



MINSALUD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD VISUAL 2016-2022

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
**Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios**

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención

GINA WATSON LEWIS
Representante OPS/OMS Colombia

JUAN CARLOS SILVA
Asesor Regional Salud Visual
OPS/OMS Colombia

ANDRES SUANCA SIERRA
Administrador Representación
OPS/OMS Colombia

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Oficial de Programas y Gestión de
Proyectos



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

ALEJANDRA CASTILLO
Referente Técnico MSPS

ANA MARIA PEÑUELA
Supervisión MSPS

DIANA MACELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

JUAN CARLOS SILVA
**Asesor Regional Salud
Visual
OPS/OMS Colombia**

PATRICIA VEGA MORENO
**Administradora Convenios
OPS/OMS**

CONSULTORÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Juan Manuel Pardo. Médico. Especialista en Oftalmología. Sub-especialista en Oftalmología Pediátrica. Maestría en Farmacología. Profesor del Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Marcela Torres. Química Farmacéutica. Maestría Epidemiología Clínica. Doctorado en Salud Pública (c). Gerente Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia.

María Cecilia González. Especialista en Epidemiología, Maestría en Gerencia para el Desarrollo. PhD en Sistemas de Salud. Profesora-Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

José Elías Delgado B. Optómetra. Especialista en Epidemiología General. Especialista en Docencia Universitaria. Maestría en Optometría Clínica y Terapia Visual. Maestría en Epidemiología

Clínica (c). Docente investigador. Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque y la Universidad Militar Nueva Granada.

Marisol Moreno Angarita. Fonoaudióloga. Maestría en Comunicación. Doctorado en Salud Pública. Profesora Titular. Departamento de la Comunicación Humana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Directora Grupo de Investigación Discapacidad, Políticas y Justicia Social.

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Contenido

Conflictos de Intereses	8
Siglas.....	9
Introducción	10
Metodología	14
Marco Normativo	16
Alineación del programa con iniciativas nacionales e internacionales	20
Marco Conceptual	24
Justificación	30
Análisis de Situación de Salud Visual en Colombia	33
Caracterización de Roles y Competencias en Salud Visual de los Actores del SGSSS en Colombia.....	43
Objetivos generales y específicos del programa de salud visual	49
Población Objetivo de las Acciones del Programa.....	51
Organización del Programa: Objetivos estratégicos.....	52
Objetivo Estratégico 1. Promover condiciones y estilos de vida saludables para el mantenimiento de la salud visual de la población, en los entornos clínico, comunitario, familiar, educativo y laboral/ocupacional. ..	52
Objetivo Estratégico 2. Fortalecer la atención oportuna y de calidad de personas con sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado de alteraciones visuales	50
Objetivo Estratégico 3. Garantizar el acceso de la población con Discapacidad Visual, baja visión, ceguera a intervenciones de habilitación y rehabilitación integral oportuna y de calidad, desarrolladas a nivel institucional y comunitario, que mejoren su inclusión en la sociedad.	66
Objetivo Estratégico 4. Fortalecer la gestión administrativa y financiera para la promoción de la salud visual y control de las alteraciones visuales evitables.....	75
Indicadores.....	74



Tabla de curso de vida.....	81
Referencias.....	86
Anexo 1 Validación del programa.....	88

Conflictos de Intereses

Los integrantes del grupo de trabajo declaran no tener conflicto de intereses para el desarrollo del programa de salud visual en Colombia.

Siglas

ASOCCYR:	Asociación Colombiana de Cirujanos de Cataratas y Refractiva
AV:	Agudeza Visual
CIE-10:	Código Internacional de Enfermedades-Décima Versión
DR:	Defectos Refractivos
EAPB:	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
ECNT:	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENT:	Enfermedades No Transmisibles
IAPB:	International Agency for the Prevention of Blindness
IEC:	Información, educación y comunicación
INS:	Instituto Nacional de Salud
INCI:	Instituto Nacional para Ciegos
LIO:	Lente intraocular
MIAS:	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
MIAS:	Modelo de Atención Integral en Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAIS:	Política de Atención Integral en Salud
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública
RAAB:	Rapid Assessment of Avoidable Blindness
RD:	Retinopatía Diabética
ROP:	Retinopatía de la Prematurez
SCO:	Sociedad Colombiana de Oftalmología
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO:	Sistema Nacional de Información de la Protección Social
SIVIGILA:	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

1. Introducción

Se presenta al país el **Programa Nacional de Atención Integral en Salud Visual**, con el fin de ofrecer una mirada estratégica orientada a la eliminación de las brechas, desigualdades y disparidades en Salud Visual, desde una perspectiva de los Determinantes sociales en Salud. La calidad, pertinencia y oportunidad del cuidado oftálmico, como se ha planteado en las últimas décadas, depende de la capacidad de respuesta del Sistema de Salud y sus actores.

La reciente reforma plasmada en la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), eleva a derecho fundamental autónomo a la salud, diferenciándola de los derechos sociales y económicos, tal como estaba consagrada en la Constitución de 1991. Esta redefinición implica para el Estado Colombiano, la obligación de prestar servicios integrales de salud a todas las personas sin distinción de ninguna naturaleza, que incluyan acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación a quien lo necesite. (MSPS, 2014)

En países de América Latina, el funcionamiento del sistema público de atención la salud se ha basado en modelos de gestión por funciones, en donde cada actor debe cumplir con una labor determinada, definida mediante normas y manuales de organización poco flexibles y rutinarios, que poco han contribuido al cumplimiento efectivo y eficiente de los objetivos propuestos y al desarrollo de un trabajo colaborativo, integral y en equipo.

En las últimas décadas, algunos países han logrado desarrollar un enfoque alternativo de gestión por resultados, orientado a mejorar el desempeño de las instituciones públicas y buscando una mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos. Una de las características principales de este modelo es que define un objetivo en torno al equipo de trabajo, promoviendo la iniciativa, creatividad y proactividad de éste y la decisión de cómo llevar a cabo las tareas. Sus objetivos son: 1) crear un vínculo entre los objetivos planeados y los recursos asignados en el presupuesto, 2) redefinir los esquemas organizativos y promover la toma de decisiones basadas en

evidencia, 3) otorgar herramientas a las instituciones públicas que faciliten los procesos de identificación, priorización y solución de problemas y 4) fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas, sobre la base de la identificación de resultados y responsables. (CIDE, 2013; Banco Mundial, 2008; Aldunate, 2011)

El Programa Nacional De Atención Integral En Salud Visual 2016-2022, se diseñó con base en el modelo de gestión por resultados, buscando que todos los actores del sistema incrementen el valor que aportan a la población, pues adopta una lógica de planeación clara de futuro a través de la integración de objetivos, estrategias y metas alcanzables.

Este programa hace parte de los objetivos del Plan Decenal Salud Pública y específicamente de la plataforma estratégica 2012 – 2021, la cual pretende impactar en el bienestar y en la calidad de vida de las personas. Se inserta en la prioridad temática de *“Vida saludable y condiciones no transmisibles: modos y condiciones de vida saludable, condiciones crónicas y discapacitantes prevalentes”* (MSPS, 2013). El Programa Nacional De Atención Integral En Salud Visual 2016-2022, está enfocado en impulsar acciones que proporcionen a la población las herramientas necesarias para mantener una buena salud visual y, en el área de prestación de servicios, a incorporar intervenciones innovadoras que permitan otorgar una atención oportuna y de calidad, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad. Finalmente el programa también busca la inclusión social de personas con baja visión y ceguera, en cumplimiento de los compromisos internacionales como el Plan de acción para la prevención de la ceguera y discapacidad visual 2014-2019 y la iniciativa global VISION 2020: “el derecho a la visión” programa conjunto de la OMS y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera. (OMS, 2014)

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, instando a las entidades territoriales, a generar vínculos de trabajo con diferentes sectores e instituciones. Como valor agregado al programa, se construyó un manual de atención integral de las patologías más prevalentes de salud visual, con acciones que logran importantes impactos en diferentes grupos de la población, es por ello que se encuentran propuestas acciones combinadas, es decir, intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales, que garantizan el cumplimiento de

los objetivos propuestos dando un énfasis especial a las actividades de atención primaria.

El presente documento comprende cuatro secciones.

La primera expone los resultados del análisis situacional el cual muestra la carga de la enfermedad de salud visual presentando la morbilidad de los principales eventos que generan carga de discapacidad visual en Colombia (Defectos de refracción, Catarata, glaucoma, retinopatía diabética, retinopatía del prematuro, catarata congénita, glaucoma congénito, toxoplasmosis ocular) específico por sexo, grupo etario y departamento.

La segunda sección describe el marco normativo de salud visual a nivel nacional e internacional, donde se enmarcan las líneas de acción de este programa. La tercera sección contextualiza estos avances legales y presenta la caracterización de todos los actores corresponsables, tanto del Sistema de Salud y Seguridad Social, como de las entidades que trabajan en pro del mejoramiento de la atención de la salud visual de la población colombiana.

La cuarta sección expone los objetivos estratégicos del programa con sus líneas de acción como herramientas de la planeación estratégica de los entes territoriales. Sin lugar a dudas, estas líneas contribuirán al fortalecimiento de la rectoría en salud, necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud visual orientadas a la eliminación de las desigualdades y las brechas existentes.

El Programa Nacional de Atención Integral de Salud Visual 2016-2022, tiene como objetivo, aportar y contribuir, en el fortalecimiento de la resolutivez de la atención en salud visual, a través de la definición de acciones individuales, colectivas, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública que impacten en la reducción de las inequidades de la prestación de los servicios de salud visual, mediante la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, la disminución de la carga de las enfermedades asociadas y la prevalencia de ceguera prevenible y discapacidad visual y el fortalecimiento de la habilitación y rehabilitación abierta.

El propósito de este programa es convertirse en una herramienta útil para la implementación de la Ruta Integral de Atención en salud visual, RIA-Visual,



dentro del marco legal del modelo integral de atención en salud colombiano (MIAS).

2. Metodología

Este documento fue desarrollado siguiendo los lineamientos de planeación de los servicios de salud los cuales reconocen la importancia de una construcción basada en la evidencia, participativa y adaptada al contexto de implementación (WHO, 2014).

La metodología de forma general consta de cinco pasos

1. Elaboración del Análisis situacional de salud visual:

Con base en la información del SISPRO y los RIPS se determinó la prevalencia de las enfermedades más importantes con el fin de priorizar las patologías con mayor carga de la enfermedad para Colombia así como conocer los indicadores claves de salud visual.

2. Desarrollo del manual de atención de salud visual:

Se desarrollaron revisiones sistemáticas de la literatura y validación con expertos con el fin de generar lineamientos basados en la evidencia adaptados al contexto colombiano con el fin de mejorar la detección, tratamiento y seguimiento de los pacientes con las principales alteraciones de salud visual. El documento completo puede ser descargado en: XXX.

3. Identificación del marco normativo:

Se realizó una revisión del marco normativo nacional e internacional con el fin de conocer el marco legal de funcionamiento del programa. Adicionalmente, se identificaron los programas de salud visual implementados en el país.

4. Elaboración del programa:

Con base en la información de los pasos anteriores, se generó un documento del programa dirigido a todos los actores del sistema con el fin de generar un impacto en la salud visual de los colombianos, la carga de la enfermedad y en la implementabilidad de los objetivos propuestos.

5. Validación:

El programa fue validado mediante una mesa de trabajo con Secretarías de Salud, Asociaciones y Sociedades Científicas, Organizaciones No gubernamentales e Instituciones de Referencia. En esta reunión mediante consenso se definieron los objetivos, estrategias y líneas de acción del programa con sus indicadores. La metodología y resultados se encuentran en Anexo 1.

6. Evaluación económica de implementación del programa:

Se realizó una evaluación del impacto presupuestal de acuerdo al cumplimiento de metas del programa de forma anual.

3. Marco Normativo

3.1. Marco Normativo Nacional

A partir de la Constitución de 1991, El Estado Colombiano, como Estado Social de Derechos, ha venido consolidando un bloque normativo que avanza desde el reconocimiento de la condición de ciudadanos para las Personas con Discapacidad Visual (Constitución de 1991), hasta el goce efectivo de sus derechos con el fin de garantizar su plena participación en la Sociedad (Ley 1618 de 2013).

El Programa Nacional Integral de Salud Visual, se inscribe en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), adoptada mediante la Resolución 429 de 2016. El objetivo general de esta política, es orientar el Sistema, hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes, buscando el acceso a los servicios de salud, de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

La política, establece un enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial. Dicha Ley especifica que se contará con rutas de atención, se fortalecerá el prestador primario y la operación en redes integrales de servicios. La política de atención integral en salud se convierte en el puente entre seguridad social y Sistema de Salud.

Esta política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

La política de atención integral de atención en salud PAIS, cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS.

A continuación se presentan los hitos de la evolución normativa Colombiana que Sustenta el Programa Nacional de Atención Integral en Salud Visual:

Referente	Acción normativa
Constitución de la República de Colombia 1991	En su art. 43 reconoce la igualdad ante la Ley de las Personas con Discapacidad, incluidas las Personas con Discapacidad Visual
Ley 100 de 1993.	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dan otras disposiciones.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se reglamenta la Norma técnica para la detección de alteraciones de la agudeza visual dentro de la cual incluyeron la promoción de la salud y la Guía de Atención para los vicios de refracción, el estrabismo y la catarata.
Decreto 641 de 2001	Por el cual se reglamenta la Ley 582 del 2000 sobre deporte asociado de personas con Limitaciones físicas, mentales o sensoriales.
Decreto 1660 de 2003	Por el cual se reglamenta la accesibilidad a los modos de transporte de la población en general y en especial de las personas con discapacidad.
Resolución 4045 de 2006	En la cual Colombia, acoge el <i>PLAN VISION 2020</i> "El derecho a la visión" de la Organización Mundial de la Salud, que insta a los estados miembros a que impulsen la integración de la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables en los planes y programas de salud existentes a nivel nacional y regional.
Ley 1145 de 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.
Ley 1346 de 2009	Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006

<p>Ley 1680 de 2013</p>	<p>Por la cual se garantiza a las personas ciegas y con baja visión, el acceso a la información, a las comunicaciones, al conocimiento y a las tecnologías de la información y de las comunicaciones.</p>
<p>Ley estatutaria 1618 de 2013</p>	<p>"Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad"</p>
<p>Resolución 1841 de 2013</p>	<p>Por la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012-2021. En este sentido, la dimensión vida saludable y condiciones No transmisibles del PDSP, establece metas para la promoción de la salud visual y el control de alteraciones visuales evitables; dentro de este grupo de metas, entre otras, se encuentran las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A 2021, identificar los defectos refractivos, en niños de 2 a 8 años y tratar al 100% de los identificados. ➤ A 2021, incrementar en un 20% en el decenio, las coberturas de prevención y detección temprana de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo. ➤ A 2021, se cuenta con al menos un nodo de investigación por región, que permita la construcción de una agenda, para el estudio de los determinantes sociales de la salud bucal, visual y auditiva y las ENT.
<p>Conpes 166 de 2013</p>	<p>Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social.</p>
<p>Resolución 6408 de 2016</p>	<p>Por la cual se modifica el plan de beneficios de salud con cargo a la UPC, dicha norma establece actividades para la detección temprana de alteraciones visuales y la atención de las mismas.</p>
<p>Ley 1751 de 2015</p>	<p>Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.</p>

Resoluciones 429 y 3202 de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud PAIS, y sus anexos:
	Por la cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas de atención integral RIAS y se dictan otras disposiciones.
	Rutas: (RIAS) 1. Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; 2. Rutas de Grupo de Riesgo; (Trastornos visuales) 3. Rutas de eventos Específicas de Atención

Alineación del programa con iniciativas nacionales e internacionales

El **Programa Nacional de Salud Visual Colombia 2016-2022**, está elaborado en consonancia con las iniciativas Internacionales y Nacionales más importantes en este tema. En lo internacional, está claramente encaminado con la dirección de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, del 2008; del Plan Mundial de Salud Ocular de la Organización Mundial de la Salud, de 2012, y del Plan 2020: Por el derecho a la Visión, de la misma Organización, en asocio con IAPB, del año 2012.

