

## 53.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

---

*Punto 4.9 del orden del día provisional*

CD53/11

11 de julio del 2014

Original: español

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

#### Introducción

1. De acuerdo con cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2010, más de 26 millones de personas de la Región de las Américas sufrían de algún impedimento visual. De ellas, más de 3 millones eran ciegas y la mayoría tenía más de 50 años. Por otro lado, cerca del 80% de los casos podrían haberse evitado (1). La evidencia reciente indica que, gracias a la ejecución de programas de prevención de la ceguera en la Región, la prevalencia de la ceguera y las deficiencias visuales ha disminuido. Sin embargo, la catarata no operada aún sigue siendo la causa más importante de ceguera, mientras que los defectos de refracción no corregidos son la causa principal de impedimento visual (2). A pesar de la reducción importante de la prevalencia de la ceguera y las deficiencias visuales en la Región y a nivel mundial (3), el aumento de la población y su envejecimiento representan un reto debido a que la demanda de servicios no cesa de aumentar.

2. Para dar respuesta a esta problemática, durante el año 2013 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables, 2014-2019* “Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019” (4). El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (5), aprobado por el Consejo Directivo en el 2013, también asigna prioridad a la salud ocular en el contexto de la reducción de la discapacidad prevenible, el acceso a servicios de rehabilitación y la promoción del mejoramiento de la salud y las condiciones de vida.

3. Con la elaboración de este Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales 2014-2019, la Organización responde a los desafíos indicados anteriormente mediante la orientación de acciones concretas para atender las prioridades en materia de prevención de la ceguera propias de la Región. El plan de acción 2014-2019 tiene por objeto mantener e intensificar los esfuerzos de los Estados

---

Miembros, la Oficina Sanitaria Panamericana y los asociados internacionales para seguir mejorando la salud ocular y prevenir la ceguera y los impedimentos visuales evitables.

### **Antecedentes**

4. En el año 2009, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó el Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables CD49/19 (6) mediante la resolución CD49.R11 para abordar las prioridades regionales. El programa de salud ocular de la OPS ha generado y usado evidencia epidemiológica y sobre la prestación de servicios para aumentar el compromiso político y financiero de los Estados Miembros. También ha preparado documentación sobre buenas prácticas y apoyado tanto la formulación de políticas, planes y programas nacionales como el fortalecimiento de los servicios y sistemas de salud ocular, que contribuyen a mejorar el acceso universal a la salud ocular.

5. En el Plan de acción mundial para la salud ocular universal 2014-2019, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2013, se insta a los Estados Miembros a consolidar los esfuerzos mediante la integración de la salud ocular en los sistemas nacionales de salud, a generar evidencia, y a formular planes y políticas y otras estrategias. El propósito es reducir la ceguera en un 25% para el año 2019, con respecto a su línea de base del año 2010 (4).

6. El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (5) aprobado por el Consejo Directivo en el 2013 incluye la prevención de la discapacidad visual y la ceguera como uno de los resultados previstos. La propuesta de Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales, 2014-2019 es una actualización del Plan aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en el 2009 con la incorporación de los nuevos compromisos establecidos por el Plan mundial de la OMS y el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. En la elaboración del Plan se utilizó un método muy participativo con aportes de los representantes de los ministerios de salud de las Américas convocados para participar en un taller que se celebró en Quito (Ecuador), del 23 al 25 de abril del 2013. También se recibieron aportes de grupos de expertos, centros colaboradores y de socios internacionales.

### **Análisis de la situación**

7. En América Latina, la prevalencia de la ceguera en personas de más de 50 años varía entre el 1% en las zonas urbanas con buen desarrollo socioeconómico a más del 4% en las zonas rurales y marginales. La principal causa de ceguera es la catarata (7) que continúa siendo un problema de salud pública en las zonas desatendidas por los sistemas de salud (8). Otras causas importantes de ceguera son la retinopatía diabética y el glaucoma (7). En el Caribe, la incidencia de discapacidad visual es alta, la catarata y el glaucoma causan 75% de los casos de ceguera y la diabetes es un factor determinante en la pérdida de la visión (9). La retinopatía del prematuro se presenta en los países de ingresos medios y progresivamente en países de ingresos bajos en proporciones

epidémicas debido a una atención neonatal no óptima (10), y se ha identificado como una causa importante de ceguera en la Región (11); la incidencia varía de acuerdo al grado de desarrollo de la atención neonatal (12).

8. Los programas nacionales con apoyo técnico internacional enmarcado en los planes y resoluciones de la OPS y la OMS han alcanzado logros significativos. Los países que formulan y ejecutan un plan nacional de salud visual notifican reducciones en la prevalencia de la ceguera y los impedimentos visuales, además de un aumento en la cobertura de servicios (13). Casi la mitad de los países han llevado a cabo una encuesta sobre la ceguera evitable que demuestra las necesidades pendientes de atención; la catarata sigue siendo la causa principal de ceguera y su mayor carga de enfermedad se encuentra en las zonas rurales y marginales (8). En la mayoría de los países hay suficientes oftalmólogos para atender las necesidades, pero existe un desequilibrio de distribución con una mayor concentración de profesionales en las zonas con un mayor producto interno bruto per cápita, como ya se ha documentado en algunos países (14).

