabética	17
E. Retinopatía de la Prematuridad	18
F. Baja Visión	18
Ceguera Infantil	19
G. Enfermedades Externas del Ojo	19
Análisis de las Enfermedades Oculares. Sistema HIS-MIS. 2006-2011	20
6.3.4 Respuesta Social	21
6.3.5 Ámbito de Planificación	23
6.4 Enfoques, principios y ejes transversales para la Salud Ocular y la Prevención de la Ceguera evitable.	23
6.4.1 Enfoques	24
6.4.2 Principios	24
6.4.3 Ejes Transversales	25
6.5 Marco Estratégico del Plan	27
6.5.1 Análisis Estratégico del contexto de la Salud Ocular en el Perú	27
6.5.1.1 Actores de la Salud Ocular	27
6.5.1.2 Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas	29
6.5.1.3 Árbol de Problemas	30
6.5.1.4 Árbol de Objetivos	30
6.5.2 Propósito, Objetivos Estratégicos, Objetivos Específicos, Acciones y Resultados para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable.	31
6.5.2.1 Propósito	31
6.5.2.2 Objetivos Estratégicos	31
6.5.2.3 Objetivos Específicos, Acciones y Resultados	32
6.5.2.4 Estrategias de intervención para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable	37
6.6 Lógica de Planificación para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable	39
6.7 Metas e Indicadores para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable	40
6.8 Supervisión, Monitoreo y Evaluación	44
6.9 Financiamiento	44
<b>VII. RESPONSABILIDADES</b>	<b>45</b>
<b>VIII. ANEXOS</b>	<b>45</b>
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>70</b>



H. Rebaza I.



## I. INTRODUCCIÓN

En el "Plan de Acción para la Prevención de la Ceguera y la Discapacidad Visual Evitables 2014 - 2019, Salud Ocular Universal" de la "Organización Mundial de la Salud-OMS"; se reconoce que a nivel mundial el 80% de todos los casos de discapacidad visual se pueden prevenir o tratar. Las dos principales causas de discapacidad visual en el mundo son los errores de refracción no corregidos (42%) y las cataratas (33%) y aproximadamente un 90% de las personas con discapacidad visual que hay en el mundo viven en países en desarrollo<sup>1,2</sup>.

Es en este marco que la OMS recomienda aplicar medidas a fin de reducir la discapacidad visual evitable como problema de salud pública mundial y garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales.

En el Perú, a través del Instituto Nacional de Oftalmología se realizó la evaluación de la oferta de servicios oftalmológicos; sus resultados y conclusiones permiten afirmar que el 64.8% de los mismos se concentran en la capital, donde reside el 30% de la población; asimismo el 23.9% se distribuye en las distintas regiones de la costa y el 11.3% restante cobertura la problemática ocular en las regiones de la sierra y selva del país. Asimismo los servicios de oftalmología, a excepción de aquellos de las principales ciudades, no están debidamente equipados y con recurso humano en proporción a las necesidades. Hay desabastecimiento de insumos y medicamentos requeridos para procedimientos quirúrgicos para ese periodo, motivo por el cual tenían que ser financiados directamente por los pacientes, de acuerdo a los precios de comercialización de cada localidad, haciéndolos inaccesibles para la población de bajos recursos en muchas regiones del país<sup>3</sup>.

Éste es el contexto en el cual el Ministerio de Salud crea la "Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera"; cuyas intervenciones están orientadas a disminuir la morbilidad y discapacidad visual por diversas enfermedades oftalmológicas con énfasis en la población en situación de pobreza y extrema pobreza. Asimismo la especialidad comenzó a formar parte de las políticas, planes y sistemas de Salud en el Perú<sup>4,5</sup>.

El Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014-2020 es una herramienta de política pública orientada a mejorar la gestión y respuesta clínica de la Salud Ocular, parte de un análisis de fortalezas y debilidades para la atención en Salud Ocular, plantea lineamientos, objetivos, indicadores y metas en el marco del modelo de atención primaria en salud, definido por el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC), a nivel nacional, regional y local, como parte del derecho a la salud, la inclusión social y el respeto a los derechos humanos fundamentales.



H. Rebaza I.



- 1 OMS. Ceguera y discapacidad visual. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- 2 Proyecto de "Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019, Salud Ocular Universal".
- 3 Estudio realizado en el año 2005 por el INO.
- 4 Acuerdos Políticos en Salud 2006 – 2011, Plan Nacional Concertado en Salud.
- 5 En el Marco del Aseguramiento Universal en Salud, teniendo en cuenta que en el PEAS está considerado el diagnóstico-tratamiento y seguimiento para la persona con Catarata, ROP, Errores Refractivos y Glaucoma en cualquier régimen sea contributivo o semicontributivo, tanto en zonas AUS como NO AUS, que se viene implementando paulatinamente.(D.S. N° 007-2012-SA, sustituye al LPIS por el PEAS).

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

Asimismo se inserta en el proceso de Reforma Sanitaria que está impulsando actualmente el gobierno peruano. Las medidas de política planteadas se orientan a fortalecer el Sistema Nacional de Salud a fin de conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

El Plan ha sido elaborado a través de un proceso participativo, consulta y debate, con participación de las Direcciones Generales del Ministerio de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Subsectores de Salud y otras instituciones públicas y privadas, que han permitido tener un enfoque multiinstitucional y multisectorial acorde con las exigencias que la situación demanda.

## II. FINALIDAD

Contribuir a disminuir la discapacidad visual y la ceguera evitable en la población en general.

## III. OBJETIVO

Mejorar la respuesta del sector salud, ampliando el acceso a los servicios oftalmológicos de calidad para la población peruana en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad, a nivel nacional y descentralizado desde el 2014 al 2020.

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28777, Ley que establece el "Día Nacional de la Visión"
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29885, Ley que Declara de Interés Nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 022-87/SA, Creación del Instituto Nacional de Oftalmología.
- Decreto Supremo N° 007-2012-SA, Autorizan al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 539-2006/MINSA, Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad.
- Resolución Ministerial N° 382-2006/MINSA, Documento Técnico: "Programa Nacional de Prevención y Control de la Ceguera.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, "Plan Nacional Concertado de Salud 2007 - 2020".



h. Heuza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

- Resolución Ministerial N° 707-2010, NTS N° 084-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre Término con Riesgo de Retinopatía del Prematuro.
- Decreto Supremo N° 054-2011-PCM, Decreto Supremo que aprueba el Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021.
- Resolución Ministerial N°464-2011/MINSA, Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 525-2012/MINSA, Reestructuran la organización y dependencia funcional de las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 666-2013/MINSA, aprueban Documento Técnico denominado "Plan Estratégico Institucional 2012-2016 del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 048-2014/MINSA, aprueban Metas e Indicadores de Desempeño del Ministerio de Salud.

## V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, Instituto de Gestión de Servicios de Salud, de los Gobiernos Regionales (Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional), y referencial para los otros Sub-Sectores.

## VI. CONTENIDOS DEL PLAN

### 6.1. Contexto de Salud Ocular como intervención en salud pública

En este capítulo se hace una reseña del panorama de la situación y las acciones de la Salud Ocular a nivel internacional y en el Perú que contribuyen y respaldan este Plan Estratégico Nacional.

#### Contexto Internacional

En el mundo existen 39 millones de ciegos (13% de la población)<sup>6</sup>, en Latinoamérica 2,4 millones de ciegos, y en Perú 160,000 ciegos. Para el año 2020 la cifra de ciegos en Latinoamérica alcanzará los 5 millones de habitantes. De acuerdo a diversos estudios, la prevención y el tratamiento oportuno de la pérdida de la visión se cuentan entre las intervenciones de salud más costo-efectivas, en comparación con otros padecimientos.

Frente a este panorama, en 1990 la OMS opta por una iniciativa global que une los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud visual, agrupadas en la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB) lo que dio nacimiento al Programa VISION 2020: EL DERECHO A LA VISION. En ese mismo año la Federación Internacional de Sociedades Oftalmológicas (IFOS), el Consejo Internacional de Oftalmología (ICO) y la Academia Internacional de Oftalmología (IAO) acuerdan apoyar esta iniciativa. Estas organizaciones promueven el establecimiento de los Comités Nacionales de Prevención de la Ceguera y Programas Nacionales de Salud Ocular a nivel mundial.



H. Rebaza I.



<sup>6</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es>.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA  
CEGUERA 2014-2020

VISION 2020 en sus campañas de prevención de la ceguera evitable ha focalizado su atención en cinco problemas oftalmológicos: catarata, vicios de refracción y servicios de baja visión, ceguera por enfermedades circunscritas a determinadas zonas geográficas tales como tracoma y oncocercosis, glaucoma y retinopatía diabética<sup>7</sup>.

En 1997 se reunió el Grupo Asesor para la Prevención de la Ceguera de la OMS y señalaron que en el próximo cuarto de siglo, la ceguera y la limitación visual severa-problemas de salud ya existentes-se convertirían en una de las principales cargas socioeconómicas a nivel mundial y consecuentemente podrían interferir con el progreso de muchos países en vías de desarrollo.

En la región de las Américas se han realizado en la última década estudios para determinar la prevalencia de ceguera con alcances que varían desde distrito o ciudad hasta los que brindan cifras de todo un país. En una publicación de Limburg y col. se analiza el estado de la ceguera y discapacidad visual por catarata en América Latina, basándose en los resultados de estudios nacionales y locales. En él se demostró que sólo en algunos países la ceguera por catarata se encontraba adecuadamente controlada (Brasil) o cercana a los estándares de la OMS (Argentina). Los demás países, incluyendo Perú, deben intensificar las intervenciones así como mejorar los resultados visuales de los pacientes sometidos a ellas.<sup>8</sup>

Asimismo, en el marco más general en el cual se ubican la Salud Ocular y la Prevención de la Ceguera, son hitos importantes la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles de Septiembre 2011<sup>9</sup>, la Declaración Latinoamericana frente a la emergencia sanitaria de las Enfermedades No Trasmisibles (ENT) de Marzo 2011<sup>10</sup>; y las Recomendaciones sobre el tema de discapacidad del Examen Periódico Universal del Alto Comisionado de NNUU para el tema de derechos (EPO 2012, Perú).<sup>11</sup>

Los Ministros de Salud de las Américas aprueban el Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables durante el 49° Consejo Directivo OPS en 2009 mediante resolución CD49.R11. Dentro de las actividades propuestas a los Estados Miembros está la medición de la prevalencia de ceguera, la ampliación de cobertura y la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud ocular.



H. Rebaza I.

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en Ginebra (2013) el proyecto de Resolución (EB132.R1) "Hacia la salud ocular universal: un Plan de acción global 2014-2019" y finalmente aprobó dicho Plan de acción (A66/11). Este Plan es un compromiso global que servirá de guía a los Estados Miembros y a las organizaciones internacionales en el desarrollo de Programas Nacionales de prevención de la ceguera y discapacidad visual.<sup>12</sup>



<sup>7</sup> MINSA. INO. Programa Nacional de Prevención y Control de la Ceguera Lima-Perú 2006.

<sup>8</sup> Estudio RAAB Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable en personas mayores de 50 años en el Perú, 2011

<sup>9</sup> Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<sup>10</sup> Declaración Marzo 2011. Coalición Latinoamérica Saludable (CLAS) para la prevención y control de las ENT

<sup>11</sup> HRC/WG.6/14/PER/2. Recopilación de la Asamblea General NNUU.

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud 66° Asamblea Mundial de la Salud. A66/11. Proyecto de Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables para 2014-2019.

## Contexto Nacional

En el Perú en respuesta a la preocupación mundial de la ceguera evitable, se constituye en el año 2006 la Comisión de Trabajo encargada de elaborar la propuesta del Plan de Atención en Salud dirigida a combatir la ceguera por catarata de la población a nivel nacional. Producto del trabajo de esta Comisión se aprueba el Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por Catarata 2007-2010 como parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de los Daños No Transmisibles y en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Ceguera. El Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por Catarata 2007-2010 contiene los lineamientos para la lucha contra la ceguera en el país y realiza un diagnóstico situacional de los establecimientos de salud a nivel nacional como de los recursos humanos disponibles<sup>13</sup>.

Los problemas visuales representan una de las principales causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300,000 personas con severa discapacidad visual, en adición a 160,000 ciegos por diversas causas; con un alto componente de invalidez para las personas que la padecen. Desde 1983 se vienen realizando estudios sobre la problemática: morbilidad ocular y ceguera en el departamento de Puno, prevalencia de ceguera y de catarata en el país por el INO, la Evaluación Rápida de Ceguera Evitable - ERCE realizado en Perú el año 2011 donde se encontró que la prevalencia de ceguera bilateral estimada a nivel nacional en personas mayores de 50 años fue del 2,0%, y más de la mitad de ella fue por catarata. Asimismo se observó una prevalencia de 1,4 % en baja visión funcional Otras patologías oculares que presentan alta prevalencia en nuestro medio son el glaucoma y la retinopatía diabética; y en la población escolar cinco de cada cien alumnos presentan deficiencia visual debido a vicios de refracción no corregidos.

## 6.2. Definiciones Operacionales

Incluye las definiciones técnicas básicas necesarias para la comprensión del desarrollo del documento del Plan Nacional Estratégico (Anexo N°1).

- **Agudeza Visual (AV):** La agudeza visual se refiere al grado con que percibimos los detalles y los contornos de los objetos, y se define en términos de la mínima distancia con que pueden separarse dos líneas y aún ser perceptibles como tales.
- **Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA/AVAD):** Son los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD)<sup>14</sup>.
- **Baja Visión (BV):** Agudeza visual menor o igual a 20/70 hasta 20/400, o con campo visual menor de 20° en el mejor ojo con la mejor corrección posible. Incluye discapacidad visual moderada y severa<sup>15</sup>. Llamado también "baja visión funcional" en algunos estudios epidemiológicos.



H. Rebaza I.



<sup>13</sup> Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú-ERCE (Siglas RAAB en Inglés) 2011.

<sup>14</sup> Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – 2004, Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología) p.22.

<sup>15</sup> <http://www.who.int/bulletin/volumentes/82/11/en/844.pdf>

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

- **Ceguera:** La ceguera se define como una agudeza visual de presentación inferior a 20/400 (3/60) hasta No Percepción de Luz (NPL), o una pérdida del campo visual a menos de 10°, en el mejor ojo.<sup>16</sup>
- **Ceguera Evitable:** Ceguera evitable son aquellas causas que pueden ser tratadas o prevenibles (errores de refracción, cataratas, tracoma, carencia de vitamina A y oncocercosis y parte debido a retinopatía diabética y glaucoma).<sup>17</sup>
- **Discapacidad Visual:** Abarca la discapacidad visual moderada y grave y la ceguera.<sup>18</sup>

### 6.3. Análisis de Situación de Salud Ocular

A continuación se aborda la prevalencia de enfermedades, factores de riesgo respectivos y de la respuesta del Sector frente a las necesidades de Salud Ocular de la población.

#### 6.3.1. La Transición Epidemiológica<sup>19</sup>

La transición epidemiológica fue definida como el proceso a largo plazo de cambio de las condiciones de salud de una población que incluye cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte. Las características principales de este proceso son: el paso de una situación de altas tasas de fecundidad y mortalidad a una situación de tasas bajas, y el cambio de un patrón en el que predominan las enfermedades infectocontagiosas (transmisibles) a otro en el que las principales causas de muerte son los padecimientos crónico-degenerativos (enfermedades no transmisibles). Asimismo también evoluciona en tres fases: en la fase *temprana*, cuando predomina la población joven, ésta enferma y fallece principalmente por enfermedades infecciosas, traumatismos, envenenamientos y violencia; fase de *transición epidemiológica* y en la fase *tardía*, las personas se encuentran en mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (producto de vivir un mayor número de años), determinando que sean éstas sus principales causas de morbilidad y mortalidad.



H. Rebaza I.

Estos procesos de transición epidemiológica y demográfica son experimentados por la mayoría de países latinoamericanos desde la segunda mitad del siglo XX, observándose implicancias importantes para la organización de sus servicios de salud y otros servicios sociales. Para el año 2006, de acuerdo a la razón de mortalidad por enfermedades no transmisibles/transmisibles (RNTT), el Perú y sus regiones se encontraban en fase de postransición epidemiológica a diferencia del año 1990 en que a nivel nacional predominaba la transición epidemiológica y a nivel regional la fase de pre transición.



La mayor carga por enfermedades no transmisibles conduce a una mayor utilización de los servicios de salud y un mayor costo de la atención. Esto se debe a que estas enfermedades tienen mayor duración, mayores secuelas y son causa de otras enfermedades. Este hecho tiene importancia porque: 1) estas enfermedades tienen una tendencia a incrementarse por el aumento de la expectativa de vida de la población y la

<sup>16</sup> <http://www.who.int/bulletin/volumenes/82/11/en/844.pdf>

<sup>17</sup> Adaptado de Situación Mundial de la Visión 2020: El Derecho a ver 1999 – 2005, resumen de orientación.

<sup>18</sup> OMS, *Definitions of blindness and visual impairment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

<sup>19</sup> <http://www.who.int/blindness/hange%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>.

<sup>19</sup> Valdez W, Miranda J, Ramos W. Situación de la transición epidemiológica a nivel nacional y regional. Perú, 1990-2006. Rev. Perú Epidemiología 2011; 15 (3) [5pp.]

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

expansión de la modernidad y urbanización; 2) el impacto de estas enfermedades en la población en situación de pobreza es mucho más grave debido a la existencia de barreras de acceso a los servicios de mayor complejidad, diagnósticos tardíos, menor calidad de vida y menor productividad, factores que a su vez generan mayor pobreza.

En la mayoría de las regiones del país, además del predominio de las enfermedades no transmisibles, existe una persistente amenaza de las enfermedades transmisibles. Esto conlleva a enfrentar al mismo tiempo a ambos grupos de enfermedades. El desafío es mayor si se tiene en cuenta que los recursos de los sistemas de salud son limitados. Por esta razón, en los próximos años será importante la investigación epidemiológica y en el área de salud pública, así como los estudios de enfoque económico (costo-efectividad) para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, cuya aplicación práctica permitiría la mejora de la situación de salud de todos los sectores de la sociedad.

### 6.3.2. La Carga de Enfermedad<sup>20,21,22</sup>

En el Perú durante el 2004 se perdieron aproximadamente 5,557,669 años de vida saludables (AVISA). La carga de enfermedad en el Perú es mayor en los hombres que en las mujeres (53.1% vs 46.9%). Las Enfermedades No Transmisibles son la principal causa de pérdida de AVISA en el Perú, representando el 60.1% del total de AVISA perdidos. Estas enfermedades predominan en el grupo de 5 a más años de edad; sin embargo en los menores de 5 años la principal causa de AVISA siguen siendo las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.

Dentro de la categoría de afecciones a los órganos de los sentidos, la catarata representó solo el 0,6% del total de AVISA perdidos y fue responsable del 45,14% de la carga de enfermedad de esta categoría.



H. Rebaza I.

#### 6.3.2.1. Carga de Enfermedad por Patologías Oculares

De un total de 134 subcategorías establecidas, las enfermedades oculares con mayor carga fueron los errores refractivos que acumularon un total de 102,269 AVISA perdidos y representaron el 11° puesto; de ellas, la mayor carga se presentó entre los 15 y 59 años de edad (74.7%) con un componente también importante en menores de 15 años (15.9%).

La segunda enfermedad con mayor carga fue la degeneración macular que acumuló una pérdida de 15,228 AVISA lo que la situó en el puesto 59; de ellas, las dos terceras partes de los AVISA se perdieron entre los 45 y 59 años de edad (66.7%) y la tercera parte restante en mayores de 60 años. La tercera enfermedad ocular con mayor carga fue la catarata con una pérdida de 12,839 AVISA con un 70.5% de la carga en mayores de 60 años y la Cuarta enfermedad ocular con mayor carga fue el Glaucoma con una pérdida de 2,260 AVISA con un 55.3% de la carga en personas de 45 a 59 años.

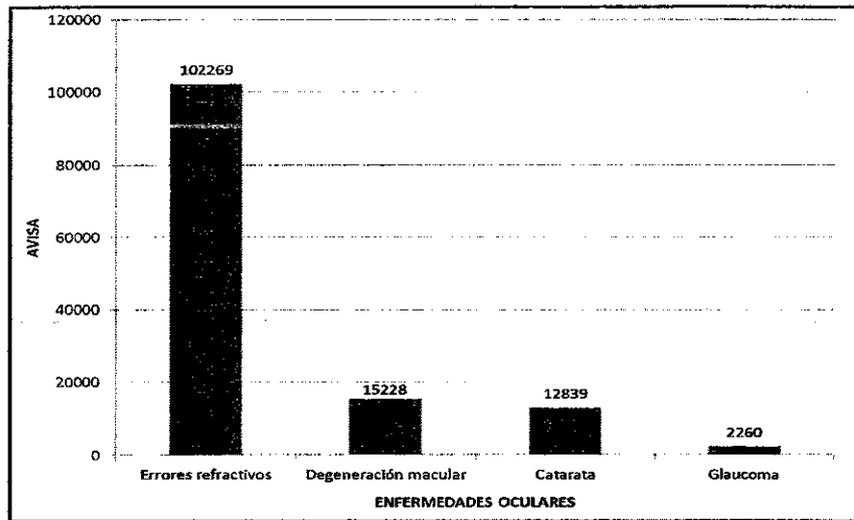


<sup>20</sup> Carga de Enfermedad en el Perú, 2004.

<sup>21</sup> Carga de Enfermedad en el Marco de la Implementación de los Pilotos de Aseguramiento Universal en Salud / Regiones de Apurímac Ayacucho y Huancavelica.

<sup>22</sup> Carga de enfermedad de la provincia de Lima y la Región Callao, 2010.

**Cuadro N° 1: Carga por Enfermedades Oculares. Perú 2008.**



Fuente: Dirección de Inteligencia Sanitaria. Dirección General de Epidemiología. 2008

En el estudio de carga de enfermedad efectuado en los ámbitos piloto del aseguramiento universal en salud (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica), encontramos que durante el año 2009, la catarata es, en promedio, responsable del 20% de los AVISA perdidos por condiciones no transmisibles. Esta situación no corresponde con la encontrada en los estudios de carga de enfermedad hechos en la Provincia de Lima y el Callao entre los años 2004 y 2007, donde la catarata apenas representa el 9.07% y el 7.24% respectivamente. En los estudios de carga de enfermedad de la Provincia de Lima y Callao, los errores refractivos constituyen la condición preponderante como responsable de AVISA perdidos, representando en promedio el 55% de la totalidad de AVISA perdidos correspondiente a los órganos de los sentidos.



H. Rebaza I.

Los estudios efectuados en la Provincia de Lima y el Callao incorporan datos referentes a degeneración macular. Sin duda que lo encontrado en estos ámbitos es una clara muestra de la existencia de un mejor proceso de sistematización de la información de actividades y diagnósticos en salud, un tema que hasta antes de la implementación del programa presupuestal ha estado escasamente normado y regulado. (Anexo N° 08)

### 6.3.3. Ceguera y Discapacidad Visual



#### 6.3.3.1. Epidemiología

Según la OMS, se estima que existen 285 millones de personas con discapacidad o impedimento visual, de los cuales 39 millones de personas son ciegas (14%) y 246 millones de personas presentan baja visión (86%).<sup>23</sup> Más del 75% de todas las causas de ceguera son prevenibles o tratables. Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo como el nuestro.

<sup>23</sup> OMS, *Definitions of blindness and visual impairment*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. <http://www.who.int/blindness/hange%20the%20Definition%20of%20blindness.pdf>.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

*“...la función visual se subdivide en cuatro niveles (visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave y ceguera). Asimismo la discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término «baja visión»; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual...”<sup>24</sup>*

Las principales causas de discapacidad visual según la OMS son: errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%; cataratas: 33% y glaucoma: 2%. No obstante, las causas de discapacidad visual y ceguera varían de región a región, de país a país y también presentan variaciones entre sus ámbitos urbano y rural. Asimismo a nivel mundial las principales causas de ceguera son: Catarata (51%), Glaucoma (8%), Degeneración Macular (5%), Errores Refractivos (3%) y Desprendimiento de Retina (1%).

Cabe señalar que de los 246 millones de personas con Baja Visión: 120 millones (42%) son debido a Errores Refractivos No Corregidos y 165 millones (58%) a enfermedades oculares evitables y no evitables.

