

Trabajo de Incorporación:

La Ceguera: Reto en Latinoamérica y el Perú

Dr. Francisco Contreras Campos

Desde la fundación de la Academia Nacional de Medicina en 1888, continuadora de la Sociedad Médica de Lima y luego de la Academia Libre de Medicina, hasta nuestros tiempos, los conocimientos científicos y adelantos técnicos han evolucionado cada vez más rápidamente, son más profundos y globalizados que durante la marcha de la humanidad a través de los siglos.

El concepto de salud para todos, basado en la atención primaria que se preconizó en Alma Ata en 1978, (1) ha evolucionado al «*bienestar completo, físico, mental y social*» que se debe alcanzar para todas las personas del mundo.

Al referimos a Salud Visual, existen dos hitos muy importantes que marcan un nuevo impulso. Aquel que se suscribió entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB) en Ginebra en Febrero de 1999 (2) con la siguiente declaración universal:

El Derecho a la Visión: "Eliminar la ceguera evitable o recuperable para el año 2020"

Asimismo, la reunión de la Federación Internacional de Sociedades de Oftalmología (IFOS), representada por su brazo ejecutivo, el Concejo Internacional de Oftalmología (ICO) y el capítulo académico Academia Ophthalmologica Internationalis (AOI) llevada a cabo en El Cairo, Egipto el mismo mes y año (3), cuya declaración fue la siguiente:

La Visión del Futuro: el compromiso y responsabilidad de todos los oftalmólogos de liderar y capacitar las actividades para prevenir la ceguera.

Gran reto para la Oftalmología mundial, enorme desafío para la Oftalmología Latinoamericana, especialmente en la región andina y en el Perú.

Latinoamérica es un conjunto de países más semejantes que diferentes con problemas parecidos.

Tenemos una población estimada en 500 millones de habitantes, (4) de los cuales 180 millones tienen menos de 15 años de edad. Alrededor de 80 millones son mayores de 45 años y la mitad de ellos, 40 millones, son mayores de 60 años.

Dos tercios de la población es urbana con tendencia a aumentar y un tercio es rural. Según las proyecciones estadísticas, el número de personas mayores de 45 años se va a duplicar para el año 2020 y los adultos mayores de 60 años aumentarán 3 veces más, es decir que llegarán a 120 millones.

Nuestra patria, nación pluricultural, multilingüe y multiétnica tiene una población actual de 27 millones de habitantes, (5) de los cuales el 35% tiene menos de 15 años con ligero mayor porcentaje en el área rural y alrededor del 6% mayores de 65 años, con proporción similar en las áreas urbanas y rurales.

También se aprecia la explosiva migración rural de la población económicamente activa a las ciudades en proporción semejante a toda Latino América, engrosando los cinturones ciudadanos con escasos servicios básicos de vivienda y salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado como parámetros de visión los siguientes: (6)

- Considera ceguera en la persona que ve menos de 20/400 pies o 3/60 metros en el mejor ojo con la visión corregida, es decir, que no ve signos o letras determinadas a 20 pies o a 3 metros, lo que una persona con visión estadísticamente normal puede ver a 400 pies o 60 metros de distancia, en el mejor ojo.
- Se considera visión sub-normal o baja visión cuando la persona ve entre 20/60 a 20/400 pies o 3/6 a 3/60 en el mejor ojo.

La prevalencia de ceguera para Latinoamérica según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (7) se estima en 0.5% como promedio, siendo de 0.3% para la población citadina y 1% para la población rural. La baja visión alcanza a 3 veces más que la ceguera.

En el Perú no disponemos de estadísticas lo suficientemente actualizadas. Se han realizado estudios epidemiológicos focales en Chimbote (8), Puno (9) y el cono sur de Lima (10), encontrándose cifras que coinciden con la estimación de la OPS para Latinoamérica.

Asimismo, la OPS advierte que el número de ciegos en Latinoamérica y por supuesto en el Perú se duplicarán para el año 2020, si no se toman las medidas adecuadas y oportunas.

Entre los factores que contribuyen a este alto índice de ceguera en nuestro medio, están:

- El bajo ingreso económico per cápita. Alrededor del 60% viven en pobreza y la mitad de este 60% está en extrema pobreza. El masivo desplazamiento de las poblaciones rurales en busca de mejores condiciones de vida ha ocasionado densos cinturones de pobreza y extrema pobreza en la periferia de nuestras principales ciudades con acentuado desbalance del ecosistema.
- La escasa información de la población sobre el cuidado de la salud en general y más aún de la salud visual. La orientación académica en la gran mayoría de las Facultades de Medicina es terapéutica y no preventivo-promocional.
- Los programas de atención ocular no tienen ninguna prioridad en los presupuestos de los organismos gubernamentales.