9. En la última década se ha logrado mejorar el acceso a los servicios, lo que ha quedado demostrado con el aumento del promedio regional y, en los países, con la tasa más alta de cirugía de catarata (15). Para el año 2012, ya 19 países habían alcanzado una tasa de cirugía de catarata de 2.000 por millón de habitantes por año (5), lo que continúa siendo insuficiente para controlar la ceguera y los impedimentos visuales por catarata (16); además, la calidad de la cirugía no es óptima en la Región (17). En América Latina hay evidencia de equidad de género en la cobertura de los servicios de cirugía de catarata (18).

10. La prevalencia de retinopatía diabética que puede llevar a la ceguera es más alta en los latinoamericanos que en otros grupos poblacionales (19), y llega a representar hasta un 16% de los casos de ceguera a nivel nacional (7). En Barbados, 18% de las personas de ascendencia africana de edades comprendidas entre los 40 y los 84 años, informan que son diabéticos; entre las personas diabéticas 30% desarrollan retinopatía diabética y 1% sufre de retinopatía diabética proliferativa con muy alto riesgo de ceguera (20). En la actualidad, cinco Estados Miembros ya hicieron el análisis de la situación de los servicios de retinopatía diabética como base de sus intervenciones futuras.

11. En América Latina, la prevalencia de glaucoma varía entre 1% y 3,4% en personas mayores de 50 años y alcanza a representar entre 15% y 20 % de las causas de ceguera en los países con más ascendencia africana (7). En el Caribe, la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en personas mayores de 40 años de edad es superior a 7% (9); siendo una causa importante de la pérdida de visión y la causa principal de ceguera irreversible (20). En el 2013, nueve países notificaron que están llevando a cabo programas de información, comunicación y educación en materia de glaucoma, pero las tasas de cirugía de glaucoma en la Región son todavía muy bajas (21). La degeneración macular relacionada con la edad causa el 7% de la ceguera y el 3% de la deficiencia visual en el mundo (22) y es una causa importante de ceguera en los países del Cono Sur

(2). La prevalencia continuará aumentando hasta que se encuentre una profilaxis o un tratamiento seguro y eficaz con el que actualmente no se cuenta (22).

12. En la Región, con la creciente sobrevida de los recién nacidos prematuros se han hecho esfuerzos para establecer programas destinados a prevenir, detectar y tratar la retinopatía del prematuro (10) y en los países ya se observa el impacto de las intervenciones en la disminución de la ceguera por esta causa (23). En el 2013, había nueve países con políticas nacionales para prevenir la ceguera por retinopatía del prematuro y 22 países informaron que ya tenían programas, pues se ha reconocido que la carga social de la ceguera supera con creces los costos del tratamiento (24). Se calcula que en América Latina un 7% de los escolares puede necesitar corrección óptica (25). Actualmente, la mayoría de los países de la Región cuentan con programas de corrección de defectos de refracción en escolares; sin embargo, algunos estudios muestran que el cumplimiento del tratamiento es inadecuado (26).

13. La baja visión funcional se presenta cuando una persona, a pesar de recibir tratamiento quirúrgico o corrección óptica, no logra una visión óptima; sin embargo, con ese grado de visión es potencialmente capaz de realizar una tarea. Se estima que cerca del 2% de los adultos mayores de 50 años tienen baja visión funcional que exige atención, ayudas ópticas especiales y rehabilitación. Ciertas enfermedades infecciosas, como el tracoma y la oncocercosis no son causas importantes de ceguera en la Región (7) y son manejadas por el programa de enfermedades infecciosas desatendidas de la OPS; por lo tanto, no se contemplan en este Plan de acción.

### **Plan de acción (2014-2019)**

14. El objetivo general del Plan es reducir la discapacidad visual evitable como problema de salud pública y garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales. El propósito del Plan de acción es alcanzar el objetivo general mediante el mejoramiento del acceso a servicios integrales de atención oftálmica que estén integrados en los sistemas de salud, con lo cual contribuye al resultado intermedio 2.4 y al indicador 2.4.2 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. El Plan propone la generación de evidencia para aumentar el compromiso político y financiero con respecto a la salud ocular, fortalecer la capacidad de los servicios y dinamizar el liderazgo y la gobernanza de los ministerios de salud, mediante la formulación de políticas, planes o normas, ejerciendo una función de supervisión y movilizandando la participación de los interesados.

