



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO 61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

Punto 4.15 del orden del día provisional

CD49/19 (Esp.)
22 de julio del 2009
ORIGINAL: INGLÉS

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA Y DE LAS DEFICIENCIAS VISUALES EVITABLES

Introducción

1. En 1979, el Consejo Directivo de Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la resolución CD26.R13 en la que se solicitaba al Director que apoyara a los gobiernos en la elaboración de los planes nacionales para la prevención de la ceguera. El documento de la estrategia regional de Prevención de la Ceguera en las Américas (CD34/9) fue aprobado por el 34.º Consejo Directivo en 1989. La Quincuagésima Sexta Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA56.26, en la que se solicitaba a la Directora el fortalecimiento de la colaboración de la OMS con los Estados Miembros en la Iniciativa Mundial para la Eliminación de la Ceguera Evitable. En la resolución WHA59.25, la Quincuagésima Novena Asamblea Mundial de la Salud reafirmó su compromiso de asignar prioridad a la prevención de la ceguera. Por medio de la resolución CD47.R1 del 47.º Consejo Directivo se instó a los Estados Miembros a que adoptaran políticas nacionales para prevenir la discapacidad. El Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 (*Documento Oficial 328*) incluye la prevención de la discapacidad visual y la ceguera como uno de los resultados previstos. Al reconocer a nivel mundial y en América Latina y el Caribe que la prevención de la ceguera y la atención oftalmológica han pasado a ser prioridades, ahora es necesario que en los próximos años se revisen y se reafirmen los objetivos regionales con respecto a la prevención de la ceguera.

2. En junio del 2009, la 144.ª sesión del Comité Ejecutivo recomendó que el Consejo Directivo aprobara una resolución como una forma de impulsar las iniciativas regionales y nacionales para cumplir los objetivos del Plan de Acción para la Prevención de la Ceguera y de las Deficiencias Visuales Evitables.

Antecedentes

3. Varias encuestas acerca de la ceguera realizadas por la OPS en los últimos años han demostrado que la prevalencia de la ceguera y las deficiencias visuales es más de dos veces superior entre los habitantes de zonas rurales y los pobres; asimismo, se ha comprobado que la cobertura y la calidad de los servicios de atención oftalmológica son sumamente bajas en comparación con los servicios de las zonas urbanas más prósperas. Se calcula que en muchos países de América Latina y el Caribe por cada millón de habitantes, 5.000 son ciegos y 20.000 tienen alguna deficiencia visual; por lo menos, dos tercios de esos casos son atribuibles a enfermedades que se pueden tratar.¹ La deficiencia visual y la discapacidad asociada con ella pueden generar discriminación y exclusión, además, de convertirse en una causa de pobreza. La reducción de la ceguera y de la deficiencia visual mitiga la pobreza, mejora las oportunidades para la educación y el empleo de la población y reduce aun más las inequidades de salud.

4. Las intervenciones de salud ocular son realizables, cuantificables y rentables; por ende, con la finalidad de prevenir casos de ceguera y discapacidad visual en la Región, es necesario ofrecer una amplia gama de servicios para tratar de mejorar el acceso a los servicios de salud ocular para los residentes del campo y los grupos autóctonos, las mujeres y otros segmentos de la población que están marginados económica y socialmente. En América Latina y el Caribe, la prevención de la ceguera y la atención oftalmológica adecuadas ya son prioridades en muchos países. Se han logrado avances considerables en la prevención de la ceguera evitable, y el acceso a los servicios de atención oftalmológica ha venido aumentando en la mayoría de los países que han recibido apoyo de la OPS, de los socios internacionales y de la cooperación bilateral para la formulación de sus planes nacionales de atención oftalmológica.²

5. Este documento del plan de acción regional fue preparado utilizando un método muy participativo que incluyó a asociados tanto nacionales como internacionales e incorporó los aportes de diversos grupos de trabajo organizados por diferentes países vinculados con el programa mundial de la OMS y con los programas y los planes regionales de la diabetes, atención neonatal, salud de las personas de edad y enfermedades desatendidas.

