



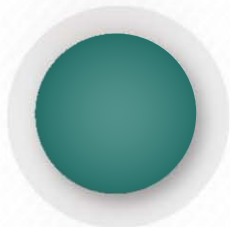
Un ambiente tranquilo garantiza una audición segura

**La audición sana en Colombia es
responsabilidad de todos.**

**Genera ambientes tranquilos y respeta el espacio de
los demás; así contribuyes con la salud auditiva.**

 MINSALUD

 **TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Si estás en casa...

- Tienes derecho a la tranquilidad y la responsabilidad de no molestar a los demás con el ruido de electrodomésticos, música, tacones y otros elementos en el hogar.
- Evita incomodar o interferir en la tranquilidad de los demás: no compres juguetes para niños que produzcan excesivo ruido, y lee las instrucciones de uso de equipos y aparatos.
- No te expongas ni uses equipos que produzcan sonidos distorsionados o con altos niveles de volumen.

Para una audición segura...

- Identifica las fuentes de ruido; conoce tus derechos y exige el respeto de los mismos, para el control y manejo del ruido de cada lugar.
- Conoce el manual de deberes y comportamientos para una sana convivencia, descanso y tranquilidad en comunidad y el régimen de propiedad horizontal.

Si eres del sector educativo...



- Entera a tus estudiantes sobre las normas de protección del ambiente y respeto por un entorno tranquilo.
- Promueve comportamientos para reducir el ruido en el aula y enseña las implicaciones de la contaminación sonora, así como los daños en el ecosistema producidos por los altos niveles de ruido.

Si eres trabajador

- Infórmate, conoce y aplica el programa de conservación auditiva de su empresa y de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
- Conoce los principios generales de prevención y los acuerdos de convivencia para que no generes ruido innecesario a los demás.

Por una audición segura

- Establece métodos de trabajo que reduzcan la necesidad de exponerse a ruido.
- Elige equipos de trabajo adecuados que generen el menor nivel de ruido posible.
- Evalúa la interferencia en la comunicación.
- Conoce los elementos de protección personal adecuados para cada tipo de ruido.



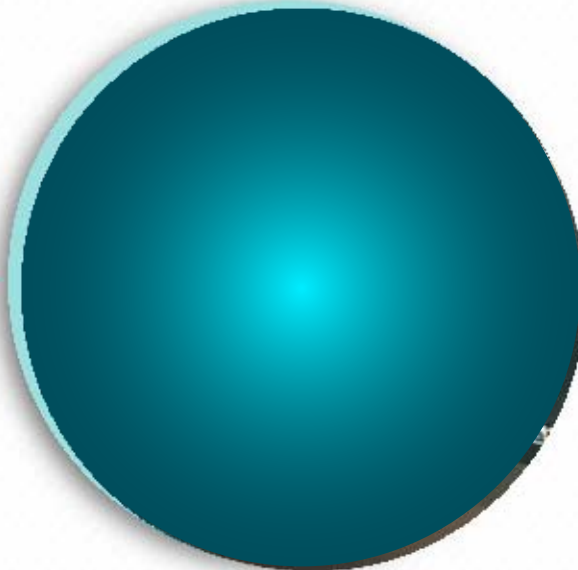


Si usas la tecnología que va cerca del oído

- La tecnología nos hace la vida más fácil; sin embargo, los auriculares generan daño de las células ciliadas del oído debido a la presión sonora que ejerce el nivel de volumen, ocasionando la pérdida auditiva.

Por una audición segura

- Esta es la regla de oro AA / 60 - 40 dB para una audición segura:
- Autorregula el uso del reproductor musical a máximo 60 minutos al día;
- Autocontrolar el volumen a menos de 40 dB.
- Así conservarás intacta y sana la sensibilidad auditiva.





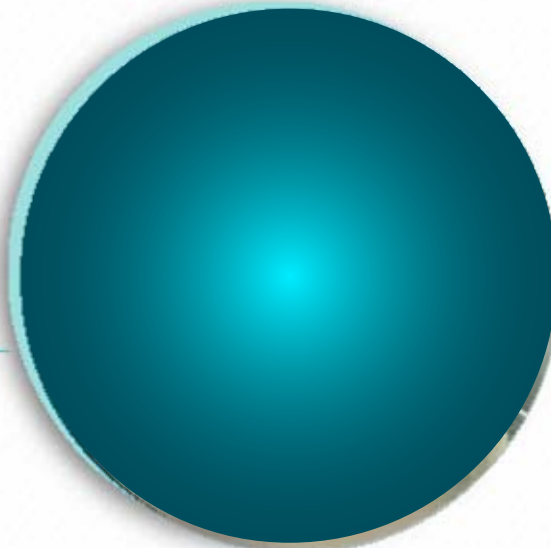
Una empresa administradora de servicios de salud debe:



- Informar y educar a sus usuarios sobre las pautas de cuidado del oído, medidas de prevención y conductas protectoras.
- Capacitar al personal de salud sobre alertas tempranas de daño auditivo y a la salud, detección precoz y rutas de atención.

Por una audición segura

- Informa sobre el derecho a la salud y tranquilidad a que tienen los usuarios.
- Promueve ambientes tranquilos como entornos protectores de la salud auditiva.





MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LINEAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD VISUAL, CONTROL DE ALTERACIONES VISUALES Y DISCAPACIDAD VISUAL EVITABLE (ESTRATEGIA VISION 2020)

**Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles**

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

JOSE FERNANDO VALDERRAMA
Subdirector de Enfermedades no transmisibles (E)

Coordinación técnica

Jose Fernando Valderrama

Subdirector Enfermedades No Transmisibles

Elaboración

Alejandra Castillo Angulo

Profesional especializado

Grupo de gestión integrada de la salud cardiovascular, bucal, del cáncer y otras condiciones crónicas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Antecedentes	6
2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	8
3.OBJETIVO.....	¡Error! Marcador no definido.
4. POBLACIÓN OBJETO	23
5. MARCO NORMATIVO Y LEGAL	23
6. Análisis situacional.....	28
6.1. Componente sobre condiciones de vida (Determinantes Sociales de Salud).....	30
7. Estrategia para el abordaje de la temática.....	31
7.1. Hoja de Ruta.	31
8. Conclusiones y recomendaciones	¡Error! Marcador no definido.
9. Referencias.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexos	¡Error! Marcador no definido.

PRESENTACION

El presente documento tiene como finalidad, ofrecer orientaciones generales para la implementación de estrategias orientadas a la promoción de la salud visual en Colombia el control de alteraciones visuales, y la prevención de la ceguera evitable, en el marco del Plan Decenal de Salud pública 2012-2021, definiendo una hoja de ruta, que propone diferentes líneas operativas y brinda unos marcos de referencia para la ejecución de acciones en los territorios.