15. Los objetivos del Plan son una combinación de tratamiento, promoción, prevención y rehabilitación que debe focalizarse en las poblaciones desatendidas por los sistemas de salud con un enfoque de curso de vida haciendo énfasis en los recién nacidos prematuros, los escolares y los adultos mayores de 50 años quienes representan la población en riesgo de perder la visión. Las acciones se ejecutarán mediante la cooperación inter-programática; el programa de catarata se aborda conjuntamente con el programa del adulto mayor, el de retinopatía del prematuro con el Centro

Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) y el manejo del paciente diabético con el programa de enfermedades no transmisibles.

### **Líneas estratégicas de acción**

16. Este Plan de acción se basa en las siguientes líneas estratégicas de acción:
- a) gobernanza de la salud visual por parte de la autoridad sanitaria;
  - b) servicios de salud ocular, disponibles, accesibles, asequibles y de calidad para toda la población;
  - c) reducir la ceguera y la deficiencia visual en adultos;
  - d) reducir la ceguera y la deficiencia visual en niños;
  - e) reducir la carga de la ceguera y de la baja visión funcional en todos los grupos de edad.

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

17. La gobernanza se logra mediante la generación y uso de la evidencia, documentando la situación epidemiológica a través de encuestas poblacionales, estudios de acceso y calidad de la prestación de servicios, estudios de buenas prácticas y en la formulación de planes, políticas y programas de salud ocular. La salud ocular deberá incorporarse en los sistemas nacionales de salud por curso de vida como lo es la atención neonatal, salud del escolar, salud familiar, enfermedades crónicas, salud del adulto mayor y en la atención primaria de salud. Las estrategias y planes nacionales deben actualizarse periódicamente de acuerdo a un análisis situacional y uso de indicadores de progreso incorporados en los sistemas de información. Para hacer seguimiento a la aplicación de las políticas, planes y programas se recomienda designar a un coordinador nacional o un comité de salud ocular que incentive la participación multisectorial y las alianzas de colaboración nacional e internacional.

18. La Oficina impulsará la investigación y la generación de evidencia para conducir la política en salud ocular y aportará herramientas y asesoramiento técnico para efectuar encuestas poblacionales, evaluaciones de los servicios, análisis de buenas prácticas, formular, aplicar y hacer seguimiento a políticas, planes y programas nacionales y sub-nacionales e incorporar indicadores y metas nacionales de salud ocular en los sistemas nacionales de salud y de información. También podrá apoyar y catalizar los diálogos de política a nivel nacional, sectorial e intersectorial y la cooperación entre países. Los asociados internacionales apoyarán a los países y a la Oficina e identificarán y aportarán recursos adicionales, producirán materiales educativos y organizarán talleres regionales y nacionales de capacitación e intercambio de experiencias.

**Objetivo 1.1:** Aumentar los datos científicos epidemiológicos y de servicios que son utilizados para potenciar y reforzar el compromiso político y financiero de los Estados Miembros en la esfera de la salud ocular.

*Indicadores:*

- 1.1.1 Número de estudios poblacionales de prevalencia de impedimentos visuales realizados por los Estados Miembros habrá aumentado.  
(Línea de base: 18 al 2014. Meta al 2019: 24 efectuados y publicados)
- 1.1.2 Número de países que han llevado a cabo y publicado una evaluación de los servicios de atención oftálmica.  
(Línea de base: 3 al 2014. Meta al 2019: 10)

**Objetivo 1.2:** Formular, actualizar, aplicar y hacer seguimiento a las políticas y planes nacionales y sub-nacionales para mejorar la salud ocular universal durante el curso de vida a través del fortalecimiento de los sistemas de salud.

*Indicadores:*

- 1.2.1 Número de Estados Miembros que presentan informes anuales sobre la aplicación de las políticas, planes y programas de salud ocular.  
(Línea de base: 17 al 2014. Meta al 2019: 25)
- 1.2.2 Número de Estados Miembros que cuentan con un coordinador nacional o han establecido un comité de prevención de la ceguera que haga un seguimiento activo de la aplicación de políticas y la ejecución de planes de salud ocular  
(Línea de base: 14 al 2014. Meta al 2019: 20)
- 1.2.3 Número de Estados Miembros que informan sobre la integración de la salud ocular en los planes y presupuestos nacionales de salud.  
(Línea de base: 0 al 2014. Meta al 2019: 15)
- 1.2.4 Número de Estados Miembros que notifican la inclusión de secciones dedicadas a la salud ocular en sus listas nacionales de medicamentos esenciales, pruebas de diagnóstico y tecnologías sanitarias.  
(Línea de base: 0 al 2014. Meta al 2019: 10)

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

19. La salud ocular universal significa que todas aquellas personas que necesitan servicios de calidad los obtienen; esto supone que los servicios deben estar disponibles cerca de las personas, que cuentan con instalaciones, recursos humanos, insumos y productos adecuados, donde los costos no sean una barrera para los usuarios y que los servicios sean de alta calidad y eficiencia. Los Estados Miembros deberán buscar mecanismos de distribución equitativa del recurso humano a nivel sub-nacional mediante la descentralización de los servicios de oftalmología a los hospitales regionales, el

fortalecimiento de la atención primaria ocular y el mantenimiento de los estándares de calidad.