¹ Silva-JC; Bateman-J.B; Contreras F: Eye disease and care in Latin America and the Caribbean. Survey of Ophthalmology 47(3):267-274; May-June 2002.

² Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Condiciones de salud y sus tendencias. Salud ocular. Volumen Regional pp.141-142, Washington DC, 2007 en: <http://www.paho.org/HIA/homeing.html>.

Análisis

6. La ceguera plantea un grave problema de salud pública, social y económico para los Estados Miembros de la Región. A nivel mundial, hasta 80% de la ceguera es evitable, ya que resulta de enfermedades que podrían haberse prevenido o bien de otras que pueden tratarse con éxito para restaurar la visión. A pesar de las iniciativas internacionales emprendidas hasta la fecha, la carga de la ceguera puede intensificarse en el futuro debido al aumento de la población y a su envejecimiento. A nivel de país, los ministerios de salud tienen que elaborar planes nacionales de salud ocular, llevarlos a la práctica, movilizar los recursos necesarios para consolidar la oferta de servicios de atención oftalmológica e integrar la atención oftalmológica en los sistemas nacionales de salud y los servicios de atención primaria de salud, a fin de garantizar que toda la población tenga acceso a la atención oftalmológica de calidad.

7. Se ha determinado que hay cinco enfermedades que son prioridades inmediatas en América Latina. Hoy en día, la catarata es la causa de cerca de 50% de los casos de ceguera en todo el mundo. Según las encuestas nacionales, la prevalencia de la ceguera en personas de 50 años de edad o más varía de 2,3% a 3%; es mayor en las mujeres que en los hombres;³ en las zonas urbanas de Argentina es de 1,4%,⁴ y llega a casi 4% en las zonas rurales de Perú y Guatemala.^{5, 6} La proporción de casos de ceguera debida a cataratas en personas de 50 años y más varía de 39% en las zonas urbanas de Argentina y Brasil a cerca de 65% en zonas rurales de Guatemala y Perú. Las encuestas nacionales mostraron que alrededor de 60% de los casos de ceguera se deben a la catarata. La cobertura de servicios de atención oftalmológica para las personas con deficiencias visuales graves es de aproximadamente 80% en las zonas urbanas bien desarrolladas, pero es de menos de 10% en las zonas rurales y remotas. La cirugía de catarata puede ser una de las más rentables de todas las intervenciones de salud.

8. La prevalencia de la diabetes en adultos en América Latina y el Caribe varía de un país a otro. Más de 75% de los pacientes que han tenido diabetes durante más de 20 años sufrirán de alguna forma de retinopatía diabética. Después de 15 años de tener diabetes, aproximadamente 2% de las personas se quedan ciegas y, cerca de 10%, desarrollan

³ Limburg H, Barria von-Bischhoffshausen F, Gomez P, Silva JC, Foster A. Review of recent surveys on blindness and visual impairment in Latin America. *Br J Ophthalmol*. 2008 Mar; 92:315-9.

⁴ Nano ME, Nano HD, Mugica JM, Silva JC, Montana G, Limburg H. Rapid assessment of visual impairment due to cataract and cataract surgical services in urban Argentina. *Ophthalmic Epidemiology* 2006 Jun; 13(3):191-197.

⁵ 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; 17(5/6): 387-931.