Alrededor de un 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años, si bien este grupo de edad apenas representa un 20% de la población mundial, con el creciente envejecimiento de la población en muchos países, irá aumentando también el número de personas que corren el riesgo de padecer discapacidades visuales asociadas a la edad. No obstante, se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones son debido a errores de refracción, fácilmente diagnosticables y corregibles. Asimismo 1,4 millones de menores de 15 años sufren ceguera irreversible.<sup>25</sup>

A pesar de la implementación de VISIÓN 2020 en América Latina, la mayoría de los casos de ceguera y discapacidad visual siguen siendo ocasionados por causas evitables, principalmente cataratas (ceguera 38 - 74%) y errores de refracción (ceguera, 0-11,9%, discapacidad, 72%). Al respecto, encontramos estudios RACSS o RAAB en 12 países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Venezuela. Estos estudios reportan que la prevalencia de ceguera bilateral en personas mayores de 50 años varió entre 1,1% (Argentina) y 4,2% (Venezuela). La causa principal de la ceguera en todos los estudios fue de cataratas, y la proporción de ésta varió de 40,9% (Brasil) a 68% (Guatemala).

En el estudio realizado por Pongo y cols. (2004), la prevalencia de ceguera bilateral por todas las causas (AV < 20/400 con la mejor corrección posible o agujero estenoico) ajustada según la edad y el sexo en personas de 50 años o más fue de 2,6% (IC95%: 2,2 a 3,1%), mientras que la prevalencia con la corrección óptica que usaba el paciente fue de 4,0% (IC95%: 3,5 a 4,6%). La prevalencia de ceguera, ya fuera por catarata u otras causas, aumenta con la edad y es mayor en mujeres.<sup>26</sup>

La Evaluación Rápida de Ceguera Evitable (ERCE) realizado en el Perú el año 2011, estimó que la prevalencia de ceguera bilateral a nivel nacional en personas mayores de



<sup>24</sup> OMS. Ceguera y discapacidad visual. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

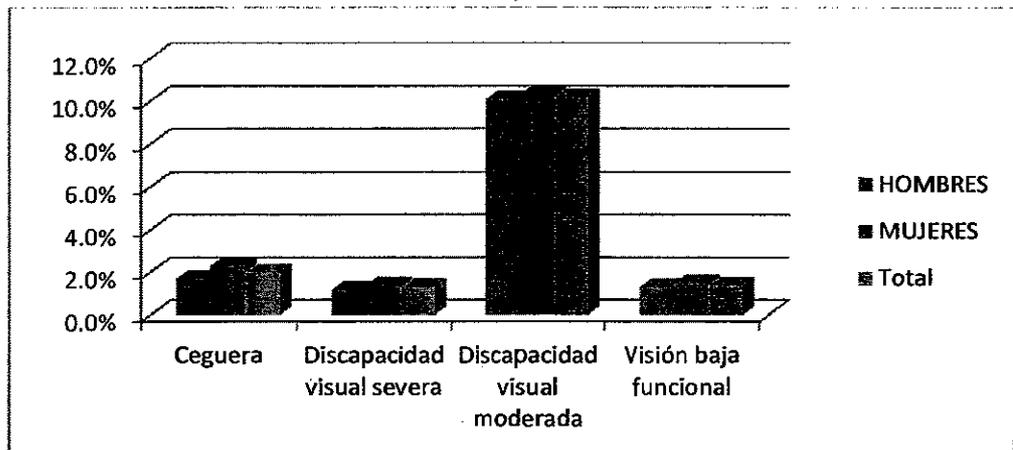
<sup>25</sup> OMS. Nota descriptiva N° 282, Junio de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

<sup>26</sup> Pongo Águila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. Rev Panam Salud Pública. 2005

50 años, fue del 2,0%, más de la mitad de ella fue por catarata y la baja visión funcional representó el 1,4 %. La prevalencia del impedimento visual severo, fue del 1,3% y del impedimento visual moderado fue del 10,2%.<sup>27</sup>

El estudio antes mencionado encuentra que la principal causa de ceguera e impedimento visual severo fue la catarata no tratada, mientras que la principal causa de impedimento visual moderado fueron los errores refractivos. Casi la totalidad de las causas de la ceguera y discapacidad visual identificadas (83,2 a 93,8%) en este estudio fueron tratables, prevenibles y potencialmente prevenibles, es decir evitables.

**Cuadro N° 2: Prevalencia de ceguera e impedimento visual en personas mayores de 50 años, Perú 2011**



Fuente: Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable—ERCE, 2011



H. Rebaza I.

### 6.3.3.2. Análisis de Enfermedades Oculares Priorizadas

La Evaluación Rápida de Ceguera Evitable 2011 en el Perú, revela que las principales causas de ceguera fueron la catarata no tratada (58,0%), el glaucoma (13,7%) y la degeneración macular relacionada a la edad (11,5%), las que en conjunto, constituyeron el 83,2%. Las causas de ceguera menos frecuentes fueron otras opacidades corneales (5,3%) y otras enfermedades del segmento posterior (4,6%).

Además, la catarata no tratada es la causa principal de impedimento visual severo (59,3%), seguida de los errores refractivos (24,7%), glaucoma (6,2%) y degeneración macular relacionada a la edad (6,2%), mientras que, los errores refractivos fueron la principal causa para el impedimento visual moderado, (67,2%), seguida de la catarata no tratada (21,8%) y la degeneración macular relacionada con la edad (6,5%).



<sup>27</sup> Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú-ERCE (Siglas RAAB en Inglés), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSa-INO-ONG Divino Niño, resultados no publicados.

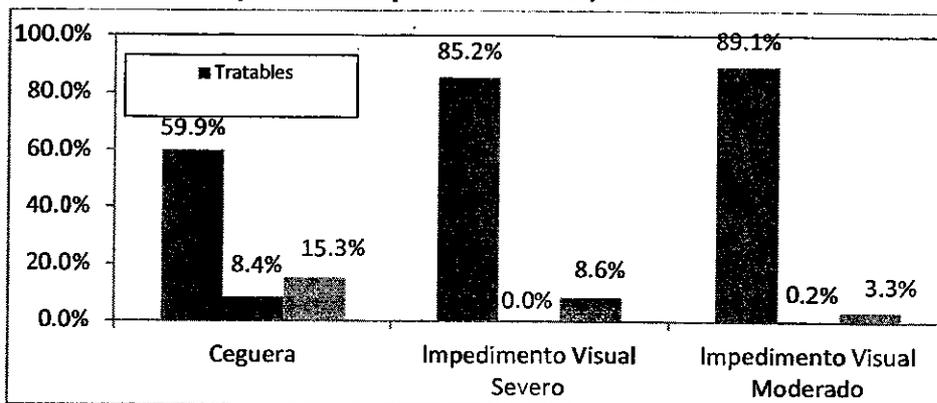
Tabla N° 1: Causas de Ceguera – América Latina 2012

País	Prevalencia de Ceguera y discapacidad visual (%)	Prevalencia de Ceguera (%) (RAAE) (RACSS)	Retinopatía diabética como causa de ceguera (%)	Catarata como causa de ceguera (%)	Glaucoma como causa de ceguera (%)	Errores refractivos como causa de ceguera
Bolivia	6.89	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Brasil	10.52	2	15.9	41	11.4	2.3
Chile	12.78	1.6	8.5	57	4.3	2.1
Colombia	7.26	1.8	1.4	88	2.8	0.4
Ecuador	6.89	1.7	7.1	74	7.1	0
Perú	6.81	2.1	0.8	58	13.7	0.15

Fuente: Adaptado de IAPB – VISION2020

Las causas evitables de la ceguera y discapacidad visual correspondieron el 92,6% a los casos de compromiso moderado de la visión, el 93,8 % a los casos de compromiso severo, y el 83,2% a los casos de ceguera.

Cuadro N° 3: Porcentaje según categoría de intervención de ceguera e impedimento visual en personas mayores de 50 años, Perú 2011



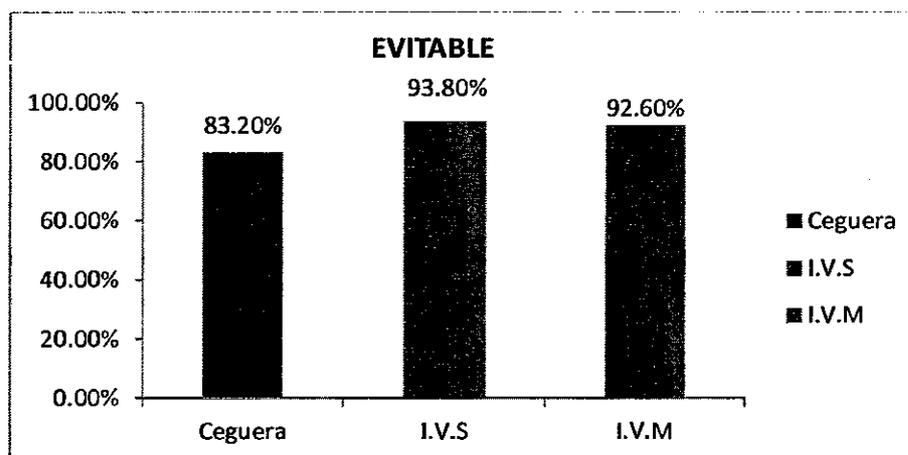
Fuente: Adaptado del Estudio de Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable- ERCE, 2011



### A. Catarata

En el estudio realizado por Pongo y cols. (2004), la prevalencia de ceguera ( $AV < 20/400$  con la mejor corrección o agujero estenopeico) debida a catarata, ajustada según la edad y el sexo en personas de 50 años o más fue de 2,1% (IC95%: 1,7 a 2,6%). La catarata, con 53,3% de los casos, fue la causa más frecuente de ceguera bilateral en la población estudiada. Cuando se ajustó según la edad y el sexo, la prevalencia de una  $AV < 20/200$  (con la corrección empleada) en personas de 50 años o más fue de 7,4% (IC95%: 6,7 a 8,2%) por todas las causas y de 6,3% (IC95%: 5,6 a 7,0) solamente por catarata. Esto quiere decir que la cirugía se indicaba fundamentalmente a los pacientes con una  $AV < 20/400$ .

**Cuadro N° 4: Porcentaje de Evitabilidad de ceguera e impedimento visual en personas mayores de 50 años, 2011**



Fuente: Adaptado del Estudio de Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable- ERCE, 2011.

I.V.S: Impedimento Visual Severo. I.V.M: Impedimento Visual Moderado.

La Evaluación Rápida de Ceguera Evitable (ERCE) 2011, revela que la prevalencia ajustada por edad y sexo de ceguera bilateral por catarata fue del 0,81% (IC 95%: 0,5%-1,1%), estimándose que, a nivel nacional, 39,100 personas la presentan (15,900 varones y 23,200 mujeres).<sup>29</sup>

El mismo estudio estima que, a nivel nacional, existen 217,200 ojos ciegos por catarata (88,000 en varones y 129,200 en mujeres). De ellos, el 50,2% han sido intervenidos, un 49,5% en varones y 50,7% en mujeres. Eso significa que por cada ojo operado de catarata hay un ojo que todavía está ciego por catarata. De todos los ojos operados por catarata 41% presentaban una agudeza visual <20/200 y solo 27% una agudeza visual <20/60). Como se observa en la siguiente tabla, el 60.5% de los resultados visuales post cirugía de catarata fueron buenos; 21,0% tuvo un resultado límite; y 18,4% un pobre resultado.

Las razones por las que las personas mayores de 50 años con ceguera por catarata no se realizaron tratamiento quirúrgico previamente fueron: a) no poder pagar la cirugía (25,7%), b) no ser conscientes de que el tratamiento es posible (24,2%) y, c) tener miedo a la cirugía (16,6%). Cabe resaltar que casi la mitad de ellos (45,9%) reportaron no haberse realizado cirugía de catarata cuando la necesitaban, por no saber que el tratamiento es posible, el miedo a la cirugía y percibir que no tiene necesidad de esta. No hubo diferencias de reporte de acuerdo a sexo.<sup>30</sup>



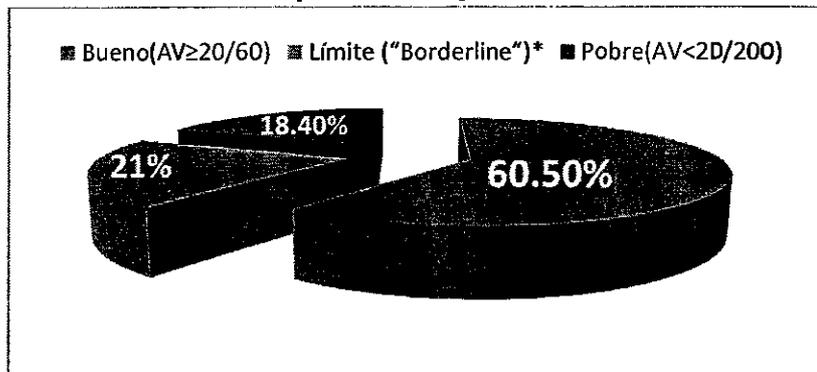
H. Rebaza I.



<sup>29</sup> Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú-ERCE (Siglas RAAB en Inglés), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSA-INO-ONG Divino Niño, resultados no publicados

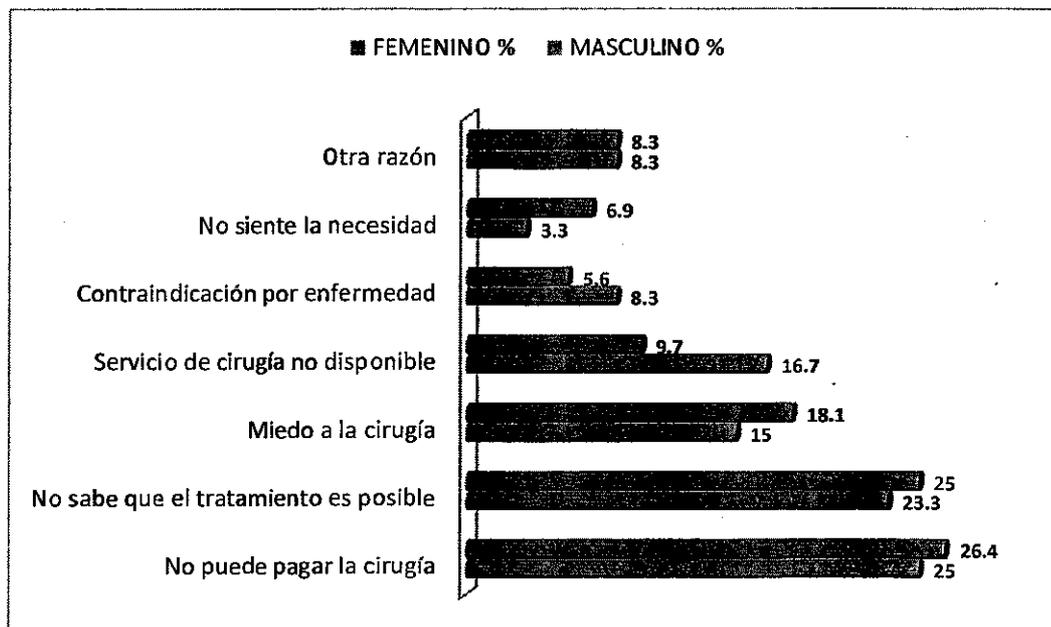
<sup>30</sup> ERCE 2011

**Cuadro N° 5: Resultados en la agudeza visual post cirugía de catarata con la mejor corrección, en personas mayores de 50 años. Perú 2011**



Fuente: Adaptado de la Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable—ERCE, 2011. \*Puede ver 20/200 pero no 20/60

**Cuadro N° 6: Barreras al tratamiento quirúrgico en personas con AV < 20/200 bilateral por catarata, según sexo. Perú 2011**



Fuente: Adaptado de la Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable—ERCE, 2011.



## B. Errores Refractivos (ER)

De 285 millones de personas con discapacidad visual según la OMS, 153 millones padecen de Errores Refractivos No Corregidos, constituyendo la primera causa de discapacidad visual y la segunda causa de ceguera después de la catarata. Afectando principalmente a la población en situación de pobreza y pobreza extrema.

La etapa de la niñez es el periodo más crítico para la aparición de ametropía o errores refractivos. La falta de detección temprana, provoca décadas de discapacidad visual y afecta negativamente su condición socioeconómica.

Cabe mencionar que la detección temprana de ametropías, mediante la determinación de la agudeza visual, en el primer nivel de atención, no se realiza en forma rutinaria, como lo demuestran los estudios de la OPS en años recientes, que confirman que la prevalencia de ceguera e impedimento visual es más del doble en zonas rurales y poblaciones pobres, con una cobertura y calidad de atención muy baja, en comparación con los servicios de salud de las áreas urbanas.

En la actualidad los errores refractivos constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, al comprobarse el alto porcentaje de niños(as) afectados por esta entidad y que varía según cada país (3% a 21%). Es preocupante la situación por la que atraviesa Latinoamérica, en donde los escolares afectados por algún grado de error refractivo bordean el 13%.<sup>31</sup>

Se ha demostrado que la provisión de anteojos es una de las medidas más costo-efectivas para tratar los errores refractivos y la única forma de corregir la discapacidad visual y evitar la ceguera.

En nuestro país, en la Región La Libertad, el Instituto Regional de Oftalmología realizó una investigación en instituciones educativas públicas, evidenciando una prevalencia de errores refractivos de 7.2%; de los cuales 87.2% no estaban corregidos. La ambliopía tuvo una prevalencia de 2.4%.

### C. Glaucoma

Se constituye la segunda causa de ceguera en el mundo, solo superada por las cataratas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además representa la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. La OMS estimó en el año 2002, que el glaucoma fue la causa del 12.3% de personas ciegas en el mundo. Asimismo la OMS proyectó que para el año 2020 podría haber más de 79 millones de personas afectadas por glaucoma (los glaucomas de ángulo abierto representan el 75% del total). Casi 6 millones de personas serán ciegas por glaucoma de ángulo abierto y poco más de 5 millones por glaucoma de ángulo cerrado.<sup>32</sup>

El estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%). También demostró un crecimiento exponencial de la prevalencia relacionado a la edad que supera 20% en los mayores de 80 años de edad. Cabe resaltar que el 75% de los diagnosticados con glaucoma, desconocía su condición hasta ese momento.

En el Perú, Viaña-Pérez y colegas, evaluaron 1,692 pacientes mayores de 30 años de edad, identificando una frecuencia de glaucoma de 1.9%, empleando la tonometría de indentación y la fundoscopia directa.



H. Robaza I.



<sup>31</sup> He M, Huang W, Zheng Y, Huang L, Ellwein LB. Refractive error and visual impairment in school children in rural southern china. *Ophthalmology*. 2007; 114:374-382

<sup>32</sup> Visión 2020—IAPB. <http://vision2020la.wordpress.com/2013/03/26/1521/>

La magnitud del glaucoma no solamente puede medirse por su frecuencia y sus factores de riesgo, sino por otras dimensiones, como su naturaleza silenciosa o asintomática.

#### D. Retinopatía Diabética (RD)

La prevalencia de la diabetes está aumentando debido a la mayor sobrevida y el cambio en el estilo de vida de la población, llegando incluso a más del 10% en algunos países. Después de 20 años, 90% de los casos de diabetes tipo 1 y 60% del tipo 2, tendrán alguna forma de retinopatía y de ellas, 5% requerirá de tratamiento para evitar una ceguera irreversible.<sup>33</sup>

La retinopatía diabética es la tercera causa de ceguera irreversible en el mundo, pero la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo, generando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud estima que la retinopatía diabética produce casi 5% de los 39 millones de ciegos del mundo.

*En el Barbados Eye Study, el 18% de las personas entre 40 y 84 años tienen historia de diabetes, el 30% de las personas con diabetes sufren de retinopatía y el 1% de retinopatía proliferativa. Estudios clínicos muestran que el tratamiento apropiado reduce el riesgo en más de un 90%.<sup>34</sup>*

En nuestro país, la diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes. Las complicaciones macrovasculares y microvasculares derivadas de la hiperglicemia crónica son causa importante de muerte prematura y discapacidad. Para el año 2008 la diabetes mellitus constituyó la cuarta subcategoría con mayor carga de enfermedad representando el 3.4% del total de años de vida saludable perdidos en el país. Los principales estudios poblacionales realizados durante el período 2004 - 2006 principalmente por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Salud evidenciaron una prevalencia nacional de 2.8% y de 2.5% a 4.1% en ciudades de la sierra y costa del país. Asimismo, los estudios del Centro de Excelencia en enfermedades Crónicas de la Universidad Cayetano Heredia evidenciaron prevalencias de diabetes mellitus tipo 2 de 0.8%, 3% y 6% en poblaciones rural, migrante y urbana. De acuerdo a estimaciones del número de diabéticos, basadas en la prevalencia obtenida en estudios poblacionales como en el crecimiento poblacional, para el año 2012, existirían 1, 292,977 diabéticos en el país.<sup>35</sup>

Con el propósito de estimar la prevalencia de la retinopatía diabética y los factores clínicos asociados en los pacientes con diabetes tipo 2, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se realizó un estudio prospectivo sobre la presencia de retinopatía diabética en pacientes con diabetes tipo 2; se estudiaron 1,222 personas en las cuales se detectó 282 (23,1%) con RD, de los cuales 249 (20,4%) tenían RD no proliferativa y 33 (2,7%) tenían RD proliferativa. La gran mayoría de estos casos (88,7%) presentó RD Bilateral. La prevalencia de la ceguera fue dos veces más frecuente en los pacientes con RD frente a aquellos que no presentaron RD (9,4% y 4,6%, respectivamente).



H. Rebaza I.



<sup>33</sup> Programa Visión 2020/IAPB Latinoamérica. Asociación Panamericana de Oftalmología APAO. Christian Blind Mission. CBM. Guía práctica clínica de retinopatía diabética para Latinoamérica, 2010. Disponible en: <http://www.pao.org/images/Downloads/spanish/pdf/GuiaPracticaRetinopatia2011.pdf>

<sup>34</sup> OMS. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=244&Itemid=0&lang=es&limitstart=1](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=0&lang=es&limitstart=1)

<sup>35</sup> Análisis de la Situación de las Enfermedades no Transmisibles realizado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud el año 2013.

## E. Retinopatía de la Prematuridad

En los países industrializados, se han descrito dos epidemias de Retinopatía de la Prematuridad (ROP). La "primera epidemia" (de la ceguera) se produjo en los años 1940 y 1950 y los recién nacidos prematuros (RN prematuro) eran los principalmente afectados en los EE.UU. y, en menor medida, en Europa Occidental. En ese momento, el oxígeno suministrado sin control fue el factor de riesgo principal.<sup>36</sup>

Una "segunda epidemia" (de ROP aguda) en los países industrializados se inició en la década de 1970, como consecuencia de las mayores tasas de supervivencia de los RN extremadamente prematuros, con pesos menores de 800g. y una edad gestacional entre las 22 - 32 semanas.<sup>37</sup>

En la actualidad nos encontramos en la "tercera epidemia" de la ceguera por ROP, esta tiene varias explicaciones: a) En primer lugar, las tasas de nacimientos prematuros tienden a ser mayores en los países de ingreso mediano que en los países de altos ingresos, en particular en América Latina, donde los embarazos de adolescentes son comunes; b) En segundo lugar, en los países de ingresos medios, la proporción de mujeres que dieron a luz en centros de salud es alta y los RN prematuros son, por lo tanto, propensos a ser admitidos en cuidados intensivos neonatales; c) En tercer lugar, las tasas de retinopatía del prematuro grave es mayor en los RN prematuros en los países de bajos y medianos ingresos, incluso cuando se han utilizado criterios de selección más amplios, lo que sugiere que los bebés están expuestos a factores de riesgo que están ahora en gran parte controladas en los países industrializados

El Perú cuenta a nivel nacional con unidades de cuidados intensivos neonatales de un nivel tecnológico variable, lo que ha permitido mayor supervivencia de los neonatos prematuros menores de 1500 gramos, aumentando por ende el riesgo a desarrollar ROP. En un estudio que se realizó entre 1998 y 2001 en el Instituto Nacional de Salud del Niño, se reportó que el 44.9% de casos de ceguera infantil se debió a enfermedades perinatales. En el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2003, la incidencia de ROP de cualquier grado en la población de sobrevivientes nacidos con un peso menor de 1500 g al nacer fue de 70.6% (5.45 x 1000 nacidos vivos); alta en relación a otros países. En estudios más recientes, Chiang reportó una incidencia de ROP de 27.3% en neonatos menos de 1200 gramos.<sup>38</sup>

## F. Baja Visión <sup>2,19</sup>

Según la OMS, existen 246 millones de personas con Baja Visión, de las cuales el 42% son debido a Errores Refractivos No Corregidos, y 33% a Catarata; representando el 75% de todas las discapacidades visuales. Otra causa es el Desprendimiento de Retina (1%). Cabe señalar que se entiende por «baja visión» a la discapacidad visual moderada y discapacidad visual grave.<sup>39</sup>



H. Rebaza I.



<sup>36</sup> Retinopathy of prematurity: A global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control  
Clare Gilbert

<sup>37</sup> Retinopathy of prematurity: A global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control  
Clare Gilbert.