El Programa Nacional busca favorecer el *Derecho a Ver* y la necesidad de disminuir la Discapacidad Visual evitable, en el marco de un ejercicio pleno de Derechos de todas las personas, en el marco del continuo del cuidado de la visión, como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Alineación del Programa con el panorama Internacional

Nombre de la Iniciativa	Autor/Actor	Objetivo de la Iniciativa	Relación con el Programa Nacional de Salud Visual
Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006	Organización Internacional de Naciones Unidas	Garantizar el Goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad	Garantiza el goce efectivo del derecho a la Salud de las personas con Discapacidad Visual
Salud Ocular Universal: Un plan de acción mundial para 2014-2019	Organización Mundial de la Salud	Reducir la discapacidad visual evitable y garantizar el acceso de las personas con discapacidad	Concentra esfuerzos en la eliminación de las causas evitables de ceguera, baja visión y Discapacidad

		visual a los servicios de habilitación y rehabilitación	Visual y determina acciones concretas en habilitación y rehabilitación abierta
Visión 2020: El derecho a la Visión	Organización Mundial de la Salud	Intensificar y acelerar acciones que eliminen la ceguera evitable	Indica acciones concretas que promuevan el Derecho a la Visión
Plan de Acción para la Prevención de la Ceguera y de las deficiencias visuales evitables. 2009	Organización Panamericana de la Salud	Reducir la discapacidad visual evitable y garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales	Promueve acciones concretas para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales, al igual que enfatiza la necesidad de ofrecer y cualificar servicios de habilitación y rehabilitación.

A nivel nacional, este programa se deriva de: El Plan Decenal de Salud Pública de 2012-2021, la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022, el Modelo Integral de Atención en Salud MIAS de 2016, y la Ruta de Atención Integral RIA-Visual. El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos. Por todo esto, el Programa debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto. Adicionalmente, los integrantes del Sistema y demás entidades responsables de acciones en salud, dentro de sus competencias deben ajustarse en cada ámbito territorial para la implementación del Modelo. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Alineación del Programa con el panorama nacional

Nombre de la iniciativa	Autor/Actor	Objetivo de la iniciativa	Relación con el Programa Nacional de Salud Visual
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Se promueve la dimensión vida saludable y condiciones No transmisibles del PDSP, y establece metas para la promoción de la salud visual y el control de alteraciones visuales evitables	Determina acciones concretas para la promoción de la salud visual, la prevención y el control de las alteraciones visuales evitables.
Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022	Ministerio de Salud y Protección Social	Garantizar la inclusión plena de las personas con Discapacidad	Demanda condiciones concretas que favorecen la inclusión de las Personas con ceguera, baja visión y Discapacidad Visual
Política de Atención Integral en Salud PAIS	Ministerio de Salud y Protección Social	Orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la	El programa facilitará los lineamientos para operativizar el MIAS, la RIA-Visual y definirá

<p>Modelo Integral de Atención en Salud MIAS</p> <p>2016</p> <p>Ruta de Atención Integral -RIA- en Salud Visual</p>		<p>población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud" (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015</p>	<p>los aspectos que requieren articulación intersectorial para la participación plena de las personas con ceguera, baja visión y Discapacidad Visual</p>
---	--	--	--

Como se puede evidenciar, existe concordancia directa entre las directrices y orientaciones nacionales y el Programa Nacional de Atención Integral en Salud Visual, que promueve el *Derecho a Ver*, con el fin de garantizar la atención oportuna de las población en riesgo, sospecha diagnóstica y diagnóstico confirmado de alteraciones visuales y la participación plena de las personas con ceguera, baja visión y Discapacidad Visual, en la sociedad colombiana.

4. Marco Conceptual

La pérdida de la visión (incluyendo la ceguera) se mantiene como una causa significativa de discapacidad a nivel mundial. La Agencia Internacional para la prevención de la ceguera (IAPB por sus siglas en inglés) reporta que una enfermedad tratable fue la causa de pérdida de la visión en cuatro de cada 5 personas afectadas y su prevalencia aumenta con la edad. Por lo tanto, el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial ha aumentado el número de personas mayores con discapacidad visual. El conocimiento del número de personas afectadas permite plantear estratégicamente los servicios de salud, medir el impacto económico y promover acciones basadas en la evidencia. (IAPB, 2012)

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de acción para la prevención de la ceguera y discapacidad visual 2014-2019 buscando reducir la discapacidad visual evitable en un 25% para el año 2019. Esto indica que cada país debe dirigir sus esfuerzos para alcanzar esta meta mediante la eliminación de la ceguera evitable, aumentar acceso y provisión de servicios oftalmológicos y crear mayor inclusión social a personas afectadas con pérdida de la visión entre otras estrategias (WHO, 2015).

El 53 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó el Plan de acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales 2014- 2019. El objetivo general del Plan es reducir la discapacidad visual evitable como problema de salud pública y garantizar el acceso a los servicios de habilitación y 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.

La iniciativa global VISION 2020: “el derecho a la visión” es un programa conjunto de la OMS y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera que busca eliminar las causas principales de la ceguera prevenible y tratable como un tema de salud pública para el año 2020. VISION 2020 Latinoamérica es parte de dicha iniciativa que ha sido apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Panamericana de Oftalmología (APO). La iniciativa ha identificado las principales causas de

perdida visual. Entre ellas se encuentran catarata, glaucoma, onchocerciasis, ceguera infantil, errores refractivos, baja visión, retinopatía diabética, degeneración macular relacionada con la edad, opacidad corneal y enfermedades genéticas. (WHO, 2014)

Una revisión sistemática desarrollada por la OMS en 2010 estimó la carga de enfermedad de salud visual en las 6 regiones de OMS. Se estimó que 285 millones de personas en el mundo tenían algún grado de impedimento visual, 39 millones están ciegos y 82% de los ciegos son mayores de 50 años. De forma global las principales causas de pérdida de la visión identificadas correspondían a errores refractivos no corregidos (44%) y cataratas (33%). Otras causas son glaucoma 2%, retinopatía diabética, tracoma y opacidades corneales (1%). Las principales causas de ceguera correspondían a cataratas (51%), glaucoma (8%), ceguera infantil (4%) y retinopatía diabética 1%. (Mariotti, 2010).

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 (Furtado, 2012) que continúa siendo un problema de salud pública en las zonas desatendidas por los sistemas de salud (Limburg, 2009). Otras causas importantes de ceguera son la retinopatía diabética y el glaucoma. 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 (Leske, 2010). 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 (Zin, 2013), y se ha identificado como una causa importante de ceguera en la Región (Gilbert, 2005); la incidencia varía de acuerdo al grado de desarrollo de la atención neonatal (Carrion, 2011).

Una de las iniciativas nacionales para mejorar la salud visual se fundamenta en la política integral de atención en salud, la cual está conformada por: 1. Un marco estratégico que transforma los principios y objetivos en estrategias, y 2. Un modelo operacional que, a partir de las estrategias, adopta los mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema. Esto requiere la adopción de los instrumentos y la adaptación de dichos agentes a los

objetivos de la política y el desarrollo de procesos que instrumenten la política más allá de sus propios objetivos institucionales.

La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Uno de los componentes de operación del modelo, son las rutas de atención integral. Las (RIAS) son una herramienta que define a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y paliación. Estas condiciones, además, serán suficientes en tanto cubran las condiciones diferenciales de los territorios y de los diferentes grupos poblacionales.

La ruta de atención integral de trastornos visuales, define las intervenciones que se deberán desarrollar en el marco de la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública, basadas en la mejor evidencia nacional e internacional.

Como se puede observar, las diversas iniciativas mundiales, y las locales, deben encaminarse dentro del continuo del cuidado de la Salud Visual que articule la prevención, la promoción, la atención, la habilitación y rehabilitación y la inclusión social.

Este continuum maneja una perspectiva de curso de vida con un enfoque diferencial, desde el abordaje del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS-.

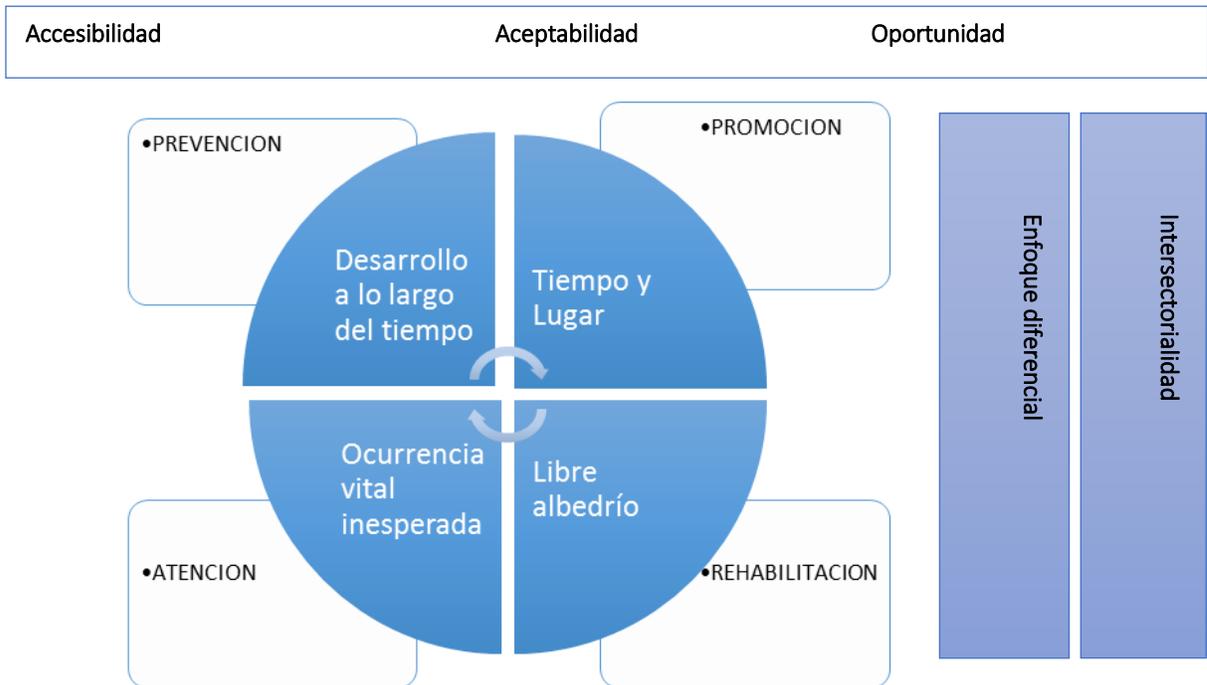


Gráfico 1. Esquema conceptual de la Atención Integral en Salud Visual basado en el modelo integral de salud MIAS y la Ruta de atención integral de alteraciones visuales

4.1. El enfoque de Curso de vida en el Programa de Salud Visual

El gráfico 1 describe la interacción los planteamientos de la perspectiva de curso de vida con enfoque diferencial, como la está promoviendo el Ministerio de Salud y Protección Social, y los componentes de la atención integral en Salud, bajo principios de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

El Enfoque de Curso de Vida, como se entiende actualmente en el marco de las Políticas de Salud Colombianas, se constituye como un ordenador de la Ruta Integral de Atención RIA considerando un enfoque diferencial. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Este enfoque recoge los aportes de Blanco, (2011); Cain, (1964) y Ryder (1965) quienes retoman contribuciones de diversas disciplinas para fundamentar lo que en los 90`s se conoció como la noción de Curso de Vida,

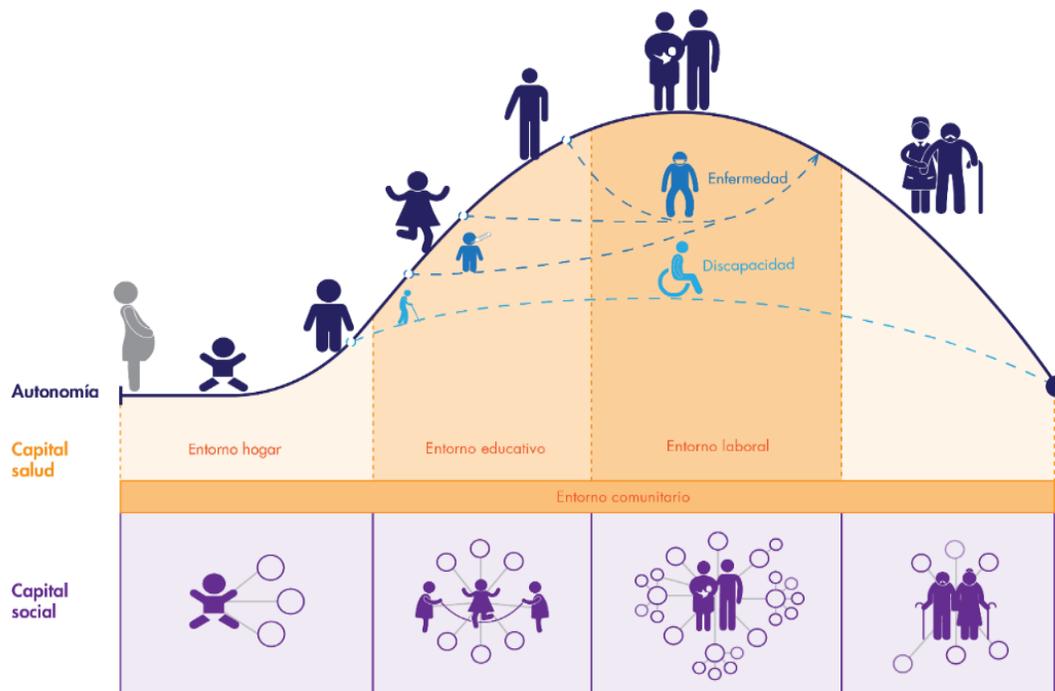
referida esta al estudio a largo plazo de los efectos sobre la salud o la enfermedad, de la exposición a riesgos físicos, o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta. El gran aporte de este enfoque, sin lugar a dudas, es introducir una mirada comprensiva donde convergen la sociología, la demografía, la psicología, la epidemiología y la medicina, para entender a los individuos, familias y comunidades a lo largo del desarrollo humano; incluyendo tanto las interacciones entre los procesos de desarrollo biológico, psicológico, como la influencia del contexto social e histórico. Este enfoque también se centra en las persona, en su capacidad de agencia, toma de decisiones y libre albedrío, y pone esta capacidad en relación con sus familias, su comunidad, sus derechos y por supuesto, su propia capacidad de elegir el mejor proyecto de vida posible (Nussbaum, 2007).

Retomando elementos de los desarrollos del actual Modelo de Atención Integral en Salud, y poniéndolos al servicio de nuestro Plan de Salud Visual, deberemos entender que cada persona puede desarrollar su Curso de Vida, sobre la base de un conjunto de trayectorias, en las cuales el sujeto actúa como su propio gestor, donde sus decisiones son resultantes de las interacciones con el contexto biológico, psicológico, familiar, cultural y social. Todo esto para garantizar que la propia vida debe transcurrir en sucesos vitales, transiciones individuales, familiares y comunitarias. Así mismo, los procesos asistenciales deben ser diferentes dependiendo de la edad y factores de riesgo que pueda tener.

En detalle, al aplicar el enfoque de curso de vida, las acciones concretas deben orientarse sobre las personas, sus familias y comunidades, centrándose en 5 principios analíticos que se presentan a continuación: 1) Desarrollo a lo largo del tiempo; 2) Tiempo y el lugar; 3) Ocurrencia vital inesperada; 4) Vidas interconectadas; 5) Libre albedrío o Agencia. (Elder, 1999; Marshall & Mueller, 2003). Adicionalmente, al enfoque diferencial del manejo de las enfermedades.

Esta propuesta, identifica y reconoce las múltiples interacciones que tiene con todos los factores determinantes del contexto político, social, económico, tecnológico y cultural, desde el abordaje de los determinantes sociales en Salud. El enfoque de curso de vida se constituye en un enfoque ordenador de todas las acciones del Plan de Salud Visual, con una intencionalidad articuladora, holística, abarcativa, a lo largo de toda la vida.