20. Hay una necesidad imperiosa de fortalecer los procesos gerenciales y administrativos en los servicios públicos de oftalmología para reducir las listas de espera, mejorar la calidad, eficacia y eficiencia, y además incorporar la cirugía de catarata como evento de notificación en los sistemas nacionales de información e informes anuales. La Oficina aportará conocimientos técnicos y apoyo para el mejoramiento de los servicios de oftalmología y estrategias para fortalecer la supervisión y evaluación del desempeño, promoverá la adopción de estándares de calidad y la incorporación de la salud ocular en los sistemas de información para hacer el seguimiento y medir el progreso. Los socios internacionales darán apoyo técnico, impartirán capacitación y recopilarán información.

**Objetivo 2.1:** Crear y mantener una fuerza de trabajo capacitada, productiva y distribuida de manera equitativa a nivel nacional y sub-nacional.

*Indicadores:*

2.1.1 Número de países que han llevado a cabo evaluaciones periódicas de la disponibilidad de personal de atención oftálmica a nivel subnacional.  
(Línea de base: 1 al 2014. Meta al 2019: 15)

2.1.2 Número de países que notifican un plan nacional de capacitación y asignación de recursos humanos especializados en salud ocular en zonas y poblaciones desatendidas por los sistemas de salud.  
(Línea de base: 0 al 2014. Meta al 2019: 10)

**Objetivo 2.2:** Fortalecer la capacidad organizativa de los servicios públicos de oftalmología para prestar servicios de atención oftalmológica eficientes, asequibles y de alta calidad.

*Indicador:*

2.2.1 Número de Estados Miembros que han establecido un programa de fortalecimiento de los servicios públicos de oftalmología de acuerdo al protocolo establecido por la OPS.  
(Línea de base: 3 al 2014. Meta al 2019: 12)

**Objetivo 2.3:** Incluir indicadores de salud ocular en los sistemas de información nacionales para monitorear la prestación de servicios de atención oftálmica y su calidad.

*Indicador:*

2.3.1 Número de Estados Miembros que incluyen la cirugía de catarata en los sistemas nacionales de información.  
(Línea de base: 1 al 2014. Meta al 2019: 7)

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

21. Para reducir la ceguera en adultos, los Estados Miembros deberán fortalecer el sistema de atención primaria ocular para detectar y referir a personas mayores de 50 años con deficiencia visual, motivar al paciente diabético a examinarse la retina anualmente y a los pacientes mayores de 40 años con factores de riesgo de glaucoma a hacerse un examen oftalmológico periódico. Para reducir las listas de espera se hace necesario organizar centros de alto volumen y calidad de cirugía de catarata que resuelvan la mayor proporción de los casos; la atención oftalmológica deberá descentralizarse con servicios de cirugía de catarata en los hospitales regionales. Todos los servicios de cirugía de catarata deben establecer un sistema de calidad y productividad quirúrgicas. De acuerdo con la composición de la población en los países, las tasas de cirugía de catarata deben estar entre 3.400 y 9.000 por millón de habitantes por año (16); en la actualidad, todavía hay un gran número de países de la Región que tienen tasas por debajo de 2.000.

22. El tratamiento con láser logra detener o evitar la progresión de la retinopatía diabética en 90% de los casos; por lo tanto, se hace necesario incorporar la detección y el manejo de la retinopatía diabética en la atención integral del paciente diabético. Los servicios oftalmológicos deben fortalecerse para hacer el diagnóstico y tratamiento de la retinopatía diabética y el glaucoma; también se deben incluir los medicamentos para su tratamiento en la lista de medicamentos esenciales. Es necesario organizar campañas educativas para la población con factores de riesgo, a través de la atención primaria y de los medios de comunicación. Se recomienda la vigilancia y la prevención de las complicaciones oculares como queratitis microbiana relacionada con el uso de lentes de contacto en la Región. La Oficina prestará cooperación y, junto con los ministerios y los socios internacionales, elaborará modelos estandarizados de procedimientos, tecnología, formación del recurso humano, gerencia e investigación y apoyará a los países en la recopilación, análisis y publicación de datos. Los socios internacionales prepararán materiales educativos, programas de capacitación de recursos humanos y darán su apoyo para identificar y adquirir la tecnología apropiada.

**Objetivo 3.1:** Reducir la ceguera y el impedimento visual causados por catarata mediante el aumento de la cobertura de la cirugía de catarata a todos los segmentos de la población y el cumplimiento de los estándares de calidad.

*Indicador:*

3.1.1 Número de países que han sobrepasado una tasa de cirugía de catarata de 2.000 por 1 millón de habitantes por año.  
(Línea de base: 19 al 2014. Meta al 2019: 27)

**Objetivo 3.2:** Reducir la prevalencia de la ceguera causada por retinopatía diabética mediante el control metabólico, la detección precoz en individuos asintomáticos en riesgo y el tratamiento oportuno y adecuado.