<sup>38</sup> Información del Hospital Nacional Dos de Mayo.

<sup>39</sup> OMS. Nota descriptiva N° 282. Citado en el ítem 6.3.3.1 - Pág. 14 de este documento técnico.

*A pesar de los grandes avances médicos y tecnológicos hay un grupo de personas que no pueden recuperar completamente su visión. Muchos conservan una visión residual que puede ser optimizada a través de ayudas ópticas especiales y que les permite funcionar mejor en el medio social y laboral.*

Los tratamientos de baja visión reducen el impacto funcional de la pérdida de la visión, facilitan la educación de los niños, mantienen la independencia, las actividades productivas y mejoran la calidad de vida. Se estima que por cada millón de habitantes hay 17,000 que sufren de baja visión, un tercio de ellos puede obtener una importante mejoría funcional con ayudas para baja visión.<sup>40</sup>

Asimismo el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes hacen que el número de personas que pierden la visión y que requieren tratamientos de baja visión este aumentando rápidamente. En América Latina, el incremento de la incidencia de retinopatía del prematuro es una de las causas importantes de baja visión en niños. Alrededor de 900 niños por millón requiere de tratamiento de baja visión, 106 requieren intervención temprana y 230 soporte educativo.

En el estudio poblacional de "Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable en personas mayores de 50 años en el Perú, 2011"; se encontró la prevalencia de ceguera bilateral estimada a nivel nacional en personas mayores de 50 años fue del 2,0%, y más de la mitad de ella fue por catarata. Esto fue superior a la obtenida en el estudio RAAB de Ecuador (1,6%) y a su vez inferior al resultado del estudio poblacional RACSS, realizado en los departamentos de Tumbes y Piura (4,0%). La prevalencia del impedimento visual severo, fue del 1,3% y del impedimento visual moderado fue del 10,1%. La principal causa de ceguera e impedimento visual severo fue la catarata no tratada, mientras que la principal causa de impedimento visual moderado fueron los errores refractivos. Casi la totalidad de las causas de la ceguera y discapacidad visual identificadas (83,2 a 93,8%) en este estudio, fueron evitables (tratables, prevenibles y potencialmente prevenibles).<sup>41</sup>



H. Rebaza I.

## G. Ceguera Infantil

Se refiere a un grupo de enfermedades y afecciones que ocurren en la niñez o adolescencia temprana, la cual, si no se trata, puede progresar a ceguera o deficiencia visual grave que es probable que sean intratables en el futuro. Cuando las enfermedades y afecciones oculares que se producen en la primera infancia no se tratan, pueden ocasionar trastornos visuales o ceguera. Las causas más importantes varían y están ampliamente determinadas por la condición socioeconómica y las posibilidades de acceso a la atención primaria y a los servicios oftalmológicos de quienes las padecen.

En los países de altos ingresos, las lesiones del nervio óptico y las vías visuales superiores predominan como causa de ceguera, mientras que la cicatrización corneal por sarampión, la deficiencia de vitamina A, el uso de remedios tradicionales nocivos para los ojos, la oftalmía neonatal, la rubéola y cataratas son las principales causas en los países de bajos ingresos. La retinopatía del prematuro es una causa importante en los países de



<sup>40</sup> OMS-OPS. Servicios de Baja Visión Integrales. Marzo 2010. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=244&Itemid=0&lang=es&limitstart=2](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=0&lang=es&limitstart=2)

<sup>41</sup> Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú-ERCE (Siglas RAAB en Inglés) 2011.

ingresos medios. Otras causas importantes en todos los países son anomalías congénitas, como cataratas, glaucoma, y distrofias retinianas hereditarias.<sup>42</sup>

En el Perú, un estudio retrospectivo de casos y controles (1998 - 2001), efectuado por el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), con el objetivo de determinar las principales causas de ceguera o baja visión en la población infantil, halló que las enfermedades perinatales como Retinopatía de la prematuridad (ROP), hipoxia perinatal, infección perinatal del sistema nervioso central (SNC), eran la principal causa de ceguera infantil (44,9%); seguidas de enfermedades intrauterinas (29,6%); las adquiridas en la infancia (13,3%); y las hereditarias (12,2%). Sólo el 61% de niños fueron referidos al oftalmólogo, esto incrementó el riesgo de tratamiento tardío.<sup>43</sup>

## H. Enfermedades Externas del Ojo

Las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas muy frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los grupos de edad, mientras que la blefaritis, el orzuelo y el chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes.

En nuestro país se constituyen en la primera causa de consulta oftalmológica según se describe a continuación:

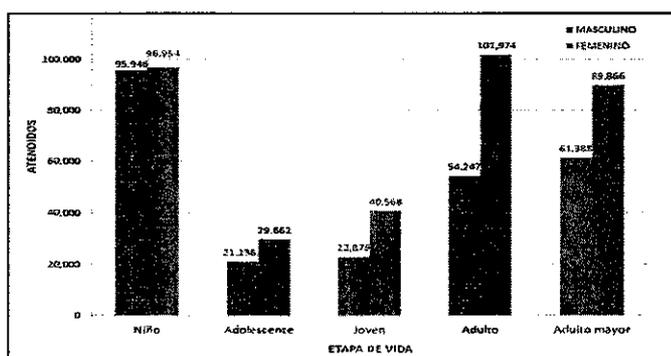
### Análisis de las Enfermedades Oculares. Sistema HIS. 2006 - 2011 - Atendidos en Consulta Externa

En el 2011 se atendieron 669,086 personas, lo que representó un incremento del 8.9 % con relación al año 2006. Las causas más frecuentes de consulta externa fueron las conjuntivitis agudas no especificadas (18.1%), las conjuntivitis no especificadas (16.9%) y los trastornos de la refracción no especificados (8.2%). (Tabla 2). Los atendidos por enfermedades oculares y de sus anexos se presentaron con mayor frecuencia en la etapa de vida niño, seguido de la adulta y la adulta mayor.



H. Rebaza I.

**Cuadro N° 7: Casos atendidos por enfermedades del ojo y anexos en establecimientos del Ministerio de Salud según etapa de vida. Perú 2011**



<sup>42</sup> OMS. <http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html>

<sup>43</sup> Carlos Carrión Ojeda, Flor Gálvez Quiroz, Fernando Mendiola Solari. Estudio de los factores de riesgo de ceguera infantil y la participación del pediatra en su manejo. PAEDIATRICA@ Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño ISSN versión electrónica 1728-2403. Pediatría 2003 5(1): 21 – 24.

Tabla N° 2: Quince causas más frecuentes de atención en consulta externa de enfermedades del ojo y sus anexos. Perú 2011.

DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Conjuntivitis aguda no especificada	52,783	67,724	120,507
Conjuntivitis no especificada	49,556	63,832	113,338
Trastorno de la refracción, no especificado	21,443	33,539	54,982
Conjuntivitis mucopurulenta	13,013	14,976	29,245
Pterigion	8,124	15,520	23,644
Presbicia	6,446	11,392	17,838
Chalazión	6,012	10,520	16,532
Blefaritis	4,965	8,447	13,412
Catarata senil, no especificada	5,576	7,195	12,771
Astigmatismo	4,833	7,278	12,111
Orzuelo y otras inflamaciones profundas del párpado	4,764	7,192	11,956
Otros trastornos de la glándula lacrimal	3,170	8,426	11,596
Miopía	3,628	6,145	9,773

Fuente: HIS-MINSA



H. Rebeza I.

#### 6.3.4. RESPUESTA SOCIAL

##### El Sistema de Salud, los Recursos Humanos<sup>44</sup>

En el país hay 830 oftalmólogos a nivel nacional, 620 pertenecen a la Sociedad Peruana de Oftalmología. Se estima que hay un oftalmólogo por cada 34,000 habitantes, 98% en las grandes urbes (100,000 o mayor) y 2% en ciudades intermedias o menores (100,000 habitantes). Hay 1,000 optómetras a nivel nacional, 90% de ellos en grandes urbes (100,000 o más habitantes) y 10% en ciudades intermedias o menores (menos 100,000 habitantes).

Existen 128 servicios oftalmológicos públicos con 403 oftalmólogos. El 44.2% de servicios oftalmológicos se ubican en regiones de Lima y Callao (capital), 30.8% en otras regiones de la costa, el 25% restante, cobertura 14 regiones de la sierra y selva. El 64.8% de los oftalmólogos públicos laboran en regiones de Lima y Callao (capital), 23.9% en otras regiones de la costa y 11.3% en regiones de sierra y selva. El 56.7% son oftalmólogos generales y 43.1%, subespecialistas. Las regiones de Lima y Callao (capital) concentran el 52.0% de oftalmólogos generales y 82.7% de subespecialistas. El 64.1% de las lámparas de hendidura y 53.2% de los microscopios quirúrgicos se encuentran en las

<sup>44</sup> Informe sobre Salud Visual en el Perú. Noviembre 2009 IAPB LA



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

regiones de Lima y Callao (capital). Más del 50% del instrumental para cirugías de catarata, pterigión y chalazión a nivel nacional se encuentran en regiones de Lima y Callao (capital).

Finalmente, el 21.5% de oftalmólogos no operan cataratas, 68.1% operan menos de 100 cirugías/año y 10.4% entre 100 a 200 cirugías/año. 79% de FACO y 72.6% de ECCE son reportadas en regiones de Lima y Callao (capital).

Tabla N° 3: Situación país para el Trabajo en Salud Ocular

País	Prescripción de gafas	Atención de errores refractivos	Atención de errores refractivos	Atención de errores refractivos
Bolivia	35.24	13,6	7,55	34
Brasil	24.46	19,9	11.37	74
Chile	21.38	24,3	14.49	46
Colombia	28.02	17,5	9.60	42
Ecuador	29.55*	16,9	9.54	25
Perú	29.14	16,6	9.35	34

Fuente: Adaptado de IAPB – VISION2020

La prevalencia estimada de errores refractivos no corregidos en la población escolar se calcula en 5%. El 60% de las prescripciones de gafas se originan en ópticas que no cuentan con sistemas de regulación y control de calidad. En el sector público las refracciones representan el 66.4% de atenciones/año de capa simple, mientras que la catarata y el glaucoma constituyen el 75.7% de la capa compleja. Más del 50% de cirugías de glaucoma, catarata, estrabismo, pterigión y chalazión se ejecutan en las regiones de Lima y Callao (capital).

La Provisión de Servicios Especializados para el Diagnóstico y Tratamiento

Durante el periodo 2007 - 2010, en el marco de la implementación del Plan Nacional de Lucha contra la Ceguera por Catarata, se efectuaron **102,363 cirugías entre MINSA y EsSalud**, adicionalmente, se cuenta con el trabajo del Hospital Militar (850 operaciones) y del Hospital PNP (362 operaciones); así como de los organismo cooperantes: Asociación Civil Divino Niño (1,955), Servicios Médicos Cubanos (1,321), y Fundación Clinton (9,916); haciendo un total general de 116,767 cirugías.

Tabla N° 4: Perú – Cirugías de Cataratas Periodo 2007 – 2010

Años	MINSAs*	EsSalud	Hospt. Militar	Hospt. PNP	Asoc. Div. Niño	Serv. Med. Cubanos	Fund. Clinton	TOTAL
2007	7,704	8,055						
2008	9,935	20,044						
2009	10,335	20,432						
2010	7,162	18,696	850	362	1,955	1,321	9,916	40,262
<b>TOTAL</b>	<b>35,136</b>	<b>67,227</b>	<b>850</b>	<b>362</b>	<b>1,955</b>	<b>1,321</b>	<b>9,916</b>	<b>116,767</b>

\*Incluye lo desarrollado por los pliegos regionales y oferta móvil del INO. Además, subrayamos que de las cirugías de cataratas realizadas por el MINSA, el Instituto Nacional de Oftalmología ha ejecutado 15,238 intervenciones quirúrgicas, es decir el 43.03%



H. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

Comparando la tasa de cirugía de cataratas entre 6 países de América Latina –incluido el Perú–, la menor tasa es la de Bolivia y la mayor es de Chile, estando Perú en el 3er lugar.

Tabla N° 5: América Latina - Tasa de Cirugía de Cataratas por Millón de Habitantes

País	CSR 2005	CSR 2006	CSR 2007	CSR 2008	CSR 2009	CSR 2010	CSR 2011	CSR 2012
Bolivia	563	602	667	800	900	930	930	930
Brasil	2,448	2,352	2,212	2,200	2,400	2,700	2,900	3,277
Chile	1,751	1,930	2,132	2,820	3,200	3,450	3,789	4,100
Colombia	1,189	1,350	1,278	1,350	1,510	1,590	1,752	1,752
Ecuador	801	831	856	1,050	1,350	1,490	1,737	942
Perú	761	863	880	1,429	1,572	1,400	1,599	1,682

FUENTE: Adaptado de IAPB – VISION2020

En el marco del Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por Catarata se fortaleció la capacidad resolutoria de 29 hospitales en 16 regiones mediante la dotación de una Unidad Oftalmológica apta para realizar cirugía de catarata (2009).

### 6.3.5. Ámbito de Planificación

De acuerdo al contexto antes descrito, del análisis de la situación de salud ocular en base a la Carga Nacional de Enfermedad por muerte prematura y discapacidad (DGE-MINSA 2008), patología causal de discapacidad visual y ceguera evitable, y consideraciones internacionales OMS – Plan Global de Salud Ocular. El ámbito de planificación del presente documento técnico contempla como patologías en Salud Ocular priorizadas a:

- Cataratas,
- Errores Refractivos,
- Retinopatía de la Prematuridad,
- Retinopatía Diabética,
- Glaucoma,
- Enfermedades externas del ojo,
- Baja visión.

La priorización de ámbitos regionales es el resultado del Análisis de Vulnerabilidad Territorial, en la que se ha determinado el índice y grado de vulnerabilidad (Anexo N° 2).

### 6.4. Enfoques, Principios y Ejes Transversales para la Salud Ocular y la Prevención de la Ceguera Evitable

Se desarrollan en este ítem los enfoques, principios y ejes transversales que enmarcan conceptualmente la intervención propuesta en el Plan Estratégico.



H. Rebaza I.



#### 6.4.1. Enfoques

- **Derechos Humanos**

Dentro de los derechos humanos, el derecho a la salud es un derecho social que debe estar garantizado en las políticas de salud. Se refiere a que todas las personas puedan acceder en igualdad de condiciones al cuidado de la salud, que tengan las mismas oportunidades de desarrollo saludable, y que disfruten de una vida libre de discapacidades visuales evitables o bien gocen de condiciones óptimas de acceso a servicios oftalmológicos de alta calidad.

- **Género**

El género, como uno de los determinantes sociales de la salud de la población, condiciona comportamientos de riesgo y patrones de acceso y control de los recursos individuales y sociales para la salud, generando diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres. Políticas e intervenciones en salud con equidad de género implican considerar equitativamente las necesidades de cuidado de salud de ambos géneros, producir información estadística desagregada por sexo y por variables específicas, lograr normas para promover la salud ocular con igualdad de género.

- **Interculturalidad**

La cultura es también un determinante social de la salud de las personas. El Perú se caracteriza por la diversidad de culturas y a consecuencia, de sistemas de cuidado de la salud, con los que coexiste el sistema de salud biomédico occidental. Un enfoque intercultural en salud implica construir estrategias pertinentes y adecuadas para abordar las necesidades de salud de las diferentes culturas que son actores sociales con iguales derechos, promoviendo entre los recursos humanos de salud el respeto y la tolerancia a la diversidad



H. Rebaza I.

#### 6.4.2. Principios

- **Universalidad**

Todas las personas deben participar de los beneficios de la atención integral de salud que garantiza el Estado.

- **Inclusión social**

Los servicios de salud permitirán el acceso a todas las personas sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica.

- **Equidad**

Los servicios esenciales de salud deben llegar a las personas privilegiando a los sectores más vulnerables para el desarrollo de sus potencialidades y alcanzar una vida saludable.

- **Integralidad**

La resolución de las necesidades de salud de las personas requiere que las acciones sanitarias consideren al entorno, es decir a la familia y la comunidad. Así como también un abordaje integral incluyendo promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación.



Cabe destacar al respecto que el Consejo Nacional de Salud señala en sus Lineamientos y medidas de reforma del sector salud de julio del 2013 que el cambio propuesto se orienta hacia el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud desarrollando acciones de carácter multidimensional, integral, multisectorial e intergubernamental.

Complementariamente manifiesta que al Estado le compete coordinar las acciones de salud pública con ciudadanos/as, sectores y gobiernos regionales y locales para: a) promover conductas y entornos saludables; b) proteger a la población frente a los riesgos de emergencias de salud o eventos que generen daños personales; c) ejercer vigilancia y control epidemiológico; y d) prevenir la ocurrencia de complicaciones de enfermedad, mediante tamizajes o pruebas de detección temprana.

### **b) Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC)**

En el marco del Modelo de atención integral en salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), se centra la atención en la persona, en el contexto de su familia y comunidad, facilitando el ejercicio pleno de sus derechos en salud el cumplimiento de sus deberes en salud; se enfatizan las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; se reorientan los servicios de salud hacia una atención personalizada, digna y de calidad basada en las garantías explícitas del Aseguramiento Universal en Salud. Se brinda además especial atención a los recursos humanos, contribuyendo al cierre de brechas con equidad y el desarrollo de capacidades con énfasis en la formación de salud familiar y comunitaria.

Organiza los servicios en redes de salud y asegura la complementariedad e integralidad de la atención desde los cuidados primarios hasta las modalidades de atención especializada. Promueve el abordaje de los determinantes sociales de la salud y abre espacios para la participación ciudadana en salud. Asegura los recursos necesarios para su implementación y sostenibilidad. Promociona el respeto e impulso a la transversalización de los enfoques de derechos, interculturalidad y equidad de género.

### **c) Atención Primaria Renovada en Salud Ocular**



H. Rebaza I.

En el año 2005 la OPS-OMS introdujo el concepto de APS Renovada, cuyos valores fundamentales son la equidad, la solidaridad y la universalidad de la salud; la cual es un derecho humano fundamental. Se resaltan la equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios, así como la participación de los diversos sectores, incluida la sociedad civil, para acrecentar la capacidad de las comunidades en el desarrollo social sostenible. Asimismo se fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud.



En el año 2009 el MINSA generó una propuesta de Atención Primaria en Salud Ocular en la cual tiene un papel clave el Instituto Nacional de Oftalmología. Se trata de desarrollar conciencia en la población de más bajos ingresos y menor acceso a servicios especializados en Salud Ocular, y educarles en el cuidado de la misma. Las acciones propuestas son identificar patologías, brindar cuidados de poca complejidad, referir casos a otros niveles de atención, recibir y analizar contrarreferencias y efectuar el seguimiento de los enfermos. El trabajo lo realizan promotores/as de salud a través de actividades de prevención, promoción y recuperación, y de derivación al médico/a oftalmólogo cuando la condición de la persona lo requiera.

- **Complementariedad**  
Se requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas y privadas que de manera articulada y a través de convenios o intercambio prestacional se podrán obtener mayor eficiencia e impacto.
- **Eficiencia**  
Se emplearán los mejores medios posibles, maximizando el uso de los recursos, las estrategias basadas en evidencias y los resultados expresados en metas mensurables.
- **Calidad**  
El servicio satisface las necesidades del individuo en forma oportuna y eficaz respetando sus derechos.
- **Sostenibilidad**  
Garantiza la continuidad de las políticas y los compromisos asumidos tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto.

### 6.4.3. Ejes Transversales

#### a) Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud ha declarado desde hace algunos años, que la discapacidad visual y la ceguera evitables son importantes problemas de salud pública mundial sobre los cuales se puede y debe intervenir. Desde la perspectiva de la salud pública, la discapacidad visual es enfocada con abordaje multidisciplinario, basado en datos científicos, promoviendo la acción colectiva de las poblaciones y el trabajo conjunto de todos los sectores, y dando importancia central a la prevención.

En el año 2009 se aprobó y puso en ejecución el Plan de Acción 2009 - 2013 para la Prevención de la Ceguera y la Discapacidad visual evitables; en el año 2012, sus resultados y lecciones aprendidas se plasmaron en el Plan de Acción Mundial 2014 - 2019 que fue aprobado en el año 2013 por la Asamblea Mundial de la Salud<sup>45</sup>. El documento propone evaluar la magnitud y las causas de la discapacidad visual, y la eficacia de los servicios, e integrar estos datos en los sistemas nacionales de información sanitaria. Así como elaborar y aplicar políticas y planes nacionales integrados dentro de los sistemas de prestación de atención sanitaria, en todos sus niveles. Promueve las alianzas estratégicas para la inversión en intervenciones costo eficaces, y la inclusión social, educativa y laboral de las personas con discapacidad visual irreversible. Recomendamos planificar considerando como orientación global las metas de los programas mundiales de salud y desarrollo. Y poner énfasis en las enfermedades no transmisibles y transmisibles, y en los modelos de abordaje del envejecimiento de las poblaciones.

En relación con el Plan de Acción Mundial de la OMS 2014 - 2019 el Ministerio de Salud del Perú recomienda considerarlo como marco y base del Plan Estratégico Nacional, el cual debe consolidarse como política sectorial y multisectorial. A su vez en abril del 2013 los representantes de los Ministros de Salud de la Región de las Américas reunidos en Quito propusieron un cuerpo de acciones orientadas a incorporar la Salud Ocular en los sistemas nacionales de salud con un enfoque de salud pública<sup>46</sup>.



H. Rebaza I.



<sup>45</sup> OMS. 66° Asamblea Mundial de la Salud A/66/11, marzo 2013. Proyecto de Plan de acción mundial para la prevención de la discapacidad visual y la ceguera evitable.

<sup>46</sup> Reunión de los Representantes de Salud Visual de los Ministerios de Salud de América Latina. Quito, abril 2013.

#### d) Intervenciones basadas en evidencias

Se trata de la implementación y la evaluación de la efectividad de intervenciones, planes, programas, proyectos y políticas para la prevención y control de enfermedades no transmisibles, que deben realizarse aplicando el razonamiento científico, el uso sistemático de datos y de sistemas de información.

#### e) Discapacidad

Los programas y políticas del gobierno deben incluir –por ley<sup>47</sup>- la perspectiva transversal de discapacidad, la cual implica considerar como discapacitada a la persona que tiene una o varias deficiencias físicas, sensoriales, intelectuales, de carácter permanente, y que al interactuar con las barreras actitudinales existentes o con el entorno no ejerza o se vea impedida en el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones respecto del resto de la población.

#### f) Etapas de vida

Esta perspectiva implica considerar todas las etapas del ciclo de vida de las personas, desde la infancia hasta la adultez mayor, asumiendo que permite comprender cómo las influencias tempranas pueden actuar como factores de riesgo que originen comportamientos dañinos o problemas de salud en etapas posteriores. Y que cada etapa implica diferentes necesidades y problemas de salud y requiere intervenciones específicas.

### 6.5. Marco Estratégico del Plan (Anexo N° 3)

El Plan Estratégico desarrolla teniendo en cuenta el marco internacional y nacional clave, el análisis estratégico del contexto de la salud ocular en el Perú y la lógica de planificación.

El marco referencial internacional clave lo constituyen el Plan de Acción OPS-OMS para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales evitables 2009-2012, el Plan de Acción Mundial OMS para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019, y las Recomendaciones de los Ministros de Salud de las Américas (Quito, septiembre 2012).