⁶ Beltranena F, Casasola K, Silva JC, Limburg H. Cataract blindness in 4 regions of Guatemala: results of a population-based. Survey. *Ophthalmology*. 2007 Aug; 114(8):1558-63.

alguna deficiencia visual grave.⁷ En Barbados, 18% de las personas de ascendencia africana de edades comprendidas entre los 40 y los 84 años, dicen que tienen antecedentes de diabetes; entre las personas diabéticas 30% tienen retinopatía diabética y 1% sufre de retinopatía diabética proliferativa. Según los estudios sobre el ojo (Barbados Eye Studies) efectuados en Barbados, la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en la población afrocaribeña de más de 40 años de edad es superior a 7%, mientras que aproximadamente 2% de las personas de más de 40 años son ciegas y, de ese porcentaje, un tercera parte de los casos de ceguera se deben al glaucoma de ángulo abierto. Por consiguiente, el glaucoma de ángulo abierto es un problema grave de salud pública en la población afrocaribeña, donde es una causa importante de la pérdida de visión y la causa principal de ceguera irreversible.⁸

9. Cerca de 3% de la población ciega del mundo está formada por niños. Sin embargo, debido a que los niños tienen una vida de ceguera por delante, el número de “años como persona ciega” resultantes de la ceguera que comienza en la niñez ocupa el segundo lugar después de la catarata.⁹ En América Latina y el Caribe, unos 42.000 recién nacidos cuyo peso al nacer es de menos de 1.500 gramos necesitan tamizaje para la retinopatía de la prematuridad, y 4.300 necesitan tratamiento cada año. Si no se trata la retinopatía, 50% de estos niños se quedarán ciegos.¹⁰ La conjuntivitis neonatal puede representar un riesgo de ceguera en los recién nacidos. La buena visión es de vital importancia para la educación, y se recomienda el tamizaje cuando el niño llega a la edad escolar. Un estudio efectuado en Chile reveló que más de 7% de los niños podrían beneficiarse del suministro de los anteojos adecuados.¹¹ La incidencia de miopía es mayor entre los 11 y los 15 años de edad, por lo que este es el grupo de edad de mayor prioridad para las intervenciones destinadas a corregir los defectos de refracción.¹² La catarata congénita es un defecto asociado con el síndrome de la rubéola congénita (SRC). Entre 1998 y 2008, la iniciativa de eliminación de la rubéola redujo el número de casos en 98% y está previniendo anualmente unos 6.000 casos de cataratas en niños.

10. A pesar de los adelantos muy importantes en la atención oftalmológica, todavía hay un número considerable de personas en todos los grupos de edad para quienes no es

⁷ Organización Mundial de la Salud: Prevention of Blindness from Diabetes Mellitus. Ginebra: OMS, 2006.

⁸ Pan American Health Organization. Technology and Health Services Delivery. Health Services Organization Series: Eye Diseases in people 40-84. The Barbados Eye Studies: A summary report. Washington, DC: OPS; 2006. (THS/OS/06).

⁹ Rahi JS, Gilbert CE, Foster A, et al. Measuring the burden of childhood blindness. Br J Ophthalmol 1999;83(4):387-8.

¹⁰ Zin A. Reducing Blindness in Premature Babies. Vision For Children; A global overview of Blindness, Childhood and Vision 2020 The Right To Sight. 2007.

¹¹ Maul E, Barroso S. et. all. (2000) – Refractive error study in children: results from La Florida, Chile: Am J Ophthalmol. Apr; 129(4): 445-54.

¹² Mutti DO, Zadnik K, Adams AJ. Myopia. The nature versus nurture debate goes on. Invest Ophthalmol Vis Sci 1996;37:952-7.

posible recuperar totalmente su capacidad visual. La mayoría de ellas tiene algo de visión residual que puede mejorarse o hacerse más utilizable y aprovecharla para las tareas que requieren el uso de la vista. Los servicios de baja-visión son presentados a personas que tienen un remanente visual que puede ser mejorado a través de ayudas ópticas especiales. Entre las ventajas de tratar estos casos de baja-visión se encuentran la reducción de las repercusiones funcionales de la pérdida de visión, la facilitación de la educación y el desarrollo de los niños, mantenimiento de la independencia y la actividad productiva y mejoramiento de la calidad de vida.