*Indicadores:*

- 3.2.1 Número de países que han elaborado un análisis de situación de sus servicios de retinopatía diabética.  
(Línea de base: 5 al 2014. Meta al 2019: 11)
- 3.2.2 Número de países que notifican haber establecido modelos de atención que integran programas de detección temprana y de tratamiento oportuno de la retinopatía diabética como parte de la atención integral del diabético.  
(Línea de base: 0 al 2014. Meta al 2019: 7)

**Objetivo 3.3:** Reducir la incidencia de la ceguera debida al glaucoma de ángulo abierto mediante la detección y el tratamiento, especialmente en grupos de alto riesgo como personas de ascendencia africana, la población caribeña, los mayores de 40 años y quienes tengan antecedentes familiares de glaucoma.

*Indicadores:*

- 3.3.1 Número de países que ejecutan programas de concientización de la comunidad acerca del glaucoma.  
(Línea de base: 9 al 2014. Meta al 2019: 15)
- 3.3.2 Número de países que notifican un aumento en la tasa de cirugía de glaucoma.  
(Línea de base: 0 al 2014. Meta al 2019: 7)

**Objetivo 3.4:** Reducir la deficiencia visual mediante la detección y el tratamiento de defectos de refracción no corregidos y la presbicia en adultos.

*Indicador:*

- 3.4.1 Número de países que incluyen la detección y tratamiento de la presbicia en adultos en sus planes nacionales de salud ocular y de adultos mayores.  
(Línea de base: 0 al 2014. Meta al 2019: 10)

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

23. Para reducir la incidencia de ceguera en niños es necesario formular programas para mejorar la calidad de la atención neonatal, la prevención, detección y tratamiento de la retinopatía del prematuro mediante el cumplimiento de las normas, guías y protocolos internacionales en todos los niveles de la atención neonatal. También es necesario el fortalecimiento del recurso humano, los procesos, la calidad de la atención, el equipamiento y el trabajo en redes de las unidades de cuidado intensivo neonatal. Para asegurar la calidad, se establecen sistemas de vigilancia y monitoreo basados en los sistemas de información de atención neonatal y se incluyen los estándares óptimos de atención en los criterios de habilitación de las unidades neonatales.

24. El examen de la visión a niños de 11 a 15 años de edad se recomienda en la Región desde el año 2009 (6). Recientemente, algunos países también empezaron a recomendar exámenes de la visión para niños de 3 a 5 años para la detección precoz de enfermedades como la ambliopía (27); el examen al ingreso al preescolar debe ser realizado por personal calificado (28). Los programas de salud visual que resultan eficaces para los escolares son intersectoriales, a largo plazo y están incluidos dentro de los programas de salud del escolar que usan protocolos para mejorar la eficacia y el cumplimiento del uso de anteojos que deben estar disponibles y asequibles. La Oficina emprenderá actividades de promoción para que se incluya la retinopatía como parte de los programas de cuidado neonatal, promoverá el desarrollo del recurso humano y la aplicación de las guías regionales de atención neonatal y oftálmica. También generará estudios y evidencia para mejorar la eficacia de los programas sobre defectos de refracción en escolares y facilitará el dialogo intersectorial entre el sector de la salud y el de la educación. Los asociados internacionales identificarán nuevas herramientas para el desarrollo de programas tales como la telemedicina para diagnóstico o el uso de agentes farmacológicos para tratamiento de la retinopatía del prematuro, elaboración de conjuntos de materiales de formación y educación y capacitación del recurso humano mediante cursos y talleres.

**Objetivo 4.1:** Reducir la ceguera en niños prematuros debido a la retinopatía de la prematuridad mediante prevención de los partos prematuros, una óptima atención neonatal y la detección y el tratamiento oportunos, lo que puede prevenir más de la mitad de los casos de ceguera en niños por esta causa.

*Indicador:*

4.1.1 Número de Estados Miembros que aplican una política nacional de prevención de retinopatía del prematuro.  
(Línea de base: 9 al 2014. Meta al 2019: 14)

**Objetivo 4.2:** Reducir el déficit visual mediante la detección y el tratamiento de defectos de refracción no corregidos en escolares y adolescentes mediante programas de tamizaje y manejo eficaces.