Curso de vida y cuidado de la salud



Fuente MSPS 2015

5. Justificación

Uno de los componentes más importantes del bienestar de la población es la buena salud visual, la cual es indispensable para tener un correcto aprendizaje y desarrollo, durante los primeros años de vida y durante toda la escolaridad, además es indispensable para que las personas de mayor edad mantengan su autonomía e independencia en la vida cotidiana. (OMS, 2012)

El estado de salud visual de una determinada población, está influido por una serie de factores que además de los económicos, políticos y sociales, tienen que ver con la estructura misma del sistema de salud, la cual determina por ejemplo, la disponibilidad del recurso humano y tecnológico, para que la población tenga un acceso adecuado a la atención en salud visual. De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, las regiones del mundo menos desarrolladas presentan una mayor proporción de personas con alteraciones visuales, y mucho más en las personas de más de 50 años, especialmente las mujeres. (OMS, 2014)

Actualmente la etiología de los problemas visuales, principalmente en los adultos mayores, están relacionados con causas adquiridas, progresivas y no infecciosas, muchas veces relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), además la mayor expectativa de vida de la población, hace que la exposición a estas patologías relacionadas sea más prolongada. En la actualidad, existen aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual en el mundo, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión. En los países pobres se concentra el 90% de la carga mundial de discapacidad, de estos el 82% de las personas que padecen ceguera tienen 50 años o más y los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual. (Mariotti, 2013)

De acuerdo al ASIS: “Análisis de situación de las Alteraciones de la Salud Visual en Colombia”, en el cual se analizaron las consultas por las principales patologías del sistema visual en el periodo comprendido del 2009 al 2014, del total de atenciones por consulta de Enfermedades No Transmisibles el 5,43% está relacionado con enfermedades de los ojos y sus anexos, el

41,44% de las consultas, fueron en hombres y el 58,56% en mujeres, por tanto hay una mayor proporción de atenciones en mujeres de 29,25%. En términos generales en todas las patologías estudiadas, la prevalencia es más alta en las mujeres que en los hombres. (ASIS visual, 2016)

Las atenciones con diagnóstico de Catarata corresponden al 0,18% del total de atenciones por todas las causas del país. El diagnóstico de glaucoma corresponde al 0,08% del total de las atenciones por todas las causas del país con una prevalencia estimada para las mujeres de 0,15% en 2014 mayor que la de los hombres. Las consultas por ceguera en ambos ojos reporta una prevalencia de 0,03% en el 2009 y de 0,08% en 2014, evidenciando un aumento de 0,05%. En Colombia, los casos de retinopatía diabética se han incrementado de un año a otro, reportando una prevalencia de 19,76/100.000 en 2014. Los casos de catarata congénita se han incrementado de un año a otro, reportando una prevalencia de 4,64/100.000 en 2014. Para la retinopatía del prematuro, la prevalencia estimada en 2014 fue de 3,19 por 100.000 habitantes y se ha observado un aumento de la prevalencia a lo largo del tiempo. (ASIS visual, 2016)

El estudio mostró una concentración excesiva de oftalmólogos en Bogotá y Antioquia, dando como resultado una carencia de los mismos, en el resto de las regiones más aisladas de Colombia. También demostró una tasa aproximada de cirugía de catarata por millón de habitantes y por año que va en aumento, llegando a 1500 en el 2014, pero todavía lejos de la cifra de 3000 que sería lo mínimo indispensable para un adecuado control de la ceguera y deficiencia visual por esta causa. Adicionalmente, la cantidad de procedimientos que se realizan para glaucoma y retinopatía diabética, están por debajo de los estándares deseables. Para el indicador de proporción de personas con consulta de oftalmología la meta es el 20% de la población, sin embargo, se observa que ninguna entidad territorial cumple con esta meta, nuevamente encontrándose las mayores tasas en Bogotá y Antioquia. (ASIS visual, 2016)

De acuerdo con estos datos, en Colombia, aunque se han venido mejorando los indicadores de acceso de la población a la atención en salud visual, todavía se presentan deficiencias e inequidades importantes, por lo tanto se hace indispensable implementar políticas, que mejoren el acceso de la población a una adecuada atención en salud visual, durante todo el curso de vida, y en todas las etapas de la atención con el fin de eliminar barreras de

acceso, mejorar las desigualdades, disminuir la ceguera prevenible, la baja visión y por ende la discapacidad visual.

De acuerdo con lo anterior, desde el gobierno como rector, la implementación de un nuevo modelo de atención exige poner a disposición de los agentes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los de la Seguridad Social, orienten la respuesta del Sistema y alineen su regulación.

6. Análisis de Situación de Salud Visual en Colombia

Teniendo en cuenta la importancia de los análisis de situación de salud para la planificación de los servicios de salud en Colombia, se realiza una primera aproximación de un análisis de situación de las alteraciones de la salud visual en el contexto colombiano para el periodo 2009-2014. A continuación, se presenta una síntesis de los resultados epidemiológicos más relevantes de este ejercicio, sin embargo, para consultar los resultados completos se encuentra a disposición del público en general el documento ASIS Visual Colombia 2016.

En Colombia durante el periodo 2009-2014, las consultas por alteraciones visuales representan el 5,43% (9.898.860) del total de consultas por Enfermedades No Transmisibles, cifra que a partir del año 2009 va en aumento. El 41,39% (4.097.404) de las personas atendidas son hombres y el 58,61% (5.801.456) son mujeres, lo que evidencia una proporción mayor de personas atendidas mujeres en 29,37% respecto a los hombres.

En la Tabla 3 se presenta el comportamiento de los departamentos en cuanto a número de atenciones por alteraciones visuales. En esta se puede observar que Bogotá, D.C al ser la entidad territorial con mayor población, es la que repunta en la proporción de atenciones, seguida por Antioquia, Cundinamarca, Santander y Valle. Es importante resaltar que en el caso de Ceguera en ambos ojos el departamento que presenta mayor proporción de atenciones es el Valle (13,03%). Para el evento Toxoplasmosis, Huila presenta la mayor proporción de atenciones con el 25,39%.

A continuación, se presenta una estimación de la carga de enfermedad de las principales alteraciones de salud visual analizadas en este documento que por sus características generan más discapacidad visual o ceguera en el país: Los datos de consultas por **hipermetropía** en Colombia se han mantenido constantes de un año a otro, reportando una prevalencia de 0,36% en el 2009 y de 0,37% en 2014. Para las mujeres se tiene una prevalencia de 0,32% en el 2009 y 0,39% en 2014, evidenciando un aumento de 0,07% en los seis años estudiados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 0,22% en el 2009 y 0,26% en 2014, con un incremento de 0,04 en los seis años. En el año 2014, para las mujeres el grupo quinquenal que más casos de hipermetropía presentó fue el de 5-9 años con una prevalencia estimada de 0,73% (15.292 casos), en cuanto a los hombres, se

obtiene una prevalencia estimada mayor en el grupo quinquenal de 5-9 años la cual es de 0,65% (14.219 casos). Respecto a la prevalencia estimada de hipermetropía por departamentos de Colombia, se evidencia que Bogotá, Risaralda, Meta, Norte de Santander y Antioquia tienen la prevalencia más alta para el periodo 2009-2014. En contraste con Chocó, Vaupés y San Andrés que reportan la prevalencia más baja para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia estimada del año 2009 con la del 2014 se puede observar que en el 90% de los departamentos esta aumentó considerablemente.

Tabla 3 Proporción de atenciones según departamento. Colombia 2009-2014

Departamento	Defectos Refractivos	Ambliopía	Catarata	Glaucoma	Ceguera de Ambos ojos	Retinopatía diabética	Retinopatía hipertensiva	Retinopatía de la prematurez	Toxoplasmosis
Bogotá, D.C.	37,36	36,78	15,46	18,13	12,58	20,65	36,68	36,68	10,54
Antioquia	15,69	10,62	11,22	15,85	8,31	16,83	15,46	15,46	14,07
Cundinamarca	4,91	4,87	4,48	4,43	3,35	6,90	7,30	7,30	3,18
Santander	4,67	2,58	4,99	5,66	8,12	4,56	2,51	2,51	3,22
Valle	4,45	8,75	14,48	15,27	13,03	18,07	10,27	10,27	11,40
Nariño	4,34	7,42	3,10	2,53	4,03	4,45	7,75	7,75	2,79
Atlántico	3,38	1,35	6,71	5,28	6,62	3,75	0,64	0,64	0,89
Boyacá	3,20	4,29	2,42	2,06	2,14	1,43	1,81	1,81	3,95
Bolívar	2,60	1,05	4,72	3,59	5,93	1,37	1,12	1,12	1,59
Tolima	2,34	2,14	3,83	3,21	2,61	3,05	1,57	1,57	2,83
Risaralda	2,29	2,90	2,09	2,08	1,84	1,09	1,15	1,15	1,16
Meta	2,23	1,38	1,16	0,88	1,55	0,76	1,06	1,06	2,67
Norte de Santander	2,22	3,40	2,80	3,46	3,51	4,51	1,40	1,40	3,84
Caldas	1,74	1,78	1,97	2,11	1,27	1,14	2,21	2,21	1,05
Huila	1,60	2,43	3,26	1,33	4,39	1,74	0,68	0,68	25,39
Cauca	1,14	2,17	2,06	2,57	1,18	2,97	4,16	4,16	1,01
Córdoba	1,00	0,68	5,50	3,17	1,91	1,75	1,34	1,34	2,91
Cesar	0,82	1,08	2,21	1,85	3,73	0,59	0,33	0,33	1,43
Magdalena	0,77	0,65	1,79	1,31	3,32	0,59	0,34	0,34	0,66
Quindío	0,63	1,36	1,03	1,31	1,09	1,33	0,76	0,76	1,43
Sucre	0,51	0,32	1,70	1,26	1,78	0,83	0,44	0,44	0,70
La Guajira	0,47	0,32	0,87	0,77	1,97	0,27	0,12	0,12	0,35
Putumayo	0,44	0,45	0,34	0,25	0,98	0,25	0,26	0,26	1,05
Caquetá	0,43	0,64	0,86	0,55	2,29	0,52	0,14	0,14	0,74
Arauca	0,25	0,16	0,31	0,37	0,45	0,29	0,08	0,08	0,47
Casanare	0,23	0,20	0,20	0,18	1,23	0,11	0,16	0,16	0,19
Chocó	0,11	0,07	0,15	0,36	0,11	0,10	0,10	0,10	0,04
Guaviare	0,08	0,08	0,10	0,06	0,31	0,03	0,08	0,08	0,16
Amazonas	0,05	0,03	0,04	0,04	0,12	0,04	0,02	0,02	0,04
Vichada	0,02	0,03	0,04	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04
Guainía	0,01	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04
San Andrés	0,01	0,01	0,07	0,06	0,23	0,01	0,02	0,02	0,19
Vaupés	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Elaboración a partir de los datos dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS. Consultado en mayo de 2016.

Las consultas por **miopía** se han incrementado de un año a otro, reportando una prevalencia de 0,28% en el 2009 y de 0,34% en 2014. Al desagregar la información por sexo, se tiene una prevalencia estimada para las mujeres de 0,27% en el 2009 y 0,37% en 2014, presentando un aumento de 0,10% en los seis años estudiados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 0,16% en el 2009 y 0,22% en 2014, con un incremento de 0,06 en este mismo periodo de tiempo. En las mujeres para el año 2014, el grupo de edad que presenta mayor prevalencia estimada de miopía es el de 15-19 años con un 0,59% equivalente a 12.604 casos, respecto a los hombres se obtiene una prevalencia estimada mayor en el grupo quinquenal de 10-14 años de 0,35% (7.653 casos). Los departamentos de Colombia que presentan mayor prevalencia estimada de miopía en el periodo 2009-2014, son en orden descendente: Bogotá, Santander, Nariño, Boyacá, Risaralda. En contraste con Vichada, San Andrés y Vaupés que reportan la prevalencia más baja para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se puede observar que Boyacá presenta un aumento en la prevalencia de 0.34% y el Meta un aumento del 0,25%.

Las consultas por **astigmatismo** en tienen una tendencia constante, dado que se presenta la misma prevalencia estimada para los dos años (0,75% 2009 y 2014). Las mujeres tienen una prevalencia de 0,67% en 2009 y 0,79% en 2014, registrando un incremento de 0,12% en los seis años de estudio. En cuanto a los hombres, se evidencia un incremento en la prevalencia de 0,09%, pasando de 0,43% en 2009 a 0,52% en 2014. En el año 2014, el grupo de edad que más casos de astigmatismo presentó en las mujeres fue el de 10-14 años con una prevalencia estimada de 1,08% (22.747 casos), en cuanto a los hombres, se tiene una prevalencia estimada mayor en el grupo quinquenal de 5-9 años de 0,91% (19.759 casos). Respecto a la prevalencia estimada de astigmatismo en los departamentos de Colombia, se evidencia que Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Boyacá y Risaralda tienen las prevalencias más altas para el periodo 2009-2014. En contraste con Chocó, Vaupés y San Andrés que reportan las prevalencias más bajas para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se tiene que Boyacá presenta un aumento en de 0.59% y Nariño un incremento del 0,57% en dicho parámetro.

Según los datos de consultas por **ambliopía** en Colombia, el número de casos es variable en el periodo 2009-2014 registrando un total de 41.519 casos en este periodo. La prevalencia estimada en 2009 fue de 17,13 por

cada 100.000 habitantes y en 2014 aumentó a 19,08. Para las mujeres se tiene una prevalencia de 14,05/100.000 en el 2009 y 17,99/100.000 en 2014, evidenciando un aumento de 3,94 por cada 100.000 habitantes en los seis años estudiados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 11,29/100.000 en el 2009 y 16,05 en 2014, con un incremento de 4,76/100.000 en el mismo periodo de tiempo. Para las mujeres y los hombres el grupo de edad que más casos de ambliopía presentó fue el de 5-9 años con una prevalencia estimada de 46,42 por cada 100.000 habitantes (967 casos en mujeres y 1011 en hombres). Respecto a la prevalencia estimada de ambliopía en los departamentos de Colombia, se sigue manteniendo la constante en los territorios donde se presentan las prevalencias más altas, que en este caso en su orden son: Bogotá (40,73), Nariño (18,09), Risaralda (17,71), Boyacá (16,23) y Norte de Santander (15,58) en el periodo 2009-2014. En contraste con Chocó (0,98), Vaupés (0,44) y San Andrés (0,00) que reportan la prevalencia más baja para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se observa que Nariño presenta un aumento en la prevalencia de 27,32/100.000 y Quindío un incremento de 26,18 por cada 100.000 habitantes.

En Colombia, los casos de **catarata congénita** se han incrementado de un año a otro, reportando una prevalencia de 4,38 por cada 100.000 habitantes en el 2009, y de 4,64 en 2014. Por sexo, se tiene una prevalencia estimada para las mujeres de 3,44/100.000 en el 2009 y 4,44 en 2014, presentando un aumento de 1,0/100.000 en los seis años estudiados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 3,08/100.000 en el 2009 y 4,01 en 2014, con un incremento de 0,93 por cada 100.000 habitantes en el mismo periodo de tiempo. En los departamentos de Colombia, se evidencia que Bogotá, Huila, Antioquia, Boyacá y Risaralda tienen las prevalencias (4,08-6,91/100.000) más altas para el periodo 2009-2014. En contraste con Guainía, Chocó y San Andrés que reportan las prevalencias más bajas para el mismo periodo (0,23-0,41/100.000). Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se observa que Huila presenta un aumento en la prevalencia de 11,12/100.000, seguido de Boyacá con un aumento de 5,56 y Arauca con un incremento de 5,05.