La implementación tiene como propósito principal, el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud visual de la población colombiana, mediante la afectación positiva de los modos, condiciones, y estilos de vida, dentro de un marco de escenarios cotidianos como son (familia, escuelas, universidades, organizaciones, instituciones), igualmente, pretende aportar en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta sectorial, intersectorial, institucional y comunitaria, para prevenir, controlar los riesgos, identificar , atender las necesidades de salud visual de forma temprana y resolutiva, y resolver las condiciones de enfermedad ya instauradas, incidiendo directamente sobre las personas, la familias, la comunidad y el entorno.

1. INTRODUCCIÓN

La Salud Visual se define como la “ausencia de aquellas alteraciones visuales, que impiden al ser humano conseguir un estado físico, cultural, estructural y funcional de bienestar social”. También es considerada como la ausencia de enfermedad ocular, acompañada de una buena agudeza visual. De igual forma, la salud visual se constituye en el resultado de una serie de determinantes estructurales que impactan en su desarrollo, los factores económicos, políticos y sociales, así como la red de atención, profesionales que prestan servicio, instituciones de formación en Salud Visual y marco legal, entre otros factores, incidirán en la capacidad de acceso de la población a la atención en salud y en consecuencia, al estado de su Salud Visual.

Cuando se cuenta con una buena salud visual, se fortalece la salud en general, aumenta la capacidad de aprendizaje y desarrollo, se mantiene la autonomía e independencia de las personas, permitiéndoles un adecuado desempeño en su vida cotidiana.

Según la organización Mundial de la salud, las alteraciones visuales no están distribuidas equitativamente en el mundo, las regiones menos desarrolladas están cargadas con la proporción más grande, los adultos mayores de 50 años presentan la mayor carga, y las mujeres en comparación con los hombres, están presentando mayores índices de alteración visual.

La discapacidad visual y la ceguera, ocupan el segundo tipo de discapacidad humana con mayor prevalencia mundial. La modificación del término baja visión, incluye los defectos de refracción como causas fundamentales de discapacidad visual. Los cambios epidemiológicos modernos han modificado la etiología del deterioro visual en el adulto, y explican que la discapacidad visual y la ceguera se producen frecuentemente por causas adquiridas, no infecciosas o progresivas, además se acompañan de múltiples factores de riesgo y de entidades sistémicas, que tienen la capacidad de generar discapacidad múltiple y otras alteraciones oculares, de igual forma, fenómenos como el incremento de la expectativa de vida en mujeres y hombres, y una mayor cantidad de años expuestos a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), han modificado la etiología de la discapacidad visual y de la ceguera en el ámbito mundial, en particular ciertos continentes y regiones, entre ellos, el continente Americano.

De toda la población, la infantil es un grupo prioritario en el manejo de los defectos visuales, puesto que enfrenta un proceso de aprendizaje para los cuales, dichas alteraciones no corregidas pueden implicar dificultades en el desempeño escolar y retraso en el proceso de desarrollo psicosocial.

La visión se desarrolla principalmente en los primeros seis años de vida, en esta edad, cualquier obstáculo en el desarrollo de la visión, causa disminución rápida de la agudeza visual y un tratamiento oportuno promueve una pronta recuperación; por lo tanto es fundamental la estrategia de atención primaria en salud visual en la población escolar, las técnicas utilizadas son relativamente sencillas para que sean realizadas por personal de atención primaria e incluso por los docentes previamente entrenados, con lo cual la salud visual de los niños/as se encontraría sumamente beneficiada, puesto que solo el 25% de esta población presenta síntomas y a medida que avanza la madurez, disminuye la posibilidad de recuperación de las patologías visuales, como por ejemplo las ambliopías.

Para mantener una buena salud visual, hay que evitar todos aquellos hábitos que conlleven un esfuerzo de la vista, como no llevar la corrección óptica apropiada, también el exceso o deficiencia de iluminación; la mala alimentación por déficit vitamínico; una higiene inapropiada de

la cara y de los ojos, y el tocarse los párpados constantemente con las manos sucias pueden provocar infecciones; el tabaquismo, que reseca la lágrima; apretar o rascar los ojos cuando pican porque causa problemas de la córnea; no dormir lo suficiente, porque durante las horas de sueño la superficie ocular se recupera de las agresiones de todo el día y se produce una regeneración de las células epiteliales que revisten la cara anterior del ojo; no emplear gafas adecuadas que nos protejan de los rayos solares.

La falta de visión en su extremo más grave produce ceguera, pero casi nunca es mortal, por tal motivo los gobiernos con mayores dificultades económicas, cuando desarrollan sus políticas sanitarias dan prioridad a determinados aspectos de la salud que revisten mayor gravedad. Esto ocasiona que todo aquello relacionado con la visión, ya sean patologías oculares o simplemente visión deficiente, estén muy desatendidos. Son muchos los países que no disponen de ningún servicio de atención visual, sin embargo, una correcta visión es imprescindible para el desarrollo de cualquier sociedad.

La consecuencia de la falta de accesibilidad a los servicios de salud, es la exclusión de la población desfavorecida (población, pobre y sin trabajo formal, niños, tercera edad, población rural, etc.) que a su vez se ve reflejado en una alta prevalencia de cegueras curables. El impacto negativo para el PIB del país debido a la ceguera y la disminución de la agudeza visual podría ser 2.000 de unos 3.209 millones de dólares (OPS, 2007), por lo tanto, los problemas visuales tienen un alto costo económico y también social para la región.

Al mismo tiempo, la exclusión en Salud visual tiene un alto costo de oportunidad, ya que produce fracaso escolar, e impide en parte aumentar en número los estudiantes de secundaria, universitaria, que apenas llega al 50 % y al 20% respectivamente de la población.(OMS)

La persistencia de problemas visuales debidos a la falta de sensibilización, detección y tratamiento, también impide a una parte de la población, tener acceso a las nuevas tecnologías, y posibilitar un mayor avance tecnológico en el país.

Lo anterior conlleva a establecer un escenario epidemiológico y etiológico, para poder ejecutar un buen manejo clínico, orientado a acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad visual y la ceguera, a través de diferentes profesionales de la salud, que permitan una intervención integral e integrada del paciente.

Este documento, describe el plan estratégico para las intervenciones de salud visual, que serán orientadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de complementar, desarrollar, e implementar, políticas y programas que contribuyan con el fortalecimiento de la salud visual en el territorio nacional.