11. Las mejores prácticas del Programa de prevención de la ceguera de la OPS incluyen evaluaciones epidemiológicas nacionales que han resultado ser una herramienta muy fuerte de promoción de la causa para lograr el apoyo político necesario, al asignar prioridad a las intervenciones realizables, cuantificables, rentables y sostenibles y ha forjado alianzas internacionales con *Sight Savers International*, el *Caribbean Council for the Blind* (CCB), CBM, la Agencia Internacional de Prevención de la Ceguera (IAPB), VISIÓN 2020 e instituciones académicas y de investigación que comparten objetivos comunes, con lo cual se ha creado una base de conocimiento colectivo y se mejora el uso de los recursos promoviendo las alianzas entre gobiernos, donantes, la sociedad civil y los sectores privado y sin fines de lucro. La colaboración y las alianzas en torno a la iniciativa mundial VISION 2020 para la eliminación de la ceguera evitable, resultó muy eficiente a nivel regional y nacional. La cooperación bilateral como es el caso de la Operación Milagro de Cuba, está aumentando considerablemente la cobertura de cirugía para la catarata y mejorando la toma de conciencia acerca del cuidado de los ojos en varios países.

Metas y objetivos

META 1: REDUCIR LA CEGUERA Y LA DEFICIENCIA VISUAL EN ADULTOS

Objetivo 1.1: Reducir la ceguera causada por catarata

En América Latina y el Caribe, la catarata (opacidad del cristalino) es la causa individual más importante de la ceguera; la cirugía de catarata ha demostrado ser una de las más rentables de todas las intervenciones de atención de salud. La mayoría de las cataratas están relacionadas con la edad y no pueden prevenirse; pero, la cirugía de catarata con la inserción de una lente intraocular es sumamente eficaz y permite la rehabilitación visual casi inmediata.

Indicadores

- Aumentar de 9 a 14 el número de países que hicieron una Evaluación Rápida de los Servicios Quirúrgicos de Catarata o una Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable, para el año 2013.
- Alcanzar una tasa de cirugías de catarata de 2.000 por 1 millón de habitantes por año en la mayoría de los países para el año 2013.

Actividades propuestas para los Estados Miembros

- 1.1.1 Hacer evaluaciones nacionales de los servicios quirúrgicos de catarata, en especial de su disponibilidad, acceso, asequibilidad y calidad, así como de su recopilación y manejo de los datos.
- 1.1.2 Medir la prevalencia de la ceguera causada por catarata, determinar el nivel de cobertura de los servicios e identificar las barreras al acceso en países seleccionados.
- 1.1.3 Elaborar planes de servicios de atención para las cataratas por distrito, con metas cuantificables que tengan en cuenta la equidad (disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad) y la calidad de los servicios.
- 1.1.4 Establecer un sistema de atención oftalmológica primaria para detectar y referir los casos de enfermedades oculares y educar a la población acerca de la atención oftalmológica básica y la prevención de la ceguera.
- 1.1.5 Elaborar un plan de desarrollo de recursos humanos para cirugía de catarata.
- 1.1.6 Promover la cirugía de alta calidad y velar por los buenos resultados visuales y la satisfacción del paciente.
- 1.1.7 Elaborar estrategias de comunicación apropiadas para la población destinataria.

Actividades que se proponen para la Oficina

- 1.1.8 Prestar cooperación técnica para el diseño de estudios de evaluación rápida de la ceguera evitable.
- 1.1.9 Elaborar un análisis de la situación de los servicios quirúrgicos de catarata, a los niveles regional y nacional.
- 1.1.10 Preconizar y prestar cooperación técnica para la formulación y la ejecución de los planes nacionales de catarata.
- 1.1.11 Movilizar recursos con los asociados internacionales.

Objetivo 1.2: Reducir la prevalencia de la ceguera causada por retinopatía diabética

Hay tratamientos comprobados para reducir considerablemente los riesgos de ceguera y de pérdida de la visión por retinopatía diabética. Los estudios clínicos que abarcan más de 30 años han revelado que el tratamiento apropiado puede reducir los riesgos en más de 90%.