En relación a los grupos etarios, se calcula que en Latinoamérica y en el Perú (11) actualmente la tasa de ceguera en los adultos mayores de 60 años es de 4% y de 0.06% en niños.

En cuanto a los niños, aunque el número es pequeño, los años de ceguera significan cuando menos diez veces más de vida que la de los adultos mayores; de allí su carga social, económica y familiar tan gravativa.

Es importante señalar que en este grupo en los recién nacidos se cumple en nuestro medio la aplicación típica del método de Credé o del ungüento oftálmico de Terramicina, habiendo disminuido considerablemente la conjuntivitis del recién nacido, mientras que la retinopatía de la prematuridad alcanza cada vez mayor incidencia, principalmente en los niveles socio-

económicos altos y medianos de nuestras poblaciones urbanas.

Es en los adultos mayores de 60 años donde el porcentaje de ceguera es mucho mayor y cuyo grupo etario aumentará tres veces más en los 20 años venideros siendo las principales causas de ceguera:

- | | |
|--|----------|
| • Catarata | 50 – 60% |
| • Glaucoma | 10 – 15% |
| • Retinopatía Diabética | 8 – 10% |
| • Degeneración Macular relacionada con la edad | 5 – 8% |

Puede deducirse fácilmente que la pérdida de la visión en gran parte es por causas prevenibles o curables.

Frente a este panorama que compromete seriamente la calidad de vida, así como la equidad social y económica de los ciegos y severamente limitados visuales, ¿cuáles son los agentes principales con que contamos para encarar este reto y superar esta situación?

Tenemos:

- Los organismos gubernamentales, en nuestro hemisferio representados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), rama de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que coordina los programas y sugiere estrategias en nuestros países.
- En el Perú, por el Ministerio de Salud, órgano rector que norma, supervisa y presta servicios en todo el país.
- Las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales dedicadas a la salud ocular, afiliadas en su mayoría a la Agencia Internacional para la Prevención de Ceguera (IAPB).
- El personal de salud y educación.

Sin duda, el agente principal en el cuidado de la salud visual es el oftalmólogo, que coordina las actividades de los demás miembros del personal de salud y educación, agentes casi tan importantes como el oftalmólogo.

Teniendo en cuenta estos elementos, permítanme compartir con ustedes, la problemática de la mayor causa de ceguera en nuestra región: la catarata.

Esta condición (12) tendrá mayor incidencia con el incremento de los años de vida y más importancia por las necesidades aún mayores de mejor visión en este

siglo que empieza y en menor dependencia familiar por el sistema de vida que se está imponiendo. Al fin y al cabo, todos tendremos cataratas si vivimos lo suficiente para desarrollarlas.

Aunque por ahora no somos capaces de prevenirla, podemos curar quirúrgicamente la ceguera por catarata, de manera efectiva.

En 1992 en Latinoamérica (11) contábamos con menos de 30 oftalmólogos por millón de habitantes.

Al finalizar el siglo XX este número se incrementó a 40 oftalmólogos.

Si efectuamos un estimado de las operaciones de catarata realizadas en 1992 por millón de habitantes, alcanza a algo más de 500 intervenciones. En 1999 esta cifra se elevó en nuestra región a 1200 procedimientos.

Si tenemos en cuenta que el porcentaje de ceguera en Latinoamérica es de 0.5%, tenemos un estimado de 5000 ciegos por millón de personas. El 60% de esta cifra se calcula que es debido a catarata, es decir, 3000 ciegos por millón sin contar el incremento por la incidencia.

Para solucionar este problema necesitamos cuando menos llegar a esta tasa quirúrgica de catarata por año. Dicho de otro modo, 10 oftalmólogos que operen 300 cataratas por cada millón de habitantes al año en cada país.

¿Por qué no solucionamos este problema con eficiencia, calidad y calidez?

Si nos referimos a los recursos humanos, en casi todos los países de Latinoamérica contamos con un número suficiente de cirujanos-oftalmólogos. Si hay alguna escasez, la Asociación Panamericana de Oftalmología ha establecido Convenios de Enseñanza de Post-Grado con varios centros prestigiosos de nuestra región y de nuestro país.

Si hablamos de personal asistente de salud ocular se observa que existe gran limitación en número. La colaboración de asistentes en la proporción adecuada otorga más tiempo al oftalmólogo y baja el costo del servicio. Si el oftalmólogo realiza labores de campo, el asistente es un recurso muy valioso de promoción, despistaje y referencia.

Quisiera referirme brevemente a las barreras culturales y geográficas.

En el Perú (13-14) tenemos un oftalmólogo por cada 35000 habitantes, lo cual está en el promedio de

Latinoamérica, pero la distribución de recursos humanos y materiales es tan dispereja a beneficio de las ciudades más importantes, que en departamentos como Huancavelica y Apurímac existe solamente un oftalmólogo.