1.1. Antecedentes

Para el año 2000, el entonces Ministerio de la Protección Social, mediante la aprobación de la Resolución 412, estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. En salud visual particularmente, reglamentó 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.

En el año 2006 a través de la resolución 4045, Colombia, acoge el **PLAN VISION 2020** “El derecho a la visión” de la Organización Mundial de la Salud, la cual 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.

El principal objetivo de la OMS con la implementación del programa VISION 2020, es el de sensibilizar a la comunidad acerca del problema, movilizar recursos y desarrollar con los gobiernos programas nacionales de promoción de la salud y de prevención de la ceguera, advierte que de no desarrollarse acciones urgentes requeridas, el número de ciegos e impedidos visualmente se convertirán en un problema de salud pública con altas repercusiones socioeconómicas

En el año siguiente, el Ministerio de la Protección Social adopta el Plan Nacional de Salud Pública **2007-2010, a través del Decreto 3039**, de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud, encaminado a mejorar las condiciones de salud en la población, con la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, en el objetivo 6 cita: “Disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, a través de la promoción de acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables”.

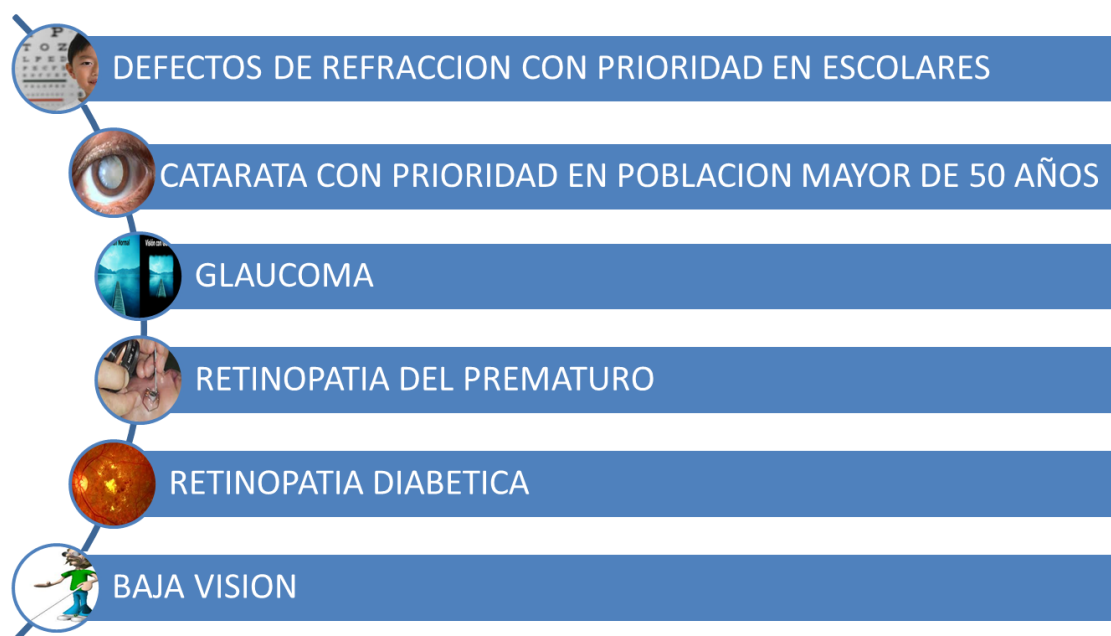
En la actualidad, **el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**, el cual constituye la carta de navegación que plantea la línea de trabajo, para dar respuesta a los desafíos actuales de salud pública, establece dentro de la dimensión “vida saludable y condiciones No transmisibles” diferentes estrategias para la promoción de la salud visual, el control de alteraciones visuales y la discapacidad visual evitable, también establece una meta, que responde a la detección temprana de los defectos de refracción en población infantil, y el tratamiento oportuno de los mismos.

En respuesta a una solicitud formulada por los estados miembros de la 65ª Asamblea mundial de la salud en 2011, la secretaria, en estrecha consulta con los estados miembros y los asociados internacionales, elaboró un proyecto de plan de acción, para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019. El contenido y la estructura de ese plan, se basan en la experiencia sobre prevención de la discapacidad visual evitable adquirida, gracias a la participación en importantes asociaciones y alianzas internacionales y en enseñanzas extraídas de la ejecución de intervenciones integrales de salud ocular. Se hizo un gran esfuerzo por hacer participar a todos los interesados en la elaboración del plan de acción y recabar sus opiniones acerca del proyecto, mediante consultas en la web y reuniones consultivas organizadas por la

secretaría. La 66ª Asamblea mundial de la salud hizo suyo el plan de acción con la adopción de la Resolución WHA66.4, titulada “Salud ocular universal”: un plan de acción mundial 2014-2019.

2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

A continuación se describen y resaltan, algunos conceptos y definiciones técnicas de los eventos que hacen parte del desarrollo del documento, de la política de salud visual que se pretende implementar en los territorios, y que constituyen una prioridad de abordaje, se indica el porqué de la necesidad de abordaje de los mismos, en el marco de la estrategia visión 2020 y su inserción en el sistema de Seguridad Social en Salud.



❖ SALUD VISUAL

Tener salud visual implica que no existen enfermedades en el sentido de la visión, ni en estructuras de los ojos, al mismo tiempo que la persona goza de buena agudeza visual. Se constituye en la ausencia de aquellas alteraciones visuales, que impiden al ser humano conseguir un estado físico, cultural, estructural y funcional de bienestar social.

❖ AGUDEZA VISUAL

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos especiales con unas condiciones de iluminación buenas. Para una distancia al objeto constante, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña, tiene más agudeza visual que otro que no la ve, esta condición se evalúa a través de distintas técnicas, una de ellas y de las más comunes es el Test de Snellen.

El sistema de salud establece actividades de detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, a través de la Resolución 412 de 2000 a personas en edades de 4, 11, 16, 45, 55,65 años en adelante.

❖ DEFECTOS DE REFRACCION.

Los defectos de refracción o ametropías son todas aquellas situaciones en las que por mal funcionamiento óptico, el ojo no es capaz de proporcionar una buena imagen, esto conlleva a la disminución de la agudeza visual y en muchos casos a la baja visión, los defectos refractivos son considerados como prioridad de abordaje por su alta carga de morbilidad en especial en la población escolar y porque de detectarse de forma oportuna pueden ser tratados y manejados logrando un alta probabilidad de prevenir ceguera.