Indicadores

- Análisis de la situación realizado en cinco países seleccionados para el año 2013.
- Al menos tres de los países seleccionados integran programas de detección temprana y de tratamiento oportuno de la retinopatía diabética como parte de los programas contra enfermedades crónicas no transmisibles para el año 2013.

Actividades propuestas para los Estados Miembros:

- 1.2.1 Integrar las estrategias de prevención de la ceguera en los programas nacionales contra la diabetes y velar por su incorporación en los programas contra las enfermedades crónicas no transmisibles.
- 1.2.2 Elaborar programas de concientización del público destinados a grupos étnicos expuestos a alto riesgo, dependiendo del país, y capacitar a los médicos de atención primaria para que envíen a los pacientes con retinopatía diabética a consultas con oftalmólogos.

Actividades propuestas para la Oficina

- 1.2.3 Hacer un análisis de la situación del tratamiento de la retinopatía diabética en la Región que sirva de base para la planificación y la promoción de la causa.
- 1.2.4 Efectuar evaluaciones de los servicios de retinopatía diabética en países seleccionados.
- 1.2.5 Adaptar y promover las directrices clínicas internacionales actuales para la atención oftalmológica de pacientes con diabetes sacarina, además de adaptar y promover los principios de la OMS para organizar sistemas de salud ocular para pacientes con retinopatía diabética.
- 1.2.6 Formular programas de educación y de capacitación para el público en general y los proveedores de atención sanitaria.

Objetivo 1.3: Reducir la incidencia de la ceguera debida al glaucoma de ángulo abierto en grupos de alto riesgo

El Programa regional de la OPS y los programas nacionales para la prevención de la ceguera deberán incluir mecanismos para la detección y el tratamiento del glaucoma para grupos de alto riesgo de la población, incluidas las personas de ascendencia africana y la población caribeña, las personas mayores de 40 años de edad y quienes tengan antecedentes familiares de glaucoma.

Indicador

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Aumento de tres a siete del número de países que ejecutan programas de concientización de la comunidad acerca del glaucoma para el año 2013. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Acciones propuestas para los Estados Miembros

- 1.3.1 Incluir la detección del glaucoma como parte de los exámenes integrales de los ojos para las personas a partir de los 40 años de edad.
- 1.3.2 Velar por que las unidades de atención oftalmológica cuenten con la dotación adecuada para ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento del glaucoma.
- 1.3.3 Capacitar a los profesionales para aplicar los protocolos existentes basados en datos probatorios.
- 1.3.4 Aumentar los conocimientos en la población general acerca de la importancia de los exámenes regulares de los ojos y del tamizaje de glaucoma para quienes tienen más de 40 años, así como otros factores de riesgo de glaucoma.
- 1.3.5 Suministrar tratamientos y medicamentos asequibles.

Actividades propuestas para la Oficina

- 1.3.6 Utilizar la información epidemiológica actual para promover la detección temprana y el tratamiento en los países que tienen grupos de alto riesgo.
- 1.3.7 Utilizar las prácticas óptimas para promover y diseñar programas e intervenciones de concientización del público.
- 1.3.8 Movilizar recursos técnicos y financieros para consolidar los servicios nacionales de atención oftalmológica en cuestiones de detección y tratamiento del glaucoma.

META 2: REDUCIR LA CEGUERA Y LA DEFICIENCIA VISUAL EN NIÑOS

Objetivo 2.1: Reducir la ceguera en niños prematuros debido a la retinopatía de la prematuridad

Indicadores

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Aumentar de 7 a 15 el número de países que tienen una política nacional de prevención de retinopatía de la prematuridad para el año 2013. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La prevención de la ceguera debida a la retinopatía de la prematuridad se planifica en tres niveles:

- a) Prevención primaria: reducir la incidencia de la retinopatía de la prematuridad mediante el mejoramiento de la asistencia prenatal y neonatal.
- b) Prevención secundaria: identificación temprana de los casos graves de retinopatía de la prematuridad en niños prematuros en los servicios de atención neonatal por medio del examen regular por oftalmólogos capacitados y el tratamiento oportuno de los niños considerados de alto riesgo.
- c) Prevención terciaria: restaurar la visión útil en niños con complicaciones retinianas mediante la cirugía vitreorretinal o la rehabilitación.