Y asimismo dentro del Marco Nacional se consideran: el Plan Bicentenario Perú al 2021, el Plan Concertado de Salud 2007-2020, los Lineamientos de la Reforma de Salud (2013), el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles 2004-2012, el Plan Nacional de Lucha contra la Ceguera por Catarata 2007-2010 (Ver Anexo 3).

#### 6.5.1. Análisis Estratégico del contexto de la Salud Ocular en el Perú

En este ítem se identificaron por un lado, los actores involucrados en la Salud Ocular en el país y su aporte actual y potencial, y por otro, las fortalezas y debilidades del Sector Salud y las oportunidades y amenazas externas al Sector. Todos ellos elementos de relevancia para formular el Plan Estratégico bien fundamentado en la realidad actual del país.



H. Rebaza I.



<sup>47</sup> Ley 29973. Ley de la Persona con discapacidad.

### 6.5.1.1. Actores de la Salud Ocular en el Perú (Anexo N°4)

Los Actores institucionales involucrados en la Salud Ocular fueron sistematizados en tres grandes grupos: Estado, sociedad civil y sector privado.

#### a. Estado

El Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud ocular, las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud como autoridades Sanitarias Regionales, desarrollan actividades de gestión para impulsar la salud ocular en sus ámbitos de responsabilidad.

Los establecimientos del Primer Nivel (Puestos y Centros de Salud) participan a través del desarrollo de promoción de la salud ocular y prevención del riesgo; el segundo nivel contribuye con servicios de atención oftalmológica general y el y tercer nivel de atención, Hospitales Nacionales e Institutos Especializados, mediante la atención de alta complejidad.

En el caso del Instituto Nacional de Salud Organismo Público Descentralizado, cuya función es la investigación en salud, contribuye también con la salud ocular, impulsando la generación de evidencias científicas.

El Ministerio de Trabajo - ESSALUD y Municipalidad Metropolitana de Lima - SISOL, ambos organismos públicos descentralizados de gestión mixta público privada que aportan en atención oftalmológica.

Los Hospitales de las Fuerzas Armadas y la Policía, así como los Hospitales Municipales brindan servicios oftalmológicos a la población que les compete. Por último se mencionan varios ministerios: MEF (apoyo económico) y MINEDU y MIDIS donde se participa en Programas Sociales con Salud Ocular; Los Gobiernos Regionales y Locales brindan presupuesto y difusión para el tema.



H. Rebaza I.

Se ha ido fortaleciendo el trabajo intersectorial, entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS en los programas sociales (Juntos, Pensión 65, Qali Warma), con el Ministerio de Educación – MINEDU (Salud Escolar), es de destacar el trabajo en conjunto que se viene realizando con el Instituto Nacional de Oftalmología a fin de asegurar la oferta de servicio en aquellas regiones donde no se cuenta con la especialidad. Además forma parte del paquete atención del Proyecto de intervención para la implementación de servicios diferenciados de atención integral de salud del adulto mayor en el primer nivel de atención “Proyecto Tayta Wasi” en el marco del cual se viene desarrollando capacitaciones a nivel nacional en regiones priorizadas.



#### b. Sociedad civil

En este espacio social de la ciudadanía se identificaron: Organizaciones No Gubernamentales – ONGs-, Asociaciones civiles e Iglesias, las cuales aportan a la Salud Ocular con servicios de atención oftalmológica. Las ONGs comparten con el resto de entidades de sociedad civil el aporte en proyectos, formación de recursos humanos y asesoría técnica (Colegio Médico, Sociedad Peruana de Oftalmología, Comité Visión 2020, Universidades, Confederación de Discapacitado del Perú, Comité Nacional de Residentado Médico, Colegio de Tecnólogos, Club de Leones y Rotary Club). Las ONGs y la Sociedad Peruana de Oftalmología contribuyen desarrollando incidencia y abogacía en Salud Ocular.

### c. Sector Privado

Dentro del *sector privado* los Institutos, Centros y Clínicas Oftalmológicas particulares y los Consultorios, y las empresas de diverso tipo, ofertan atención oftalmológica de carácter recuperativo. Todos coinciden en cuanto a sugerir intervenciones orientadas a la integración y articulación de estos servicios en el Sistema Nacional de Salud, a su regulación y supervisión por el MINSA para garantizar la calidad de resultados, y a la promoción del intercambio de prestaciones entre el sector público y el privado.

#### 6.5.1.2. Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (Anexo N° 5)

##### A. Fortalezas. Ámbito interno del Sector Salud

Las Fortalezas señaladas para el Sector Salud son numerosas: el MINSA es el ente rector en Salud con autoridad que cuenta con entidades de soporte técnico especializadas para el ejercicio de la rectoría (La existencia de normativa pertinente, personal capacitado y comprometido, infraestructura adecuada, la inclusión de la estrategia de Salud Ocular en el PPR, la implementación del AUS y del SIS permite la accesibilidad de la población de bajos recursos aumentando la cobertura, la existencia de información epidemiológica para toma de decisiones políticas, la relativa solidez económico-financiera de ESSALUD, su capacidad resolutoria con que cuenta actualmente, en el norte con un Instituto Peruano de Oftalmología y en los Hospitales Nacionales del tercer nivel de atención, con una oferta con mayor capacidad resolutoria y su implementación con médicos oftalmólogos en el primer nivel de atención.

##### B. Debilidades. Ámbito interno del Sector Salud

Las Debilidades mencionadas para el Sector Salud son de alguna manera la "otra cara" de las Fortalezas identificadas. Parece que aquellos elementos que son considerados como aspectos fuertes, estuvieran aún en proceso y requirieran consolidación: los recursos humanos capacitados son pocos y no están bien distribuidos en donde se los necesita, les faltan competencias de gestión y manejo de las Guías de atención y del PpR; la rectoría del MINSA es débil en lo referente a la articulación con otros sectores, lo cual coincide con la demanda de interinstitucionalidad que se refleja en el Análisis de Actores de Salud Ocular. La normatividad existe, pero se requiere producir normas que regulen los procesos de atención; también se cuenta con sistema de registro de información pero éste se considera deficiente; faltan fondos para equipamiento.

##### C. Oportunidades. Entorno externo al Sector Salud

Las alianzas interinstitucionales con otros sectores de gobierno, sociedad civil, sector privado y cooperación internacional constituyen una oportunidad real y también potencial para fortalecer la articulación del Sector Salud con los actores sociales de la Salud Ocular y superar sus aspectos aún débiles, intercambiar especialistas y prestaciones, regular y consolidar la calidad de servicios, reunir recursos financieros, entre otros.

Otra oportunidad significativa es la existencia de entidades de cooperación internacional comprometida como la OPS-OMS, que proporciona un marco de políticas para la acción conjunta con enfoque de Salud Pública y, al igual que ORBIS Internacional brinda asistencia técnica al Sector Salud para superar las deficiencias en sus recursos humanos.

El crecimiento económico del país es (en gran medida potencialmente) una gran oportunidad porque permite mejorar competencias, equipamiento, investigación. También lo es el manejo económico autónomo de los Gobiernos Regionales que facilita el intercambio prestacional; y la incorporación en la Gestión por Resultados de productos priorizados en salud ocular según grupo etáreo vulnerable en el marco del componente de



H. Rebaza I.



salud individual a nivel nacional, Catarata - Errores refractivos y Retinopatía de la Prematuridad considerando el financiamiento para las intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y control,<sup>48</sup> permitiendo obtener presupuesto a fin de mejorar la oferta de salud ocular a nivel nacional dentro del Sistema Atención Integral de Salud, desde el primer nivel de atención hasta los servicios de oftalmología en las diferentes regiones.

La presencia de numerosas entidades privadas favorece la competencia lo cual es positivo pero que se puede convertir en una amenaza si la rectoría del MINSA no es suficientemente fuerte y sólida para regular la calidad de resultados de la oferta prestacional privada.

#### D. Amenazas. Entorno externo al Sector Salud

Los cambios políticos en la agenda sanitaria son vistos como una amenaza potencial siempre presente. Se señalan asimismo varios factores referentes a la población, tales como las barreras culturales de prejuicios, estereotipos y prácticas culturales diferentes que aumentan la distancia respecto de los servicios oftalmológicos. También estilos de vida no saludables que constituyen factores de riesgo latentes que generan discapacidad visual y patologías de salud ocular. Y la transición epidemiológica que se refleja en el aumento considerable de la proporción de adultos mayores con problemas de salud ocular frente a los cuales la oferta de servicios va a resultar insuficiente. Por último, el cambio climático asociado al incremento de la radiación solar afecta la salud ocular poblacional constituyendo una amenaza plenamente vigente.

#### 6.5.1.3. Árbol de Problemas (Anexo N°6)

El problema central, a resolver a largo plazo, es que: *“La discapacidad visual y la ceguera evitables son graves problemas de salud pública que afectan a la población peruana”*.

En este marco, las patologías de Salud Ocular priorizadas en el diagnóstico situacional son: cataratas, errores refractivos, retinopatía de la prematuridad, retinopatía diabética, glaucoma, enfermedades externas del ojo y baja visión.

Los problemas considerados causas del problema central se asocian a deficiencias, falta de integración, distribución desigual en Gestión y Políticas, Información e Investigación, Oferta de Servicios, Recursos Humanos, Gestión Clínica/Infraestructura/Equipamiento e Insumos.

Asimismo se analizaron los problemas que son consecuencias del problema central: la disminución del PBI por aumento de Años de Vida asociados a Discapacidad - AVD, la afectación de la calidad de vida personal y familiar, la presencia de factores de riesgo de otras enfermedades, la insuficiente respuesta del Sector Salud.

A partir de ellos se ha identificado el problema sobre el que actuará el Plan: *“Insuficiente respuesta del Sector Salud en la formulación de políticas y en la gestión estratégica intra e intersectorial para el abordaje de la Salud Ocular en los diferentes niveles de atención”*.



H. Rebaza I.



<sup>48</sup> Ley N° 29465 - Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2010 en su Art. 13, ítem A: "...implementación progresiva de la programación estratégica del PpR, el diseño de programas estratégicos relacionados con los siguientes fines: Enfermedades No Transmisibles, TBC, VIH y enfermedades Metaxénicas y zoonosis..."

#### 6.5.1.4. Árbol de Objetivos (Anexo N° 7)

A partir del Árbol de Problemas se ha transformado las situaciones negativas en logros a alcanzar para solucionarlas. Así se planteó la Finalidad u Objetivo General del Plan: "Contribuir a disminuir la discapacidad visual y la ceguera evitable sin ninguna distinción de género, cultura, estrato socioeconómico y edad.

Y luego el Propósito: "Fortalecer la respuesta del Sector Salud en las políticas y la gestión estratégica intra e intersectorial para el abordaje de la Salud Ocular y la Prevención de la Ceguera evitable dentro del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad".

Y finalmente 5 Objetivos Estratégicos referentes a: OE1: Gestión; OE2: Información e Investigación; OE3: Política Nacional; OE4: Acceso a la Atención Integral en Salud Ocular; OE 5: Promoción y Prevención en Salud Ocular.

#### 6.5.2. Propósito, Objetivos Estratégicos, Objetivos Específicos, Acciones y Resultados para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable

##### 6.5.2.1. Propósito

Fortalecer la respuesta del Sector Salud en las políticas y la gestión estratégica intra e intersectorial para el abordaje de la Salud Ocular y la Prevención de la Ceguera evitable dentro del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad con atención primaria para el 2020.

##### 6.5.2.2. Objetivos Estratégicos

- **Objetivo Estratégico N° 1: Fortalecer la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA**



H. Rebaza I.

*El limitado número de personal a nivel de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera no permite el adecuado desarrollo de acciones intra e intersectoriales en pro de mejorar la salud ocular a nivel nacional. Asimismo se requiere fortalecer la función de Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud.*

*Es así que, a fin de fortalecer la rectoría de la Estrategia, es importante contar con un equipo de trabajo que permita desarrollar acciones de asistencia técnica - supervisión - monitoreo y evaluación, de manera sostenida a nivel nacional; si como el diseño del marco normativo que asegure la protección y promoción de la salud ocular.*

- **Objetivo Estratégico N° 2: Generar información e investigación en materia de Salud Ocular para la toma de decisiones**



*Se requiere fortalecer el adecuado registro de información HIS, impulsar el análisis epidemiológico de los datos disponibles, así como la generación de investigación en los diferentes niveles de atención; a fin de tener información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en Salud Ocular, la misma que deberá ser analizada e interpretada, y sobre resultados específicos se incentive la investigación.*

– **Objetivo Estratégico N° 3:** Establecer la Política Nacional de Salud Ocular

*Se requiere determinar una Política Nacional que considere los determinantes de una buena salud ocular para toda la población, considerando intervenciones individuales y colectivas, contando para ello con el apoyo intra e intersectorial y la sociedad civil, consolidando así la Salud Ocular como política de Estado, se priorice en la agenda sanitaria nacional, con la consecuente dotación y ejecución de recursos a nivel nacional, regional y local.*

– **Objetivo Estratégico N° 4:** Fortalecer la atención integral en Salud Ocular

*Desarrollar capacidades en el personal de salud para implementar intervenciones dirigidas a evitar la aparición de los factores de riesgo que anteceden a la presentación de la enfermedad no transmisible, o bien, a tratar dichos factores lo antes posible una vez que han aparecido.*

*Implementar un conjunto de medidas, acciones, programas o intervenciones continuas y organizadas dirigidas a reducir la prevalencia de las enfermedades oculares priorizadas por su impacto en la discapacidad visual y ceguera evitable.*

*Para lograr intervenciones que fortalezcan la atención de manera integral y oportuna a la creciente prevalencia y morbilidad por enfermedades oculares se requiere disponer de recursos humanos, infraestructura, equipamiento, insumos, procesos de trabajo claramente establecidos y sistemas de referencia y contra-referencia operativos.*

– **Objetivo Estratégico N° 5:** Promover prácticas de estilos de vida y entornos saludables para prevenir enfermedades oculares.

*Lograr el nivel más alto posible de salud requiere de un proceso que permita a las personas incrementar su conciencia y control sobre su salud para mejorarla, además de acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud pública e individual.*



H. Rebaza I.

### 6.5.2.3. Objetivos Específicos, Acciones y Resultados

**Objetivo Específico 1:** Gestionar, Planificar y Fortalecer los Recursos Humanos y Financieros para mejorar la gestión, conducción e implementación de las intervenciones de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera:

**Acciones:**

- *Elaboración de los sustentos técnicos para las solicitudes de ampliación presupuestal para Salud Ocular.*
- *Incorporación de recursos humanos de acuerdo al perfil solicitado para la gestión de la ESNSOPC y a nivel de los establecimientos de salud la incorporación de personal profesional especialista en oftalmología.*
- *Gestión del presupuesto que implique el fortalecimiento del equipo técnico de la ESNSOPC y de los establecimientos de salud.*
- *El equipo Técnico de la Estrategia realizará el fortalecimiento de competencias a nivel de las Coordinaciones de las DIRESA/GERESA/DISA.*
- *Formulación de Documentos Técnico Normativos en Salud Ocular, teniendo en cuenta las enfermedades priorizadas por la ESNSOPC.*
- *Validación de los Módulos de los Documentos Normativos propuestos en Salud Ocular.*



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

- *Aprobación mediante Resolución Ministerial de los Documentos Normativos propuestos.*
- *Difusión de los Documentos Normativos aprobados.*
  - **Resultado 1:** Incremento del presupuesto asignado a la ESNSOPC para el logro de los objetivos.
  - **Resultado 2:** Incremento del número de profesionales que laboran en la ESNSOPC, implicando una mejor distribución de las actividades de la Estrategia y mayor empoderamiento de la misma para el logro de los objetivos a nivel nacional.
  - **Resultado 3:** Equipo de Facilitadores Nacional y Local en Salud Ocular conformado y funcionando.
  - **Resultado 4:** Documentos Normativos en Salud Ocular elaborado en el marco del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad.

**Objetivo Específico 2: Actualizar, Monitorear y Evaluar la Gestión Operativa de las intervenciones de Salud Ocular en el Presupuesto por Resultado.**

**Acciones:**

- *Revisión y actualización continua de las definiciones operacionales – estructura de costos y criterios de programación de los productos y subproductos relacionados a Salud Ocular en el Presupuesto por Resultado-PpR.*
- *Asistencia técnica en PpR - programación de metas físicas – seguimiento de la ejecución presupuestal.*
- *Fortalecer el monitoreo de la ejecución de metas físicas y recursos financieros de la ESNSOPC a nivel nacional, bajo el enfoque de Programa Presupuestal.*
  - **Resultado 5:** Actualización del PpR en los productos y subproductos relacionados a salud ocular, consecuente mejora en la programación de metas físicas y ejecución presupuestal.
  - **Resultado 6:** Gestión eficiente por resultados con articulación intrasectorial, concertación multisectorial y alianzas estratégicas coordinando todos los niveles del Estado.



**Objetivo Específico 3: Mejorar el Sistema de Información y el Análisis de la Situación Epidemiológica en Salud Ocular.**

**Acciones:**

- *Fortalecimiento del sistema de información HIS – revisión y actualización continua del Manual de Registro y Codificación de la Atención en Consulta Externa, egresos hospitalarios, y hechos vitales a fin de disponer de información oportuna y confiable para la toma de decisiones.*
- *Fortalecer la investigación en base a la información del HIS, obteniendo así una línea basal.*
- *Elaboración del análisis de la situación epidemiológica de la Salud Ocular en el nivel nacional anual.*
- *Impulsar la realización del análisis de la situación epidemiológica de la Salud Ocular regional anual.*



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

- **Resultado 7:** Sistema de información HIS, evidencia eficazmente la información en Salud Ocular, de acuerdo a las etapas de vida e intervenciones priorizadas.
- **Resultado 8:** Análisis de situación de salud ocular, a nivel regional y nacional, generado de manera eficiente y con la periodicidad establecida.

**Objetivo Específico 4:** *Impulsar y Promover la Investigación Clínica y Operativa en el campo de Salud Ocular*

**Acciones:**

- *Establecimiento de prioridades de investigación para Salud Ocular, acorde con la realidad local.*
- *Impulsar la generación de investigaciones en Salud Ocular en los tres niveles de atención.*
- *Gestión de un Fondo Concursable para el financiamiento de Investigaciones en las Líneas Priorizadas en Salud Ocular.*
- *Identificar las intervenciones más recomendables para la atención de la patología ocular prevalente*
- *Realizar la búsqueda bibliográfica de información actualizada sobre salud ocular a nivel mundial y realidad nacional, teniendo en cuenta los últimos estudios aprobados.*
  - **Resultado 9:** Investigación desarrollada para generar evidencias que respalden políticas y programas y sistematización de buenas prácticas de intervención en Salud Ocular.
  - **Resultado 10:** Identificación y/o ratificación de las principales enfermedades oculares de importancia en salud pública, teniendo en cuenta la priorización del presente Plan Estratégico Nacional.
  - **Resultado 11:** Evidencias que sustentan las intervenciones más recomendables para la atención en salud ocular.



H. Rebaza I.

**Objetivo Específico 5:** *Formular, Difundir, Implementar y Evaluar la Política Nacional de Salud Ocular.*

**Acciones:**

- *Elaboración del proyecto de documento técnico – Política Nacional en Salud Ocular a través de reuniones de trabajo con expertos en la materia.*
- *Reunión de Validación del proyecto de documento técnico – Política Nacional en Salud Ocular.*
- *Generación del expediente técnico del proyecto de documento técnico – Política Nacional en Salud Ocular, su aprobación mediante acto resolutivo.*
- *Implementación y evaluación de la Política Nacional en Salud Ocular.*
  - **Resultado 12:** Lineamientos de Política Nacional de Salud Ocular implementado y evaluado.



**Objetivo Específico 6:** Fortalecer las intervenciones de prevención en Salud Ocular en todas las etapas de vida, priorizando niños y adultos mayores, con participación de la población y sus instituciones.

**Acciones:**

- *Desarrollar asistencias técnicas teórico prácticas para la detección temprana y oportuna de problemas visuales en el primer nivel de atención).*
  - **Resultado 13:** Detección oportuno de enfermedades oculares que generan discapacidad visual y ceguera evitable en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

**Objetivo Específico 7: Mejorar la Oferta de los Servicios de Salud para la Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la Salud Ocular**

**Acciones:**

- *Análisis de la Brecha de capacidad resolutiva nacional en salud ocular.*
- *Impulsar la dotación de equipamiento suficiente para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oculares priorizadas según nivel de atención.*
- *Incremento de la cobertura de cirugía de catarata en los hospitales del II y III nivel de atención del país.*
- *Promover la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad orientados a fortalecer los servicios de oftalmología.*
- *Impulsar el control de calidad de las cirugías oftalmológicas.*
- *Realizar la Gestión del abastecimiento de dispositivos médicos para el tratamiento de las cirugías de catarata en las DIRESAs/GERESAs/DISASSs.*
- *Fortalecer las acciones de supervisión, monitoreo y evaluación en los tres niveles de atención.*
- *Generar alianzas intra e interinstitucionales para el abordaje integral de la Salud Ocular.*
  - **Resultado 14:** Provisión de servicios de Salud Ocular con equipamiento e insumos adecuados, suficientes y sostenibles.
  - **Resultado 15:** Establecimientos de Salud con capacidad resolutiva para la atención de la salud ocular.



H. Rebaza I.

**Objetivo Específico 8: Organizar y Consolidar eficazmente el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.**

**Acciones:**

- *Partiendo del Análisis de la Brecha de capacidad resolutiva nacional en salud ocular se deberá establecer la propuesta de Red Integral de Salud Ocular Nacional.*
- *Realizar la validación de la propuesta de Red Integral de Salud Ocular Nacional.*
  - **Resultado 16:** Establecimientos de Salud con un eficiente sistema de referencia y contrarreferencia, lo cual facilita el trabajo en red con los servicios oftalmológicos.
  - **Resultado 17:** Redes funcionales (intersectoriales y público-privadas) de servicios de Salud Ocular con intercambio, complementariedad y sostenibilidad financiera de prestaciones y recursos.



**Objetivo Específico 9: Establecer los Mecanismos para garantizar las intervenciones en Salud Ocular.**

**Acciones:**

- *Actualización permanente de plan esencial de aseguramiento en salud en las condiciones referidas a enfermedades oculares. (detección-diagnóstico-tratamiento-control)*
- *Fortalecimiento de las competencias del personal de salud para asegurar la calidad de la prestación en salud ocular.*
  - **Resultado 18:** Actualización de las enfermedades oculares consideradas en el PEAS.
  - **Resultado 19:** Personal de Salud Ocular con capacitación y actualización continua en base a los documentos técnico normativos aprobados.

**Objetivo Específico 10: Identificar, Establecer, Difundir y Evaluar las Prácticas de Estilos de Vida y Entornos Saludables para la Salud Ocular.**

**Acciones:**

- *Elaboración de Módulos de Promoción de Salud Ocular teniendo en cuenta los grupos vulnerables y enfermedades priorizadas por la ESN de Salud Ocular.*
- *Validación de los Módulos de Promoción de Salud Ocular.*
- *Aprobación mediante Resolución Ministerial de los Módulos de Promoción de Salud Ocular.*
- *Desarrollar el material informativo de Salud Ocular en el marco de las etapas de vida e intervenciones sanitarias priorizadas, complementando la Línea Gráfica de la Estrategia.*
- *Desarrollar actividades de capacitación dirigidas al personal de salud en el marco de las prácticas de estilos de vida y entornos saludables identificados.*
- *Impresión del documento normativo aprobado para su distribución a nivel nacional.*
- *Incorporar dentro del temario de capacitación dirigida a la comunidad educativa los aspectos identificados para mejorar la Salud Ocular.*
- *Elaborar estrategias de comunicación que permitan difundir los mensajes claves para el cuidado y autocuidado de la salud ocular.*
- *Emplear medios de comunicación masivos, alternativos o digitales, para la difusión de mensajes claves que fomenten una cultura de prevención y autocuidado, en salud ocular, en la población en general, con énfasis en los ámbitos educativos y laborales.*
  - **Resultado 20:** Elaboración y aprobación de material informativo en Salud Ocular, por etapas de vida e intervenciones sanitarias priorizadas.
  - **Resultado 21:** Evaluación de la Estrategia Comunicacional planteada en Salud Ocular, orientada a la búsqueda de una mejor respuesta social y conocimiento sobre la Salud Ocular en la población en general y sus entornos.
  - **Resultado 22:** Promoción de la Salud Ocular por etapas de vida con participación de la familia y comunidad en acciones territoriales concertadas.