Los defectos refractivos son: Miopía, hipermetropía, astigmatismo y ambliopía, los síntomas principales son la visión borrosa, picazón, sensación de tensión en los ojos y, ocasionalmente, dolor de cabeza, estos últimos provocados por un sobreesfuerzo continuado. Estos síntomas suelen desaparecer al corregir el defecto, ya sea con anteojos, lentes de contacto o por cirugía.

¿POR QUE LOS DEFECTOS REFRACTIVOS SON UNA PRIORIDAD DE ABORDAJE?

Como se mencionaba anteriormente, los defectos de refracción son considerados eventos que proporcionan un alta carga de deficiencia visual y discapacidad, no siempre pueden ser prevenidos, sobre todo cuando se trata de factores genéticos y hereditarios, sin embargo, pueden ser controlados y compensados cuando se detectan a tiempo, especialmente en la etapa escolar; esto permitirá prevenir complicaciones como la ambliopía.

El enfoque de las actividades promocionales y preventivas en los territorios, está orientado a la detección temprana de los defectos de refracción, con especial énfasis en la población infantil, igualmente es importante realizar actividades de demanda inducida hacia los servicios de salud, diagnóstico y tratamiento en todo el curso de vida, desarrollo de actividades de información, educación, y comunicación, que permita generar conocimiento a la población frente al tema, el cual ya es considerado un problema de salud pública a nivel mundial.

❖ LOS DEFECTOS REFRACTIVOS EN EL POS

El plan obligatorio de salud, cubre la consulta de optometría y oftalmología a todos los grupos de edad en todos los regímenes de afiliación, para la identificación, diagnóstico y tratamiento de los defectos de refracción, el médico general realizará la remisión a este servicio.

En cuanto a corrección óptica la cobertura está establecida de la siguiente manera:

ARTÍCULO 58 RESOLUCION 6408 DE 2016. LENTES EXTERNOS. En el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico (**incluye policarbonato**) en las Siguietes condiciones:

1. En Régimen Contributivo:

Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual.

La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

2. En Régimen Subsidiado:

a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se cubren una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años de edad se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

PARÁGRAFO. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

❖ CATARATA

Una catarata ocurre cuando el cristalino se nubla total o parcialmente afectando la visión, esto puede ocurrir en uno o en ambos ojos pero no es transmisible de un ojo al otro; la mayoría de las cataratas están relacionadas con el envejecimiento y son muy comunes en las personas mayores; generalmente cuando se llega a los 80 años de edad, más de la mitad de las personas tienen una catarata o han tenido una operación de cataratas.

Las cataratas relacionadas con la edad se desarrollan de dos maneras:

1. Cuando las acumulaciones de proteína reducen la claridad de la imagen que llega a la retina.

El cristalino está compuesto en su mayoría por agua y proteína. Cuando esta proteína se acumula, nubla el cristalino disminuyendo la luz que llega a la retina. La opacidad puede ser tan severa que hace borrosa la visión. La mayoría de las cataratas relacionadas con la edad se desarrollan debido a las acumulaciones de proteína. Cuando la catarata es pequeña, la opacidad afecta solamente una pequeña porción del cristalino, en estos casos no se sienten cambios notorios de visión, sin embargo, las cataratas tienden a "crecer" lentamente, por lo tanto la visión se deteriora gradualmente, con el tiempo, el área opaca del cristalino se puede agrandar y la catarata puede aumentar de tamaño, la visión se dificulta, haciéndose más opaca o más borrosa.

2. Cuando el cristalino cambia lentamente a un color amarillento o marrón, añadiendo un tinte marrón a la visión.

El cristalino es transparente, sin embargo con la edad poco a poco adquiere color; la visión puede lentamente ir adquiriendo un color marrón, al principio la cantidad del color puede ser poca sin causar problemas con la visión, pero con el tiempo el color se intensifica y puede hacer más difícil leer y hacer otras actividades rutinarias, aunque la coloración no afecta la claridad de la imagen transmitida a la retina, si puede afectar la percepción de colores, en especial los tonos azulados y rojizos.

El riesgo de cataratas aumenta al envejecer, otros factores de riesgo para las cataratas son:

- Ciertas enfermedades (por ejemplo, la diabetes).
- Comportamientos individuales (uso de tabaco o alcohol).
- El medio ambiente (exposición prolongada a los rayos ultravioletas del sol).

¿PORQUE LA CATARATA ES UNA PRIORIDAD DE ABORDAJE?

El siguiente cuadro muestra las Veinte primeras causas según AVISAS (x 1000 personas), en ambos sexos de 60 a 69 años, Carga de Enfermedad Colombia 2005, donde la catarata ocupa el puesto número 11.

Cuadro 1.

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
1	Cardiopatía hipertensiva	75,640	71,578	4,062
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	49,986	42,208	7,778
3	Cardiopatía isquémica	31,841	2,346	29,495
4	Glaucoma	24,397	24,397	-
5	Trastornos Bipolares	21,365	21,365	-
6	Caries dental	21,230	21,230	-
7	Enfermedad cerebrovascular	12,877	1,104	11,773
8	Diabetes Mellitus	9,764	0,224	9,540
9	Cirrosis Hepática	9,036	6,068	2,968
10	Cáncer de Estómago	6,175	0,260	5,915
11	Cataratas	6,131	6,131	-
12	Cáncer de Traquea, Bronquios, Pulmón	6,025	0,176	5,848
13	Asma	5,078	4,764	0,314
14	Otras enfermedades del sistema circulatorio	4,372	-	4,372
15	Otras enfermedades del sistema digestivo	4,259	-	4,259
16	Nefritis y nefrosis	3,895	1,232	2,663
17	Depresión mayor unipolar	3,397	3,391	0,006
18	Infecciones de vías respiratorias inferiores	3,361	0,112	3,248
19	Otros tumores malignos	3,039	-	3,039
20	Cáncer de Colon y Recto	3,013	0,353	2,660

Como se mencionaba anteriormente existen diversas causas para la aparición de la catarata, por esta razón, las actividades promocionales y preventivas deben estar enfocadas a la generación de hábitos saludables y a la detección oportuna, sin embargo, el enfoque principal está orientado a la prevención de ceguera por catarata, (Aumentar la tasa de cirugía de catarata).

Para reducir la incidencia de ceguera por catarata es necesario tener una tasa de cirugía de catarata que sea al menos igual a la incidencia de catarata “operable”, donde “operable” dependa de la indicación de cirugía.

La catarata representa cerca del 48% de los casos de deficiencia visual en el mundo, siendo una causa recuperable por medio de cirugía.