Las consultas por **catarata** en Colombia se han incrementado año tras año, reportando una prevalencia de 0,19% en el 2009 y de 0,33% en 2014, evidenciando un aumento de 0,14%. En las mujeres se observa una

prevalencia de 0,18% en el 2009 y 0,35% en 2014, teniendo un aumento de 0,17% en los seis años estudiados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 0,13% en el 2009 y 0,24% en 2014, con un incremento de 0,11% en los seis años. Los departamentos que presentan mayores prevalencias estimadas de catarata en el periodo 2009-2014, son en su orden: Valle, Córdoba, Atlántico, Santander y Huila (prevalencia entre 0,29%-0,34%). En contraste con Amazonas, Chocó y Vaupés que reportan la prevalencia (entre 0,02%-0,04%) más baja para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se puede observar que Córdoba presenta un aumento en la prevalencia de 0.43% y Caldas un incremento del 0,35%.

En Colombia, las consultas por **glaucoma** se han incrementado de un año a otro, reportando una prevalencia de 0,08% (35.097) en el 2009 y de 0,14% (66.229) en 2014. Al desagregar la información por sexo, se tiene una prevalencia estimada para las mujeres de 0,08% en el 2009 y 0,15% en 2014, presentando un aumento de 0,07% en los seis años analizados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 0,05% en el 2009 y 0,10% en 2014, con un incremento de 0,05 en el mismo periodo. De acuerdo a las estimaciones de prevalencia realizadas en el año 2014, para las mujeres y los hombres el grupo de edad que más casos de glaucoma presentó fue el de 80 años y más con una prevalencia estimada de 1,11% (4.363 casos) y 1,02% (2.831 casos) respectivamente. En cuanto a la prevalencia estimada de glaucoma en los departamentos, se evidencia que Valle, Antioquia, Bogotá, Santander y Norte de Santander tienen las prevalencias (entre 0,11%-0,15%) más altas para el periodo 2009-2014. En contraste con Guainía, Amazonas y Vaupés que reportan las prevalencias (0,01%) más bajas para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se observa que Tolima presenta un aumento en la prevalencia de 0.11%, Valle y Cundinamarca un incremento del 0,10%.

Los datos de consultas por **ceguera en ambos ojos** en Colombia se han incrementado año tras año pasando de 15.374 casos en 2009 a 37.923 casos en 2014, reportando una prevalencia de 0,03% en el 2009 y de 0,08% en 2014, evidenciando un aumento de 0,05%. En las mujeres se observa una prevalencia de 0,03% en el 2009 y 0,09% en 2014, teniendo un aumento de 0,06% en los seis años observados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 0,02% en el 2009 y 0,06% en 2014, con un incremento de 0,04% en los seis años. En el año 2014, el grupo de edad que más casos

de ceguera de ambos ojos presentó en las mujeres fue el de 45-49 años con una prevalencia estimada de 0,13% (2.032 casos), en cuanto a los hombres, se tiene una prevalencia estimada mayor en el grupo quinquenal de 80 años y más con 0,14% (388 casos). Los departamentos que presentan mayor prevalencia estimada de ceguera de ambos ojos en el periodo 2009-2014, son en su orden Caquetá, Santander, Cesar, Huila y Bolívar (prevalencia entre 0,08%-0,11%). En contraste con Chocó, Vichada y Vaupés que reportan una prevalencia (0,01%) más baja para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se puede observar que Caquetá presenta un aumento en esta de 0,23% y Huila un incremento del 0,13%.

Los casos de **retinopatía diabética** se han incrementado de un año a otro, reportando una prevalencia de 12,86 por cada 100.000 habitantes en el 2009 y de 19,76 en 2014. Al desagregar la información por sexo, se tiene una prevalencia estimada para las mujeres de 10,41/100.000 en el 2009 y 19,51 en 2014, presentando un aumento de 9,1/100.000 en los seis años analizados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 9,20/100.000 en el 2009 y 16,06 en 2014, con un incremento de 6,86 por cada 100.000 habitantes en los seis años. En el año 2014, en las mujeres el grupo de edad que mayor prevalencia presentó fue el de 70-74 años con 117,82 por cada 100.000 habitantes. Respecto a los hombres el grupo de edad que mayor prevalencia obtuvo fue el de 65-69 años con 100,53/100.000. En los departamentos se evidencia que Bogotá, Valle, Norte de Santander, Antioquia y Santander tienen las prevalencias (17,30-24,18/100.000) más altas para el periodo 2009-2014. En contraste con San Andrés, Vichada y Vaupés que reportan las prevalencias más bajas para el mismo periodo (0,39-1,35/100.000). Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se observa que Cundinamarca presenta un aumento en la prevalencia de 22,61/100.000, seguido de Valle con un aumento de 18,34 y Caldas con un incremento de 14,72 por cada 100.000 habitantes. Al hacer la comparación del número de casos de retinopatía diabética en pacientes diagnosticados con diabetes por departamento para el año 2014, se obtiene que Valle (538,57), Cundinamarca (526,03), Bogotá (496,92), Antioquia (458,24) y Santander (397,84) registran las tasas más altas de retinopatía diabética por 100.000 personas diabéticas. En contraste con Guainía (43,63), San Andrés (23,71) y Vichada (0,00) que presentan las tasas más bajas del país.

En Colombia, con base a la información de fuentes oficiales, los casos **de retinopatía hipertensiva** se han incrementado de un año a otro, reportando una prevalencia de 12,83 por cada 100.000 habitantes en el 2009 y de 15,10 en 2014. Al analizar la información por sexo, se observa una prevalencia estimada para las mujeres de 10,68/100.000 en el 2009 y 15,79 en 2014, presentando un aumento de 5,11/100.000 en los seis años analizados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 8,01/100.000 en el 2009 y 10,41 en 2014, con un incremento de 2,40 por cada 100.000 habitantes en los seis años. En el año 2014, en las mujeres el grupo de edad que mayor prevalencia de retinopatía hipertensiva presentó fue el de 75-79 años con 94,38 por cada 100.000 habitantes, respecto a los hombres el grupo de edad que mayor prevalencia obtuvo fue el de 70-74 años con 70,15/100.000. En los departamentos, se evidencia que Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Nariño y Cauca tienen las prevalencias (15,48-41,58/100.000) más altas para el periodo 2009-2014. En contraste con San Andrés, La Guajira y Vaupés que reportan las prevalencias más bajas para el mismo periodo (0,40-1,34/100.000). Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se observa que Cauca presenta un aumento en la prevalencia de 18,14/100.000, seguido de Cundinamarca con un aumento de 17,10 y Nariño con un incremento de 13,86 por cada 100.000 habitantes. Al hacer la comparación del número de casos de retinopatía hipertensiva en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial por departamento para el año 2014, se obtiene que Bogotá (33,91), Cundinamarca (25,05), Cauca (21,43), Antioquia (21,33) y Nariño (19,90) registran las tasas más altas de retinopatía hipertensiva por 100.000 personas hipertensas. En contraste con Amazonas (1,33), Vaupés (0,00) y Vichada (0,00) que presentan las tasas más bajas del país.

Según los datos de consultas por **retinopatía del prematuro**, en Colombia el número de casos es variable en el periodo 2009-2014 registrando un total de 7.557 casos en este periodo. La prevalencia estimada en 2009 fue de 2,74 por cada 100.000 habitantes y en 2014 aumentó a 3,19. Para las mujeres se tiene una prevalencia de 2,34/100.000 en el 2009 y 3,01/100.000 en 2014, evidenciando un aumento de 0,67 por cada 100.000 habitantes en los seis años estudiados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 1,92/100.000 en el 2009 y 2,88 en 2014, con un incremento de 0,96/100.000 en los seis años. En los departamentos se sigue manteniendo la constante en los territorios donde se presentan las prevalencias más altas, que en este caso en su orden son Nariño (8,10), Atlántico (4,39), Bogotá

(4,27), Cundinamarca (3,37) y Antioquia (3,10) en el periodo 2009-2014. En contraste con Vichada (0,26), San Andrés (0,23) y Chocó (0,14), que reportan las prevalencias más bajas para el mismo periodo. Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se observa que Cundinamarca presenta un aumento en la prevalencia de 8,33/100.000, seguido por Arauca con un aumento del 7,38/100.000 y La Guajira con un incremento de 6,51 por cada 100.000 habitantes. La tasa de retinopatía del prematuro teniendo como denominador el número total de niños nacidos con peso por debajo de 1.999 gramos, es para el 2009 de 69,50 y en 2014 de 83,02 evidenciando un aumento de 13,52 por cada 1.000 nacidos vivos con bajo peso (<1.999 gramos).

En Colombia los casos de **toxoplasmosis** se han incrementado de un año a otro, pasando de 220 casos en 2009 a 416 en 2014, reportando una prevalencia de 0,49 por cada 100.000 habitantes en el 2009 y de 0,87 en 2014. Al analizar la información por sexo, se observa una prevalencia estimada para las mujeres de 0,47/100.000 en el 2009 y 0,92 en 2014, presentando un aumento de 0,45/100.000 en los seis años analizados. Por otro lado, en los hombres se reporta una prevalencia de 0,29/100.000 en el 2009 y 0,68 en 2014, con un incremento de 0,39 por cada 100.000 habitantes en los seis años. En el año 2014, en las mujeres el grupo de edad que mayor prevalencia de toxoplasmosis presentó fue el de 70-74 años con una prevalencia estimada de 2,27 por cada 100.000 habitantes, respecto a los hombres el grupo de edad que mayor prevalencia obtuvo fue el de 75-79 años con una prevalencia estimada de 1,70/100.000. En los departamentos, se evidencia que Huila (5,56), Putumayo (0,81), Boyacá (0,79), Norte de Santander (0,78) y Antioquia (0,76) tienen las prevalencias más altas para el periodo 2009-2014. En contraste con Magdalena, Chocó y Vaupés que reportan las prevalencias más bajas para el mismo periodo (0,00-0,13/100.000). Al comparar la prevalencia del año 2009 con la de 2014 se observa que Huila presenta un aumento en la prevalencia de 7,25/100.000, seguido de Meta con un aumento de 1,58 y Vichada con un incremento de 1,43 por cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la **tasa de cirugía de catarata** en Colombia en el periodo 2009 a 2014, evidenciando un aumento en la tasa de 97.8% pasando de una TCC de 836 cirugías/por millón habitantes /2009 a 1654 cirugías/por millón habitantes /2014. Aunque lo ideal es tener tasas cercanas a las 3000 cirugías/por millón habitantes/ año, Colombia va por buen camino ya que al

mantenerse la tendencia al aumento es posible que en algunos años se llegue a esta cifra.

Tabla 4 Resumen prevalencias alteraciones visuales. Colombia 2009-2014

Morbilidad atendida	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Semaforización	Diferencia
Hipermetropía	0,36	0,25	0,25	0,26	0,30	0,37		Aumentó
Miopía	0,28	0,22	0,24	0,26	0,28	0,34		Aumentó
Astigmatismo	0,75	0,58	0,58	0,62	0,60	0,75		Aumentó
Ambliopía*	17,13	10,78	12,86	14,01	15,63	19,08		Aumentó
Catarata Congénita*	4,38	3,26	2,22	2,89	3,91	4,64		Aumentó
Catarata	0,19	0,19	0,22	0,24	0,33	0,33		Aumentó
Glaucoma	0,08	0,08	0,09	0,11	0,12	0,14		Aumentó
Ceguera Ambos Ojos	0,03	0,03	0,04	0,06	0,07	0,08		Aumentó
Retinopatía diabética*	12,86	12,80	12,66	14,30	16,85	19,76		Aumentó
Retinopatía Hipertensiva*	12,83	12,33	14,85	16,35	17,57	15,10		Aumentó
Retinopatía del prematuro*	2,74	2,46	2,45	2,83	2,61	3,19		Aumentó
Toxoplasmosis*	0,49	0,60	0,63	0,68	0,67	0,87		Aumentó

Elaboración a partir de los datos dispuestos en el cubo de RIPS, del MSPS y ENDS 2010. Consultado en mayo de 2016.

* prevalencias calculadas por 100.000 hab.

Estadísticas de profesionales en Optometría

En el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) se encuentran registrados 1.836 optómetras de los cuales 1.400 son mujeres y 436 son hombres. Del total de optómetras, el 12,69% realizan el ejercicio de manera independiente y el 36,47% por prestación de servicios. El 29,68% trabajan en una IPS privada y el 0,22 en IPS pública. Además, el 20,88% de los optómetras no se encuentran registrados en el REPS, por lo mismo hay un subregistro importante de la cantidad real de optómetras con la que cuenta el país. Según información proporcionada por la Federación Colombiana de Optómetras, se encuentran federados 514 Optómetras. Según esta información se encuentra mayor concentración de optómetras

federados en la ciudad de Medellín con 11,6%, Bucaramanga con 8,7%, seguido por Cali con 8,7%, Ibagué con 7,0% y Cúcuta con 5,0%.

Estadísticas de médicos Oftalmólogos

Con base en la población de Colombia para 2011, el número de especialistas en oftalmología por total de habitantes era de 2 por cada 100.000 habitantes (903/46.044.606). Las horas contratadas al mes en promedio son de 136 horas con una mediana de 91 horas.

Al analizar la información suministrada por la Sociedad Colombiana de Oftalmología, se observa que la mayor concentración de médicos especialistas en oftalmología está en los departamentos: Santander, Casanare, Valle del Cauca, Antioquia y Boyacá. Se evidencia que en San Andrés no hay reporte de Oftalmólogos, al igual que en Arauca, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, y Vichada. El total de Oftalmólogos en el país era de 1.627 en el año 2011, es decir que se tiene un promedio de habitantes/Oftalmólogo de 29.403.

7. Caracterización de Roles y Competencias en Salud Visual de los Actores del SGSSS en Colombia

En Colombia la responsabilidad de las acciones en salud visual recaen en diferentes actores que no solo pertenecen al sector salud, sino que desde otros frentes intervienen de manera directa o indirecta en el proceso de mantenimiento de la salud visual de la población y la inclusión plena de las personas con baja visión y ceguera.

Es en la Implementación del MIAS y la RIA-Visual donde en virtud de la articulación intersectorial se deberán poner al servicio del Programa todas las acciones pertinentes para el óptimo desarrollo del mismo.

A continuación se listan los actores claves, sus roles y competencias.

Tabla 5. Caracterización de roles y competencias de actores de salud visual en Colombia

ACTOR	ROL	COMPETENCIA
Superintendencia Nacional de Salud	Ente rector de la Política de Inspección, Vigilancia y Control dentro del SGSSS.	Inspeccionar, vigilar y controlar los procesos de habilitación de los prestadores de servicios, relacionados con promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación y rehabilitación de la salud visual. Vigilancia de los prestadores frente al cumplimiento de las normas en temas de salud visual.
Ministerio de Salud y Protección Social	Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.	Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.