Actividades propuestas para los Estados Miembros

- 2.1.1 Promover sistemas, redes y protocolos para la atención neonatal, la referencia y el seguimiento adecuado.
- 2.1.2 Promover políticas nacionales y planes sostenibles relacionados con la retinopatía de la prematuridad.
- 2.1.3 Elaborar y promover pautas nacionales y normas mínimas.
- 2.1.4 Capacitar a los profesionales (obstetras, pediatras, enfermeras y oftalmólogos).
- 2.1.5 Asegurar la disponibilidad del equipo necesario para la prevención primaria, el tamizaje y el tratamiento.
- 2.1.6 Incluir el tema en el programa de estudios del primer nivel de la educación superior de medicina y enfermería.
- 2.1.7 Mejorar la calidad de la información disponible acerca de la atención neonatal.
- 2.1.8 Elaborar informes periódicos a partir de bases de datos neonatales locales.
- 2.1.9 Suministrar profilaxis ocular a los recién nacidos para prevenir la conjuntivitis neonatal.

Actividades propuestas para la Oficina

- 2.1.10 Efectuar evaluaciones nacionales de las necesidades y los recursos.
- 2.1.11 Organizar talleres regionales y nacionales para profesionales para promover la defensa de la causa y la toma de conciencia.
- 2.1.12 Promover la formulación de directrices regionales acerca de la atención neonatal y los programas de retinopatía de la prematuridad.
- 2.1.13 Identificar grupos de interés y de promoción de la causa (por ejemplo, redes de padres) y darles apoyo.
- 2.1.14 Incluir las variables estándar de la retinopatía de la prematuridad en las bases de datos de la OPS y otras bases de datos neonatales.

Objetivo 2.2: Reducir la deficiencia visual mediante la detección y el tratamiento de defectos de refracción no corregidos en escolares

Indicadores

- Documento regional sobre los principios relativos a los errores de refracción publicado en el 2011.
- Aumento de 7 a 12 del número de países que ejecutan un programa nacional para corregir los defectos de refracción como parte de las políticas y planes nacionales de atención oftalmológica para el año 2013.

Los pasos de la prestación de servicios de refracción para los pacientes son los siguientes:

- a) Tamizaje: identificación de las personas cuya visión es deficiente y que puede mejorarse mediante la corrección.
- b) Examen de los ojos: evaluar la condición de los ojos y determinar cuáles son las enfermedades coexistentes que requieren atención.
- c) Refracción: determinar qué corrección se necesita.
- d) Dispensar: suministrar los anteojos correctivos apropiados.
- e) Seguimiento: asegurar el cumplimiento con la receta, cuidado de los anteojos, reparación o sustitución de las gafas, si fuese necesario.

Actividades propuestas para los Estados Miembros

- 2.2.1 Formular directrices nacionales para la detección y el tratamiento de los defectos de refracción, teniendo en cuenta las realidades nacionales.
- 2.2.2 Elaborar y hacer el seguimiento de programas piloto de corrección de errores de refracción para identificar y difundir las mejores prácticas.
- 2.2.3 Promover la disponibilidad de anteojos asequibles y facilitar su producción mediante el establecimiento de laboratorios de bajo costo.

- 2.2.4 Aumento de la concientización del público por medio de las estrategias de información, educación y comunicación.

Actividades propuestas para la Oficina

- 2.2.5 Elaborar principios regionales para guiar los programas relativos a la corrección de errores de refracción.
- 2.2.6 Estandarizar la tecnología: estuche de tamizaje e instrumentos asequibles
- 2.2.7 Elaborar un plan de promoción de la causa para las autoridades sanitarias y educativas.