Estudios recientes sugieren que la restauración de la visión por medio de la cirugía de cataratas produce beneficios económicos y sociales para la familia, el individuo y la sociedad. Un estudio realizado en la India mostró que los individuos operados de cataratas aumentaron su productividad anual en aproximadamente el 1.500% del valor del costo de la cirugía.

Según la OMS, el número anual de cirugías necesarias para eliminar la ceguera por catarata se estima entre 2.000 y 4.000 cirugías por millón de habitantes, conforme la región, diversos factores contribuyen para no alcanzar un número satisfactorio de cirugías como dificultades económicas, culturales y desconocimiento del tratamiento quirúrgico, estos son citados como barreras a la disminución de la ceguera y baja visión por catarata.

Es necesario establecer una estrategia de salud pública para ofrecer cirugía segura, eficiente y efectiva en la oferta de oportunidades en los servicios existentes.

Según el manual de prevención de ceguera de la OMS programa visión 2020, Colombia se encuentra en el tercer grupo de países de América latina que tiene entre 27 y 35 oftalmólogos

por millón de habitantes, precediendo a México y superando a Perú, Costa Rica, Paraguay, Ecuador y República dominicana.

De acuerdo al análisis que realizó la OMS, Colombia cuenta con recurso humano adecuado para el manejo de la causa prevenible de ceguera como es la catarata, sin embargo, en Colombia la mayor concentración de oftalmólogos se encuentra en las grandes ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, y barranquilla, lo cual se convierte en una barrera al momento de acceder al servicio en las zonas rurales o apartadas.

De igual manera, Colombia también se encuentra entre los países de América latina que cuenta con el mayor número de optómetras por millón de habitantes con un valor aproximado entre 56 y 100 optómetras, sin embargo aunque este perfil se encuentra mejor distribuido en el país, lo cual permite un mejor acceso al servicio, de acuerdo al último análisis realizado por (REPS), registro de instituciones prestadoras de servicios de salud, el mayor número de instituciones prestadoras de servicios de salud visual, son de carácter privado, esto también constituye una barrera de acceso, en especial para las personas de régimen subsidiado que no cuentan con los recursos necesarios para asistir a una consulta particular.

Un indicador muy importante para los programas de prevención de ceguera por catarata es el número de cirugías de catarata realizada en un año por millón de habitantes, TCC o tasa de cirugía de catarata.

En Colombia según el estudio denominado Nacional VISION2020 Implementation Data, Latin and North America, realizado el 30 de Abril de 2008, se describe que Colombia se encuentra en el segundo grupo de países de América Latina con una tasa de cirugía entre 1000 y 1796, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2. TASA DE CIRUGIA DE CATARATA EN LA REGION DE LAS AMERICAS

PAÍS	TCC
URUGUAY	1796
COLOMBIA	1300
MÉXICO	1275
PANAMÁ	1197
EL SALVADOR	1000
NICARAGUA	1000

De acuerdo a lo anterior, es necesario fortalecer los canales que permiten el acceso a la cirugía de catarata en Colombia, partiendo desde procesos de información, educación y comunicación a la comunidad, acerca de sus derechos frente al sistema de salud.

❖ LA CATARATA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

En Colombia la cirugía de catarata se encuentra cubierta en los planes de beneficios del plan obligatorio de salud, tanto para el régimen subsidiado, como para el régimen contributivo, lo anterior determina una diferencia en relación con otros países de la región, donde este tipo de

servicio no está cubierto por los planes de salud y se prestan de forma independiente en el sector privado o a través de programas específicos.

El Plan obligatorio de salud subsidiado y contributivo, incluye la Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología, en cualquier grupo de edad, ambulatoria, con hospitalización, quirúrgica, no quirúrgica, diagnóstica y terapéutica para dicha patología e incluye:

- Suministro del Lente Intraocular y su implantación.
- Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento.

ASPECTOS OPERATIVOS PARA EL ABORDAJE DE LA CATARATA EN LOS TERRITORIOS

Prevención primaria

ACCIONES PROMOCIONALES	ACCIONES PREVENTIVAS
Promover el uso de protección solar con filtros	Realizar actividades de demanda inducida a servicios de salud, especialmente en población mayor de 50 años.
Educación y sensibilización a los profesionales de la salud.	Desarrollar actividades de tamizaje donde se realice valoración de fondo de ojo
Promoción del consumo de frutas y verduras.	Fortalecimiento de los servicios de primer nivel para la detección oportuna de la catarata.
Promoción del no consumo de tabaco.	Prevención y control de la diabetes como factor de riesgo
	Control de la obesidad.
	Controlar el uso excesivo de corticoides.

Prevención secundaria

Consiste en adoptar medidas, que eviten que las personas se vuelvan ciegas por catarata, una vez identificada la patología es necesario realizar el tratamiento adecuado y oportuno, dicho tratamiento es esencialmente quirúrgico, y el médico tratante debe definir la técnica más adecuada según el caso, es importante mencionar que el plan obligatorio de salud de Colombia, posee una cobertura amplia de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la catarata, incluyendo la extracción extra-capsular de cristalino por facoemulsificación.

Prevención Terciaria

Las acciones que pueden ser aplicadas en este nivel de prevención son:

- Operar a los pacientes que ya se encuentran ciegos por catarata.
- Realización de cirugía a las personas que presentan ceguera recurrente.

- Vincular a las personas ciegas en un programa de auxilio a la baja visión.

❖ GLAUCOMA

El ojo fabrica un líquido en forma constante llamado humor acuoso, que tiene varias funciones importantes. El humor acuoso circula dentro del ojo desde la cámara posterior a la cámara anterior, y sale del ojo a través de una serie de canales altamente especializados que forman una malla, y que se llama malla trabecular o trabeculado.

Esta malla trabecular se ubica en una zona del ojo llamada ángulo camerular, de acuerdo a las características del ángulo se puede clasificar a los glaucomas en función de si el ángulo es abierto o cerrado, entre otras posibilidades.

Habitualmente existe un balance entre la producción y la salida del humor acuoso para mantener la forma y la función del ojo. Cuando el humor acuoso no puede salir del ojo, la presión intraocular (PIO) aumenta, lo que puede llevar al desarrollo del glaucoma. Si la presión está elevada en forma importante o por un período prolongado, daña el nervio óptico.

Cuando se daña el nervio óptico, se comienza a perder el campo visual. Primero se empieza a perder el campo visual periférico. En esta etapa las personas no notan nada, y cuando notan una disminución de su campo visual han perdido un gran porcentaje del mismo. Los exámenes disponibles en la actualidad son capaces de detectar el déficit visual con gran anticipación, mucho tiempo antes de que este déficit signifique un problema para la vida cotidiana de las personas.