H. Rebaza L.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

- o **Resultado 23:** Individuo, familia, comunidad que identifican el riesgo de ceguera y buscan su atención en Salud Ocular.
- o **Resultado 24:** Población informada sobre prácticas de cuidado y autocuidado de la salud ocular.
- o **Resultado 25:** Instituciones Educativas desarrollan acciones de promoción de la Salud Ocular con énfasis en población vulnerable.
- o **Resultado 26:** Gobiernos Locales que han articulado actividades para la promoción y prevención de Salud Ocular

Tabla N° 6: Correlación de Objetivos Estratégicos y Objetivos Específicos

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICO
<b>Objetivo Estratégico N° 1</b> Fortalecer la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA.	<b>Objetivo Específico 1:</b> Gestionar, planificar y fortalecer los recursos humanos y financieros para mejorar la gestión y conducción de las intervenciones de la ESNSOPC
	<b>Objetivo Específico 2:</b> Actualizar, monitorear y evaluar la gestión operativa de las intervenciones de salud ocular en el Presupuesto por Resultado.
<b>Objetivo Estratégico N° 2</b> Generar información e investigación en materia de Salud Ocular para la toma de decisiones.	<b>Objetivo Específico 3:</b> Mejorar el sistema de información y el análisis de la situación epidemiológica en Salud Ocular.
	<b>Objetivo Específico 4:</b> Impulsar y promover la investigación clínica y operativa en el campo de salud ocular.
<b>Objetivo Estratégico N° 3</b> Establecer la Política Nacional de Salud Ocular	<b>Objetivo Específico 5:</b> Formular, difundir, implementar y evaluar la Política Nacional de Salud Ocular.
<b>Objetivo Estratégico N° 4</b> Fortalecer la atención integral en Salud Ocular	<b>Objetivo Específico 6:</b> Fortalecer las intervenciones de prevención en Salud Ocular en todas las etapas de vida, priorizando niños y adultos mayores, con participación de la población y sus instituciones.
	<b>Objetivo Específico 7:</b> Mejorar la oferta de los servicios de salud para la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud ocular
	<b>Objetivo Específico 8:</b> Organizar y consolidar eficazmente el sistema de referencia y contrarreferencia, en salud ocular.
	<b>Objetivo Específico 9:</b> Establecer los mecanismos para garantizar las intervenciones en Salud Ocular.
<b>Objetivo Estratégico N° 5</b> Promover prácticas de estilos de vida y entornos saludables para prevenir enfermedades oculares.	<b>Objetivo Específico 10:</b> Identificar, establecer, difundir y evaluar las prácticas de estilos de vida y entornos saludables para prevenir enfermedades oculares, por etapa de vida



H. Rebaza I.



#### 6.5.2.4. Estrategias de la Intervención para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable.

Se describen un conjunto de procesos que se tienen en cuenta para contribuir a producir cambios en la salud ocular.

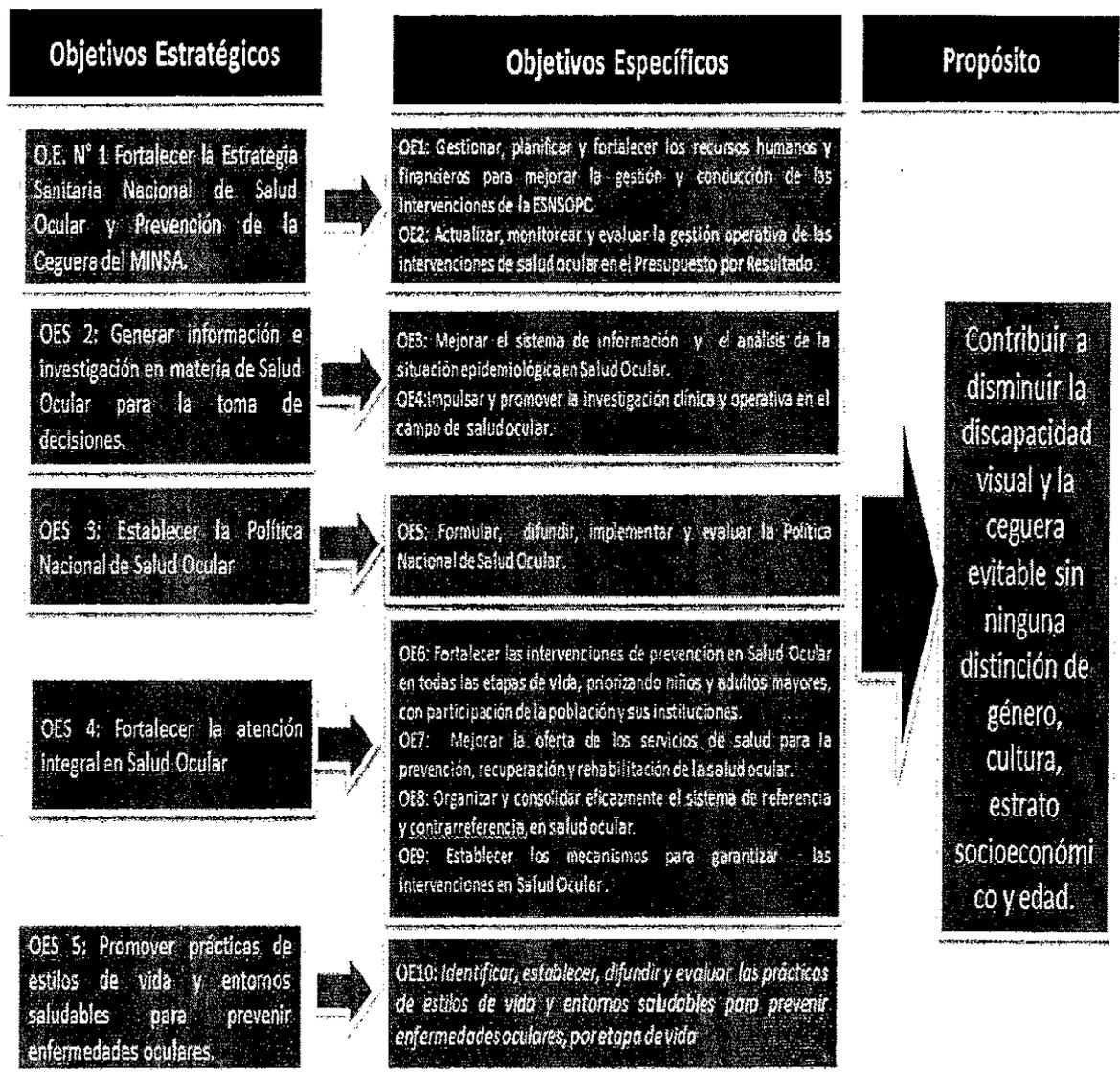
- **Atención primaria:** se promoverá la equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios de salud ocular fomentando la participación comunitaria y la autorresponsabilidad por parte de la población. (
- **Alianzas estratégicas intrasectoriales e intersectoriales** (otros sectores del Estado, sociedad civil, sector privado): se incentivará el trabajo conjunto entre todas las instituciones que integran del sector salud, complementando recursos y servicios; y se buscará establecer alianzas estratégicas con otros sectores para intercambiar prestaciones y gestionar iniciativas de financiamiento innovadoras.
- **Promoción, Educación y Comunicación para la salud:** se desarrollarán acciones de prevención de la discapacidad visual y la ceguera evitable, así como de promoción de buenas prácticas de cuidado de la salud ocular dirigidas a la población en general y a grupos poblacionales específicos (escolares, madres gestantes, adultos mayores).
- **Organización de servicios en red:** se reordenarán las prestaciones de cuidado de la salud ocular buscando su articulación en redes funcionales.
- **Gestión Territorial:** se incentivarán acciones participativo-educativas en salud ocular en los territorios priorizados con las personas, familias, escuelas, comunidades, y articulando entre gobiernos locales y regionales.
- **Capacitación continua de recursos humanos de salud:** se capacitará a los recursos humanos de salud de las DISAS y DIREAS priorizadas en atención primaria en salud ocular.
- **Formación académica especializada:** se incentivará la especialización de oftalmólogos/as en nuevas patologías de salud ocular y cirugía de catarata de alta calidad y rendimiento y bajo costo. Se impulsará la formación de profesionales en Optometría.
- **Intervenciones basadas en evidencias:** se identificarán y sistematizarán intervenciones exitosas en salud ocular y prevención de ceguera evitable, a fin de utilizarlas como evidencias de buenas prácticas que puedan replicarse en las regiones priorizadas.
- **Investigación:** se desarrollarán evaluaciones periódicas de la salud ocular a nivel nacional y regional, y se producirán estudios sobre las nuevas patologías. (Anexo N° 10)



H. Rebaza I.



### 6.6. Lógica de Planificación para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable



H. Rebaza I.



### 6.7. Metas e Indicadores para la Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable

Indicadores que Evidencian los Resultados Finales e Impacto del Plan de Salud Ocular.

Finalidad	Indicadores de Impacto	Línea de Base	Meta al 2020	Fuente de Verificación	Unidad Responsable
Contribuir a disminuir la discapacidad visual y la ceguera evitable en la población en general.	Prevalencia de Ceguera por Catarata	Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable: 58% de la población nacional mayor 50 años	Disminución entre 8 - 10% puntos porcentuales	Estudios de Investigación - Informes Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud - HIS	Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable 2017 - Instituto Nacional de Oftalmología - Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - HIS - ENDES
	Prevalencia de Errores Refractivos menor de 20/50	5% de la población entre 3 a 11 años	Disminución entre 1 - 2% de la prevalencia	HIS , Encuesta demográfica y Salud Familiar, Instituto Nacional de Oftalmología	Instituto Nacional de Estadística e Informática, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera , Oficina General de Estadística e Informática, Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud
	Prevalencia de Retinopatía de la prematuridad	5 - 11%	Disminución entre 0,5 - 1% de la prevalencia	Estudios de Investigación - Informes Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud - HIS	HIS , Instituto Nacional de Oftalmología , Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera , Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud



H. Rebaza I.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020**

	Prevalencia de Retinopatía Diabética	Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable: 5,3% de la población nacional mayor 50 años	Disminución entre 1- 1,5 % de la prevalencia	Estudios de Investigación - Informes Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud - HIS	HIS , Instituto Nacional de Oftalmología, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera , Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud
	Prevalencia de Glaucoma	Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable: 13,7% de la población nacional mayor 50 años	Disminución entre 0,5 - 1% de la prevalencia	Estudios de Investigación - Informes Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud - HIS	HIS , Instituto Nacional de Oftalmología, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera , Dirección Regional de Salud- Dirección de Salud



OBJETIVOS ESPECÍFICOS, RESULTADOS, INDICADORES Y METAS ANUALIZADAS

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	N°	RESULTADO	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META						
						2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Objetivo Estratégico N° 1 Fortalecer la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA.	Gestionar, planificar y fortalecer los recursos humanos y financieros para mejorar la gestión y ejecución de las intervenciones de la ESN/DPC	1	Incremento del presupuesto asignado a la ESN SOPC para el logro de los objetivos.	Porcentaje de incremento de presupuesto entre 2014 y 2020.	Nuevos Soles	10%	20%	30%	40%	50%	80%	
		2	Incremento del número de profesionales que laboran en la ESN de Salud Ocular, implicando una mejor distribución de las actividades de la Estrategia y mayor empoderamiento de la misma para el logro de los objetivos a nivel nacional.	Porcentaje de incremento de personal: profesional médico oftalmólogo en salud ocular	Profesional médico oftalmólogo	0.8 X100,000 Hab.	0.8 X100,000 Hab.	1.0 X100,000 Hab.	1.1 X100,000 Hab.	1.2 X100,000 Hab.	1.3 X100,000 Hab.	
		3	Equipo de Facilitadores Nacional y Local en Salud Ocular conformado y funcionando	Porcentaje de DRESAs con equipos de facilitadores locales en Salud Ocular conformados	DRESAs (25)	41%	80%	70%	80%	80%	100%	
		4	Documentos Normativos en Salud Ocular en el marco del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad.	Número de Documentos Normativos formulado por año.	Documento Normativo	3	2	2	2	2	2	
		5	Actualización del PpR en los productos y subproductos relacionados a salud ocular, consecuentemente mejora en la programación de metas físicas y ejecución presupuestal	Actualización del Documento Técnico del Presupuesto por Resultados en el marco de Salud Ocular.	Documento actualizado	1	-	1	-	1	-	
		6	Gestión eficiente por resultados con articulación intrasectorial, concentración multisectorial y alianzas estratégicas coordinando todos los niveles del Estado.	Evaluación del logro de metas físicas por producto.	Informe de Evaluación Anual	1	1	1	1	1	1	
		7	Sistema de información HIS, evidencia eficazmente la información en Salud Ocular, de acuerdo a las etapas de vida e intervenciones prioritarias.	Porcentaje de EE-SS con reports de información HIS oportuna y confiable.	Establecimiento de Salud (25)	SD	35%	40%	45%	50%	55%	60%
		8	Análisis de situación de salud ocular, a nivel regional y nacional, generado de manera eficiente y con la periodicidad establecida.	Porcentaje de DRESAs/GERESAs/DISAs que elaboran el Análisis de Situación de la Salud Ocular anualmente.	ASIS Regional (25)	SD	50%	60%	70%	80%	80%	100%
		9	Investigación desarrollada para generar evidencias que respalden políticas y programas y sistematización de buenas prácticas de intervención en Salud Ocular.	Número de proyectos de investigación en Salud Ocular ejecutados.	Proyectos Ejecutados	SD	1	1	1	1	1	1
		10	Identificación y promoción de las principales enfermedades oculares de importancia en salud pública, teniendo en cuenta la priorización del presente Plan Estratégico Nacional.	Evidencia que sustentan las intervenciones más recomendables para la atención en salud ocular.	Política Nacional en Salud Ocular elaborado y evaluado.	SD	SD	1	1	1	1	1
		11	Documentos de lineamientos de Política Nacional de Salud Ocular implementado y evaluado									
		Objetivo Estratégico N° 2 Generar información e investigación en materias de Salud Ocular para la toma de decisiones.	Mejorar el sistema de información y el análisis de la situación epidemiológica en Salud Ocular.									
Objetivo Estratégico N° 3 Establecer la Política Nacional de Salud Ocular	Formular, difundir, implementar y evaluar la Política Nacional de Salud Ocular.											



H. Rebaza t.

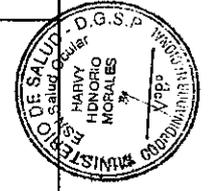


DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS	INDICADORES	LÍNEA DE META									
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2014	2015	2016
Objetivo Estratégico N° 4 Fortalecer la atención integral en Salud Ocular	Fortalecer las intervenciones de prevención en Salud Ocular en todas las etapas de vida, priorizando niños y adultos mayores, con participación de la población y sus instituciones.	13	Detección oportuna de enfermedades oculares que generan discapacidad visual y ceguera evitable en los EES6 del primer nivel de atención.	Porcentaje de Niños(as) que reciben valoración de agudeza visual adecuada, por personal de salud	201540	30%	10%	20%	38%	48%	50%		
		14	Provisión de servicios de Salud Ocular con equipamiento, material médico e insumos adecuados, suficientes y sostenibles.	Número de Establecimientos de salud del nivel de implementación para realizar atención de Salud Ocular.	65%	70%	75%	80%	80%	80%	85%		
		15	Mejorar la oferta de los servicios de salud para la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud ocular	Número de Establecimientos de salud implementados para realizar procedimientos de Salud Ocular.	30%	35%	40%	45%	55%	60%			
				Porcentaje de hospitales del MINSA niveles II y III que realizan cirugía de catarata de alto volumen.	30%	36%	40%	47%	55%	70%			
	16	Establecimientos de Salud con capacidad resolutive para la atención de la salud ocular	Porcentaje de hospitales del MINSA niveles II-2 y III que realizan servicios de baja visión.	8%	11%	14%	17%	20%	23%	25%			
			Porcentaje de hospitales del MINSA que cuentan con servicios de baja visión.	5%	7%	9%	12%	16%	19%	20%			
	17	Establecimientos de Salud con un eficiente sistema de referencias y contrarreferencias, lo cual facilita el trabajo en red con los servicios oftalmológicos.	Porcentaje de DIRESA's que disponen de los kit de medicamentos e insumos suficientes para el atención de enfermedades oculares prioritarias.	15%	22%	30%	40%	50%	60%	70%			
			Porcentaje de DIRESA's que han implementado sistema de Referencias y Contrarreferencias en Salud Ocular	8D	10%	20%	30%	40%	50%	60%			
	18	Redes funcionales (institucionales y público-privadas) de servicios de Salud Ocular con intercambio, complementariedad y sostenibilidad financiera de prestaciones y recursos.	Informe Técnico	SD	1	1	1	1	1	1			
			Informe Técnico	SD	1	1	1	1	1	1			
19	Actualización de las patologías oculares, procedimientos y actividades preventivas consideradas en el PEAS.	Informe Técnico para la actualización de PEAS en Salud Ocular	SD	1	1	1	1	1	1				
		Establecimiento de Salud	10%	26%	40%	55%	70%	85%	100%				
20	Elaboración y aprobación de manuales informativos en Salud Ocular, por etapas de vida e intervenciones sanitarias prioritarias	Material informativo en Salud Ocular, s anilatas prioritarias difundidas	3	1	1	1	1	1	1				
		Informe de las Estrategias Comunicacionales en Salud Ocular	S.D	1	1	1	1	1	1				
21	Evaluación de la Estrategia Comunicacional planificada en Salud Ocular, orientada a la búsqueda de una mejor respuesta social y comunitaria sobre la Salud Ocular en la población en general y sus actores.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que cuentan con personal capacitado en Salud Ocular	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
		Participación de las Instituciones Educativas públicas del nivel primaria que implementan intervenciones de promoción en salud ocular.	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
22	Promoción de la Salud Ocular por etapas de vida con participación familiar y comunitaria en acciones temáticas concertadas.	Participación de las Instituciones Educativas públicas del nivel primaria que implementan intervenciones de promoción en salud ocular.	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
		Instituciones Educativas desarrollan acciones de promoción de la Salud Ocular con énfasis en población vulnerable.	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
23	Identificar, establecer, difundir y evaluar las prácticas de estilos de vida y entornos saludables para prevenir enfermedades oculares, por etapas de vida	Participación de las Instituciones Educativas públicas del nivel primaria que implementan intervenciones de promoción en salud ocular.	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
		Participación de las Instituciones Educativas públicas del nivel primaria que implementan intervenciones de promoción en salud ocular.	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
24	Participación de las Instituciones Educativas públicas del nivel primaria que implementan intervenciones de promoción en salud ocular.	Participación de las Instituciones Educativas públicas del nivel primaria que implementan intervenciones de promoción en salud ocular.	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
		Participación de las Instituciones Educativas públicas del nivel primaria que implementan intervenciones de promoción en salud ocular.	22%	25%	30%	35%	40%	45%	50%				
25	Gobiernos Locales que han articulado actividades para la promoción y prevención de Salud Ocular	Número de Gobiernos Locales que han articulado actividades para la promoción y prevención de la capacidad visual y ceguera evitable	SD	25	50	75	100	125	150				
		Gobiernos Locales que han articulado actividades para la promoción y prevención de Salud Ocular	SD	25	50	75	100	125	150				



H. Roboza I.



### 6.8. Supervisión, Monitoreo y Evaluación

Se elaborará una metodología específica para la Supervisión, el Monitoreo y la Evaluación del Plan, para lo cual se preparó una propuesta de Matriz de Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la implementación del Plan (Ver Anexo 9) basada en los 17 resultados, 37 indicadores y las metas de la Matriz de Planificación Estratégica. Asimismo, se tendrá en cuenta la organización de niveles y responsabilidades dentro del Sector Salud incluida en la tabla adjunta.

NIVEL	RESPONSABLE	SUPERVISIÓN	MONITOREO	EVALUACIÓN
NACIONAL	ESNSOPC	Al personal responsable de la Estrategia de Salud Ocular de la DIRESA.	Examen periódico del cumplimiento de las actividades del plan de responsabilidad nacional. <i>Frecuencia: semestral.</i>	Comparación de los resultados obtenidos con el propósito y los objetivos del Plan a nivel nacional, para valorar la ejecución, recursos empleados y resultados obtenidos. <i>Frecuencia: anual.</i>
	INO		Al equipo multidisciplinario que ejecuta las intervenciones en Salud Ocular de los Hospitales e Institutos a nivel nacional.	
REGIONAL	Coordinador Regional de ESR SOPC de las DIRESA-DISA o la que haga sus veces	Al personal responsable de la ESNSOPC de las Redes y Microrredes de Salud.	Examen periódico del cumplimiento de las actividades del plan de responsabilidad regional. <i>Frecuencia: trimestral.</i>	Comparación de los resultados obtenidos con el propósito y los objetivos del Plan a nivel regional para valorar la ejecución, recursos empleados y resultados obtenidos. <i>Frecuencia: semestral.</i>
LOCAL	Profesional de Salud a cargo de la intervención sanitaria de Salud Ocular	Al personal responsable de la ESNSOPC de los Establecimientos de Salud.	Examen periódico del cumplimiento de las actividades del plan de responsabilidad local. <i>Frecuencia: trimestral.</i>	Comparación de los resultados obtenidos con el propósito y los objetivos del Plan a nivel local para valorar la ejecución, recursos empleados y resultados obtenidos. <i>Frecuencia: semestral.</i>



H. Rebaza I.

### 6.9. Financiamiento (Anexo N° 9)

La implementación del Plan se realizará con el presupuesto de las fuentes de financiamiento recursos ordinarios y de la fuente de financiamiento donaciones y transferencias bajo la lógica del Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles y acciones no ligadas a programas presupuestales.

La sostenibilidad económico-financiera del Plan tiene como base la asignación en el presupuesto en cada unidad ejecutora en el marco de la incorporación progresiva de intervenciones estratégicas de Salud Ocular descritas en el presente documento y además en el Plan Multianual del Presupuesto Público (Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto)



## 7. RESPONSABILIDADES

La conducción estratégica para la implementación del Plan Nacional estará a cargo del Equipo Técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera (Coordinación Nacional y Comité de Expertos).

El Equipo Técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera se responsabilizará de la coordinación y de la integración de las intervenciones a nivel intergubernamental (nacional, regional y local). Así como también de la canalización u obtención de fondos de la cooperación nacional o internacional para complementar el financiamiento del Plan.

Cada DIRESA, GERESA o DISA, en su nivel, deberá desarrollar Planes Regionales alineados con el Plan Nacional, y responsabilizarse por su implementación.

El financiamiento estará a cargo de los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) y el mecanismo será mixto: presupuesto y aseguramiento.

La atención integral estará a cargo de las Redes y Microredes de Salud del MINSA.