META 3: REDUCIR LA CARGA DE LA CEGUERA Y DE LA DEFICIENCIA VISUAL EN LA POBLACIÓN GENERAL

Objetivo 3.1: Prestar atención y servicios integrales relacionados con la baja visión para personas ciegas o con deficiencias visuales graves

La atención integral de la baja visión comprende la atención oftalmológica clínica, atención para la baja visión con ayudas ópticas, rehabilitación y servicios educativos a los niveles primario, intermedio y terciario en cada país. La meta es contar con un centro integral de referencia de baja visión y cuatro centros satélite por cada 10 millones de habitantes.

Los niños ciegos deben tener acceso a la educación incluyente y a servicios de apoyo; los adultos invidentes necesitan programas de rehabilitación (de adaptación a la ceguera) a fin de fortalecer sus capacidades emocionales y sociales; además de capacitación en las destrezas para la vida diaria, habilidades de orientación y movilidad, y capacitación para el trabajo. En la medida de lo posible, la educación incluyente y los servicios de adaptación a la ceguera deben ser apoyados por el acceso a las ayudas para la adaptación, como dispositivos para leer y escribir, bastones blancos; ayudas domésticas adaptadas y aparatos para la baja visión.

Indicador

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Aumento de 20 a 25 del número de países con servicios para tratar la baja visión para el año 2013.• Número de países que están ejecutando planes nacionales para la educación incluyente y adaptación a la ceguera para el año 2013. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Actividades propuestas para los Estados Miembros

- 3.1.1 Elaborar políticas nacionales sobre la atención integral a la baja visión.
- 3.1.2 Aumentar el acceso y la demanda en relación con los servicios integrales de baja visión en la población que sufre de deficiencia visual.
- 3.1.3 Capacitar a los equipos que se ocupan de la baja visión (atención oftalmológica, tratamientos para la baja visión, rehabilitación, educación y servicios sociales) centrados en las zonas geográficas subatendidas, teniendo en cuenta el perfil profesional en cada país. Debe asignarse prioridad a la capacitación de los terapeutas especializados en baja visión.
- 3.1.4 Organizar cursos para los residentes de oftalmología en los países que ya cuentan con servicios de baja visión.
- 3.1.5 Identificar lo más pronto posible a todos los niños y adultos que son irreversiblemente ciegos o que tienen una deficiencia visual grave, y velar por que se cuente con un sistema de reenvío eficaz.
- 3.1.6 Aumentar al máximo la participación de los niños ciegos o con deficiencia visual grave en la educación, mediante la oferta de programas educativos incluyentes; prestar servicios de rehabilitación (adaptación a la ceguera) para los adultos invidentes.

Actividades propuestas para la Oficina

- 3.1.7 Organizar cursos de atención a la baja visión en congresos regionales y nacionales de oftalmología.
- 3.1.8 Promover el establecimiento de centros de capacitación de instructores, la uniformidad de los programas de estudios y la creación de tecnologías.
- 3.1.9 Apoyar la organización de centros para el tratamiento de la baja visión en zonas geográficas subatendidas y en los países que actualmente no tienen esos servicios.
- 3.1.10 Concebir un sistema con la finalidad de que las ayudas para la baja visión sean asequibles.
- 3.1.11 Efectuar una evaluación de la situación en toda la Región acerca de los servicios de rehabilitación y educación para las personas ciegas.
- 3.1.12 Abogar por políticas y planes intersectoriales para la educación incluyente y los programas de rehabilitación destinados a las personas invidentes, además de movilizar recursos técnicos y financieros para responder a las necesidades de los países.

Plazo

- 12. Este plan de acción se ejecutará en el período comprendido entre 2009 y 2013.

Intervención del Consejo Directivo

13. Se invita al Consejo Directivo a que, luego de examinar la información suministrada, considere la aprobación de la resolución recomendada por la 144.^a sesión del Comité Ejecutivo (véase, anexo B).