El desarrollo de una estrategia de difusión sobre el cuidado de la salud ocular en general y de las ventajas de la cirugía de catarata con resultados visuales aceptables es altamente beneficioso, pero la comunidad debe tomar conocimiento de ello así como de la accesibilidad y los costos.

Las barreras geográficas nos obligan a desarrollar estrategias que varían de acuerdo a los lugares de los grupos poblacionales. El asistente es un valioso elemento de apoyo especialmente en las zonas alejadas y de difícil acceso.

Los problemas, quizás más críticos, de costo y tecnología aplicables en la cirugía de catarata, y en otras causas de ceguera están todas íntimamente relacionadas con los pacientes y con nosotros mismos (15). Es evidente que todo lo relacionado a la salud ocular y en todas partes de nuestro país, no podemos resolverlos solos.

El enfoque sobre la problemática de la salud visual en el siglo pasado ha llegado a un punto de agotamiento.

El desarrollo científico, la explosión tecnológica, la prestación de servicios gubernamentales y privados hacia una comunidad cada vez más diferenciada desde el punto de vista socio-económico, con pocos que exigen lo mucho y los muchos que necesitan lo mínimo, ha producido cambios insospechados en el sistema de salud, que cualquier predicción puede no ser certera.

Sin embargo, la tecnología debe ser un factor nivelador que proporcione mejor calidad de vida al mayor número de personas. Esto ha sido demostrado una y otra vez en el curso del tiempo. La tecnología oftalmológica no puede ser una excepción (16). Nuestro paradigma debe ser: No pacientes ni oftalmólogos de segunda clase.

Para que este proceso de cambio pueda darse satisfactoriamente, tienen que concurrir varios elementos, algunos ya mencionados, que trabajen como un equipo.

Estos son:

- Los oftalmólogos,
- Las organizaciones gubernamentales y privadas,
- La industria oftálmica,
- La comunidad

Los oftalmólogos: Contamos con excelentes oftalmólogos de primer nivel. No obstante, se debe promover mayor capacitación en el área gerencial para manejar el costo-beneficio de los nuevos equipos y materiales.

Es conveniente que varios oftalmólogos se unan para trabajar en equipo y así obtener máxima utilización y reducción de costos de los recursos materiales modernos.

Los oftalmólogos jóvenes deben construir su futuro, mejorando sus técnicas de diagnóstico y quirúrgicas a través de los cursos de educación continua de manera que manejen con habilidad la tecnología más desarrollada.

Los programas de Residencia en Oftalmología, las Sociedades Nacionales de Oftalmología y la Asociación Panamericana de Oftalmología tienen la responsabilidad de cooperar con este permanente proceso educacional.

No menos importante es fomentar la creación de mayor número de centros de capacitación para asistentes oftálmicos, dirigidos por oftalmólogos. Este personal nos permitirá dedicarnos a labores de mayor complejidad.

Las organizaciones gubernamentales y privadas: Las organizaciones gubernamentales están generalmente más comprometidas con problemas de salud y mortalidad no prestando mucha atención al cuidado de los ojos.

Sin embargo, es muy importante informar a estas organizaciones gubernamentales sobre las ventajas de la nueva tecnología y del costo-beneficio al proveer mejor calidad de servicio y mayor número de intervenciones, si se usan adecuadamente los recursos avanzados.

Estos beneficios no son ignorados por las organizaciones privadas. Muchas de ellas ofrecen oportunidades al oftalmólogo para poner al día sus conocimientos en cuanto al manejo y financiamiento de los nuevos equipos y materiales.

La industria oftálmica: A pesar de la recesión actual en Latinoamérica, hay una tendencia creciente hacia la estabilización macro económica. Si el productor ofrece mejores precios probablemente habrá mayor volumen de ventas.

Otro enfoque sería la producción local de consumibles de alta calidad como lentes intraoculares, suturas, colirios e instrumentos, como sucede en otras partes

del mundo. Por otro lado, hay que considerar que en los productos de alta tecnología, la concentración produce más ventajas que la expansión. Por eso es necesario que el mercado de Latinoamérica llegue a estar globalizado para obtener costos más bajos y servicios de mantenimiento más eficientes.

La comunidad: Tiene que jerarquizar el cuidado de la salud, la preservación y restauración de la visión y valorizarlos como actividad económica. Actualmente, la salud en general y menos la salud ocular ocupan lugar preferente en la cultura de base de la población Latinoamericana.

La promoción de la salud ocular, utilizando todos los medios de comunicación, es una de las tareas primordiales no de los oftalmólogos sino de las Sociedades Nacionales de Oftalmología.

Por último, no podemos dejar de mencionar el rol del Estado y el rol cada vez más activo de las instituciones privadas, frente a frente, o conjugándose como agentes proveedores de servicios de salud a una comunidad que está en evolución.