## 8. Anexos

- Anexo N° 1: Glosario
- Anexo N° 2: Análisis de vulnerabilidad Territorial
- Anexo N° 3: Marco Referencial de Políticas Públicas Internacionales y Nacionales
- Anexo N° 4: Actores de la Salud Ocular en el Perú
- Anexo N° 5: FODA de la Salud Ocular
- Anexo N° 6: Árbol de Problemas
- Anexo N° 7: Árbol de Objetivos
- Anexo N° 8: Estudios de Carga de Enfermedad y Enfermedades Oculares
- Anexo N° 9: Presupuesto proyectado al 2020
- Anexo N° 10: Agenda de Temas de Investigación en Salud Ocular



H. Rabaza I.



## ANEXO N° 1 – GLOSARIO

- **ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD (AUS):** Es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad<sup>49</sup>.
- **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD:** Son las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la Red de Salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención la persona, familia y comunidad.
- **CARGA DE ENFERMEDAD:** Es la medida de las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyendo las consecuencias mortales y discapacitantes<sup>50</sup>.
- **CATARATA:** Es la opacidad del cristalino del ojo que impide la visión clara. Aunque la mayoría de los casos de catarata están relacionados con el proceso de envejecimiento, en ocasiones los niños pueden nacer con la enfermedad, o las cataratas pueden desarrollarse después de lesiones en los ojos, inflamación y otras enfermedades oculares<sup>51</sup>.
- **DISCAPACIDAD VISUAL MODERADA O IMPEDIMENTO VISUAL MODERADO:** Agudeza visual menor a 20/60 y mejor o igual a 20/200 en el mejor ojo con su mejor corrección<sup>52</sup>.
- **DISCAPACIDAD VISUAL GRAVE O IMPEDIMENTO VISUAL SEVERO:** Agudeza visual menor a 20/200 y mejor o igual a 20/400 en el mejor ojo con su mejor corrección.
- **ERROR REFRACTIVO/AMETROPIAS:** Estos errores ocurren cuando la luz entra al sistema óptico y se focaliza en uno o varios planos diferentes al plano de la retina. Como ametropías se encuentran las siguientes alteraciones refractivas: miopía, hipermetropía, astigmatismo<sup>53</sup>.
- **EVALUACIÓN RÁPIDA DE LA CEGUERA EVITABLE (ERCE) o RAPID ASSESSMENT FOR AVOIDABLE BLINDNESS (RAAB):** La evaluación rápida de ceguera evitable es una metodología desarrollada en el seno del Centro Internacional de Salud Ocular - ICEH. Consiste en una encuesta rápida sobre la deficiencia visual y los servicios de atención ocular dirigida a la población de más de 50 años. El estudio RAAB está destinado a identificar la prevalencia de la ceguera y la deficiencia visual junto a sus causas principales, la producción y calidad de los servicios de atención ocular, las barreras, la cobertura de cirugía de catarata y otros indicadores relevantes para los servicios de salud ocular en un área geográfica específica<sup>54</sup>.
- **FUNCIÓN VISUAL:** Son funciones sensoriales relacionadas con percibir la presencia de luz y sentir la forma, el tamaño y el color de un estímulo visual. Incluyen funciones referentes a: agudeza visual, campo visual, calidad de visión; a la percepción de luz y color, agudeza visual a larga o



H. Rebaza I.



<sup>49</sup> Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

<sup>50</sup> (Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – 2004, Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología) p. 22.

<sup>51</sup> Catarata WHO 2013.

<sup>52</sup> Idem.

<sup>53</sup> Guía 5: Detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares. Guía de la Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades en la Salud Pública. Colombia. Abril 2008.

<sup>54</sup> International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and tropical Medicine, VeppelStreet, London. Visión 2020. (Evaluación de la Ceguera Evitable, Versión (Español) para Windows – octubre 2012.

corta distancia, visión monocular y binocular; calidad de la imagen visual; deficiencias tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo, hemianopsia, ceguera al color, visión en túnel, escotoma central y periférico, diplopía, ceguera nocturna y adaptabilidad a la luz<sup>55</sup>.

- **GARANTIAS EXPLÍCITAS:** Es un instrumento de regulación sanitaria que establece el carácter con que deben ser otorgadas las prestaciones incluidas en el PEAS. Son expresión del derecho a la atención de salud de las personas, y son exigibles en su cumplimiento ante las Instituciones Administradoras de Fondos Aseguramiento en Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud<sup>56</sup>.
  - **Garantía de Oportunidad:** Referida al tiempo máximo para que el usuario reciba las prestaciones del PEAS.
  - **Garantía de Calidad:** Referida a la mejor evidencia científica nacional e internacional de manejo en la práctica clínica basada en guías, así como a los mejores procesos, estructuras y recursos relacionados a la prestación.
- **GESTIÓN CLÍNICA:** Proceso de cambio organizativo y cultural para el óptimo uso de los recursos (intelectuales, humanos, tecnológicos) a favor del mejor cuidado de los pacientes. Está en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas oftalmológicas; involucrando al profesional sanitario, médico y no médico, en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.
- **GLAUCOMA:** Es la segunda causa de ceguera legal en el mundo y la primera de ceguera irreversible. Esta pérdida de visión se correlaciona anatómicamente con la pérdida de las células ganglionares de la retina y sus axones. Considerada como Neuropatía óptica, evolutiva, crónica y multifactorial. Puede ser asintomática y progresiva sin episodios agudos hasta la pérdida completa de la visión.<sup>31</sup>



H. Rebaza I.

De mayor prevalencia en ciertos grupos raciales, como los afro americanos (claramente establecido en el estudio de Barbados); en quienes el glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) es la primera causa de ceguera; la raza hispana recientemente se la ha considerado más susceptible de desarrollar la enfermedad, particularmente los mestizos mexicanos, con una prevalencia por arriba del 4% en mayores de los 60 años.<sup>32</sup>

- **GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO:** Es la forma más común de la enfermedad, es progresiva y se caracteriza por daño al nervio óptico. El factor de riesgo más importante para el desarrollo y avance de esta forma es la alta presión del ojo. Inicialmente, y por lo general no hay síntomas, pero la presión del ojo gradualmente crece, y en algún momento, el nervio óptico se deteriora, y se pierde la visión periférica. Sin tratamiento, una persona puede quedar totalmente ciega.



**GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO:** Puede ser aguda o crónica. Con glaucoma agudo de ángulo cerrado el flujo normal del líquido del ojo (humor acuoso) entre el iris y el cristalino es de repente bloqueado. Los síntomas pueden incluir dolor severo, náuseas, vómitos, visión borrosa y hasta ver un halo del arco iris alrededor de las luces. El glaucoma agudo de ángulo cerrado es una emergencia médica y debe ser tratado de inmediato o la ceguera podría resultar en uno o dos días. El glaucoma crónico de ángulo cerrado progresa más lentamente y pueden dañar el ojo sin síntomas, similares al glaucoma de ángulo abierto.

<sup>55</sup> OMS, Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra (Suiza). 2001. Equipo de Clasificación, Evaluación, Investigación y Terminología.

<sup>56</sup> Decreto Supremo 016-2009-SA, Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

- **MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD:** Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente garantizan la atención a la persona, familia y comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades que son percibidas o no son percibidas por la población).
- **PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (PEAS):** Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contienen garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios<sup>57</sup>.
- **RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD:** ROP (del inglés Retinopathy of Prematurity) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo del recién nacido prematuro, causando en sus estadios finales neovascularización, vaso proliferación en el vítreo, desprendimiento de retina traccional y cicatrización, pudiendo resultar en pérdida visual en 1 ó los 2 ojos. Varía en severidad pudiendo llegar a ceguera total.
- **RETINOPATÍA DIABÉTICA:** es la tercera causa de ceguera a nivel mundial y es irreversible, pero la primera en personas de edad productiva en países en vías de desarrollo. Se presenta como una microangiopatía a nivel retinal, asociada a la hiperglicemia crónica, que aparece como una complicación de la diabetes. Esta microangiopatía retinal en etapas tempranas de la evolución, se caracteriza por alteración de la permeabilidad de la microcirculación con aparición de microaneurismas, hemorragias superficiales, exudados duros (lipoproteínas) y edema tisular principalmente sensible a nivel de la mácula (edema macular) desarrollándose luego una oclusión capilar (isquemia), por engrosamiento de la membrana basal del endotelio, son la aparición de exudados algodonosos, dilataciones en rosario de las venas retíneas, anomalías microvasculares intraretinales (AMIR) y neovascularización extraretinal. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión<sup>58</sup>.
- **SECTOR SALUD:** Es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades (todas o algunas de estas) relacionadas directamente con la salud individual o colectiva en el país, o que repercuten indirectamente en ella. No establecen necesariamente entre ellas, una relación de dependencia orgánica, funcional o jurídica, sino de coincidencia de acciones, y para las cuales el marco legal vigente les define una instancia rectora: el Ministerio de Salud



H. Rebaza L.



<sup>57</sup> Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 08 de abril de 2009, Art. 13).

<sup>58</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

**ANEXO N° 2 - ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD TERRITORIAL**

**A. Metodología:**

Con la finalidad de establecer los departamentos de mayor vulnerabilidad para enfermedades oculares se realizó un análisis de vulnerabilidad basado en los indicadores proporción de población menor de 10 años, proporción de población mayor de 50 años, índice de desarrollo humano, porcentaje de población mayor de 60 años con diabetes mellitus, porcentaje de población mayor de 60 años con hipertensión arterial, razón de oftalmólogos por población, existencia de al menos un tecnólogo médico optometrista en el departamento y existencia de equipamiento para cirugía de catarata extracapsular en el departamento. El puntaje asignado a cada indicador fue obtenido mediante cuartiles (De 0 a 3) bajo la lógica de que un mayor puntaje se corresponde con una condición predisponente para enfermedades oculares o a una menor capacidad resolutive para su atención. Los puntajes asignados a los indicadores se muestran en la siguiente tabla.

**Indicadores departamentales relacionados a enfermedades oculares y puntajes establecidos.**

INDICADOR	PUNTAJE			
	0	1	2	3
Porcentaje de nacimientos prematuros del total de nacimientos	Menor de 4.5%	De 4.5% a 5.4%	De 5.5% a 6.1%	Mayor de 6.1%
Porcentaje de población menor de 10 años	Menor de 17.5%	De 17.6% a 20.2%	De 20.3 a 21.6%	Mayor de 21.6%
Porcentaje de la población mayor o igual de 50 años	Menor de 14.3%	De 14.3% a 15.8%	De 15.8% a 17.3%	Mayor de 17.3%
Índice de Desarrollo Humano	Menor de 0.60	0.60-0.64	0.57-0.59	Menor de 0.57
Porcentaje de la población mayor o igual de 60 años con diabetes	Menor de 4%	De 4% a 7.3%	De 7.3% a 11.6%	Mayor de 11.6%
Porcentaje de la población mayor o igual de 60 años con hipertensión arterial.	Menor de 27.8%	De 27.8 a 32.3	De 32.3 a 38.3	Mayor de 38.3
Tasa oftalmólogo/población	Menor de 0.215	0.215-0.399	0.400-0.685	Mayor de 0.685
Existe optometrista en el departamento	Sí	---	No	---
Existencia de equipamiento para cirugía de catarata extracapsular	Sí	---	No	---



H. Rebaza I.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020**

Debido a que los indicadores no tenían igual peso para la priorización, luego de sostener reuniones de validación con especialistas en Oftalmología convocados por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera así como con el Comité de Expertos de dicha estrategia, el puntaje de los indicadores fue multiplicado por un factor de acuerdo a su importancia para la priorización: Tasa oftalmólogo/población (x2), Índice de Desarrollo Humano (x1.5), porcentaje de población menor de 10 años (x1), porcentaje de la población mayor o igual de 50 años (x1), porcentaje de nacimientos prematuros del total de nacimientos (x1), porcentaje de la población mayor o igual de 60 años con diabetes (x1), existencia de tecnólogo médico optometrista en el departamento (x1), existencia de equipo para cirugía de catarata extracapsular en el departamento (x1) y porcentaje de la población mayor o igual de 60 años con HTA (x0.5).

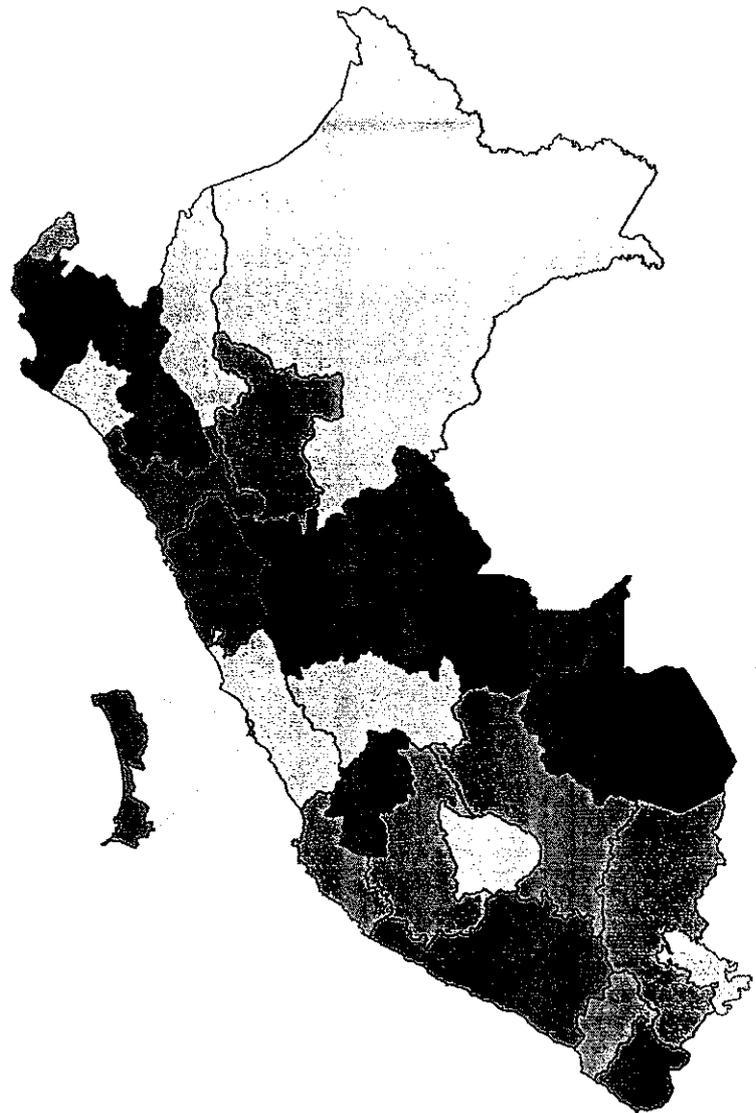
Con ello, se obtuvo el índice de vulnerabilidad para enfermedades oculares, para dicho índice se estableció cuartiles y con ello el grado de vulnerabilidad. Los departamentos con mayor vulnerabilidad fueron Huánuco, Huancavelica, Piura, Ucayali, Ayacucho, Cajamarca, Madre de Dios, Pasco y Puno.

**Índice de vulnerabilidad y grado de vulnerabilidad para enfermedades oculares.**

DEPARTAMENTO	INDICE DE VULNERABILIDAD	GRADO DE VULNERABILIDAD
UCAYALI	20	MUY VULNERABLE
HUANCAVELICA	19	MUY VULNERABLE
HUANUCO	19	MUY VULNERABLE
PIURA	19	MUY VULNERABLE
PASCO	18.5	MUY VULNERABLE
CAJAMARCA	16.5	MUY VULNERABLE
MADRE DE DIOS	16.5	MUY VULNERABLE
AYACUCHO	16	VULNERABLE
MOQUEGUA	15.5	VULNERABLE
PUNO	15.5	VULNERABLE
SAN MARTIN	14.5	VULNERABLE
TUMBES	14.5	VULNERABLE
CUSCO	13.5	VULNERABLE
ICA	13.5	VULNERABLE
LORETO	13	POCO VULNERABLE
LAMBAYEQUE	12.5	POCO VULNERABLE
APURIMAC	12	POCO VULNERABLE
LIMA	11.5	POCO VULNERABLE
AMAZONAS	11	POCO VULNERABLE
JUNIN	10.5	POCO VULNERABLE
ANCASH	10	NO VULNERABLE
LA LIBERTAD	10	NO VULNERABLE
CALLAO	9.5	NO VULNERABLE
AREQUIPA	8.5	NO VULNERABLE
TACNA	7.5	NO VULNERABLE



Mapa de vulnerabilidad para enfermedades oculares en el Perú.



H. Rebaza I.

MUY VULNERABLE	
VULNERABLE	
POCO VULNERABLE	
NO VULNERABLE	



ANEXO N° 3 - MARCO REFERENCIAL DE POLITICAS PÚBLICAS INTERNACIONALES Y NACIONALES

Plan Estratégico Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014-2020	Plan de Acción OPS para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales evitables 2009-2012	Plan de Acción Mundial OMS 2014-2019	Plan Bicentenario Perú al 2021	Plan Concertado de Salud 2007-2020	Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles 2004-2012	Plan Nacional de Lucha contra la Ceguera por Catarata 2007-2010
<p><b>Objetivo General o Finalidad:</b> Contribuir a disminuir la discapacidad visual e incrementar la prevención de la ceguera considerados como problemas de salud pública evitables, sin ninguna distinción de género, cultura, estrato socioeconómico y edad.</p>		<p><b>Objetivo General o Finalidad:</b> Reducir la discapacidad visual evitable como problema mundial de salud pública y asegurar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad visual.</p>			<p><b>Objetivo General:</b> Reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por los daños no transmisibles priorizando Hipertensión, Diabetes 2, Cáncer y Ceguera.</p>	<p><b>Finalidad:</b> Reducir la ceguera por catarata según las estimaciones del 2005.</p>
<p><b>Objetivo Específico o Propósito:</b> Mejorar la respuesta del sector salud ampliando el acceso a los servicios oftalmológicos de calidad para la población peruana en el marco del modelo integral e inclusivo de atención primaria en salud, a nivel nacional y descentralizado en el 2020.</p>		<p><b>Propósito:</b> Mejorar el acceso a servicios integrales de atención oftálmica que estén integrados en los sistemas de salud.</p>				<p><b>Propósito:</b> Tratamiento quirúrgico de bajo costo, seguro, de alta efectividad y calidad a la población con cataratas en todo el territorio nacional.</p>
<p><b>Objetivo 1:</b> Garantizar la conducción y gestión del MINSA como ente rector mediante políticas pertinentes y financiamiento sostenible, de manera eficaz y coordinada con las autoridades nacionales, regionales y locales y la participación multisectorial y de aliados estratégicos</p>	<p><b>Meta 1:</b> Reducir la ceguera y la deficiencia visual en adultos</p>	<p><b>Objetivo 2:</b> Se desarrollan y/o fortalecen y se ponen en práctica políticas, planes y programas nacionales de salud ocular para mejorar la salud ocular universal, de conformidad con el marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud con miras a mejorar los resultados sanitarios.</p>			<p><b>Objetivo 1.</b> Establecer el Marco legal y Normativo para la prevención y control de los daños no transmisibles.</p>	



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020**

		<p><b>Objetivo 3:</b></p> <p>Se refuerzan la participación multisectorial y las alianzas de colaboración eficaces para mejorar la salud ocular.</p>			<p><b>Objetivo 2:</b></p> <p>Promover la participación intersectorial y de la sociedad civil para la generación de estrategias en prevención y control de daños no transmisibles.</p> <p><b>Objetivo 7:</b></p> <p>Promover el financiamiento para la implementación de programas de prevención y control de DNT.</p>	
<p><b>Objetivo 2:</b></p> <p>Generar información e investigación para la formulación, monitoreo y evaluación de políticas de Salud Ocular.</p>	<p><b>Meta 2:</b> Reducir la ceguera por retinopatía de prematuridad en niños prematuros.</p>	<p><b>Objetivo 1:</b></p> <p>Se generan datos científicos que son utilizados para potenciar y reforzar el compromiso político y financiero de los Estados Miembros en la esfera de la salud ocular.</p>			<p><b>Objetivo 3:</b></p> <p>Identificar la población en riesgo para los DNT mediante la detección de sus factores de riesgo en la población en general.</p> <p><b>Objetivo 6:</b></p> <p>Optimizar el Sistema de Registro de los DNT e impulsar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p><b>Objetivo 8:</b></p> <p>Promover la investigación de los DNT a fin de establecer escenarios epidemiológicos y formular estrategias de intervención.</p>	
<p><b>Objetivo 3:</b></p> <p>Contribuir a la atención integral, inclusiva y diferenciada, incorporando la Salud Ocular con base comunitaria, en todos los niveles de atención y a nivel nacional, regional y local.</p>	<p><b>Meta 3:</b> Reducir la carga de la ceguera y la deficiencia visual en la población en general.</p>				<p><b>Objetivo 5:</b></p> <p>Fortalecer la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención mediante la capacitación de recursos humanos.</p>	<p><b>Resultado 1:</b></p> <p>Recursos humanos sensibilizados y capacitados para realizar cirugía de catarata.</p>



H. Rebaza I.



**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020**

<p><b>Objetivo 4:</b> Fortalecer la gestión clínica de los servicios de Salud Ocular con infraestructura, equipamiento e insumos adecuados y sostenibles.</p>			<p><b>Eje Estratégico 1:</b> Derechos Fundamentales y Dignidad de las personas</p> <p><b>Eje estratégico 2:</b> Oportunidades y acceso a los servicios</p>	<p><b>Objetivo 10:</b> Mejorar la calidad de vida del discapacitado</p> <p><b>Objetivo 7:</b> Controlar las enfermedades crónicas degenerativas</p>	<p><b>Objetivo 4:</b> Promover la Atención Integral de los DNT desde la prevención, detección precoz, tratamiento y recuperación por ciclos de vida.</p> <p><b>Objetivo 9:</b> Facilitar la disponibilidad de los medicamentos esenciales eficaces, seguros y de calidad, así como la accesibilidad y uso racional de los mismos por la población en pobreza.</p>	<p><b>Resultado 2:</b> Servicios de atención quirúrgica oftalmológica debidamente adecuados y equipados y con materiales y medicamentos accesibles.</p> <p><b>Resultado 3:</b> Las personas afectadas con ceguera por catarata conocen los beneficios de la intervención quirúrgica y los servicios que la ofertan.</p>
---	--	--	--	---	---	---



H. Rebaza I.



ANEXO N° 4 - ACTORES DE LA SALUD OCULAR EN EL PERU

Tipo de Actores	Instituciones	Aporte actual o potencial a la Salud Ocular	Intervenciones sugeridas
ESTADO	MINSAs	-Se realizan actividades de promoción de la salud y prevención en el 1er nivel.	-Fortalecer Salud ocular al 1er nivel de atención: itinerantes, campañas, capacitación.
		-Se ofertan servicios oftalmológicos a partir del 2o nivel de atención.	-Articulación de las instituciones involucradas.
		-Inclusión del PpR en intervención de catarata, errores de refracción y ROP.	-Ampliar el PpR en intervención de Retinopatía Diabética, Glaucoma y Degeneración Macular con incremento del presupuesto.
		- Norma técnica de tamizaje de catarata en el primer nivel de atención.	- Elaborar normas y guías técnicas de otras patologías oculares priorizadas en todos los niveles.
		-Sistema de referencia y contrarreferencia poco operativo.	- Fortalecer y articular el sistema de referencia y contra referencia.
		- Capacitación limitada de recursos humanos en salud ocular.	-Capacitar a los recursos humanos de todos los niveles de atención en salud ocular de acuerdo a nivel de complejidad.
		-Dirección General de Epidemiología, elaboración del Análisis de Vulnerabilidad en Salud Ocular	-Fortalecimiento de los sistemas de información en salud ocular, lo cual permitirá disponer de información que permita elaborar el "Análisis de la situación epidemiológica de las enfermedades oculares en el Perú".
		- Intervenciones de promoción de la salud a nivel intra e intersectorial debilitadas.	-Participación activa de promoción de la salud en intervenciones nivel intra e interinstitucional (Abogacía) con Instituciones educativas, otros ministerios del gobierno, etc.
		-DISA: Tamizaje de agudeza visual y diagnóstico oportuno de cataratas y errores refractivos.	-DISA: Fortalecer capacidades del recurso humano para ampliar la cobertura. DIGEMID: Actualizar todas las fichas técnicas.
		-DIGEMID: Actualización de las fichas técnicas de medicamentos e insumos.	-MINSAs: Promoción de la salud ocular en el trabajo y prevención de daños oculares en el trabajo.
-Normativo y presupuesto	-Normativa -Política de gobierno en salud integral – difundir, Consolidar información interinstitucional y trabajo articulado, Socialización de las guías, Reporte de las actividades oculares. - Control de calidad de los servicios de salud. - Incrementar investigación científica, fortalecer las		



H. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

			competencias técnicas en salud ocular a las DISAS y DIREAS.
		-DISAS-DIREAS (Redes, microrredes y EESS) Supervisión, monitoreo y ejecuta en las redes.	-Aumentar la cobertura de acuerdo al nivel resolutivo.
		-INSTITUTOS. Elaboran y proponen documentos técnicos, normativas y ejecutan intervención sanitaria en niveles de alta complejidad.	
		-HOSPITALES. Ejecutan según normativas vigentes de acuerdo a su nivel.	
	ESSALUD	-Se realizan actividades preventivas y promoción de la salud en el 1er nivel.	-Fortalecer la Salud ocular al 1er nivel de atención: itinerantes, campañas, capacitación.
		-Se ofertan servicios oftalmológicos a partir del 1er nivel de atención.	-Articulación de las instituciones involucradas.
		-Responsable del 25% de la población peruana y por tanto responsable de la solución de problemas oculares de esa población.	-Fortalecer rol rector del MINSA en Salud Ocular con otros sectores del estado.
		- Normativo y Presupuesto.	-Participación con los componentes del o los sectores, en la elaboración de políticas y acciones coordinadas a nivel.
	INS	-Normativa de investigación.	-Mayor apoyo a investigación y proyectos.
	SISOL (público-privado)	-Atención de pacientes.	-Mejorar el sistema de información.
		-Ejecución, prevención.	
		-Formación profesional en pre grado y post grado.	-Formación dirigida a los lineamientos de política de salud ocular.
	Hospital de Fuerzas Armadas	-Ofertan servicios oftalmológicos en población cautiva. -Ciclo de atención e intervención -Responsable del 1% de la población peruana.	-Articulación de las instituciones involucradas. -Ampliar su cobertura para el total de su población.
	Hospital de la Policía	-Responsable del 5% de la población peruana. -Ciclo de atención e intervención.	
	Hospitales Municipales (público-privado)	-Ejecución, prevención. -Formación profesional en pre grado y post grado.	-Articulación de las instituciones involucradas. -Mejorar el sistema de información. -Formación dirigida a los lineamientos de política de salud ocular.
	MEF	-Responsable de brindar el apoyo económico.	-Articulación de las instituciones involucradas. -Mejorar los procesos para programación de presupuesto.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

	MINEDU	-Participación en algunos programas sociales.	-Articulación de las instituciones involucradas.
	MIMP		-Articulación de las instituciones involucradas.
	MINTRA		-Articulación de las instituciones involucradas.
	MINDEFENSA		-Fortalecer rol rector del MINSA en Salud Ocular con otros sectores del estado.
	MIDIS	-Participación en algunos programas sociales.	
	Gobiernos Regionales	-Presupuesto y difusión.	-Presupuesto -Declaración de la Salud Ocular como prioridad nacional y regional.
	Gobiernos Locales	-Presupuesto y difusión.	-Presupuesto.
SOCIEDAD CIVIL	ONGs	-Ofertan atención oftalmológica integral (tamizaje, promoción, recuperación). - Realizan actividades individualizadas de acuerdo a sus objetivos particulares (Cirugía de catarata) no se cuenta con información de sus actividades. -Proyectos. -Formación de recursos humanos. -Asesoría Técnica. -Ejecución, abogacía, cooperación. -Educación continua.	-Integración al Sistema de Salud Ocular. - Articular y fortalecer las acciones de interés común con el MINSA. -Incremento de la calidad y cantidad de proyectos. -Mejorar líneas de comunicación. -Incremento de la formación de nuevos especialistas. -Enfoque de Salud Pública -Desarrollo de capacidades a profesionales de salud.
	Asociaciones civiles	-Ofertan atención oftalmológica integral (tamizaje, promoción, recuperación)	-Integración al Sistema de Salud ocular.
	Iglesias	-Ofertan atención oftalmológica integral (tamizaje, promoción, recuperación).	-Integración al Sistema de Salud ocular.
	Colegio Médico del Perú	-Proyectos. -Capacitación. -Asesoría Técnica.	- Inclusión en Comité de Expertos para elaboración de normas técnicas y acciones de abogacía. -Incremento de la calidad y cantidad de proyectos. -Mejorar líneas de comunicación. -Incremento de la formación de nuevos especialistas. -Enfoque de Salud Pública.
	Sociedad Peruana de Oftalmología-SPO	-Poca participación de la SPO en la gestión de la ESNSOPC. -Promoción y difusión de la base científica y tecnológica de la especialidad. -Proyectos. -Capacitación. -Asesoría Técnica. -Ejecución, abogacía, cooperación. -Educación continua.	- Inclusión en Comité de Expertos para elaboración de normas técnicas y acciones de abogacía. -Mayor contribución y promoción de la Salud Ocular con profesionales de la salud. -Coordinación con especialidades médicas relacionadas con la salud ocular. -Reactivación del CONAPRECE. -Incremento de la calidad y cantidad de proyectos. -Mejorar líneas de comunicación.



H. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incremento de la formación de nuevos especialistas.</li> <li>-Enfoque de Salud Pública.</li> <li>-Desarrollo de capacidades a profesionales de salud.</li> </ul>	
	Universidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proyectos.</li> <li>-Formación de recursos humanos.</li> <li>-Asesoría Técnica.</li> <li>-Ejecución y prevención.</li> <li>-Formación profesional en pre grado y post grado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incremento de la calidad y cantidad de proyectos.</li> <li>-Mejorar líneas de comunicación.</li> <li>-Incremento de la formación de nuevos especialistas.</li> <li>-Enfoque de Salud Pública</li> <li>-Mejorar el sistema de información.</li> <li>-Formación dirigida a los lineamientos de política de salud ocular.</li> </ul>	
	CONFENADIP (Unión de Ciegos del Perú)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proyectos.</li> <li>-Capacitación.</li> <li>-Asesoría Técnica.</li> <li>-Ejecución, abogacía, cooperación.</li> <li>-Educación continua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incremento de la calidad y cantidad de proyectos.</li> <li>-Mejorar líneas de comunicación.</li> <li>-Incremento de la formación de nuevos especialistas.</li> <li>-Enfoque de Salud Pública.</li> <li>-Desarrollo de capacidades a profesionales de salud.</li> </ul>	
	CONAREME			
	Colegio de Tecnólogos Médicos (Optómetras)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proyectos.</li> <li>-Capacitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incremento de la calidad y cantidad de proyectos.</li> </ul>	
	Club de Leones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asesoría Técnica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incremento de la formación de nuevos especialistas.</li> </ul>	
	Rotary Club Internacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Contribución a la promoción de la salud ocular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar líneas de comunicación.</li> <li>-Enfoque de Salud Pública.</li> </ul>	
	Comité VISION 2020			
	OPS / OMS			
	SECTOR PRIVADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institutos Oftalmológicos.</li> <li>- Clínicas Oftalmológicas y Centros Médicos particulares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ofertan atención oftalmológica (recuperación).</li> <li>-Ofertan atención oftalmológica (recuperación).</li> <li>-No participan en actividades conjuntas con el MINSA, solo hay iniciativas de intervención con las regiones.</li> <li>-Ejecución, prevención.</li> <li>-Formación profesional en pre grado y post grado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Integración al Sistema de Salud ocular.</li> <li>-Mejorar el sistema de información.</li> <li>-Articular y fortalecer las acciones de interés común con el MINSA para asegurar calidad de resultados.</li> <li>-Abogacía para apoyo conjunto en actividades de salud ocular.</li> <li>-Supervisión de acciones de salud ocular.</li> <li>-Difusión de mensajes comunicacionales para prevención de salud ocular.</li> <li>-Capacitación.</li> <li>-Intercambio prestacional.</li> <li>-Apoyar en las actividades preventivas y promocionales de Salud ocular.</li> <li>-Formación dirigida a los lineamientos de política de salud</li> </ul>



H. Rebaza I.



SECTOR PRIVADO

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020**

			ocular.
	Consultorios	-Ofertan atención oftalmológica (recuperación).	-Integración al Sistema de Salud ocular. -Intercambio prestacional. -Capacitación.
	Empresas mineras, comerciales, industriales, comunicacionales, etc.	-No participan en actividades conjuntas con el MINSA, solo hay iniciativas de intervención con las regiones.	-Articular y fortalecer las acciones de interés común con el MINSA para asegurar calidad de resultados. -Abogacía para apoyo conjunto en actividades de Salud Ocular. -Supervisión de acciones de Salud Ocular. -Difusión de mensajes para prevención de Salud Ocular.



H. Rebaza I.

Es importante indicar que la Organización Panamericana de la Salud, colabora técnicamente con el Ministerio de Salud con el propósito de cumplir las finalidades y objetivos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.



ANEXO N° 5 – FODA DE LA SALUD OCULAR

ANÁLISIS FODA DE LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD FRENTE A LA SALUD OCULAR Y LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA EVITABLE	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<b>A NIVEL INTERNO DEL SECTOR SALUD</b>	
<p><b>Gestión y Políticas, Financiamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con normatividad.</li> <li>• Institucionalidad de Salud sólida para implementar programas de Salud Ocular.</li> <li>• Voluntad Política para la implementación de intervención en Salud Ocular.</li> <li>• Solidez económico-financiera relativa de ESSALUD.</li> <li>• MINSA ente rector en Salud con autoridad y cuenta con entidades de soporte técnico especializadas para el ejercicio de la rectoría (INO).</li> <li>• Inclusión de la Estrategia de Salud Ocular en el PPR.</li> </ul>	<p><b>Gestión y Políticas, Financiamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Débil rectoría del MINSA para la articulación intra e intersectorial.</li> <li>• Insuficiente normatividad que regule los procesos de atención.</li> <li>• Limitada capacidad de gasto.</li> <li>• Algunas regiones no consideran prioridad a salud ocular.</li> <li>• Insuficiente presupuesto de PPR para salud ocular y para enfermedades no transmisibles.</li> <li>• Trámites burocráticos.</li> <li>• Falta de comité de expertos a problemas emergentes salud ocular por región.</li> <li>• El 80 % del PPR se gasta en pago de Recursos Humanos.</li> <li>• Normatividad insuficiente y desactualizada.</li> <li>• Débil articulación con otras dependencias estatales, ONG locales, internacionales y el sector privado.</li> <li>• Débil complementariedad de servicios (SRCR).</li> </ul>
<p><b>Información e Investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de investigaciones.</li> <li>• Garantiza información epidemiológica para toma de decisiones en la formulación de políticas de salud.</li> </ul>	<p><b>Información e Investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de registro de información deficiente.</li> <li>• Deficiente investigación en Salud Ocular</li> <li>• Inexistencia de sistema de vigilancia epidemiológica en el tema.</li> <li>• Inadecuada llenado de información del HIS. O Codificación del CIE 10.</li> <li>• Ausencia de información epidemiológica por falta de personal capacitado.</li> </ul>
<p><b>Atención integral con atención primaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura a nivel nacional. Implementación del AUS.</li> <li>• El SIS contribuye a incrementar cobertura de Salud Ocular.</li> <li>• La Estrategia de Salud Ocular en todos los niveles.</li> <li>• Accesibilidad de la población de bajos</li> </ul>	<p><b>Atención integral con atención primaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Débil articulación para una atención integral.</li> <li>• Que no se está trabajando en baja visión ni hay un programa específico.</li> <li>• Falta de Guías y normas de patología oculares.</li> <li>• Inaccesibilidad geográfica de usuarios.</li> <li>• Falta de socialización de documentos normativos</li> <li>• Salud Ocular poco visible en el MAIS.</li> </ul>



H. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

<p>recursos a la atención en Salud ocular a través del SIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de atención de patologías oculares de salud pública.</li> <li>• Presencia estratégica de Salud Ocular en todos los niveles.</li> <li>• Articulación del trabajo de la DAIS y la Dirección de la Promoción de la salud.</li> </ul>	
<p><b>Servicios, gestión clínica, implementación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura instalada.</li> <li>• Cuenta con una Oferta móvil.</li> </ul>	<p><b>Servicios, gestión clínica, implementación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente implementación de los servicios con equipos e insumos médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oculares.</li> <li>• Falta presupuesto para equipamiento.</li> <li>• Gestión inadecuada del equipamiento.</li> <li>• Falta socialización de Guías.</li> <li>• Deficiente infraestructura.</li> <li>• Débil sistema de Referencia y contrareferencia.</li> <li>• Falta de difusión y/o socialización en la codificación de la atención de TAMIZAJE en la Ficha de Seguro escolar.</li> <li>• Estrategias de supervisión y auditoría para asegurar la productividad de los servicios oculares en todas las regiones del Perú.</li> <li>• Infraestructura parcialmente instalada.</li> <li>• Falta de acreditación y categorización de los establecimientos privados por la Dirección de Servicio de Salud.</li> <li>• Abandono de los adultos mayores por la migración de los familiares.</li> <li>• Aumento de problemas con errores refractivos en la población infantil.</li> </ul>
<p><b>Desarrollo de RH</b></p> <p>Personal capacitado en todos los niveles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mística de la mayoría de profesionales de salud.</li> <li>• Liderazgos personales efectivos.</li> <li>• Experticia de los equipos de gestión en salud ocular.</li> </ul>	<p><b>Desarrollo de RH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasos recursos humanos especializados y capacitados.</li> <li>• Falta redistribución de recursos humanos.</li> <li>• Inequidad en la distribución de recursos humanos.</li> <li>• Faltan competencias en los recursos humanos.</li> <li>• Los incentivos son inadecuados.</li> <li>• Falta articulación con otros profesionales.</li> <li>• Faltan competencias de gestión.</li> <li>• Hay mal manejo del PPR.</li> <li>• Insuficiente competencias de RRHH en el primer nivel de atención.</li> <li>• Falta de recurso humano: oftalmólogo en otras regiones.</li> <li>• Limitadas competencias administrativas de gestores de la salud ocular.</li> <li>• Inestabilidad de RRHH por los contratos CAS.</li> <li>• Desconocimiento de las áreas de proceso de Gestión.</li> <li>• Ausencia de temas administrativos y de gestión para profesionales de salud en la malla curricular</li> </ul>



I. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

	de las universidades.
<b>Promoción, Educación, Comunicación y Participación</b>	<b>Promoción, Educación, Comunicación y Participación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de información adecuada y oportuna de actividades de salud ocular.</li> <li>Escaso trabajo de Promoción de la salud</li> <li>Débil articulación con las Direcciones de Promoción y Comunicaciones.</li> </ul>

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<b>A NIVEL EXTERNO DEL SECTOR SALUD</b>	
<b>Gestión y Políticas, Alianzas estratégicas, Financiamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normas internacionales, Plan de Lucha contra la Ceguera de OPS-OMS.</li> <li>Cooperación internacional.</li> <li>Globalización.</li> <li>Articulación interinstitucional (multisectorial, intergubernamental, sociedad civil).</li> <li>Crecimiento económico del país nos permite mejorar en equipamiento, capacitación, investigación.</li> <li>Alianzas intersectoriales entre ministerios de Industria, Comercio, ONGs y otros.</li> <li>Existencia del sector privado incentiva la competencia.</li> <li>Manejo económico independiente de los Gobiernos regionales permite hacer intercambios prestacionales.</li> <li>Presupuesto para enfermedades no transmisibles.</li> <li>Cambios en la agenda política sanitaria.</li> <li>Cambios y decisiones en el ámbito político.</li> <li>Tenemos recurso financiero.</li> </ul>	<b>Gestión y Políticas, Alianzas Estratégicas, Financiamiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Superposición de funciones entre los diversos niveles de gobierno.</li> <li>Crisis financiera.</li> </ul>
<b>Información e Investigación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existen trabajos de investigación como referente para problemas de Salud Ocular.</li> </ul>	<b>Información e Investigación</b>
<b>Atención integral con atención primaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Agentes comunitarios comprometidos en prevención y promoción de la Salud Ocular.</li> </ul>	<b>Atención integral con atención primaria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Factores culturales de la población que limitan el acceso a los servicios de salud.</li> <li>Falta información de Programas Sociales privados y de ayudas externas mediante Programas.</li> </ul>
<b>Servicios, gestión clínica, implementación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a oferta móvil.</li> </ul>	<b>Servicios, gestión clínica, implementación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entidades privadas que trabajan sin ningún sistema de control ni supervisión.</li> <li>Transición epidemiológica.</li> </ul>

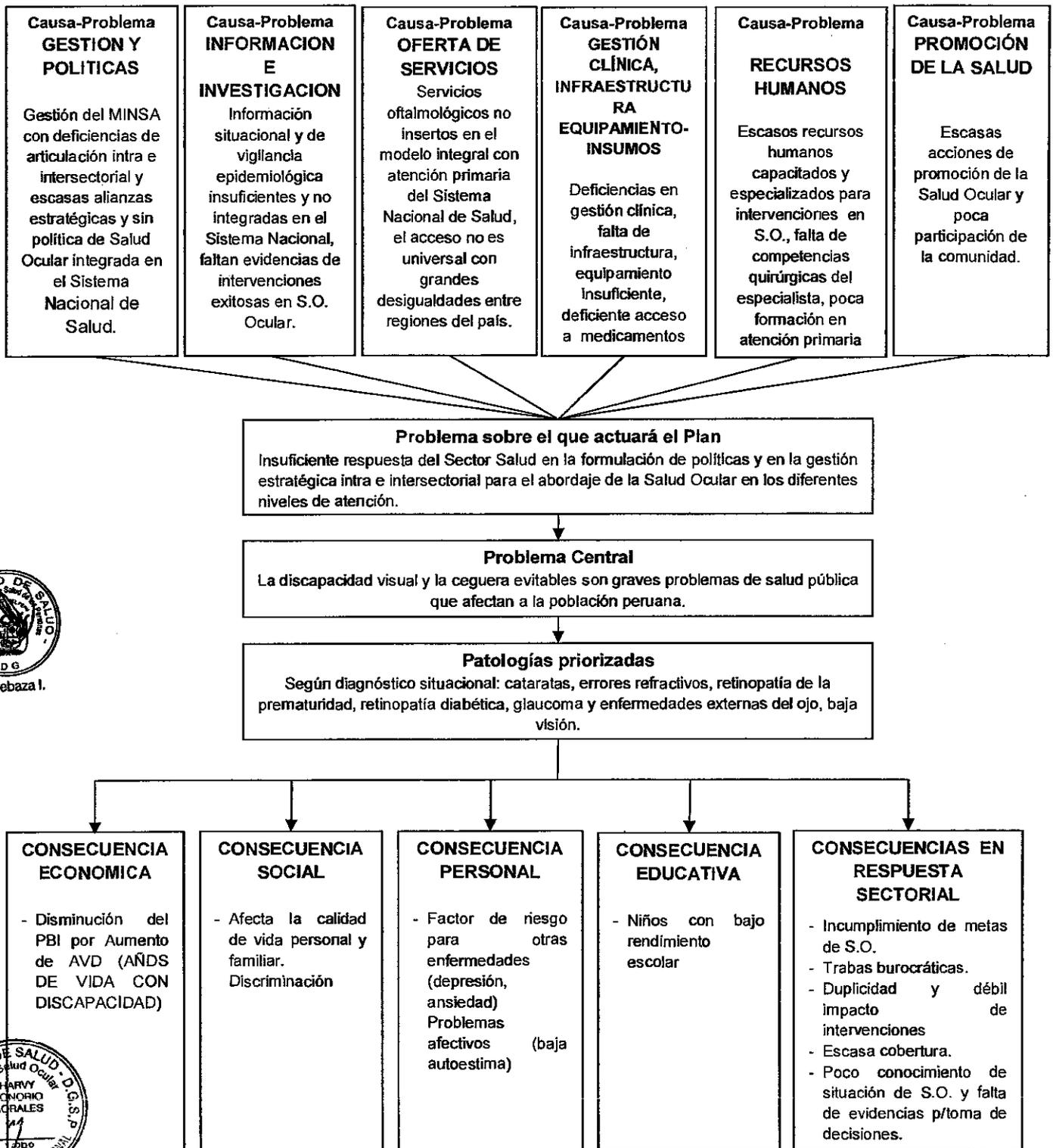


DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

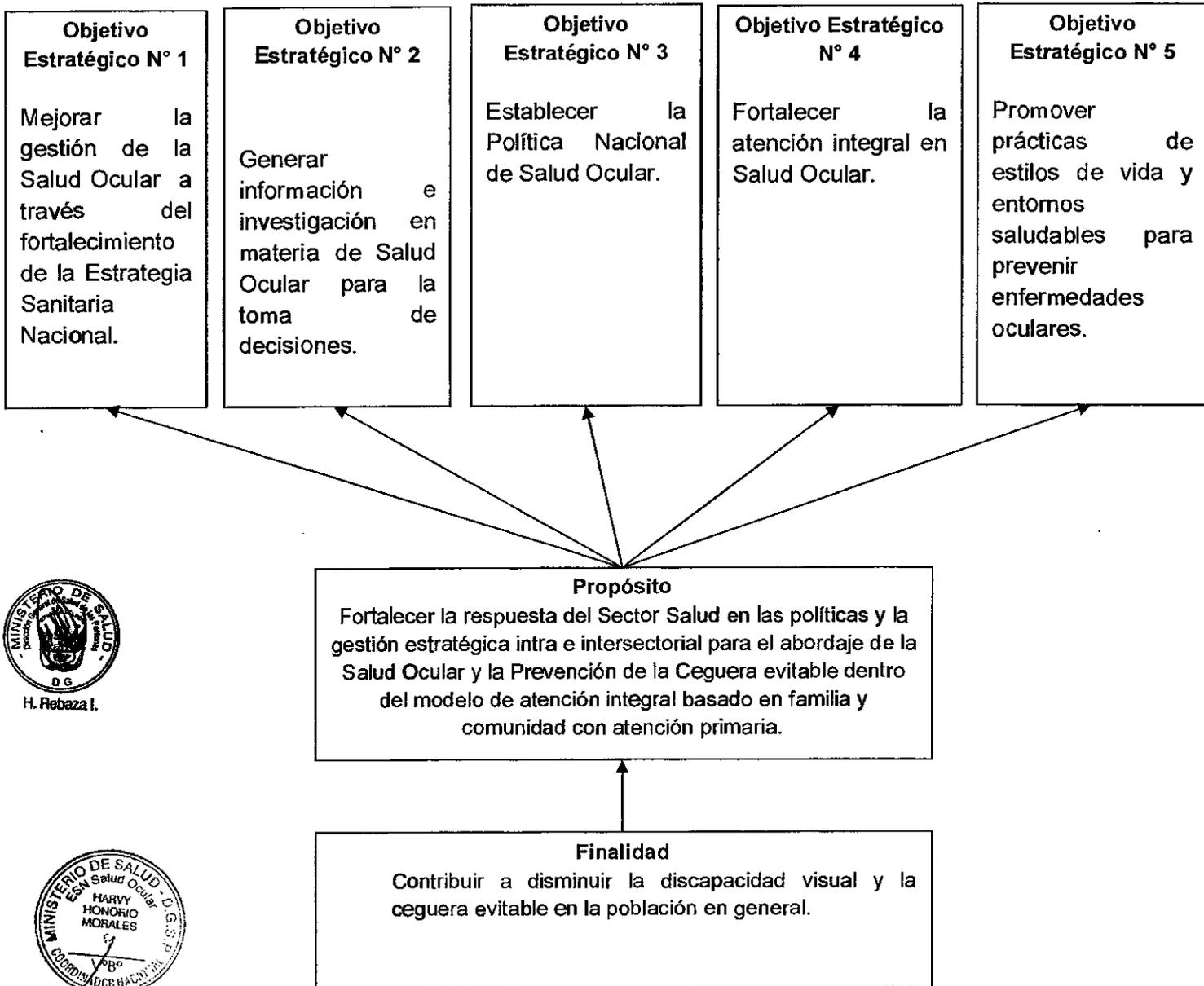
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo de Vida.</li> <li>• Conductas de Riesgo.</li> <li>• Inaccesibilidad geográfica.</li> <li>• Cambio climático.</li> <li>• Pluriculturalidad, mitos y creencias, prejuicios.</li> <li>• Falta sistematización de procesos para mayor productividad.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Desarrollo de RH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convenios con entidades internacionales para fortalecer competencias en Recursos Humanos, como por ejemplo ORBIS, OPS-OMS.</li> <li>• Talleres de capacitación que permiten un trabajo articulado.</li> <li>• Capacitación en extranjero para el personal de salud.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Desarrollo de RH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente formación en salud pública por parte las universidades lo que repercute en la prevención y promoción de la salud ocular.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Promoción, Educación, Comunicación y Participación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilidad de trabajo articulado con la Dirección de Promoción de la Salud y la Oficina General de Comunicaciones.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Promoción, Educación, Comunicación y Participación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de credibilidad del personal de salud frente a problemas no resueltos de la población.</li> </ul>