ACTOR	ROL	COMPETENCIA
Organismo Territorial de Salud	Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional	Garantizar la implementación de las directrices nacionales por medio de sus agentes, y promover la integración entre la atención individual y las acciones colectivas en temas de salud visual.
Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	Garantiza la apropiación de todos los contenidos, guías, protocolos, normas y programas referentes a la salud visual en su red de prestadores de servicios de salud.	Brindar los medios necesarios para la apropiación del tema de salud visual en su red de servicios a nivel nacional y territorial.
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Presta los servicios de salud visual, de acuerdo a la normatividad vigente en el país.	Suministrar servicios de salud visual y ocular.
Instituto Nacional de Salud	Actúa como entidad de referencia nacional en salud pública y como coordinador técnico de las redes de: vigilancia epidemiológica, laboratorios, donación y trasplantes de órganos y tejidos, bancos de sangre y servicios de transfusión, en el marco del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.	*Desarrollar y gestionar el conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas. *Coordina y asesora la red de trasplante de tejidos oculares del país. *Se encarga de la vigilancia de tracoma en todo el país.
Profesionales de la salud visual	Presta servicios integrales de salud visual en todos los niveles de atención a la población general enmarcada en el modelo de salud de Colombia.	Promoción, prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y rehabilitación de las alteraciones de salud visual.
Profesionales de salud	Apoyar las acciones de salud visual en el marco	Apoyo en acciones de promoción y prevención y remisión oportuna a

ACTOR	ROL	COMPETENCIA
	del modelo de salud en Colombia.	servicios especializados de salud visual.
Sector Educativo	Ente rector de la Política Educativa y de educación inclusiva.	*Apoyar las estrategias de promoción y prevención en salud visual, a través de la intervención de profesores, educadores y cuidadores. *Garantizar el acceso, permanencia, y egreso de las personas con discapacidad visual al sistema educativo: inicial, básica, secundaria, media, vocacional, técnica y tecnológica.
Sector Cultura	Diseña, lidera y promueve las Políticas Culturales de apoyo a la población con discapacidad.	Brindar estímulos, incentivos, programas y proyectos para las personas con Discapacidad Visual.
Sector Comunicaciones	Ente responsable de las políticas de accesibilidad a la información y las comunicaciones.	Implementar los estándares de accesibilidad contemplados en la Norma Técnica Colombiana 5854. Para iniciar la implementación de estos estándares se seleccionaron las diez (10) páginas de entidades públicas más visitadas por las personas con discapacidad visual, con el fin de analizar su nivel de accesibilidad y hacer las mejoras correspondientes para que tanto las páginas como los trámites que en ellas se realicen sean completamente accesibles y usables por parte de la población con discapacidad sensorial.
Sector Deporte Paralímpico	Ente rector de la Política de Deporte Paralímpico.	Apoyo, formación y financiación de los deportistas de alto rendimiento con discapacidad.
Sector Protección	Brindar las orientaciones pedagógicas para la atención y promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con discapacidad	Apoyo terapéutico y pedagógico en la inclusión de niñas y niños menores de seis años con discapacidad visual. Así como apoyo social y educativo para las familias.

ACTOR	ROL	COMPETENCIA
	visual. ICBF. Así como la población general en cuanto a riesgos profesionales.	Apoyo a la población en caso de discapacidad o incapacidad temporal.
Sector Defensa	Definir las líneas estratégicas relacionadas con la Salud Pública y la salud visual de acuerdo a las normas vigentes establecidas para este sector.	Promoción, prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones de salud visual de la población que pertenece a este sector, con ampliación de brigadas en zonas de población vulnerable.
Sector Ambiente	Promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, nacional e internacional.	*Atención Primaria en Salud Ambiental APSA. *Entornos laborales saludables que promuevan la salud, mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales. *Estrategia de Entornos Saludables.
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos	Regulación de dispositivos médicos y medicamentos oculares.	*Programa Nacional de Tecnovigilancia que incluye los dispositivos médicos de salud visual y ocular. *Evalúa y vigila las tecnologías farmacéuticas y farmacológicas de salud ocular.
Departamento Nacional de Planeación	Ente rector de la Creación de las Políticas del Estado.	Garantizar el goce pleno y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con Discapacidad, a través del fortalecimiento de la implementación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social.

ACTOR	ROL	COMPETENCIA
Instituto Nacional para Ciegos	Organización, planeación y ejecución de las políticas orientadas a obtener la habilitación y rehabilitación, integración educativa, laboral y social de los Limitados Visuales, el bienestar social y cultural de los mismos; y la prevención de la ceguera.	Coordinar acciones con los Ministerios de Educación Nacional, de la Protección Social y Ministerio de Comunicaciones en las áreas de su competencia, y ejercer las facultades de supervisión a las entidades de y para ciegos, sean estas públicas o privadas, de acuerdo con las políticas trazadas por el Ministerio de Educación Nacional.
Empresa Privada (sector óptico)	Provee a la población general servicios de salud visual con enfoque comercial de productos oftálmicos.	*Suministrar productos oftálmicos a la población general. *Cumplir la normatividad vigente de la salud visual.
Juntas de Calificación de Invalidez	Determinar la calificación de invalidez de los trabajadores colombianos.	Aplicar el Decreto 1507 de 2012, del Sistema de Riesgos Laborales mediante el cual se realiza el dictamen de calificación de invalidez a los trabajadores con ceguera, baja visión y discapacidad visual, que los soliciten.
Comisión Intersectorial de la Primera Infancia	Ente rector de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia.	Promover, desarrollar, supervisar, evaluar y hacer seguimiento a Programas de Detección e intervención temprana.
Consejo Nacional de Discapacidad	Ente responsable de la Política Pública en Discapacidad.	Orientar a los gobernadores, gobernadoras, alcaldes y alcaldesas, sobre las acciones coordinadas y articuladas para promover la inclusión social, el goce efectivo de los derechos y el ejercicio de los deberes de la población con discapacidad, sus familias, cuidadores y su comunidad.
Comités Departamentales de Discapacidad	Instancia de tercer nivel del Sistema Nacional de Discapacidad.	Monitorear la implementación de la Política Pública de Discapacidad.

ACTOR	ROL	COMPETENCIA
Sociedad Científica	Ente diseminador de información y apoyo a iniciativas gubernamentales	Contribuir en la generación de una cultura de calidad en la prestación de servicios en la que la utilización de GPC y los lineamientos técnicos, se convierta en un mecanismo de auto regulación y garantía de calidad.
Asociación de Pacientes	Ente diseminador de información y apoyo a iniciativas gubernamentales	Conocer los diferentes derechos, deberes, mecanismos y herramientas para el manejo de enfermedades de la población afectada.

Elaboración a partir del análisis de fuentes de interés para la salud visual en Colombia. Mayo 2016.

8. Objetivos generales y específicos del programa de salud visual

8.1. Objetivo general

Fortalecer la resolutiveidad de la atención en salud visual, a través de la definición de acciones individuales, colectivas, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública, en el marco de la Política integral de atención en salud con el fin de reducir la inequidad en salud visual y la ceguera evitable.

8.2. Objetivos específicos

- Aumentar las intervenciones de promoción de la salud visual, gestión de la salud pública y prevención de alteraciones visuales evitables, con énfasis en la población infantil.
- Incrementar en los actores del sistema general de seguridad social en salud, las intervenciones de detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones visuales.
- Implementar la vigilancia de los eventos de interés en salud visual dentro de los sistemas de reporte del país.
- Desarrollar actividades de IEC, con la población y actores del sistema de seguridad social en salud, que propendan por la sensibilización y concientización, frente a los procesos de habilitación, rehabilitación e inclusión social, para la personas con baja visión y ceguera.
- Fomentar el diagnóstico y referencia de las personas con baja visión y ceguera a los servicios de habilitación y rehabilitación.
- Contribuir con la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud visual (incluye habilitación y rehabilitación visual), a través de la definición de mecanismos de articulación sectorial e intersectorial.

9. Metas

META	OBSERVACION
Incrementar las intervenciones de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual en un 20% de acuerdo con la línea de base definida en el año 2016.	(Fuente Res 4505 de 2012)
Prevenir la aparición de nuevos casos de Ambliopía	La línea de base se definirá, una vez se cuente con el dato de prevalencia, de acuerdo con la encuesta nacional de salud visual.
Prevenir la aparición de nuevos casos de Retinopatía del prematuro (ROP)	La línea de base se definirá de acuerdo con los diagnósticos reportados en el cubo de SISPRO para el periodo 2016, sin embargo, es posible que se plantee el desarrollo de un estudio poblacional específico.
Aumentar la tasa de cirugía de catarata del País, a 3000 cirugías al año de acuerdo con los estándares internacionales	Se partirá de la línea de base definida en el ASIS de alteraciones visuales 2016.
Incluir intervenciones de promoción de la salud visual y gestión de la salud pública en salud visual, en las herramientas de planeación y operación territorial (PTS, PAS) de las 36 ET del país.	Se partirá del dato reportado en la administración actual, que comprende el periodo 2016-2019.
Implementar el programa VEO BIEN APRENDO BIEN en el 40% de los departamentos del territorio nacional.	Se cuenta con una línea de base, de los planes territoriales correspondientes a la vigencia 2016-2019.

10. Población Objetivo de las Acciones del Programa

Este programa va dirigido a mejorar los resultados en salud de todas las personas con factores de riesgo, sospecha diagnóstica o diagnosticados con alteraciones visuales. Así mismo incluye a personas discapacitadas visualmente, con baja visión y ceguera por diferentes causas. Así como a las personas blanco de actividades de promoción, mantenimiento y prevención de alteraciones visuales.

11. Organización del Programa: Objetivos estratégicos

Este programa se construye con énfasis en la planeación estratégica de los servicios de salud visual en Colombia. Para lograr esto se proponen 4 objetivos estratégicos a ser desarrollados por los principales actores del sistema.

Objetivo Estratégico 1. Promover condiciones y estilos de vida saludables para el mantenimiento de la salud visual de la población, en los entornos clínico, comunitario, familiar, educativo y laboral/ocupacional.

Una de las acciones relevantes en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) es sin duda la promoción de la salud, propósito que va en consonancia con lo estipulado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en su dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, que en sinergia con estrategias como Visión 2020 de IAPB-OMS, intentan fortalecer las capacidades sectoriales e intersectoriales para el mantenimiento de la Salud Visual (SV).

El componente principal de la promoción de la salud, es la construcción o generación de condiciones, capacidades, y medios, necesarios, para que los individuos, las familias, y la sociedad en su conjunto, logren intervenir y modificar las condiciones de calidad de vida que deberá ser operada a través de una estrecha e integrada relación entre las entidades públicas y privadas, generando procesos de autocuidado en la población. La adopción de estilos de vida saludables que mantengan una salud visual por parte de la comunidad en todos sus entornos, es el eje central de este objetivo.

Estrategias

1. Promoción de la salud visual que permitan desarrollar aptitudes personales sobre su cuidado en los entornos comunitario, familiar, educativo y laboral/ocupacional.

Líneas de acción

- Promover estrategias de información, educación y comunicación para la población en general, orientado a la generación de hábitos de autocuidado, y reconocimiento de factores de riesgo (raza, obesidad, HTA, diabetes, entre otros) que orienten el mantenimiento de una buena salud visual en el curso de vida.
- Promover acciones de capacitación, asesoría y asistencia técnica para el autocuidado de salud visual en el personal de atención primaria de la salud y docente, con enfoque de curso de vida y factores de riesgo.
- Brindar asesoría, acompañamiento y asistencia técnica, a las entidades territoriales, para que a través del PSPIC, desarrollen intervenciones de promoción de la salud visual en sus territorios.

2. Coordinación intersectorial que permitan articular actividades de promoción de la salud visual en la población.

Líneas de acción

- Promover la creación de mesas de trabajo intersectorial orientadas a coordinar conjuntamente la planeación e implementación de acciones que promuevan la salud visual, con enfoque de curso de vida que incluya una aproximación diferencial y factores de riesgo.
- Generar espacios de participación ciudadana para promover prácticas de control y rendición de cuentas del programa de salud visual (por ejemplo comités de veeduría ciudadana).

Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Responsables	Acciones	Participantes	Periodicidad
Objetivo 1. Promover condiciones y estilos de vida saludables para el mantenimiento de la salud visual de la población, en el entorno clínico, comunitario, familiar, educativo y laboral/ocupacional.	1. Impulsar procesos de capacitación de la población sobre promoción de la salud visual en los entornos comunitario, familiar, educativo y laboral/ocupacional	Promover estrategias de información, educación y comunicación que generen hábitos y estilos de vida saludables para el mantenimiento de una buena salud visual.	Entes territoriales, Sector Privado	1. Diseñar/adaptar, evaluar e implementar estrategias informativas relacionadas con el autocuidado en relación a los signos de alerta tempranos de alteraciones visuales para buscar atención médica oportuna. 2. Utilización de diversos medios de comunicación y participación en la campaña Veo bien y vision2020, así como en los programas de salud visual nacionales. 3. Desarrollar un repositorio de	Academia, Medios de comunicación, Alianzas estratégicas sector público y privado, Comunidad. Organizaciones de la Sociedad Civil. Madres comunitarias	Anual

			información de salud visual para la comunidad desarrollado por diferentes sociedades científicas, academia y entes gubernamentales	
		Promover acciones de capacitación para el autocuidado de salud visual en los entornos: clínico, comunitario, educativo, familiar, y laboral/ocupacional.	1. Trabajar con la academia y otras organizaciones el desarrollo de talleres teórico-prácticos presenciales o virtuales que promuevan autocuidado en los diferentes	Sector educativo, IPS, EAPB, Entidades territoriales, Madres comunitarias

				entornos.	
		<p>Desarrollar actividades de sensibilización a grupos poblacionales con factores de riesgo (raza negra, obesos) de ocurrencia de glaucoma y retinopatía diabética con el fin de que asistan de forma oportuna a consulta en atención primaria</p>	<p>Secretaria de Salud, Comités Intersectoriales relacionados con enfoque diferencial. Mesas de afrocolombianos. Mesas de ECNT, EAPB</p>	<p>1. Desarrollar jornadas de tamizaje focalizado concertados con los actores específicos según región geográfica (afrocolombianos, obesos, diabéticos).</p> <p>2. Generar e implementar estrategias para mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud de atención primaria acerca de los factores de riesgo poblacionales con apoyo de los manuales,</p>	<p>Secretaria de Salud, IPS, EAPB, Sociedades científicas, Academia,</p>
					Semestral

			protocolos y guías nacionales. Por ejemplo afrocolombianos necesitan tamizaje por glaucoma, todos los diabéticos necesitan ser remitidos al oftalmólogo para tamización de retinopatía diabética.		
	Capacitar al personal de atención primaria de la salud, profesores y padres de familia en temas de promoción de salud visual en el ámbito educativo, clínico y laboral	Entes territoriales, Secretarías De Salud y Educación, Autoridades educativas, Asociaciones de Padres de familia. ICBF. Mesa Departamental	1. Desarrollar jornadas de capacitación y elaboración de materiales de capacitación basados en los manuales, protocolos y guías de práctica clínica de salud visual	IPS, EPS, ICBF, directivos de instituciones educativas, empresarios, asociaciones de padres de familia, profesores, comités de salud	Semestral

			de primera infancia. Centros de desarrollo infantil, Instituciones Educativas de Básica Primaria y Secundaria. ARL. EAPB	colombianas para profesionales de la salud y profesores. 2. Desarrollar materiales para la promoción de la salud visual específicos para padres de familia y empleadores.	ocupacional	
	2. Fortalecer procesos de coordinación intersectorial que permitan articular actividades de promoción de la salud visual en la población.	Promover la creación de mesas de trabajo intersectorial que planifiquen de manera conjunta, el desarrollo de actividades de IEC y de capacitación para la promoción de la salud visual de la población.	Entes territoriales, Secretarías de Salud, Secretarías de Educación, Secretarías de Trabajo	1. Convocatoria a los actores claves del tema en la región para concertar acciones conjuntas de capacitación y promoción de la salud visual, con apoyo de los materiales e insumos de OPS y MSPS.	Entes territoriales, Secretarías de Salud, Secretarías de Educación, Secretarías de Trabajo. EAPB	Semestral

		<p>Generar espacios de participación ciudadana para promover prácticas de control y rendición de cuentas del programa de salud visual.</p>	<p>Entes territoriales, Secretarías de Salud, MSPS</p>	<p>1. Fortalecer los portales web institucionales donde se divulguen los resultados de las acciones desarrolladas así como materiales de promoción</p> <p>2. Generar reportes a la comunidad de como los recursos asignados a salud visual son utilizados.</p>	<p>MSPS, Academia, Sociedades científicas, Defensoría del pueblo.</p>	<p>Trimestral</p>
--	--	--	--	--	---	-------------------

Objetivo Estratégico 2. Fortalecer la atención oportuna y de calidad de personas con sospecha diagnóstica o diagnóstico confirmado de alteraciones visuales

Introducción

Un alto porcentaje de discapacidad visual sigue siendo consecuencia de condiciones prevenibles. Según datos oficiales del SISPRO en Colombia para el 2014, la prevalencia de discapacidad visual permanente corresponde al 0.85% de las personas afectadas con alguna alteración visual. Entre las principales causas globales de discapacidad visual se encuentran la catarata, los defectos de refracción y el glaucoma, mientras que en los países de ingresos medios y altos, la principal causa de discapacidad visual corresponde a enfermedades de la retina (Lauss, 2012). OMS considera que la intervención prioritaria de estas 3 patologías, podría recuperar la visión de aproximadamente el 65% de los afectados (Vision 2020, 2014).