No muy frecuentemente, el glaucoma puede ocurrir con PIO normal, lo que se denomina glaucoma de presión normal.

Existen distintos tipos de glaucoma, el más común se denomina glaucoma primario de ángulo abierto, también llamado glaucoma crónico simple. Otros tipos de glaucoma son el glaucoma de ángulo cerrado, el glaucoma de presión normal, el glaucoma pigmentario, glaucoma exfoliativo o pseudoexfoliativo, juvenil, congénito, etc.

¿PORQUE EL GLAUCOMA ES UNA PRIORIDAD DE ABORDAJE?

El glaucoma es otro ejemplo y uno que puede ser un reto aún más grande desde la perspectiva de la salud pública. Controlar la ceguera causada por glaucoma requiere una detección precoz, el cumplimiento terapéutico por parte del paciente y un tratamiento que dura toda la vida. Se calcula que el glaucoma es responsable del 12% de la ceguera en el mundo. Sin embargo, existen numerosas cuestiones no resueltas acerca del control de glaucoma que privan a muchas poblaciones de servicios especializados de oftalmología.

En Colombia, el glaucoma se encuentra entre las principales causas de morbilidad según AVISAS tal como se muestra en el siguiente cuadro, de acuerdo al rango de edad.

Cuadro 3. Veinte primeras causas según AVISAS (x 1000 personas), en ambos sexos de 30 a 44 años, Carga de Enfermedad Colombia 2005.

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
1	Cardiopatía hipertensiva	52,201	51,857	0,344
2	Caries dental	45,688	45,688	-
3	Agresiones	21,962	0,137	21,825
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,609	9,441	0,168
5	Asma	9,578	9,408	0,170
6	Glaucoma	8,568	8,568	-
7	Depresión mayor unipolar	6,200	6,200	-
8	Accidentes de tránsito	4,897	0,094	4,803
9	Cirrosis Hepática	4,509	4,011	0,497
10	Esquizofrenia	4,307	4,307	-
11	VIH SIDA	3,924	0,095	3,829
12	Cardiopatía isquémica	3,168	0,214	2,954
13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	2,956	2,953	0,004
14	Cisticercosis	2,539	2,529	0,010
15	Epilepsia	2,534	2,043	0,491
16	Artritis reumatoide	2,457	2,443	0,014
17	Trastornos Bipolares	2,125	2,125	-
18	Otras lesiones no intencionales	2,090	-	2,090
19	Enfermedad cerebrovascular	1,947	0,150	1,797
20	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	1,778	0,100	1,678

Cuadro 4. Veinte primeras causas según AVISAS (x 1000 personas), en ambos sexos de 45 a 59 años, Carga de Enfermedad Colombia 2005.

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
1	Cardiopatía hipertensiva	78,454	77,065	1,389
2	Caries dental	35,005	35,005	-
3	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	29,366	27,655	1,711
4	Edentulismo	25,942	25,942	-
5	Glaucoma	25,735	25,735	-
6	Cardiopatía isquémica	12,873	0,742	12,131
7	Cirrosis Hepática	10,000	8,237	1,763
8	Agresiones	8,129	0,077	8,053
9	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del SNC	8,048	8,014	0,034
10	Asma	7,956	7,673	0,283
11	Enfermedad cerebrovascular	6,450	0,444	6,006
12	Diabetes Mellitus	4,056	0,369	3,688
13	Trastornos Bipolares	3,834	3,834	-
14	Artritis reumatoide	3,740	3,667	0,072
15	Cáncer de Estómago	3,341	0,113	3,228
16	Accidentes de tránsito	3,243	0,073	3,170
17	Nefritis y nefrosis	2,898	1,708	1,190
18	Depresión mayor unipolar	2,708	2,701	0,007
19	Cáncer de Mama	2,685	0,142	2,544
20	Cáncer Cérvico-uterino	2,517	0,182	2,335

Cuadro 5. Veinte primeras causas según AVISAS (x 1000 personas), en ambos sexos de 60 a 69 años, Carga de Enfermedad Colombia 2005.

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
1	Cardiopatía hipertensiva	75,640	71,578	4,062
2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	49,986	42,208	7,778
3	Cardiopatía isquémica	31,841	2,346	29,495
4	Glaucoma	24,397	24,397	-
5	Trastornos Bipolares	21,365	21,365	-
6	Caries dental	21,230	21,230	-
7	Enfermedad cerebrovascular	12,877	1,104	11,773
8	Diabetes Mellitus	9,764	0,224	9,540
9	Cirrosis Hepática	9,036	6,068	2,968
10	Cáncer de Estómago	6,175	0,260	5,915
11	Cataratas	6,131	6,131	-
12	Cáncer de Traquea, Bronquios, Pulmón	6,025	0,176	5,848
13	Asma	5,078	4,764	0,314
14	Otras enfermedades del sistema circulatorio	4,372	-	4,372
15	Otras enfermedades del sistema digestivo	4,259	-	4,259
16	Nefritis y nefrosis	3,895	1,232	2,663
17	Depresión mayor unipolar	3,397	3,391	0,006
18	Infecciones de vías respiratorias inferiores	3,361	0,112	3,248
19	Otros tumores malignos	3,039	-	3,039
20	Cáncer de Colon y Recto	3,013	0,353	2,660

Lo anterior, indica como a mayor edad, mayor prevalencia de glaucoma, y aunque es un patología que no genera mortalidad, si es responsable de un alta carga de Discapacidad.

❖ GLAUCOMA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

En Colombia el tratamiento para el glaucoma se encuentra cubierto por el POS.

- Soluciones oftálmicas para el control de la presión intraocular.
- Tratamiento quirúrgico (Iridotomía o iridectomía laser)

Aunque la mayoría de los factores de riesgo de glaucoma, como herencia familiar, la edad y la raza, no se pueden prevenir o controlar, se pueden desarrollar actividades promocionales orientadas al autocuidado y a la demanda inducida de servicios para valoración visual oportuna.

ACCIONES PROMOCIONALES Y PREVENTIVAS

PROMOCION	PREVENCION
Desarrollar acciones de IEC, sobre glaucoma.	Desarrollar actividades de detección precoz de glaucoma
Difundir medidas de prevención.	Realizar demanda inducida a personas con factores de riesgo.
Promoción de la alimentación saludable	Fortalecer los primeros niveles de atención para lograr detecciones oportunas.
Promoción de hábitos de vida saludable para prevenir la HTA y la diabetes.	

❖ RETINOPATIA DEL PREMATURO (ROP)

La Retinopatía del Prematuro es un trastorno retinal de los niños prematuros de bajo peso, caracterizado por proliferación de tejido vascular que crece en el límite entre la retina vascular y avascular que potencialmente puede provocar ceguera.