*Indicador:*

4.2.1 Número de Estados Miembros que han establecido modelos eficaces de programas intersectoriales de salud visual del escolar, de acuerdo a los estándares promovidos por la OPS.  
(Línea de base: 1 al 2014. Meta al 2019: 7)

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

25. El fortalecimiento de las estrategias para el abordaje de la baja visión y la ceguera se logra mediante alianzas nacionales entre los sectores de la salud, el legislativo y el de

educación, de conformidad con instrumentos de derechos humanos aplicables a la salud y la discapacidad. La atención a la baja visión funcional debe ser fortalecida mediante su inclusión en los sistemas de salud, de la seguridad social y de información. Esto puede lograrse también con la capacitación de equipos multidisciplinarios dando prioridad a las zonas sin servicios y facilitando la adquisición de ayudas ópticas, todo lo cual se hará incorporando los instrumentos de derechos humanos aplicables a la salud y la discapacidad como parte de las herramientas de aprendizaje. Se deberá promover ante el ministerio de educación la oferta de programas educativos que incluyan a los niños y de rehabilitación (adaptación a la ceguera) para adultos con discapacidad visual, de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

26. La Oficina promoverá la inclusión de la baja visión funcional en la revisión de la CIE-10 y se hará una evaluación de la situación de los servicios de rehabilitación visual y educación para las personas con baja visión o ciegas de la Región. También se abogará por la formulación de políticas, planes y legislaciones basadas en la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad para favorecer la educación incluyente y los programas de rehabilitación. Los socios internacionales capacitarán recursos humanos, promoverán las actividades relacionadas con la baja visión entre los oftalmólogos y los optómetras y promoverán la inclusión del tema en el currículo de formación de profesionales de salud visual. También promoverán el establecimiento de centros regionales de capacitación y establecerán un sistema de adquisición de ayudas para la baja visión a fin de hacerlas asequibles.

**Objetivo 5.1:** Prestar atención y servicios integrales a personas con baja visión funcional mediante la atención integral oftalmológica clínica, atención especializada para la baja visión con ayudas ópticas, rehabilitación y servicios educativos.

*Indicadores:*

- 5.1.1 Número de países que cuentan con servicios para tratar la baja visión funcional para el año 2019.  
(Línea de base: 21 al 2014. Meta al 2019: 25)
- 5.1.2 Número de países que incluyen el tema de la baja visión funcional como parte del currículo de la residencia de oftalmología y en los exámenes de certificación de oftalmólogos y optómetras.  
(Línea de base: 1 al 2014. Meta al 2019: 7)

**Objetivo 5.2:** Asegurar que las personas ciegas y con discapacidad visual tengan acceso a programas de rehabilitación y a oportunidades de educación, de conformidad con los instrumentos universales y regionales de derechos humanos, tales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

*Indicador:*

5.2.1 Número de Estados Miembros que han formulado y o revisado la legislación y los planes nacionales que favorecen la educación incluyente de los niños con discapacidad visual, de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos del Niño, para el año 2019.

(Línea de base: 10 al 2014. Meta al 2019: 15)

**Evaluación y seguimiento**

27. Los logros del presente plan podrán medirse a través de los indicadores que cuentan con una línea de base y una meta para el año de su terminación en el 2019. La recopilación de datos se basará en los sistemas nacionales de información y otros métodos de recopilación que se han venido usando con los Estados Miembros, los gremios, las sociedades científicas y los comités nacionales de salud visual que responden a un cuestionario anual enviado por la OPS. Se presentarán informes de seguimiento y análisis al finalizar cada bienio a la Gerencia Ejecutiva de la OPS y, en el año 2019, se preparará un informe para los Cuerpos Directivos de la Organización.

**Implicaciones financieras**

28. El costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia desde el año 2014 al año 2019 incluye los gastos correspondientes a personal y actividades y asciende a US\$ 1.700.000,<sup>1</sup> de los cuales \$1.400.000 corresponden a la OPS y \$300.000 a las entidades asociadas.

**Intervención del Consejo Directivo**

29. Se solicita al Consejo Directivo que apruebe el Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales 2014-2019 y que considere el proyecto de resolución respectivo que figura en el anexo A.

Anexos

**Referencias**

1. World Health Organization. Global data on visual impairments 2010 [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 (documento WHO/NMH/PBD/12.01) [consultado el 25 de noviembre del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>

---

<sup>1</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras monetarias en el presente informe/documento se expresan en dólares de los Estados Unidos.

2. Leasher J, Lansingh V, Flaxman S, et al. Prevalence and causes of vision loss in Latin America and the Caribbean: 1990-2010. *Br J Ophthalmology* 2014;98(5):619-628. doi:10.1136/bjophthalmol-2013-304013
3. Stevens GA, White RA, Flaxman SR, et al; Vision Loss Expert Group. Global prevalence of vision impairment and blindness: magnitude and temporal trends, 1990-2010. *Ophthalmology* 2013 Dec;120(12):2377-2384.
4. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción para la prevención de la ceguera y discapacidad visual evitables 2014-2019. Salud ocular universal: Un plan de acción mundial para 2014-2019 [Internet]. 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2013; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2013 (documento A66/11) [consultado el 25 de noviembre del 2013]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_11-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_11-sp.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS, 65.<sup>a</sup> sesión del Comité regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2013 (Documento oficial 345) [consultado el 25 de noviembre del 2013]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es)
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales evitables [Internet]. 49.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS, 61.<sup>a</sup> sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de Octubre del 2009; Washington (DC): OPS; 2009 (documento CD49/19) [consultado el 25 de noviembre del 2013]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-19-s.pdf>
7. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Ghersi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of Blindness and Visual Impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol* 2012 Mar-Apr; 57(2):149-177.
8. Limburg H, Silva JC, Foster A. Cataract in Latin America: findings from nine recent surveys. *Rev Panam Salud Publica* 2009 May;25(5):449-455.
9. Leske C, Wu SY, Nemesure B, Hennis A, and Barbados Eye Studies Group. Causes of visual loss and their risk factors; an incidence summary from the Barbados Eye Studies. *Rev Panam Salud Publica* 2010 Apr;27(4):259-267.
10. Zin, A, Gole GA. Retinopathy of prematurity-incidence today. *Clin Perinatol* 2013 Jun;40(2):185-200.