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Regional del
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD49/19 (Esp.)
Anexo A

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LAS ÁREAS DE LA ORGANIZACIÓN**

1. Punto del orden del día: 4.15. Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables.

2. Unidad a cargo: THR—VP

3. Funcionario a cargo: Juan Carlos Silva

4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

No hay ningún centro colaborador ni instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día.

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

Áreas relacionadas: Disminuir las inequidades en la salud, reducir la carga de morbilidad, aumentar el acceso a servicios de calidad.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:

RPR. 3.2, Indicador 3.2.6, RPR 3.5.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:

CUB, DOM, GUY, PER.

8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

Para el período quinquenal (2009-2013), se invertirán US\$ 590.000 en personal y \$245.000 en actividades.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO

61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

CD49/19 (Esp.)
Anexo B
ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA Y DE LAS DEFICIENCIAS VISUALES EVITABLES

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD49/19 *Plan de acción regional para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables*;

Recordando la resolución WHA56.26 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la eliminación de la ceguera evitable;

Observando que la discapacidad visual es un problema importante en la Región que tiene relación con la pobreza y la marginación social;

Consciente de que la mayoría de las causas de la ceguera son evitables y de que los tratamientos actuales se encuentran entre las más exitosas y rentables de todas las intervenciones de salud;

Reconociendo que la prevención de la ceguera y de la discapacidad visual alivia la pobreza y mejora las oportunidades para la educación y el empleo; y

Apreciando los esfuerzos realizados por los Estados Miembros en los últimos años para prevenir la ceguera evitable, pero consciente de la necesidad de tomar otras medidas,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción regional para la prevención de la ceguera evitable y de la discapacidad visual*.
2. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que establezcan comités nacionales de coordinación para ayudar a elaborar y ejecutar los planes nacionales de prevención de la ceguera;
 - b) a que incluyan la prevención de la ceguera evitable y de la deficiencia visual en los planes y las metas nacionales de desarrollo;
 - c) a que impulsen la integración de la prevención de la ceguera y de la deficiencia visual en los planes y programas existentes para la atención primaria de salud a nivel nacional, velando por que tengan en cuenta las particularidades de género y de grupo étnico;
 - d) a que apoyen la movilización de recursos para eliminar la ceguera evitable;
 - e) a que fomenten las alianzas entre el sector público, organizaciones no gubernamentales, sector privado, sociedad civil y comunidades en los programas y actividades que promueven la prevención de la ceguera; y
 - f) a que insten a la cooperación entre países en las áreas de prevención y atención de la ceguera y de la deficiencia visual.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que apoye la ejecución del *Plan de acción regional para la prevención de la ceguera evitable y de la discapacidad visual*;
 - b) que mantenga y fortalezca la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los Estados Miembros en materia de prevención de la ceguera; y
 - c) que promueva la cooperación técnica entre países y la forja de alianzas estratégicas para llevar a cabo actividades destinadas a la protección de la salud ocular.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD49/19 (Esp.)
Anexo C

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto**

1. Punto del orden del día: 4.15. Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables.

2. Relación con el presupuesto por programas 2008-2009:

- a) **Área de trabajo:** THR-VP.
- b) **Resultado previsto:** RPEO THS.04.01: Fortalecimiento normativo y operativo de los programas de salud ocular y auditiva.

3. Repercusiones financieras

- a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** Para el período quinquenal que va desde el 2009 hasta el 2013, los gastos de personal serán de \$590.000 y los gastos en las actividades de \$245.000.
- b) **Costo estimado para el bienio 2008-2009 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** Personal: \$236.000, actividades \$98.000.
- c) **Del costo estimado que se indica en el apartado b, ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?** Todos los fondos ya han sido programados en actividades.

4. Repercusiones administrativas

- a) **Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas:** Niveles nacional y regional.
- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):** Ninguna.
- c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):** Evaluación a fines del 2013.