Con el avance de la tecnología, ha aumentado la supervivencia de los niños prematuros de menos de 1250 g. de peso, y está presentándose en forma creciente el problema de Retinopatía del Prematuro (ROP), que consiste en el desarrollo anormal de vasos en la retina periférica y de los cuales la mayoría se resuelve espontáneamente. Sin embargo existen algunos que progresan llegando inclusive a la ceguera total o una pérdida sensible de la visión.

Este problema es prevenible en un 50% con un tratamiento oportuno a base de cirugía láser y crioterapia. Para poder llegar a este diagnóstico es necesario realizar un tamiz a todos los prematuros de riesgo que sean atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en el que se requiere la participación de los médicos oftalmólogos, retinólogos, neonatólogos, pediatras, médicos generales, enfermeras especialistas, que con conciencia y compromiso detecten este problema.

Principales Factores de riesgo

- Peso al nacimiento inferior a 1600g
- peso superior a 1600g pero que han recibido oxigenoterapia prolongada o han sido sometidos a transfusiones o han sufrido sepsis, anemia, hipoglucemia.

¿PORQUE LA RETINOPATIA DEL PREMATURO ES UNA PRIORIDAD DE ABORDAJE?

La mayor causa de ceguera ocurre como consecuencia de las enfermedades de retina, y constituyen la mayor prevalencia de ceguera en la infancia en el mundo, algunos niños son ciegos por condiciones como la retinosis pigmentaria, o el retinoblastoma, para las cuales no existe tratamiento ni prevención, pero en el caso de la retinopatía del prematuro se pueden desarrollar actividades de prevención y es manejable en etapas tempranas.

- La Retinopatía del Prematuro es una de las causas de ceguera que puede ser prevenible en un 50%.
- La creciente sobrevida de prematuros de muy bajo peso al nacer se acompaña de un aumento rápido del número de niños afectados.
- Con el examen intencionado y bien realizado, es posible evitar un daño que a la larga tiene un muy alto costo económico, social y familiar, por lo tanto es esencial detectar y tratar la retinopatía dentro de los dos a tres días después de su diagnóstico.
- El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno han demostrado ser intervenciones de un elevado índice de costo efectividad, debido a que previenen la discapacidad visual.
- Los niveles de sub registro de la patología son altos por lo que es necesario validar la información disponible.
- El apoyo y capacitación a personal médico, costo de equipo y adiestramiento es sustancialmente menor contra años de vida saludables perdidos por ceguera.

Existe una proyección para el año 2003 del Instituto Nacional Para Ciegos de Colombia que informa 6% de ceguera por retinopatía de la prematuridad (ROP), y otras publicaciones muestran cómo la ROP es responsable de 10.6% de ceguera infantil en Colombia; cada vez se encuentran más artículos donde se sugiere que la ceguera por ROP está en aumento y que pronto será un problema de salud pública en América Latina.

❖ RETINOPATIA DEL PREMATURO EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

En Colombia se creó un lineamiento para la implementación del método **Madre canguro**, con el propósito de Suministrar a los hospitales o centros especializados, las herramientas metodológicas y clínicas, necesarias para poder desempeñarse con un alto nivel de calidad en la aplicación del mismo, como un método de atención del neonato prematuro o de bajo peso al nacer, Igualmente, busca Incrementar y fortalecer la capacidad de los hospitales, para implementar el programa de manera integral, con énfasis en el constante seguimiento interdisciplinario al infante, que permita garantizar su adecuado desarrollo y logre el empoderamiento de los padres en el óptimo cuidado y protección para su bebé.

Según las guías de atención integral de la OMS, y la Guía No 5 para detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares desarrolladas en el marco de la resolución 412 del 2000; para todos los recién nacidos con antecedentes de peso menor de 1.500 g o con edad gestacional al nacimiento menor de 32 semanas, o pacientes con peso al nacer entre 1.500 y 2.000 gramos, que en concepto del neonatólogo hayan tenido un compromiso grave de su estado general en el período neonatal, deben ser evaluados por lo menos en dos ocasiones antes de ser dados de alta por el oftalmólogo, la primera de las evaluaciones que sean necesarias se debe realizar a las 4 a 6 semanas después del nacimiento o, alternativamente a las 31 a 33 semanas de edad postconcepcional o postmenstrual, y el tiempo y el número de exámenes subsecuentes deben ser determinados por el examinador.

El equipo definido en el programa Madre canguro para asistir a los niños prematuros en las unidades de recién nacidos está conformado por:

Pediatra, Psicólogo, Trabajador Social, Oftalmólogo, Fisioterapista Nutricionista; en cuanto a la evaluación para descartar retinopatía del prematuro, Idealmente debe ser realizada por un oftalmólogo con experiencia en este tipo de exámenes (oftalmólogo pediatra o retinólogo) y en caso de no estar disponible el profesional con estas características, la evaluación puede ser realizada por un oftalmólogo general, en un nivel de atención alto.

❖ RESOLUCION 2003/ 2014 –HABILITACION DE SERVICIOS-ROP

ESTANDAR	DEFINICION DE NORMA
Procesos Prioritarios	La institucion debe implementar procesos para el manejo de la retinopatia del prematuro y el protocolo de remision del prematuro al seguimiento en plan canguro.
Interdependencia.	Disponibilidad de: Valoracion con oftalmologia con entrenamiento en retinopatia del prematuro.

❖ ACCIONES PROMOCIONALES Y EDUCATIVAS.

Promocionales	Educativas (personal médico y padres de familia)	Responsables.
Planificación familiar.	Supervisión del cuidado del niño	ET, EAPB, IPS.
Nutrición(Micronutrientes)	Alimentación al seno materno y nutrición materna.	ET, EAPB, IPS.
Cuidado preconcepcional.	Monitoreo de crecimiento y desarrollo	ET, EAPB, IPS.
Control Prenatal.	Participación y concientización comunitaria.	ET, EAPB, Equipos básicos de salud.
Cuidado Postparto	Inmunizaciones	EAPB, IPS,
	Normas y lineamientos.	MSPS.
	Monitorización Intraparto	EAPB, IPS, Academia.
	Servicios Quirúrgicos	EAPB, IPS, Academia.
	Sistemas de referencia y contra referencia.	EAPB, IPS
	Reanimación neonatal	EAPB, IPS, Academia.
	Control Térmico.	EAPB, IPS, Academia.
	Asistencia respiratoria	EAPB, IPS, Academia.