ANEXO N° 6 – ARBOL DE PROBLEMAS



ANEXO N° 7 – Árbol de Objetivos



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

Anexo N° 8: Estudios de Carga de Enfermedad y Enfermedades Oculares

AMBITO	PERIODO	GRUPO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TOTAL AVISA	% TOTAL	% ENF. ORGANOS DE LOS SENTIDOS	SUBTOTAL HOMBRES	SUBTOTAL MUJERES
Apurímac	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Cataratas	792	0.20	20.88	440	352
Apurímac	2009	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	222,464	55.34		111,271	111,193
Apurímac	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Enf. órganos de los sentidos	3,793	0.94	1.70	2,039	1,754
Apurímac	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma	134	0.03	3.53	52	82
Apurímac	2009	Total	Total	Total	401,985			211,705	190,280
Ayacucho	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Cataratas	1,165	0.24	21.39	541	624
Ayacucho	2009	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	263,924	54.31		131,653	132,271
Ayacucho	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Enf. órganos de los sentidos	5,447	1.12	2.06	2,625	2,822
Ayacucho	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma	179	0.04	3.29	65	114
Ayacucho	2009	Total	Total	Total	485,985			255,939	230,047
Callao	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Cataratas	1,633	0.29	7.24	781	852
Callao	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Degeneración macular y otras	1,975	0.35	8.76	1,087	888
Callao	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	363,081	64.49		180,597	182,484
Callao	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Enf. órganos de los sentidos	22,546	4.00	6.21	12,536	10,010
Callao	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Errores refractivos	12,927	2.30	57.34	7,742	5,185
Callao	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma	278	0.05	1.23	100	178
Callao	2004-2007	Total	Total	Total	563,018			298,962	264,054
Huancavelica	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Cataratas	826	0.17	20.28	402	424
Huancavelica	2009	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	250,898	51.63		126,278	124,420
Huancavelica	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Enf. órganos de los sentidos	4,073	0.84	1.62	2,129	1,944
Huancavelica	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma	133	0.03	3.27	52	82
Huancavelica	2009	Total	Total	Total	485,555			258,300	227,255
Perú	2004	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Cataratas	33,249	0.60	45.14	16,167	17,062
Perú	2004	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	3,340,623	60.11		1,736,909	1,603,715
Perú	2004	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma	5,767	0.10	7.63	2,145	3,621
Perú	2004	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Enf. órganos de los sentidos	73,657	1.33	2.20	16,661	17,980
Perú	2004	Total	Total	Total	5,557,699			2,953,315	2,604,384
Provincia de Lima	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Cataratas	19,477	0.37	9.03	9,414	10,063
Provincia de Lima	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Degeneración macular y otras	19,346	0.37	8.97	10,750	8,596
Provincia de Lima	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	Enf. no transmisibles	3,460,569	65.85		1,720,551	1,740,018
Provincia de Lima	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Enf. órganos de los sentidos	215,736	4.11	6.23	117,547	98,189
Provincia de Lima	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Errores refractivos	112,293	2.14	52.05	66,010	46,283
Provincia de Lima	2004-2007	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma	2,963	0.06	1.37	1,112	1,851
Provincia de Lima	2004-2007	Total	Total	Total	5,255,429			2,771,944	2,483,485
Perú	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma	1,997	0.04	4.10	737	1,260
Perú	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Cataratas	11,353	0.22	23.30	5,490	5,864
Perú	2009	Enf. no transmisibles	Enf. órganos de los sentidos	Enf. órganos de los sentidos	48,734	0.96		23,391	25,343
Perú	2009	Total	Total	Total	5,052,866			2,657,513	2,395,354

Fuente: Elaboración INO - DEDSOPPSO



H. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

Anexo N° 9: Presupuesto Projectado al 2020\*

PRESUPUESTO PROYECTADO PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA EVITABLE

NIVEL DE GOBIERNO	AÑOS PROYECTADOS						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>REGIONAL</b>							
3000009: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO	1,268,499	1,281,183.99	1,293,995.83	1,306,935.79	1,320,005.15	1,333,205.20	1,346,537.25
3000010: CONTROL Y TRATAMIENTO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO	1,008,054	1,018,134.54	1,028,315.89	1,038,599.04	1,048,985.03	1,059,474.89	1,070,069.63
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	9,795,663	9,893,619.63	9,992,555.83	10,092,481.38	10,193,406.20	10,295,340.26	10,398,293.66
3000012: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	4,279,108	4,321,899.08	4,365,118.07	4,408,769.25	4,452,856.94	4,497,385.51	4,542,359.37
3000013: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	3,836,403	3,874,767.03	3,913,514.70	3,952,649.85	3,992,176.35	4,032,098.11	4,072,419.09
3000014: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	4,122,895	4,164,123.95	4,205,765.19	4,247,822.84	4,290,301.07	4,333,204.08	4,376,536.12
<b>SUBTOTAL</b>	<b>24,310,622</b>	<b>24,553,728</b>	<b>24,799,266</b>	<b>25,047,258</b>	<b>25,297,731</b>	<b>25,550,708</b>	<b>25,806,215</b>
<b>NACIONAL - PLIEGO 11 (HOSPITALES Y DISAS)</b>							
3000009: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO	1,373,171	1,386,902.71	1,400,771.74	1,414,779.45	1,428,927.25	1,443,216.52	1,457,648.69
3000010: CONTROL Y TRATAMIENTO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO	575,210	580,962.10	586,771.72	592,639.44	598,565.83	604,551.49	610,597.01
3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	3,385,600	3,419,456.00	3,453,650.56	3,488,187.07	3,523,068.94	3,558,299.63	3,593,882.62
3000012: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	3,142,177	3,173,598.77	3,205,334.76	3,237,388.11	3,269,761.99	3,302,459.61	3,335,484.20
3000013: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	1,855,987	1,874,546.87	1,893,292.34	1,912,225.26	1,931,347.51	1,950,660.99	1,970,167.60
3000014: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	1,717,040	1,734,210.40	1,751,552.50	1,769,068.03	1,786,758.71	1,804,626.30	1,822,672.56
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12,049,185</b>	<b>12,169,677</b>	<b>12,291,374</b>	<b>12,414,287</b>	<b>12,538,430</b>	<b>12,663,825</b>	<b>12,790,453</b>
<b>PROYECTADO TOTAL</b>	<b>36,359,807</b>	<b>36,723,405</b>	<b>37,090,639</b>	<b>37,461,546</b>	<b>37,836,161</b>	<b>38,214,523</b>	<b>38,596,668</b>

Fuente: Pag. Amigable del MEF - Presupuesto Modificado 2014. <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>



H. Rabaza I.

(\*) La proyección del presupuesto considera un incremento anual del 10%, teniendo en cuenta el promedio de incremento brindado por el Ministerio de Economía y Finanzas a los Gobiernos Regionales en su programación multianual. Cabe señalar que este incremento se sustenta además en el fortalecimiento de las intervenciones de salud ocular en la población vulnerable (Niños de 3 a 11 años y Adultos de 50 años a más), por ser intervenciones costo efectivas en el marco de la inclusión social.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

Anexo N° 10: Agenda de Temas de Investigación en Salud Ocular

EJE TEMÁTICO	TEMAS DE INVESTIGACIÓN PRIORIZADOS	SUSTENTACION	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD OCULAR	Estilos de vida saludable que influyen en la disminución o mejora de las enfermedades oculares en los niños	Aumento de años de vida saludable -menos años de discapacidad-mejora calidad de vida	¿Cuáles son los estilos de vida que influyen en la salud ocular en los niños? ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la disminución o mejora de las enfermedades oculares en los niños?
	Determinantes que influyen en el acceso a la atención de salud ocular en los EESS	Mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud ocular - implementación de medidas que mejoren la accesibilidad de la población a los servicios de salud ocular.	¿Cuáles son los factores que influyen en la accesibilidad de la población a los servicios de salud ocular? ¿Qué oferta existe de salud ocular a nivel del sector salud? ¿Qué factores contribuyen o no en la población para acceder al tratamiento (medicamentoso, quirúrgico, correctores, ortopédico, etc.)? ¿Cuáles son las intervenciones de mayor efectividad en la promoción y prevención de las patologías oculares prioritizadas?
	Relación de bajo rendimiento escolar y errores refractivos en la población en edad escolar	Disminución de la deserción escolar- aumentar el nivel de aprendizaje de las niñas - mejorar la calidad de vida del niño -menos años de discapacidad - aumentar capacidad lectora y de comprensión	¿Qué Relación existe entre el bajo rendimiento escolar y los trastornos refractivos en la población escolar según sexo?
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Diagnóstico y tratamiento de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	Mejora la calidad de vida de los pacientes, brindando una atención oportuna y de calidad.	¿Qué proporción de niños menores de 2kg de peso han sido diagnosticados con ROP y cuantos de ellos han sido tratados ¿Qué proporción de las Unidades Neonatales cuentan con equipamiento y personal capacitado (Neonatólogo- Oftalmólogo - Enfermera - Anestesiólogo) para brindar la atención en ROP. ¿Qué proporción de servicios de Unidad Neonatal cuentan con referencia a un Servicio de Baja Visión para el seguimiento y control de los pacientes tratados por ROP?
	Diagnóstico y tratamiento de Errores Refractivos en niños mayores de 3 años y adolescentes	Los ER son la principal causa de discapacidad visual y el costo beneficio de su detección y tratamiento oportuno es alto.	¿Cuál es la prevalencia de la disminución de agudeza visual en niños mayores de 3 años y adolescentes? ¿CUÁL ES EL ERROR REFRACTIVO DE MAYOR PREVALENCIA EN niños mayores de 3 años y adolescentes? ¿Cuál es el estándar clínico que determina la necesidad de entrega de tratamiento corrector (lentes) en una persona con disminución de agudeza visual? ¿Cuál es el porcentaje de la adherencia al tratamiento corrector (lentes) en los niños y adolescentes con diagnóstico de error refractivo? ¿Qué factores contribuyen a no a la adherencia del tratamiento corrector instaurado (uso de lentes)? ¿Cuál es la prevalencia de ambliopía en los niños y adolescentes, que proporción fue diagnosticada y recibe tratamiento, y cual es la adherencia al mismo?
	Diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía Diabética por grupo étnico	La Diabetes Mellitus es una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de mayor prevalencia a nivel nacional, muy relacionada con inadecuados estilos de vida y genera complicaciones a nivel ocular que pueden ser prevenibles con una atención oportuna.	¿Cuál es la prevalencia de Retinopatía Diabética en la población con Diabetes Mellitus? ¿Cuál es el porcentaje de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus son evaluadas por un médico oftalmólogo como parte de su evaluación integral? ¿Cuáles son las alternativas terapéuticas que se disponen para el tratamiento de Retinopatía Diabética y cuál es su efectividad en el ámbito nacional? ¿Cuál es el porcentaje de personas tratadas por Retinopatía Diabética que tienen seguimiento en los servicios de oftalmología.
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Diagnóstico y tratamiento de la Ceguera por Catarata	La Ceguera por Catarata es la principal causa de discapacidad visual y ceguera en el Perú, en personas mayores de 50 años, según el Estudio RAAB Perú 2011.	¿Cuál es la oferta existente y tipo de tratamiento con que se cuenta para tratar la ceguera por catarata a nivel nacional? ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las técnicas quirúrgicas en la cirugía de catarata (FACO - Extracapsular - Minicut)? ¿Cuál es el número y porcentaje de complicaciones por cirugía de catarata de acuerdo a tipo de intervención? ¿Qué nuevas técnicas u instrumental quirúrgico para la cirugía de ceguera por catarata se viene desarrollando en el país?
	Diagnóstico y tratamiento de Glaucoma		¿Cuál es la proporción de personas evaluadas por médico oftalmólogo que son diagnosticados con Glaucoma? ¿Cuáles son los factores de riesgo que repercuten en la progresión rápida de la ceguera por glaucoma? ¿Cuál es la concordancia del diagnóstico de hipertensión ocular en establecimientos de salud del primer nivel vs el diagnóstico definitivo de glaucoma por la especialidad?



H. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Diagnóstico y tratamiento de la Ceguera por Catarata	La Ceguera por Catarata es la principal causa de discapacidad visual y ceguera en el Perú, en personas mayores de 50 años, según el Estudio RAAB Perú 2011.	<p>¿Cuál es la oferta existente y tipo de tratamiento con que se cuenta para tratar la ceguera por catarata a nivel nacional?</p> <p>¿Cuál es la efectividad y seguridad de las técnicas quirúrgicas en la cirugía de catarata (FACO – Extracapsular – Mininuc)?</p> <p>¿Cuál es el número y porcentaje de complicaciones por cirugía de catarata de acuerdo a tipo de</p> <p>¿Qué nuevas técnicas u instrumental quirúrgico para la cirugía de ceguera por catarata se viene desarrollando en el país?</p>
	Diagnóstico y tratamiento de Glaucoma		<p>¿Cuál es la porcentaje de personas evaluadas por médico oftalmólogo que son diagnosticados con</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que repercuten en la progresión rápida de la ceguera por glaucoma?</p> <p>¿Cuál es la concordancia del diagnóstico de hipertensión ocular en establecimientos de salud del primer nivel vs el diagnóstico definitivo de glaucoma</p>
REHABILITACIÓN VISUAL	Oferta y brecha de servicios de rehabilitación visual del sector salud	Conocer la oferta y brecha de servicios de rehabilitación visual del sector salud permitirá obtener evidencias para la adecuada distribución de servicios y asignación de personal de salud para la rehabilitación visual.	<p>¿Cuál es la oferta de servicios de servicios de baja visión / rehabilitación visual / educación incluyente en el sector salud?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de personas con disminución de la agudeza visual que requieren de atención de servicios de baja visión?</p>
	Prevalencia y factores de riesgo en baja visión y ceguera	Conocer la prevalencia y factores de riesgo en baja visión permitirá adecuar los servicios de salud para la atención según grupo étnico, nivel socioeconómico, comorbilidades.	<p>¿Cuál es la prevalencia de baja de visión y ceguera por grupos étnicos?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a baja visión y ceguera?</p>
	Tecnologías costo-eficientes para los servicios rehabilitación visual	Conocer cuáles son las tecnología más costo-eficientes para los servicios de rehabilitación visual permitirá la adecuación de las mismas a los servicios de rehabilitación	¿Cuáles son las tecnología más costo-eficientes para la rehabilitación visual?
RECURSOS HUMANOS	Conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de salud en temas de salud ocular.	Al no tener el número suficiente de médicos oftalmólogos para cubrir la demanda en muchas regiones del país; los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y otros profesionales) deben complementar la principal función de diagnosticar y/o referir precozmente las principales patologías oculares. Pero el primer paso sería conocer el grado de conocimientos actuales de estos para saber que intervenciones son las más pertinentes.	<p>¿Cuál es el nivel de conocimientos de los profesionales de salud en temas de salud ocular?</p> <p>¿Cuáles es el perfil del profesional de salud para abordar los temas de salud ocular según niveles de atención?</p> <p>Determinar cual es el grado de cumplimiento de la normatividad vigente en salud ocular a nivel de los establecimientos de salud</p> <p>¿Del personal de salud capacitado en salud ocular, cuantos realizan el examen de agudeza visual optimamente?</p>
	Grado de satisfacción del usuario externo de servicios de salud ocular	Al contar con personal capacitado en salud ocular, es necesario conocer cual es el impacto de esta atención. Saber en que magnitud se cubren las expectativas de los usuarios. Este conocimiento nos permitirá también tener una línea de base para poder medir los cambios de futuras intervenciones.	<p>¿Cual es el nivel de satisfacción del usuario externo frente a la atención brindada por el personal capacitado?</p> <p>¿Cual es el grado de percepción de la atención del médico oftalmólogo en los establecimientos de salud ?</p> <p>¿Cuales son los factores que influyen en la satisfacción del usuario?</p>
	Metodología e impacto de capacitación de personal médico y no médico del primer nivel de atención en diagnóstico precoz	Nos permitirá validar y acreditar las competencias del personal del primer nivel de atención para poder compensar la deficiencia de especialistas en las distintas regiones del país.	<p>¿Cuál es la metodología más apropiada para capacitar al personal de salud en materia de salud ocular?</p> <p>¿Cuál es grado de conocimiento teórico/práctico adquirido del proceso de capacitación del personal de salud para el abordaje de las patologías priorizadas en salud ocular?</p> <p>¿Cual es el grado de satisfacción del capacitado posterior a la capacitación?</p>



H. Rebaza I.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrión C, Gálvez F, Mendiola F. Estudio de los factores de riesgo de ceguera infantil y la participación del pediatra en su manejo.
2. Clare Gilbert. Retinopathy of prematurity: A global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control. Reino Unido – 2008.
3. Corcuera J. Carga de enfermedad de la provincia de Lima y la Región Callao, 2010. Pág. 41. 2011-03275.
4. Guía de la Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades en la Salud Pública. Guía 5: Detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares Colombia. Abril. 2008.
5. Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Oftalmología. Censo Nacional de Servicios Oftalmológicos. Perú.2005.
6. Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Oftalmología. Programa Nacional de Prevención y Control de la Ceguera Lima-Perú 2006.
7. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – 2004, Dirección General de Epidemiología, Pág. 22.
8. Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Oftalmología. Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera en el Perú -ERCE- (siglas RAAB en Inglés), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011. Resultados no publicados.
9. Organización Mundial de la Salud. Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva N°282, Junio de 2012.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>. Fecha de acceso: 09.07.13
10. Organización Mundial de la Salud. 66ª Asamblea Mundial de la Salud, marzo 2013 aprueban "Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019, Salud Ocular Universal (A66/11). SUIZA. Mayo 2013.  
[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=683&Itemid=1926](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=683&Itemid=1926).  
Fecha de acceso: 09.07.13
11. Organización Mundial de la Salud. Adaptado de Situación Mundial de la Visión 2020: El Derecho a ver 1999 – 2005, resumen de orientación. Disponible en:  
<http://www.who.int/blindness/hange%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>. Fecha de acceso: 09.07.13.
12. Organización Mundial de la Salud. VISIÓN 2020 para el derecho a la vista Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable: Plan de Acción 2006 - 2013.
13. Organización Mundial de la Salud. Adaptado de Situación Mundial de la Visión 2020: El Derecho a ver 1999 – 2005, resumen de orientación.
14. Organización Mundial de la Salud. Definitions of blindness and visual impairment. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
15. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva N° 312: Diabetes. septiembre 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Fecha de acceso: 09.07.13.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA CEGUERA 2014-2020

16. Paczka J, Ochoa-Tabares J, Sandoval L, Topete J, Sánchez V. Conocimiento y percepción acerca del glaucoma entre adultos residentes de una zona urbana. *Gac Med Mex* 2006; 146: 303-308.
17. Pongo L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2005;17(5/6):387-93. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26276.pdf> . Fecha de acceso: 27.09.13.
18. Quigley H, West S, Rodriguez J, Munoz B, Klein R, Snyder R. The prevalence of glaucoma in a population-based study of Hispanic subjects: Proyecto VER. *Arch Ophthalmol* 2001; 119: 1819 - 1826.
19. Resolución Ministerial N° 100-2010/MINSA que aprueba el Documento Técnico Carga de Enfermedad en el Marco de la Implementación de los Pilotos de Aseguramiento Universal en Salud / Regiones de Apurímac Ayacucho y Huancavelica.
20. Sociedad Chilena de Oftalmología. Normas de control de patologías oftálmicas. Programa Salud del Estudiante. República de Chile, Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Sociedad Chilena de Oftalmología. Chile. 2007.
21. Soraide D, Iribarren F. La discriminación de un objeto en el espacio. Refracción clínica y quirúrgica. TOMO III. Universidad Católica del Salta. Argentina 2009. Pp. 46.
22. Suarez Juan. Discapacidad visual y ceguera en el adulto. Revisión de tema. *Medicina*. Universidad Pontificia Boliviana 30 (2) 170 -180 2011.
23. Villena J, Yoshiyama C, Sánchez J, Hilario N, Merin L. Prevalence of diabetic retinopathy in Peruvian patients with type 2 diabetes: results of a hospital-based retinal telescreening program. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2011; 30 (5):408 -14.
24. Universidad Católica de Sala, Consejo Argentino de Oftalmología.2009. Maestría a distancia en oftalmología "Dr. Lemuel Nazar". Glaucoma I. Sexto Ciclo Módulo 6 pag.28 - 29.
25. Majeed M et al. Are there inequities in the utilization of childhood eye care services in relation to socioeconomic status. Evidence from the ALSPAC cohort *Br.J. Ophthalmol*. Published online 14 May 2008, doi: 10.1136/bjo. 2007. 134841
26. He M, Huang W, Zheng Y, Huang L, Ellwein LB. Refractive error and visual impairment in school children in rural southern china. *Ophthalmology*. 2007; 114:374 - 382.
27. McLeod J, Adrianzén R, et al. ORBIS-IRO Alliance in the Efforts for Eradication of Refractive Errors in Schools Children of Northern Perú: Characteristics and Magnitude of the Problem. Instituto Regional de Oftalmología. 2012.
28. Martínez CI, Río M, Hernández J, Padilla C. Prevalencia de ceguera y limitación visual severa, en personas mayores de 50 años de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Oftalmol* [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2013 Oct, 14] 20 (2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762007000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762007000200011&lng=es).
29. Resolución WHA62.1 Recomienda a la Asamblea Mundial de la Salud que apruebe el plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables, concebido para abarcar el periodo 2009-2013.
30. Plan de Acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables para el periodo 2014-2019. OMS. 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Marzo 2013.



H. Rebaza I.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD OCULAR Y PREVENCIÓN DE LA  
CEGUERA 2014-2020

31. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre 2011.
32. Declaración Latinoamericana frente a la emergencia sanitaria de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). Marzo 2011
33. HRC/WG.6/14/PER/2. Examen Periódico Universal del Alto Comisionado de NNUU para el tema de derechos. Informe Perú EPO 2012. Incluye recomendaciones sobre el tema de discapacidad.
34. Resolución. EB 132 R1 de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, mayo 2013, aprueba la Resolución A-66/11 del Plan Global de Salud Ocular.
35. Recomendaciones de los Ministros de Salud de América Latina. Quito, septiembre 2013.
36. Varma R, Ying-Lai M, Francis BA, et al. Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology* 2004; 111: 1439-1448.
37. Valdez W, Miranda J, Ramos W. Situación de la transición epidemiológica a nivel nacional y regional. Perú, 1990-2006. *Rev. Perú Epidemiología* 2011; 15 (3) [5pp.]
38. Viaña J, Pongo L, Castro H, Corbera J. Incidencia del glaucoma en la región Grau. *Rev. Peruana Oftalmología* 1995; 19: 23-25.



H. Robaza I.





# Resolución Ministerial

Lima, 24 de NOVIEMBRE del 2014



A. Velásquez



P. GIUSTI



I. PORTOCARRERO G.



D. CESPEDES M.



H. Rebaza I.



J. Zavala S.

Visto, el Expediente N° 14-047717-001 que contiene los Informes N° 011-2014-DGSP-ESNSOPC/MINSA, e Informe N° 029-2014-ESNSOPC-DSS-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud;

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales a) y b) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así mismo, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector, así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en materia de su competencia;

Que, los literales a) y f) del Artículo 7° de la precitada Ley, señala que en el marco de sus competencias, el Ministerio de Salud cumple con la función específica de regular la organización y prestación de servicios de salud; así como, Planificar y establecer las prioridades para el financiamiento de la atención de la salud y de la inversión nacional en salud;

Que, el literal a) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, establece como una de las funciones de la Dirección General de Salud de las Personas, el proponer políticas de salud, prioridades sanitarias y estrategias de atención de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional;

Que, en virtud de ello, el Director General de Salud de las Personas ha propuesto para su aprobación el Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014 – 2020, con la finalidad de contribuir a disminuir la discapacidad visual y la ceguera evitable en la población en general;

Que, estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con la visación del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Viceministra de Salud Pública (e) y de la Viceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el Documento Técnico: "Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014 – 2020", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



**Artículo 2°.-** Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, la difusión y evaluación de lo establecido en el citado Plan.



**Artículo 3°.-** El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones de Salud de Lima, las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces a nivel regional son responsables de la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del presente Plan, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

**Artículo 4°.-** Encargar a la Oficina General de Comunicaciones, la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/normas.asp>.



Regístrese, comuníquese y publíquese



**ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA**  
Ministro de Salud