Como respuesta a esta problemática han surgido múltiples iniciativas desarrolladas por los gobiernos, organismos multilaterales en conjunto con la sociedad civil las cuales buscan aumentar la conciencia sobre las enfermedades visuales promoviendo el autocuidado. Este objetivo tiene como propósito facilitar el acceso y calidad a los servicios de salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de salud visual.

Estrategias

- 1. Detección oportuna de las alteraciones de salud visual en el entorno clínico, educativo, familiar, laboral/ocupacional considerando un enfoque diferencial.**

Líneas de acción:

- Incrementar los conocimientos de los prestadores de servicios de salud y la comunidad para la identificación de signos y síntomas de las alteraciones de salud visual

- Fortalecer los mecanismos de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, bajo un enfoque de atención primaria en salud, así como incrementar las coberturas para la tamización.
- Incrementar la cobertura y el registro del diagnóstico de alteraciones visuales por personal de salud entrenado (incluye prestadores de servicios de salud visual como ópticas particulares, cadenas de ópticas nacionales y transnacionales).
- Concertar y coordinar acciones intersectoriales con el Ministerio de Educación para la implementación del programa VEO BIEN APRENDO BIEN, con cobertura a nivel nacional en las escuelas del país.
- Promover la tamización para Retinopatía del prematuro, a todo niño que tenga algún factor de riesgo diferente de la edad Gestacional.
- Impulsar acciones tendientes a eliminar barreras de acceso al sistema de salud, con énfasis en de poblaciones y territorios desatendidos y donde habiten grupos de riesgo que impiden la detección oportuna de las alteraciones visuales como son la reducción de tiempos de espera para obtener una cita con el especialista para confirmación diagnóstica, desarrollo de acciones de tamización de alteraciones visuales en atención primaria por parte de médicos generales, pediatras, neonatólogos, enfermeras y optómetras.

2. Tratamiento oportuno y el seguimiento de los casos de alteraciones visuales diagnosticadas.

Líneas de acción:

- Fomentar acciones para mejorar el acceso a servicios especializados para el tratamiento oportuno de las alteraciones visuales

- Fortalecer y desarrollar, mecanismos que faciliten el acceso a la cirugía de catarata y de glaucoma a la población de bajos recursos y a la población de departamentos con alta prevalencia.
- Promover el desarrollo de una estrategia de telemedicina para ampliar la cobertura de atención de las alteraciones de salud visual en las regiones más vulnerables y apartadas del país.
- Verificar la disponibilidad de medicamentos para glaucoma con especial énfasis en los departamentos donde la patología es más prevalente.
- Impulsar acciones tendientes a eliminar barreras de acceso al sistema de salud, que impiden el tratamiento de las alteraciones visuales como son la oportuna referenciación al especialista para manejo integral, aprobación de los tratamientos en tiempos adecuados para prevención de progresión de la enfermedad u ocurrencia de ceguera, entrenamiento al personal, facilitar acceso a personas de regiones apartadas mediante brigadas de salud.
- Verificar la entrega de lentes y gafas para la corrección de defectos refractivos de acuerdo a las inclusiones del plan de beneficios por grupo de edad.
- Fomentar el uso de técnicas alternativas para la cirugía de catarata que pueden ser desarrolladas en lugares del país donde no se cuente con Facoemulsificación como lo son la cirugía de pequeña incisión y la cirugía extracapsular considerando la efectividad y seguridad en el contexto donde se desarrollará.

3. Vigilancia Epidemiológica de eventos de interés que afecten la salud visual de la población.

Líneas de acción

- Mejorar la calidad del RIPS mediante sensibilización de los profesionales de la salud a un registro correcto de CIE 10 en Salud Visual.

- Determinar la situación de salud visual en cada departamento , que permita la definición de acciones específicas de acuerdo con las necesidades identificadas
- Realizar seguimiento anual a los indicadores internacionales de salud visual como tasa de cirugía de catarata, número de especialistas en salud visual por habitante con el fin de hacer seguimiento al avance de las metas esperadas.
- Incluir la vigilancia epidemiológica por el SIVIGILA de aquellas patologías que de no ser tratadas a tiempo pueden llevar a baja visión o ceguera.
- Promover el uso de TCS como herramienta de apoyo al reporte.

4. Recurso humano para la detección oportuna y tratamiento de pacientes con enfermedades visuales.

Líneas de acción

- Promover procesos de planeación estratégica del recurso humano en salud, que permita dar respuesta técnica, oportuna y de calidad a niños con catarata congénita, defectos refractivos y retinopatía de la prematurez. Las acciones se darán desde la academia y los proveedores de servicios de salud a los expertos clínicos responsables de la atención.
- Proponer acciones intersectoriales con Instituciones de Educación Superior que mejoren las competencias (basadas en evidencia) del recurso humano para prevenir, tratar y rehabilitar las alteraciones de salud visual, especialmente de aquellos de zonas desatendidas del país.
- Fortalecer las competencias de la comunidad educativa, en la identificación de signos y síntomas de alteraciones visuales en la población escolar.

Estrategia	Líneas de acción	Responsables	Acciones	Participantes	Periodicidad
Facilitar la detección oportuna de las alteraciones de salud visual en el entorno clínico, educativo, familiar, laboral/ocupacional.	Fomentar los conocimientos de los prestadores de servicios de salud y la comunidad para la identificación de signos y síntomas de las alteraciones de salud visual	Entes territoriales, Sector Privado, EAPB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar/adaptar, evaluar e implementar estrategias informativas relacionadas para reconocer los signos y síntomas tempranos de alteraciones visuales en busca de atención médica oportuna 2. Realizar procesos de capacitación al personal de atención primaria para la identificación de signos y síntomas de alteraciones de la salud visual. 	Academia, Medios de comunicación, Alianzas estratégicas sector público y privado, Comunidad, IPS, EPS	Anual
	Incrementar la cobertura y el registro del diagnóstico de alteraciones visuales por personal de salud entrenado (incluye prestadores de servicios de salud visual como ópticas particulares, cadenas de ópticas nacionales y	IPS, EPA, Servicios escolares, Colegios.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar el acceso a los servicios de salud visual mediante la eliminación de barreras de acceso al SGSSS 2. Hacer exigible para todos los servicios de valoración de la función visual el reporte oportuno y de calidad al MSPS. 3. Apoyar el programa canguro para la detección temprana de catarata congénita y retinopatía del prematuro 	IPS, EPA, Ópticas con servicio de consulta, Servicios móviles de atención, Servicios escolares, Colegios, Programa Canguro	Trimestral

transnacionales).				
<p>Concertar acciones intersectoriales con el Ministerio de Educación para la implementación del programa VEO BIEN APRENDO BIEN, con cobertura a nivel nacional en todas las escuelas del país.</p>	<p>Secretarías de salud, secretarías de educación. ICBF. MSPS</p>	<p>1. Diseño, implementación y evaluación de jornadas de atención dentro del programa veo bien.</p>	<p>Colegios públicos y privados instituciones, centros de desarrollo infantil. Hogares comunitarios.</p>	<p>Semestral</p>
<p>Incluir dentro de los programas y políticas nacionales de diabetes, la detección precoz y tratamiento oportuno de retinopatía diabética.</p>	<p>MSPS</p>	<p>1. Fortalecer la línea de promoción de la salud visual mediante la concertación de actividades intrasectoriales entre las direcciones del ministerio.</p>	<p>MSPS</p>	<p>Trimestral</p>

<p>Promover la tamización para Retinopatía del prematuro, a todo niño que tenga algún factor de riesgo diferente de la edad Gestacional.</p>	<p>Secretarías de salud, EAPB, IPS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar a todos los profesionales de unidades neonatales en tamizaje de retinopatía del prematuro y medidas de prevención 2. Realizar tamizaje de acuerdo a los lineamientos del manual basado en la evidencia 	<p>Secretarías de salud, EPS, IPS. Neonatologos.</p>	<p>Semestral</p>
<p>Impulsar acciones tendientes a eliminar barreras de acceso al sistema de salud, que impiden la detección oportuna de las alteraciones visuales.</p>	<p>IPS, EAPB, Secretaria de salud, ópticas con consultorio, ARS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar grupos de discusión o encuesta para identificar puntos críticos de la ruta de servicios y barreras de acceso contextualizadas 2. Elaborar una serie de recomendaciones para las EPS dirigidas a la eliminación de barreras. 3. Generar criterios y condiciones para promover y facilitar que los médicos generales, pediatras, neonatologos, enfermeras entrenados desarrollen actividades de tamizaje de alteraciones visuales y realicen la remisión oportuna de acuerdo a las indicaciones de las guías de práctica clínica, protocolos y manuales basados en la evidencia. 	<p>IPS, EPS, Secretaria de salud, ópticas, ARS, Sociedades científicas</p>	<p>Semestral</p>

			4. Apoyar la implementación de la ruta de salud visual con énfasis en reducción de tiempos de espera para obtener una cita con el especialista para confirmación diagnóstica, desarrollo de acciones de tamización de alteraciones visuales en atención primaria por parte de médicos generales, pediatras, neonatólogos, enfermeras y optómetras.		
2. Promover acciones para asegurar el tratamiento oportuno y el seguimiento de los casos de alteraciones visuales diagnosticadas.	Fomentar acciones para mejorar el acceso a servicios especializados para el tratamiento oportuno de salud visual	IPS, EAPB, Secretaria de salud, ópticas con consultorio, ARS	1. Capacitar al personal de salud de atención primaria para que remitan a los pacientes oportunamente a consulta oftalmológica u optométrica de acuerdo a las indicaciones de las guías de práctica clínica, protocolos y manuales basados en la evidencia. 2. Favorecer condiciones de oportunidad en las agendas de citas para garantizar la atención	IPS, EPS, Secretaria de salud, ópticas, ARS	Semestral

		oportuna		
		<p>3. Actualizar las bases de datos de especialistas.</p> <p>4. Apoyar el mejoramiento en la disponibilidad de especialistas en los territorios más vulnerables, en aras de aumentar la cobertura de los diagnósticos y tratamientos visuales.</p>		
Facilitar el acceso a la cirugía de catarata y de glaucoma a la población de bajos recursos, riesgo y a la población de departamentos con alta prevalencia.	Secretaría de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EAPB, IPS	<p>1. Desarrollar brigadas focalizadas en regiones apartadas encaminadas a identificar a los usuarios destinatarios de la cirugía de catarata y garantizar la respectiva ruta de atención dentro del sistema en la entidad responsable.</p> <p>2. Realizar un inventario o análisis de la capacidad instalada en los departamentos para llevar a cabo este tipo de cirugías y/o planes de contingencia con los que cuenta cada entidad.</p> <p>3. Fortalecer la veeduría del cumplimiento de la normatividad en la autorización de cirugías.</p>	Secretaría de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EPS, IPS	continua

<p>Promover el desarrollo de una estrategia de telemedicina para ampliar la cobertura de atención de las alteraciones de salud visual en las regiones más vulnerables y apartadas del país.</p>	<p>Secretaría de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EPS, IPS.</p>	<p>De acuerdo a los recursos y a la prevalencia de glaucoma, apoyar la creación de unidades de telemedicina para el diagnóstico de glaucoma y retinopatía diabética en áreas remotas.</p>	<p>Secretaría de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EPS, IPS</p>	<p>Bianual</p>
<p>Verificar la disponibilidad de medicamentos para glaucoma con especial énfasis en los departamentos donde la patología es más prevalente.</p>	<p>MSPS, INVIMA, Secretaría de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EPS, IPS</p>	<p>1. Asesoría a las EPS en la accesibilidad de medicamentos para glaucoma, mediante el fortalecimiento e implementación de la política farmacéutica nacional.</p>	<p>Secretaría de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EPS, IPS</p>	<p>Semestral</p>

	<p>Impulsar acciones tendientes a eliminar barreras de acceso al sistema de salud, que impiden el tratamiento de las alteraciones visuales como son la oportuna referenciarían al especialista para manejo integral, aprobación de los tratamientos en tiempos adecuados para prevención de progresión de la enfermedad u ocurrencia de ceguera, entrenamiento al personal, facilitar acceso a personas de regiones apartadas mediante brigadas de salud.</p>	<p>MSPS, Secretaria de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EAPB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar directrices con los prestadores de servicios con el fin de romper barreras de acceso al sistema e implementar las rutas de atención integral en salud visual. 2. Monitorear y analizar las barreras de acceso presentadas por cada EAPB e IPS. 	<p>Secretaria de Salud, Superintendencia de salud, defensoría del usuario, EPS, IPS</p>	<p>Trimestral</p>
--	---	---	--	---	-------------------

<p>Garantizar la entrega de lentes y gafas para la corrección de defectos refractivos de acuerdo a las inclusiones del plan de beneficios por grupo de edad.</p>	<p>Superintendencia de salud, EAPB, IPS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar el acceso de la población en general a los servicios oftálmicos de acuerdo a su diagnóstico y tratamiento. 2. Monitorear la trazabilidad de los servicios oftálmicos por parte de las EAPB e IPS. 	<p>Secretaria de Salud, Superintendencia de Salud, EPS, IPS.</p>	<p>Trimestral</p>
<p>Fomentar el uso de técnicas alternativas para la cirugía de catarata que pueden ser desarrolladas en lugares del país donde no se cuenta con Facoemulsificación como lo son la cirugía de pequeña incisión y la cirugía extracapsular considerando la efectividad y seguridad en el contexto donde se desarrollará.</p>	<p>Secretaria de salud, EAPB, sociedades científicas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar espacios para la formación de oftalmólogos en técnicas quirúrgicas de catarata 2. Asegurar que se cuentan con los elementos para desarrollar los diferentes tipos de cirugía. 	<p>Secretaria de salud, IPS, EPS, sociedades científicas, oftalmólogos</p>	<p>Anual</p>

<p>3. Apoyar la vigilancia Epidemiológica de eventos de interés que afecten la salud visual de la población.</p>	<p>Mejorar la calidad del RIPS mediante sensibilización de los profesionales de la salud a un registro correcto de CIE 10 en Salud Visual.</p>	<p>EAPB, Secretaria de salud, ARS</p>	<p>1. Generar capacitaciones virtuales o presenciales sobre la relevancia de la oportunidad y calidad del reporte en RIPS, así como su incidencia en planeación de los servicios de salud visual.</p>	<p>IPS, Secretaria de salud, ARS EPS, de</p>	<p>Continua</p>
	<p>Identificar la situación de salud visual en cada ente territorial</p>	<p>Secretarias de salud, salud pública y epidemiología, secretaria de planeación de departamentos</p>	<p>1. Analizar información epidemiológica de forma sistemática y oportuna, con el fin de orientar la planificación de salud visual. 2. Realizar seguimiento anual a los indicadores internacionales de salud visual como tasa de cirugía de catarata, número de especialistas en salud visual por habitante, tasa de cirugías por glaucoma.</p> <p>2. Facilitar el reporte en áreas donde no es fácil apoyarse en el uso de TIC.</p>	<p>Secretarias de salud, salud pública y epidemiología, secretaria de planeación de departamentos. Academia</p>	<p>Anual</p>
	<p>Incluir la vigilancia epidemiológica por el SIVIGILA de aquellas patologías que de no ser tratadas a tiempo pueden llevar a baja visión</p>	<p>INS, MSPS</p>	<p>1. Gestionar la inclusión de los eventos más relevantes en salud visual dentro del SIVIGILA considerando el ASIS de salud visual nacional.</p>	<p>secretaria de salud, IPS, EPS, SISPRO</p>	

	o ciegos.				
4. Fomentar la formación de recurso humano para la detección oportuna y tratamiento de pacientes con enfermedades visuales.	Promover procesos de planeación estratégica del recurso humano en salud que permita dar respuesta técnica, oportuna y de calidad a la población desde la academia y los proveedores de servicios de salud a los expertos clínicos.	Sociedades científicas, academia, academia nacional de medicina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenciar las necesidades de recurso humano y gestionar una mejor distribución en los territorios. 2. Gestionar estímulos para ampliar la cobertura de oftalmólogos y optómetras en ciudades intermedias y municipios categoría 4,5,6. 3. Promover la realización de intercambio y transferencia de conocimientos en salud visual 	Sociedades científicas, academia, academia nacional de medicina	Anual

	<p>Proponer acciones intersectoriales con Instituciones de Educación Superior que mejoren las competencias (basadas en evidencia) del recurso humano para prevenir, tratar y rehabilitar las alteraciones de salud visual.</p>	<p>Sociedades científicas, academia, academia nacional de medicina</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la inclusión dentro de los currículum de educación básica de los profesionales de la salud temas de salud visual encaminados a cualificar la atención en el marco del cuidado oftalmológico. 2. Apoyar la creación de programas de especialización en las áreas específicas en las cuales existe bajo número de profesionales 3. Apoyar incrementar los cupos en especialización donde la cobertura regional y nacional es insuficiente 	<p>Sociedades científicas, academia, Academia nacional de medicina</p>	<p>Anual</p>
--	--	--	---	--	--------------

Objetivo Estratégico 3. Garantizar el acceso de la población con Baja visión o ceguera a intervenciones de habilitación y rehabilitación integral oportuna y de calidad, desarrolladas a nivel institucional y comunitario, que mejoren su inclusión en la sociedad.