11. Gilbert C, Fielder A, Gordillo L, Quinn G, Semiglia R, Visintin P, Zin A; International NO-ROP Group. Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: implications for screening programs. *Pediatrics* 2005 May;115(5):e518-525.
12. Carrion JZ, Fortes Filho JB, Tartarella MB, Zin A, Jornada Jr ID. Prevalence of retinopathy of prematurity in Latin America. *Clin Ophthalmol* 2011;5:1687-1695.
13. Duerksen R, Limburg H, Lansingh V, Silva JC, Review of blindness and visual impairment in Paraguay: changes between 1999 and 2011. *Ophthalmic Epidemiology* 2013 Oct; 20(5): 301–307.
14. Carvalho Rde S, Diniz AS, Lacerda FM, Mello PA. Gross domestic product (GDP) per capita and geographical distribution of ophthalmologists in Brazil. *Arq Bras Oftalmol* 2012 Nov-Dec;75(6):407-411.
15. Lansingh VC, Resnikoff S, Tingley-Kelley K, Nano ME, Martens M, Silva JC, Duerksen R, Carter MJ. Cataract surgery rates in Latin America: a four-year longitudinal study of 19 countries. *Ophthalmic Epidemiol* 2010 Mar;17(2):75-81.
16. Lewallen S, Perez-Straziota C, Lansingh V, Limburg H, Silva JC. Variation in cataract surgery needs in Latin America. *Arch Ophthalmol* 2012 Dec; 130(12): 575-1578.
17. 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(3):315-319.
18. Carter MJ, Limburg H, Lansingh VC, Silva JC, Resnikoff S. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2012 Jul;40(5):458-466.
19. Sivaprasad S, Gupta, B, Crosby-Nwaobi R, Evans J. Prevalence of diabetic retinopathy in various ethnic groups: a worldwide perspective. *Surv Ophthalmol* 2012 Jul-Aug;57(4):347-370.
20. Pan American Health Organization. Health Services Organization Series: Eye Diseases in people 40-84. The Barbados eye studies: a summary report. Washington (DC): PAHO; 2006. (Document THS/OS/06).
21. Mansouri K, Medeiros F & Weinreb R. Global rates of glaucoma surgery. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2013 Nov; 251(11):2609-2615.
22. Jonas J. Global prevalence of age-related macular degeneration. *The Lancet Global Health*, 2014;2(2):e65-e66. [consultado el 12 de julio del 2014]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/vol2no2/PIIS2214-109X\(14\)X7011-7](http://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/vol2no2/PIIS2214-109X(14)X7011-7)

23. Gordillo L, Villanueva AM, Quinn GE, A practical method for reducing blindness due to retinopathy of prematurity in a developing country. *J Perinat Med* 2012 Sep 4;40(5):577-582.
24. Dave HB, Gordillo L, Yang Z, Zhan Gm , Hubbard Gb, Olsen T. The societal burden of blindness secondary to retinopathy of prematurity in Lima, Peru. *Am J Ophthalmol* 2012 Oct;154(4):750–755.
25. Maul E, Barroso S, Muñoz S, Sperduto R, Ellwein L. Refractive error study in children: results from La Florida, Chile. *Am J Ophthalmol* 2000 Apr; 129(4): 445-454.
26. Castanon Holguin AM, Congdon N, Patel N, Ratcliffe A, Estes P, Toledo Flores S, Gilbert D, Pereyra Rito MA, Munoz B. Factors associated with spectacle-wear compliance in school-aged Mexican children. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2006 Mar;47(3):925-928.
27. Donahue S, Ruben J. US Preventive Services Task Force Vision Screening Recommendations. *Pediatrics* 2011;27(3):569-570.
28. Touffeeq A, Oram AJ. School-entry vision screening in the United Kingdom: practical aspects and outcomes. *Ophthalmic Epidemiol.* 2014 Apr 17. (Epub ahead of print) [consultado el 27 de junio del 2014]. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09286586.2014.906627>