La primera dentro de la economía dirigida, con derecho a la salud que todos debemos acceder, con responsabilidad solidaria.

La segunda dentro de la economía de mercado, con derecho a la salud que todos podemos acceder, con responsabilidad individual.

Ambos sistemas tienen sus ventajas y desventajas tanto para la comunidad como para el oftalmólogo.

Vivimos tiempos de crisis, palabra de la medicina hipocrática que han adoptado las ciencias sociales.

Actualmente esta palabra se refiere a una situación de dificultad y de riesgo, pero a la vez de oportunidad y esperanza.

Frente a esta realidad, expuesta a grandes rasgos, no existen soluciones prontas ni fáciles. Pero destaca nítidamente que existe una gran oportunidad y enorme responsabilidad para desempeñar un rol protagónico, un liderazgo en estos cambios para el bienestar de la salud ocular en todos los niveles de nuestra población y de nuestra profesión. ¡Lo primordial es actuar cuanto antes y unidos!

Latinoamérica y el Perú pueden cumplir con el programa de la eliminación de ceguera evitable para el año 2020. En gran parte, está en nuestras manos, los oftalmólogos.

Es nuestra problemática y nuestra responsabilidad por vocación y por servicio.

Hoy en día el cuidado de la salud, especialmente ocular, está en crisis en nuestra nación.

Sin embargo, existe una extraordinaria oportunidad para los líderes.

«Solo los oftalmólogos en el campo de la salud visual pueden diseñar estrategias de servicio efectivas y eficientes. Quizás no pueden decidir, pero si estimular un debate amplio y franco sobre el que se debe actuar. Cuanto más pronto, será más beneficioso para la población» (17).

Estas palabras de Alfred Sommer, Decano del Wilmer Institute del Johns Hopkins creo que tienen perfecta aplicación también entre nosotros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conferencia Internacional en Atención Primaria Ocular, Alma Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, 1978. Septiembre 6-12.
2. «Visión 2020», Reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Agencia Internacional para la Prevención de Ceguera (IAPB), Ginebra, Suiza, Febrero 1999.
3. «Visión para el Futuro», Reunión de la Federación Internacional de Sociedades de Oftalmología (IFOS), Concejo Internacional de Oftalmología (ICO) y Academia Ophthalmologica Internationalis (AOI), El Cairo, Egipto, Febrero 1999.
4. La Salud en las Américas, publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington DC, 1998:18-22.
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar INEI, USAID, UNICEF, Mayo 2001.
6. Organización Mundial de la Salud. Global Data on Blindness: an update. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994, pp 4-10 (OMS/PBL/94.40).
7. Organización Panamericana de la Salud: Global Initiative for the elimination of avoidable blindness: Vision 2020 in Latin America: Reporte para el Taller de la OPS/OMS/IAPB. New York, Julio 10-12, 1999. Santa Fe de Bogotá, Colombia, OPS 1999, pp 1-12 (OPS/PBL /99.1).
8. Kara José N, Contreras F, Campos MA: Screening and surgical intervention results from cataract-free zone projects in Campinas, Brazil and Chimbote, Peru. *Int Ophthalmol*. 1990. 14:155-64.
9. Benavente E: Zona Libre de Ceguera por catarata en el área rural. *Salud Ocular Comunitaria*. 1990. 2:1-2.
10. Estudio Epidemiológico de Problemas Oculares en el Cono Sur de Lima. Comunicación Personal Dr. César Mendiola.
11. Silva JC, Bateman B, Contreras F. Eye Disease and Care in Latin America and the Caribbean. *Survey of Ophthalmology*. 2002. 47:3, 267-274.
12. Organización Mundial de la Salud: Global Initiative for the elimination of avoidable blindness: Vision 2020. Ginebra, OMS, 1997, pp1-48 (OMS/97.61 Rev. 1).
13. Cordero R. Distribución de los oftalmólogos en el Perú. 1996. *Diagnóstico* Vol. 35 N° 6 Nov-Dic.
14. Wong C. Primer Seminario Taller Sobre Prevención de Ceguera en el Perú. *Arch Peruanos de Oftalmología*. 2000. Vol. 12.
15. Mendoza L, Contreras F. Evaluación de la Prevención de Ceguera en el Perú – Aspectos Generales. *Revista Peruana de Oftalmología*. 1993. Vol. XVII, N° 2.
16. Ellwein L, Kupfer C. Strategic Issues in Preventing Cataract Blindness in Developing Countries. *Boletín de la OMS*, 1995, 73 (5): 681-690.
17. Sommer A. Health, Medicine and Ophthalmology: Facing the Facts and Paying the Piper LVI Edward Jackson Memorial Lecture, 1999.