La calidad de vida de las personas con baja visión y ceguera depende de una detección e intervención temprana, que dé lugar a un proceso de rehabilitación donde se busque la funcionalidad máxima, el desarrollo de las capacidades individuales y la participación en los espacios de la vida social (educación, recreación, salud, trabajo, cultura, deporte). La rehabilitación integral busca alcanzar niveles máximos de bienestar y para ello se requiere de la participación de todos los actores y sectores corresponsables de las políticas y de su implementación a nivel territorial.

Este objetivo también tiene como propósito favorecer el uso de los apoyos requeridos para la inclusión social de las personas con discapacidad visual, baja visión y ceguera con apoyo del trabajo intersectorial.

Estrategias

1. Acciones intersectoriales que promuevan trayectorias de atención continua y efectiva para la población con baja visión y ceguera.

Líneas de acción:

- Promover el diagnóstico y referencia de las personas que tengan discapacidad visual a los servicios de habilitación y rehabilitación abierta.
- Promover políticas que incluyan la atención a la baja visión dentro del sistema de salud y protección social.
- Impulsar acciones tendientes a eliminar barreras de acceso al sistema de salud, que impiden la consulta oportuna, eficiente y de calidad de los servicios de habilitación y rehabilitación abierta mediante la sensibilización del personal de salud, gestores y los diferentes actores acerca de los

derechos y deberes de la población con baja visión y ceguera.

- Fortalecer las acciones dirigidas a la familia y cuidadores de las personas con baja visión y ceguera, como actores fundamentales y corresponsables de los procesos de habilitación y rehabilitación abierta.
- Visibilizar los servicios y profesionales entrenados en rehabilitación abierta que prestan servicios en territorios

2. Cualificación al personal de salud adscrito a servicios de rehabilitación funcional, vocacional, profesional y social, para mejorar la efectividad de la atención de personas con baja visión y ceguera.

Líneas de Acción

- Generar estrategias, con academia, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, de capacitación para los funcionarios encargados de la habilitación y rehabilitación integral de personas con baja visión y ceguera.
- Sensibilizar al personal de salud sobre el uso adaptado de tecnologías de asistencia, dispositivos y ayudas técnicas, encaminadas a apoyar los procesos de rehabilitación funcional, vocacional y profesional de personas con baja visión y ceguera con apoyo intersectorial.

3. Coordinación intersectorial de los Programas, Proyectos y servicios de rehabilitación abierta encaminada a la inclusión social

Líneas de acción

- Fortalecer la aplicación de las normas de señalización y movilidad para personas con baja visión y ceguera, en todos los planes, programas y proyectos arquitectónicos relacionados con la prestación de servicios de salud visual.

Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Responsables	Acciones	Participantes	Periodicidad
Objetivo 3. Garantizar el acceso de la población con Discapacidad Visual, baja visión, ceguera a intervenciones de rehabilitación, rehabilitación integral oportunas y de calidad, desarrolladas a nivel institucional y comunitario, que mejoren su inclusión en la sociedad.	Generar acciones intersectoriales que promuevan trayectorias de atención continua y efectiva para la población con baja visión y ceguera.	<p>Promover el diagnóstico y referencia de las personas que tengan discapacidad visual a los servicios de rehabilitación y rehabilitación abierta.</p> <p>Promover políticas que incluyan la atención a la baja visión dentro del sistema de salud y protección social</p> <p>Impulsar acciones tendientes a eliminar barreras de acceso al sistema de salud, que impiden la consulta oportuna, eficiente y de calidad de los servicios de rehabilitación y rehabilitación</p>	Secretaría de salud, Secretaría de educación, comité departamental de discapacidad, EAPB	<p>1. Educar a los oftalmólogos y optómetras a realizar el diagnóstico de discapacidad visual y hacer la respectiva referencia a servicios de rehabilitación abierta.</p> <p>2. Inclusión del diagnóstico y referencia de la Baja visión en las rutas de atención en salud visual</p> <p>3. Presentar los estudios actuariales y justificación de inclusión de los tratamientos de Baja Visión al Consejo Nacional de Seguridad Social para su inclusión en el plan obligatorio</p> <p>4. Identificar las barreras de acceso a los servicios de rehabilitación y rehabilitación mediante encuestas de satisfacción a usuarios</p>	Secretaría de salud, Secretaría de educación, comité departamental de discapacidad	6 meses

		integral mediante la sensibilización del personal de salud, gestores y los diferentes actores acerca de los derechos y deberes de la población con baja visión y ceguera.		5. Analizar las recomendaciones de los usuarios por parte de los servicios	
		Fortalecer las acciones dirigidas a la familia y cuidadores de las personas con baja visión y ceguera, como actores fundamentales y corresponsables de los procesos de habilitación y rehabilitación funcional e integral	secretaría de salud, educación, ICBF, INCI, CRAC	1. Hacer partícipe a los cuidadores de que los procesos de habilitación y rehabilitación se den de manera oportuna, pertinente, de calidad y continua.	Secretaría de salud, Secretaría de educación, ICBF, INCI, CRAC, personas con ceguera y baja visión, sus familias y cuidadores

		<p>Visibilizar los servicios y profesionales entrenados en rehabilitación abierta que prestan servicios en territorios</p>	<p>secretaria de salud, EAPB</p>	<p>1. Elaborar un directorio regional/territorial de servicios de rehabilitación abierta, vocacional, profesional y social habilitados con los debidos requerimientos, para las personas con baja visión y ceguera del país.</p> <p>2. Realizar una convocatoria a todos los prestadores con el fin de actualizar los directorios</p> <p>3. Elaborar, en colaboración con los colegios científicos y asociaciones profesionales, un censo regional geo-referenciado de los profesionales capacitados para brindar servicios de habilitación y rehabilitación integral a personas con baja visión y ceguera.</p>	<p>secretaria de salud, ips, eps</p>	<p>trimestral</p>
--	--	--	----------------------------------	---	--------------------------------------	-------------------

<p>Cualificar el personal de salud adscrito a servicios de rehabilitación funcional, vocacional, profesional y social, para mejorar la efectividad de la atención de personas con baja visión y ceguera.</p>	<p>Generar estrategias, con academia, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, de capacitación para los profesionales encargados de la rehabilitación integral de personas con baja visión y ceguera.</p>	<p>Secretaría de salud, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, EAPB</p>	<p>1. Realizar un taller presencial o virtual con el fin de capacitar en el manejo integral de la rehabilitación y rehabilitación abierta a los profesionales encaminado a mejorar los servicios de los profesionales especializados en rehabilitación y rehabilitación.</p> <p>2. Incentivar a las instituciones académicas a desarrollar programas de especialización en baja visión, rehabilitación y rehabilitación abierta ofertados a profesionales de la salud visual.</p>	<p>IPS, EPS, sociedades científicas academia</p>	<p>bianual</p>
--	--	---	---	--	----------------

	<p>Sensibilizar al personal de salud sobre el uso adaptado de tecnologías de asistencia, dispositivos y ayudas técnicas, encaminadas a apoyar los procesos de rehabilitación funcional, vocacional y profesional de personas con baja visión y ceguera con apoyo intersectorial.</p>	<p>Secretaria de salud, sociedades científicas, Asociaciones, EAPB pacientes,</p>	<p>1. Realizar jornadas presenciales o virtuales relacionadas con la divulgación, uso y aplicación de tecnologías de habilitación, rehabilitación y ayudas técnicas.</p>	<p>Secretaria de salud, sociedades científicas, asociaciones, IPS;EPS, pacientes,</p>	<p>1. Anual</p>
--	--	---	--	---	-----------------

	<p>Coordinación intersectorial de los Programas, Proyectos y servicios de rehabilitación integral encaminada a la inclusión social</p>	<p>Fortalecer la aplicación de las normas de señalización y movilidad para personas con baja visión y ceguera, en todos los planes, programas y proyectos arquitectónicos relacionados con la prestación de servicios de salud visual.</p>	<p>EAPB, curadurías urbanas, defensoría del pueblo, secretarías de planeación.</p>	<p>1. Asegurar la inclusión de normas de accesibilidad y movilidad de las personas con discapacidad visual, baja visión y ceguera, en las instalaciones de los proveedores de servicios de salud visual (que tengan señalización idónea para que los discapacitados puedan acceder a los servicios).</p> <p>2. Capacitar a los proveedores de servicios de salud visual en la adecuación e implementación de normas para facilitar el tránsito de la población con baja visión y ceguera en sus instalaciones.</p>	<p>IPS, EPS, curadurías urbanas, defensoría del pueblo, secretarías de planeación</p>	<p>Bianual</p>
--	--	--	--	--	---	----------------

Objetivo Estratégico 4. Fortalecer la gestión administrativa y financiera para la promoción de la salud visual y control de las alteraciones visuales evitables.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 enfatiza en el fortalecimiento de la gestión administrativa y financiera de las entidades territoriales, aspecto que se puede lograr con la convergencia de todos los sectores. En el decreto 859 de 2014 se crea la comisión intersectorial de salud pública, la cual define las diferentes rutas de inclusión de recursos nacionales y territoriales para poder cofinanciar las acciones de la línea operativa de promoción de la salud. En este sentido se garantiza la asignación de recursos desde varias fuentes, una de ellas corresponde a los planes de beneficios ejecutables a través del POS, otra tiene que ver con los planes de intervenciones colectivas (PIC) que cubren la gestión en salud pública. También se debe tener en cuenta la obtención de recursos de fuentes locales que permitan llevar a cabo las acciones de implementación de este programa de salud visual.

Pero para poder operar estas gestiones es necesario tener a disposición, sistemas de información confiables. Este objetivo también tiene como propósito generar sistemas que permitan obtener datos robustos y de calidad que brinden la generación de evidencia clara, pertinente, eficaz y actualizada que permita llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de las acciones para mejorar la salud visual de la población.

Estrategias

- 1. Disponibilidad de recursos físicos, tecnológicos y de talento humano capacitado, para la atención de personas con las alteraciones de salud visual.**

Líneas de acción:

- Generar desde cada Secretaria de Salud Nacional acciones que implementen el Programa Nacional de Salud Visual en conjunto con otros sectores diferentes al sector salud en consonancia con el MIAS.

- Mejorar la infraestructura y equipamiento de las instituciones públicas en las entidades territoriales que garanticen la realización de acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento, habilitación y rehabilitación abierta de personas con alteraciones visuales en las entidades territoriales
- Formalizar la articulación de los planes de beneficios de PIC, POS y ARL con el fin de incrementar el acceso de la población a la atención de la salud visual.
- Facilitar en la agenda nacional, la coordinación intersectorial para la planeación estratégica de los recursos humanos necesarios para la implementación adecuada de este programa.
- Implementar el uso de nuevas tecnologías basadas en la evidencia que sean costo-efectivas para la detección oportuna de las alteraciones de salud visual.

2. Gestión financiera de los diferentes actores del sistema, orientada a la destinación de recursos específicos y su óptima ejecución, para la promoción de la salud visual y control de las alteraciones de salud visual.

Líneas de acción

- Desarrollar un sistema de presupuesto basado en resultados que asegure una administración efectiva y eficiente de los recursos económicos destinados a las actividades del programa.
- Optimizar la asignación del gasto operativo y los costos de atención, privilegiando el gasto de inversión de carácter estratégico y/o prioritario.
- Focalizar la asignación de recursos en concordancia con los procesos técnicos de cada entidad territorial.

- Promover la inclusión de estrategias de mejoramiento de salud visual en los planes de desarrollo de los departamentos de Colombia con las alteraciones de salud visual más prevalentes.
- 3. Gestión del conocimiento con aliados estratégicos, como academia, sociedad científica, agremiaciones, y sociedad civil, para el desarrollo de procesos de investigación en salud visual que permitan generar evidencia, suficiente, pertinente, oportuna, confiable y asequible, para tomar decisiones e implementar políticas públicas en esta materia.**

Líneas de acción

- Formalizar convenios de colaboración interinstitucional para la generación, transferencia y difusión de conocimiento basado en evidencia.
- Fomentar la toma de decisiones clínicas y de gestión administrativa, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.
- Crear mesas de trabajo intersectorial que propongan el desarrollo de líneas de investigación e innovación de nuevas tecnologías basadas en la evidencia, referentes a la salud visual para las poblaciones en riesgo en el país.
- Apoyar la creación de proyectos que busquen generar evidencia para Colombia acerca de la efectividad de las intervenciones propuestas para el manejo de alteraciones visuales.