## 53.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

---

CD53/11  
Anexo A  
Original: español

### *PROYECTO DE RESOLUCIÓN*

#### **PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA Y DE LAS DEFICIENCIAS VISUALES**

#### ***EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Habiendo examinado el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales* (documento CD53/11);

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 los más exitosos y rentables de todas las intervenciones de salud;

Apreciando los esfuerzos emprendidos por los Estados Miembros en los últimos años para prevenir la ceguera evitable, pero consciente de la necesidad de consolidar los logros;

Recordando la resolución CD47.R1 (2006) del Consejo Directivo, *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos humanos relacionados,*

#### ***RESUELVE:***

1. Aprobar el *Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales* para el 2014-2019.
  2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto y prioridades nacionales:
-

- a) fortalezcan las iniciativas nacionales para prevenir los impedimentos visuales evitables por medio de, entre otras cosas, la mejora de la integración de la salud ocular en los planes nacionales de salud y la prestación de servicios de salud, según sea el caso;
- b) pongan en práctica las acciones propuestas en el plan de acción 2014-2019, de acuerdo a las prioridades nacionales y el acceso universal a los servicios;
- c) consideren las consecuencias presupuestarias relacionadas;
- d) 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;
- e) promuevan la cooperación entre países en las áreas de prevención y atención de la ceguera y de la deficiencia visual;
- f) resguarden los derechos humanos de las personas con discapacidad y actualicen sus leyes sobre discapacidad, según corresponda, y las adapten de conformidad con la normativa y los estándares internacionales aplicables.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) apoye la ejecución del plan de acción para mantener y fortalecer la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los Estados Miembros en materia de prevención de la ceguera;
- b) proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros para la aplicación de las medidas propuestas en el presente plan de acción, de conformidad con las prioridades nacionales y los instrumentos universales y regionales de derechos humanos aplicables a la salud y la discapacidad;
- c) apoye la ejecución del presente plan de acción, en particular en lo que se refiere a la inclusión del acceso universal y equitativo a los servicios;
- d) siga otorgando prioridad a la prevención de la ceguera evitable, y considere la posibilidad de asignar recursos para la ejecución del presente plan de acción;
- e) 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.



## **Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de los proyectos de resolución**

**1. Punto del orden del día:** 4.9 - Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales

**2. Relación con el Programa y Presupuesto 2014-2015:**

**a) Categorías:**

- 2 - Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo
- 3 - Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida

**b) Áreas programáticas y resultados intermedios:**

- Área programática: Discapacidades y rehabilitación.
- RIT 2.4: Aumento del acceso a servicios sociales y de salud para personas con discapacidades, incluida la prevención.
- Área programática: Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, y salud sexual y reproductiva.
- RIT 3.1: Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto.
- Área programática: Envejecimiento y Salud.
- RIT 3.2 Aumento del acceso a intervenciones para que los adultos mayores puedan llevar una vida independiente.

**3. Repercusiones financieras:**

**a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

\$1.700.000.

**b) Costo estimado para el bienio 2014-2015 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

\$600.000.

**c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?**

Dentro de la Oficina hay recursos humanos en todas las áreas identificadas; además, algunas actividades bajo esta iniciativa también están contempladas en el Plan estratégico de la OPS 2014-2019.

**4. Repercusiones administrativas:**

**a) Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:**

Este trabajo será realizado en todos los niveles de la Organización—país, subregional 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):**

N/A.

**c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

La propuesta de resolución tiene un período de vigencia desde el año 2014 hasta el año 2019 y necesita esfuerzo y compromiso por parte de todos los Estados Miembros y la Oficina Sanitaria Panamericana.



**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA  
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

- 1. Punto del orden del día:** 4.9 - Plan de acción para la prevención de la ceguera y las deficiencias visuales
- 2. Unidad a cargo:** Familia, Género y Curso de Vida (FGL/HL)
- 3. Funcionario a cargo:** Dr. Juan Carlos Silva
- 4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:**  
Centro Colaborador FIOCRUZ, Rio (Brasil), para prevención de la ceguera infantil
- 5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:**
  - Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.
  - Reducir los riesgos y la carga de la enfermedad.
- 6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2014-2019:**

El tema de la prevención de la ceguera se relaciona de manera directa con las categorías 2, 3 y 4 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 en:

**Categoría 2:** Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

**Categoría 3:** Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida

**Categoría 4:** Sistemas de salud
- 7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:**
  - Generar datos y evidencia del problema epidemiológico, de los servicios y de las buenas prácticas.
  - Colaborar con los Estados Miembros en la ejecución de planes y políticas nacionales de salud ocular y participar en la evaluación de los logros alcanzados.
  - Establecer y mantener alianzas estratégicas a nivel nacional e internacional.
  - Incluir la salud ocular en otros temas de salud como la salud neonatal.
- 8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:**
  - El proyecto de resolución para la ejecución del plan por un periodo de cinco años 2014-2019 tiene un costo total de US\$ 1.700.000.
  - El costo estimado para el bienio 2014-2015 es de aproximadamente US\$680.000.