12. INDICADORES PROGRAMA SALUD VISUAL

Objetivo 1

Elemento	Característica
Indicador 1	Proporción de personal de salud de atención primaria capacitado para realizar acciones de promoción de la salud visual.
Tipo de indicador	Proceso
Descripción del indicador	Mide el esfuerzo de las entidades territoriales de salud por desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes en personal de salud, para la detección, manejo y control de las alteraciones visuales más prevalentes en la población.
Método de cálculo	Personal de salud de atención primaria que fue certificado en la capacitación sobre salud visual / Total de programados para la capacitación en salud visual x 100
Periodicidad (frecuencia de medición)	Semestral
Responsable (del seguimiento)	Entidad Territorial de Salud / Ministerio de Salud y Protección Social.
Fuente de datos	Entidades territoriales

Elemento	Característica
Indicador 2	Proporción de departamentos con grupos intersectoriales (Educación, trabajo, promoción social, entre otros) conformados que realicen acciones de promoción y de gestión de la salud pública en salud visual.
Tipo de indicador	Proceso
Descripción del indicador	Verifica la participación de los diferentes sectores productivos y de servicios en la generación de actividades de promoción y gestión de la Salud Visual en los departamentos.
Método de cálculo	Número grupos intersectoriales en salud visual conformados por departamento/ número de departamentos

Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable (del seguimiento)	Entidades Territoriales/Ministerio de Salud y Protección Social
Fuente de datos	Entidades territoriales

Objetivo 2

Elemento	Característica
Indicador 3	Cobertura de valoración de la agudeza visual en atención primaria en población mayor de 50 años.
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del indicador	Mide el acceso de la población a la detección oportuna de deficiencias visuales.
Método de cálculo	$\text{Número de personas de mayores de 50 años con valoración de la agudeza visual} / \text{Total de la población blanco} \times 100$
Periodicidad (frecuencia de medición)	Mensual
Responsable (del seguimiento)	Instituciones públicas y privadas (EAPB, ET)
Fuente de datos	EAPB, Entidades Territoriales

Elemento	Característica
Indicador 4	Tasa de niños con retinopatía del prematuro
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del indicador	Mide el número de casos de niños con retinopatía del prematuro y permite ver sobre el tiempo el impacto de las actividades de prevención y tamización.
Método de cálculo	$\text{Número de niños prematuros diagnosticados con ROP en un año} / 1000 \text{ niños nacidos prematuros}$

Periodicidad (frecuencia de medición)	Semestral
Responsable (del seguimiento)	Instituciones públicas y privadas (EAPB, ET)
Fuente de datos	RIPS, SISPRO

Elemento	Característica
Indicador 5	Cobertura del programa veo bien aprendo bien por departamento
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del indicador	Mide la cobertura del programa veo bien aprendo bien en las instituciones educativas de los entes territoriales
Método de cálculo	Número de instituciones educativas que han implementado el programa / Número de instituciones educativas por departamento *100
Periodicidad (frecuencia de medición)	Mensual
Responsable (del seguimiento)	Secretarías de educación
Fuente de datos	Secretarías de educación

Elemento	Característica
Indicador 6	Cobertura de tratamientos de catarata congénita por departamento
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del indicador	Mide la cobertura de catarata congénita en el país y que son objeto de este programa.
Método de cálculo	Número de menores de 5 años con tratamiento por catarata congénita / Número de menores de 5 años diagnosticados con catarata congénita x 100
Periodicidad (frecuencia de medición)	Trimestral
Responsable (del seguimiento)	Instituciones públicas y privadas

Fuente de datos	SISPRO
------------------------	--------

Elemento	Característica
Indicador 7	Cobertura de tratamientos de retinopatía del prematuro por departamento
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del indicador	Mide la cobertura de retinopatía del prematuro en el país y que son objeto de este programa.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de prematuros tratados por retinopatía del prematuro}}{\text{Número de prematuros diagnosticados con retinopatía del prematuro por departamento}} \times 100$
Periodicidad (frecuencia de medición)	Trimestral
Responsable (del seguimiento)	Instituciones públicas y privadas
Fuente de datos	SISPRO

Elemento	Característica
Indicador 8	Tasa de cirugía de catarata
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del indicador	Es una medida de rehabilitación de una limitación visual que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes al reinsertarlos a su comunidad. Es un indicador internacional de salud visual.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de cirugías de catarata realizadas en una población determinada en el plazo de un año}}{\text{Total población por departamento}} \times 1.000.000$
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable (del seguimiento)	Ministerio de Salud y Protección Social
Fuente de datos	SISPRO

Objetivo 3

Elemento	Característica
Indicador 9	Proporción de citas de habilitación y rehabilitación para personas con baja visión y ceguera por departamento
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del indicador	Es una medida de seguimiento a las acciones sectoriales e intersectoriales que realizan las entidades territoriales para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad visual, baja visión y ceguera.
Método de cálculo	Número de citas de habilitación y rehabilitación para personas con baja visión y ceguera/ Número de atenciones por departamentos x 100
Periodicidad (frecuencia de medición)	Semestral
Responsable (del seguimiento)	Ministerio de Salud y Protección Social
Fuente de datos	Entidades territoriales

Elemento	Característica
Indicador 10	Proporción de profesionales entrenados en habilitación y rehabilitación abierta por departamento
Tipo de indicador	Estructura
Descripción del indicador	Permite dar seguimiento a la disponibilidad de recurso humano cualificado para la atención de personas con discapacidad visual, baja visión y ceguera.
Método de cálculo	Número de profesionales entrenados en habilitación y rehabilitación abierta por departamento/ Total de población por departamento por millón de hab.
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable (del seguimiento)	Ministerio de Salud y Protección Social
Fuente de datos	REPS, DANE, Entidades Territoriales

Objetivo 4

Elemento	Característica
Indicador 11	Proporción de oftalmólogos por habitante
Tipo de indicador	Estructura
Descripción del indicador	Es un indicador <i>proxy</i> de disponibilidad de recursos humanos para la atención de personas con alteraciones visuales. Es un indicador internacional
Método de cálculo	Numero de Oftalmólogos por departamento/Población total por departamento x 1.000.000 hab.
Periodicidad (frecuencia de medición)	Semestral
Responsable (del seguimiento)	Entidades Territoriales de Salud
Fuente de datos	REPS, EAPB, Entidades Territoriales

Elemento	Característica
Indicador 12	Proporción de optómetras por habitantes
Tipo de indicador	Estructura
Descripción del indicador	Es un indicador <i>proxy</i> de disponibilidad de recursos humanos para la atención de personas con alteraciones visuales. Es un indicador internacional
Método de cálculo	Numero de Optometras por departamento/Población total por departamento x 1.000.000 hab.
Periodicidad (frecuencia de medición)	Semestral
Responsable (del seguimiento)	Entidades Territoriales de Salud
Fuente de datos	REPS, EAPB, Entidades Territoriales

Elemento	Característica
Indicador 13	Ejercicio presupuestal del Programa Nacional De Atención Integral En Salud Visual 2016-2022.
Tipo de indicador	Resultado
Descripción del	Permite realizar seguimiento de los recursos económicos

Indicador	destinados al programa con el propósito de generar una adecuada rendición de cuentas.
Método de cálculo	Presupuesto ejecutado para el cumplimiento de los objetivos del programa por ente territorial / Total del presupuesto asignado al programa x 100
Periodicidad (frecuencia de medición)	Anual
Responsable (del seguimiento)	Entidades territoriales de salud / Ministerio de Salud y Protección Social
Fuente de datos	Entidades Territoriales

13. Estrategias Claves de acuerdo al Curso de vida

Ciclo vital - Nivel	Promoción/Prevención	Detección oportuna	Tratamiento	Rehabilitación
Primera Infancia (Niños de 0-5 años) # personas disponibles a intervenir 5.162.488	Estrategias de prevención de parto prematuro: controles natales en APS, identificación de factores de riesgo y factores protectores.	<p>Tamizaje por retinopatía del prematuro a todos los niños prematuros en unidades neonatales de acuerdo a las semanas de gestación realizado por oftalmólogo</p> <p>Tamizaje por catarata congénita a todos los neonatos con factores de riesgo en salas de parto desarrollado por neonatologos y pediatras</p> <p>Tamizaje para defectos refractivos y ambliopía para todos los niños menores de 5 años realizado por personal de salud en instituciones educativas e IPS.</p>	<p>Estrategias de acceso a Cirugía de catarata congénita y fotocoagulación láser para ROP realizado por oftalmólogo entrenado.</p> <p>Prescripción y suministro de los lentes correctivos por parte de las EPS.</p> <p>Estrategias de acceso a Terapia oclusiva o con penalización farmacológica para el tratamiento de la ambliopía.</p> <p>Estrategias de acceso a Cirugía de catarata congénita realizada por oftalmólogo entrenado.</p>	Estrategias de acompañamiento a familias y cuidadores sobre los controles requeridos, los cuidados, y el manejo de la condición a personas con discapacidad visual desarrolladas por EPS, IPS, SS

<p>Infancia (Niños de 6-11 años)</p> <p># personas disponibles a intervenir 5.120.430</p>	<p>Educación sobre autocuidado y búsqueda de atención en hogar y colegios</p>	<p>Trabajo intersectorial con escuelas para tamizaje visual en escolares para identificación de defectos refractivos y otras patologías oculares.</p>	<p>Prescripción y suministro de los lentes correctivos por parte de las EPS.</p> <p>Estrategias de acceso a Cirugía de catarata congénita realizada por oftalmólogo entrenado.</p>	<p>Talleres relacionados con el uso adecuado de las ayudas técnicas requeridas y la asistencia a los respectivos controles</p>
<p>Adolescencia (12-18 años)</p> <p># personas disponibles a intervenir 6.084.992</p>	<p>Educación sobre autocuidado y búsqueda de atención en hogar y colegios</p>	<p>Trabajo intersectorial con escuelas para tamizaje visual en escolares para identificación de defectos refractivos y otras patologías oculares</p>	<p>Prescripción y suministro de los lentes correctivos.</p> <p>Estrategias de acceso a Cirugía de catarata congénita realizada por oftalmólogo entrenado.</p>	<p>Jornadas de salud visual para maestros, padres y cuidadores, relacionadas con el buen uso y mantenimiento adecuado de las gafas, lentes y otras ayudas</p>
<p>Juventud (19-26 años)</p> <p># personas disponibles a intervenir 6.743.700</p>	<p>Educación sobre autocuidado y búsqueda de atención en hogar y universidades</p>	<p>Trabajo intersectorial con universidades para tamizaje visual en estudiantes para identificación de defectos refractivos y otras patologías oculares</p>	<p>Prescripción y suministro de los lentes correctivos por parte de las EPS.</p>	<p>Talleres relacionados con el uso adecuado de las ayudas técnicas requeridas y la asistencia a los respectivos controles</p>
<p>Adultez (27-59 años)</p> <p># personas disponibles a intervenir 19.403.926</p>	<p>Educación sobre autocuidado y búsqueda de atención en trabajo, hogar, actividades sociales</p>	<p>Tamizaje de glaucoma en adultos afrodescendientes mayores de 40 años (aproximadamente 2.888.877 año 2005) en APS.</p> <p>Tamizaje de glaucoma en adultos mayores de 50 años con factores de</p>	<p>Prescripción y suministro de los lentes correctivos.</p> <p>Prescripción y suministro de medicamentos para glaucoma por parte de las EPS.</p> <p>Estrategias de acceso a Cirugía de catarata</p>	<p>Jornadas de información sobre los procesos de rehabilitación y autocuidado, las ayudas técnicas y tecnológicas que favorezcan la autonomía e independencia.</p>

		<p>riesgo en APS</p> <p>Trabajo intersectorial para tamizaje visual para identificación de defectos refractivos y otras patologías oculares en el trabajo en APS, ARP, campañas institucionales</p>	<p>realizada por oftalmólogo</p> <p>Estrategias de acceso a tratamiento quirúrgico de glaucoma realizada por oftalmólogo entrenado.</p>	
<p>Adulto Mayor o Vejez (60 años o más)</p> <p># personas disponibles a intervenir</p> <p>5.146251</p>	<p>Educación sobre autocuidado y búsqueda de atención en hogar, actividades sociales, grupos del adulto mayor</p>	<p>Tamizaje de glaucoma en adultos mayores de 50 años con factores de riesgo en APS</p> <p>Tamizaje de catarata en mayores de 50 años en APS</p> <p>Tamizaje de agudeza visual en mayores de 60 años en APS</p>	<p>Prescripción y suministro de los lentes correctivos.</p> <p>Prescripción y suministro de medicamentos para glaucoma por parte de las EPS.</p> <p>Estrategias de acceso a Cirugía de catarata realizada por oftalmólogo</p> <p>Estrategias de acceso a tratamiento quirúrgico de glaucoma realizada por oftalmólogo entrenado.</p>	<p>Jornadas de apoyo psicológico y acompañamiento para el proceso.</p>
<p>Población diabética independiente de la edad</p>	<p>Educación sobre autocuidado y búsqueda de atención en hogar, trabajo, actividades sociales, instituciones educativas, grupos del adulto mayor</p>	<p>Tamizaje de retinopatía diabética por oftalmólogo a todos los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 1, 5 años después de confirmado el diagnóstico sin importar la</p>	<p>Estrategias de acceso a Fotocoagulación láser para pacientes con retinopatía diabética</p>	<p>Estrategias de acompañamiento a las familias y cuidadores sobre la evolución de las patologías existentes y los cuidados caseros e institucionales requeridos</p>

		edad		
		Tamizaje de retinopatía diabética por oftalmólogo a todos los pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 desde el momento del diagnóstico		

13. Referencias

- Aldunate E, Córdoba J. Formulación de programas con la metodología de marco lógico. CEPAL/ONU. Santiago de Chile, abril de 2011. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/uneclac/unpan045744.pdf>
- Banco Mundial. (1993). Informe sobre el desarrollo mundial. Banco Mundial.
- Banco Mundial. Construyendo un sistema de monitoreo y evaluación basado en resultados para el desarrollo social. Versión Preliminar. Junio 2008. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICOINSPANISH/Resources/5-1DocumentoErnestoCordero090608.pdf>
- Blanco M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población año 5, vol. 8, enero-junio, p 5-31
- 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.
- CIDE-Centro CLEAR para América Latina. Monitoreo, Evaluación y Gestión por Resultados. Aprendizaje y Cooperación Sur-Sur para la Innovación: El Papel de los Actores Subnacionales. Maldonado Trujillo Claudia, Galíndez Hernández Cristina, Editoras. 1a. Edición, 2013, México D.F. 452 págs. Disponible en: http://www.clear-la.org/home/wp-content/uploads/2015/10/Monitoreo_Evaluacio%CC%81n-y-Gestio%CC%81n-por-Resultados_Maldonado-y-Gali%CC%81ndez_0.pdf
- Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Gherzi 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.
- 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.
- Glen H. Elder, Jr. (1978) Family History and the Life Course. Transitions The Family and the Life Course in Historical Perspective. by Academic Press, Inc.
- IAPB Latinoamérica / Organización Panamericana de la Salud. (2011). Indicadores de Implementación de VISIÓN 2020 . Obtenido de http://www.v2020la.org/v2020/docs/2011_National_V2020_Implementation_Data.pdf
- Lansingh. (2010). Cataract surgery rates in latin america: a four-year longitudinal study of 19 countries. . Ophthalmic Epidemiol. , 17:75-81.
- 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.

- 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.
- Mariotti, S. (2010). Global estimates in visual impairment. Obtenido de http://www.who.int/blindness/VI_BJO_text.pdf.
- Marmot M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet.370(9593):1153-63
- Marmot M. (2008) Health in a just society. The Lancet.372(9642):881-2.
- Ministerio de Salud de Colombia. Ley Estatutaria No.1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Ministerio de Salud. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Marzo 15 de 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- World Health Organization. (November de 2013). Methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. Obtenido de http://www.who.int/healthinfo/statistics/GlobalDALYmethods_2000_2011.pdf?ua=1
- Zin, A, Gole GA. Retinopathy of prematurity-incidence today. Clin Perinatol 2013 Jun;40(2):185-200.

Anexo 1. Validación del programa

Adaptado del Manual para la adaptación/desarrollo de Guías de práctica clínicas basadas en la Evidencia. Universidad Nacional de Colombia. http://www.gets.unal.edu.co/manual_gpc.html

Metodología:

La metodología de validación tiene dos pasos.

1. Método participativo virtual: Los participantes tuvieron un espacio para enviar los comentarios del Programa.

2. Método participativo presencial: La metodología de la sesión presencial es una adaptación del Método Delphi en tiempo real o RAM por su nombre en inglés (RAND/UCLA Appropriateness Method):

- Se presentó cada objetivo estratégico y estrategia con sus líneas de acción del Programa Nacional de Salud Visual 2016-2022 y los indicadores de evaluación.
- Se abrió un espacio de discusión para que los 14 representantes de Sociedades Científicas, Secretarías de Salud e Instituciones Referentes de Salud Visual expresarán sus opiniones y puntos de vista.
- Los participantes votaron electrónicamente por estrategia y líneas de acción de cada objetivo del programa y sus indicadores de acuerdo al nivel de acuerdo o desacuerdo que se tenga con la declaración, siendo 1 el puntaje más bajo y 7 el más alto:

Fuertemente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo no en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

Resultados

OBJETIVO	Mediana	Rondas	Decisión
Objetivo Estratégico 1. Estrategia 1	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 1. Estrategia 2	7	1	Totalmente de acuerdo
Objetivo Estratégico 2. Estrategia 1	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 2. Estrategia 2	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 2. Estrategia 3	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 2. Estrategia 4	5	1	De acuerdo
Objetivo Estratégico 3. Estrategia 1	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 3. Estrategia 2	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 4. Estrategia 1	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 4. Estrategia 2	6	1	Muy de acuerdo
Objetivo Estratégico 4. Estrategia 3	6	1	Muy de acuerdo
Indicador 1	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 2	6	1	Muy de acuerdo
Indicador 3	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 4	6	1	Muy de acuerdo
Indicador 5	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 6	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 7	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 8	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 9	5	2	De acuerdo
Indicador 10	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 11	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 12	7	1	Totalmente de acuerdo
Indicador 13	7	1	Totalmente de acuerdo