❖ MEDIDAS PREVENTIVAS

Como se ha probado en todas las patologías, la mejor inversión que se puede hacer es la prevención, y las medidas primarias son las más efectivas, ya que deberíamos tender a que no haya prematuros o bajo peso al nacimiento. Para ello es necesario retomar la integralidad de la atención médica y por lo tanto los gineco-obstetras o médicos generales tienen un papel importante en la prevención al otorgar un control prenatal y una atención del parto adecuado.

Es importante anotar que la mayor parte de las acciones caen en el control prenatal y vigilancia del embarazo en la cual podemos tener una intervención primaria.

El diagnóstico precoz de las dificultades visuales exige que, quienes se ocupan del cuidado del niño, estén familiarizados con las primeras etapas del desarrollo visual normal. Con el auxilio de estos conocimientos los padres y los profesionales involucrados, pueden reconocer, si la función visual se ve retrasada o presenta algún otro tipo de alteración y ayudar al mayor número posible de niños a desarrollar, en forma óptima su visión.

PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA	ACTORES INVOLUCRADOS
Prevención de nacimientos prematuros y de bajo peso	Diagnóstico oportuno con vigilancia estrecha	Crioterapia.	EAPB, IPS, equipos básicos de salud, APS.
Detección temprana de factores de riesgo.	Apoyo y asesoría a padres.	Seguimiento integral.	EAPB, IPS, equipos básicos de salud, APS.
Elaboración y control con guías de atención y lineamiento.	Vigilancia de crecimiento y desarrollo con programas de estimulación temprana	Rehabilitación.	Academia, sociedad civil, MSPS.
Prevención de Enfermedades, de Transmisión Sexual	Atención de prematuros en unidades con capacidad resolutive.	Integración a programas educativos.	EAPB, IPS, equipos básicos de salud, APS, ET.
Prevención de abuso de consumo de sustancias Psicoactivas.	Tamizaje neonatal.		EAPB, IPS, equipos básicos de salud, APS, ET.
Suplementación con ácido fólico.	Cirugía láser		EAPB, IPS, ET.
Prevención de rubéola congénita.			EAPB, IPS, equipos básicos de salud, APS, ET.

Reducción consumo alcohol, drogas y tabaco.			EAPB, IPS, equipos básicos de salud, APS, ET, MSPS.
---	--	--	---

❖ ALTERACION VISUAL

Se caracteriza por presentar dificultad para ver de lejos y/o cerca, que se puede corregir con anteojos, lentes de contacto, o cirugía, logrando mejorar su funcionalidad y autonomía.

Dentro de las alteraciones visuales encontramos, los errores de refracción como, la **miopía**, la **hipermetropía** y el **astigmatismo**, estos son los problemas visuales más comunes en los niños.

❖ BAJA VISION

Según la OMS, Una persona con baja visión es aquella que tenga una alteración de la función visual aún después de tratamiento y/o corrección refractiva estándar (anteojos o lentes de contacto), y tiene una agudeza visual de menos de (20/60) a percepción de luz, o un campo visual de menos de 10 grados desde el punto de fijación, pero que usa, o es potencialmente capaz de usar la visión remanente para la planificación y/o ejecución de una tarea”.

La anterior afirmación, nos indica que una persona con baja visión presenta dificultades para ver y desempeñar sus funciones diarias como, leer, escribir, desplazarse, reconocer los rostros de las personas, acceder a información en el computador, aún con la mejor corrección óptica, llámese anteojos, lentes de contacto, entre otros.

Las personas con baja visión irreversible, requieren ayudas ópticas especiales como son, lupas, magnificadores, telescopios, tecnología especializada, entre otros, estos elementos facilitan el desempeño a nivel social y laboral.

❖ CEGUERA

Se caracteriza por ausencia total de visión y percepción de luz por ambos ojos, se requiere productos de apoyo como el bastón de movilidad y tecnología especial para el acceso a la información que contribuya a su inclusión social.

Constituye una pérdida visual significativa, que impide el desarrollo de actividades cotidianas o laborales básicas, compromete la independencia y la supervivencia del individuo. Estas personas acuden a profesionales, instituciones especializadas, instrumentos de ayuda y entrenamientos específicos para recuperar su capacidad de orientación, locomoción e independencia.

3. OBJETIVO



Construir, desarrollar e implementar, planes, programas y proyectos, para la promoción de la salud visual y la prevención de alteraciones visuales evitables, por medio de estrategias e intervenciones, que contribuyan a la transformación positiva de los entornos y el mejoramiento de la capacidad de respuesta del sistema general de seguridad social en salud.

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir en la construcción de un referente situacional de salud visual, que permita detectar los factores desencadenantes de las alteraciones, para limitar su progresión logrando una verdadera promoción de la salud, identificación precoz de alteraciones y su oportuna intervención.
- Contribuir en la activación de las potencialidades de los actores del sistema, para mejorar las condiciones sociales y medio ambientales que generan los problemas de ceguera y baja visión.
- Contribuir en la implementación de estrategias para educar, promover y facilitar el desarrollo de valores y actitudes propias de la población, en espacios familiares y comunitarios, escolares, universitarios, y organizacionales, para el logro de una calidad de vida que propende la buena salud y por consiguiente la felicidad del ser humano.
- Fortalecer los recursos, planes, programas y proyectos que permitan el fortalecimiento institucional, sectorial e intersectorial para mantener, mejorar y/o recuperar la salud visual.
- Propiciar el conocimiento para la identificación de factores que favorezcan la salud visual.

4. POBLACIÓN OBJETO

Este documento está dirigido a los profesionales de las entidades territoriales de salud departamental, municipal o distrital, EAPB, IPS, entidades de cooperación, academia, entre otros, así como para todas las personas que tenga interés, en conocer aspectos relacionados con salud visual, en el marco del sistema general de seguridad social en salud.

5. MARCO NORMATIVO Y LEGAL

A nivel nacional, en el año 2000, el entonces Ministerio de la Protección Social, mediante la aprobación de la Resolución 412, estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. En salud visual particularmente, reglamentó 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.

En el año 2006 a través de la resolución 4045, el País acoge el PLAN VISION 2020 “El derecho a la visión” de la Organización Mundial de la Salud, como programa de interés en salud pública, e 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”.

El principal objetivo de la OMS con esta propuesta es el de sensibilizar a la comunidad acerca del problema, movilizar recursos y desarrollar con los gobiernos programas nacionales de promoción de la salud y de prevención de la ceguera, advierte que de no desarrollarse acciones urgentes requeridas, el número de ciegos e impedidos visualmente se convertirán en un problema de salud pública con altas repercusiones socioeconómicas.

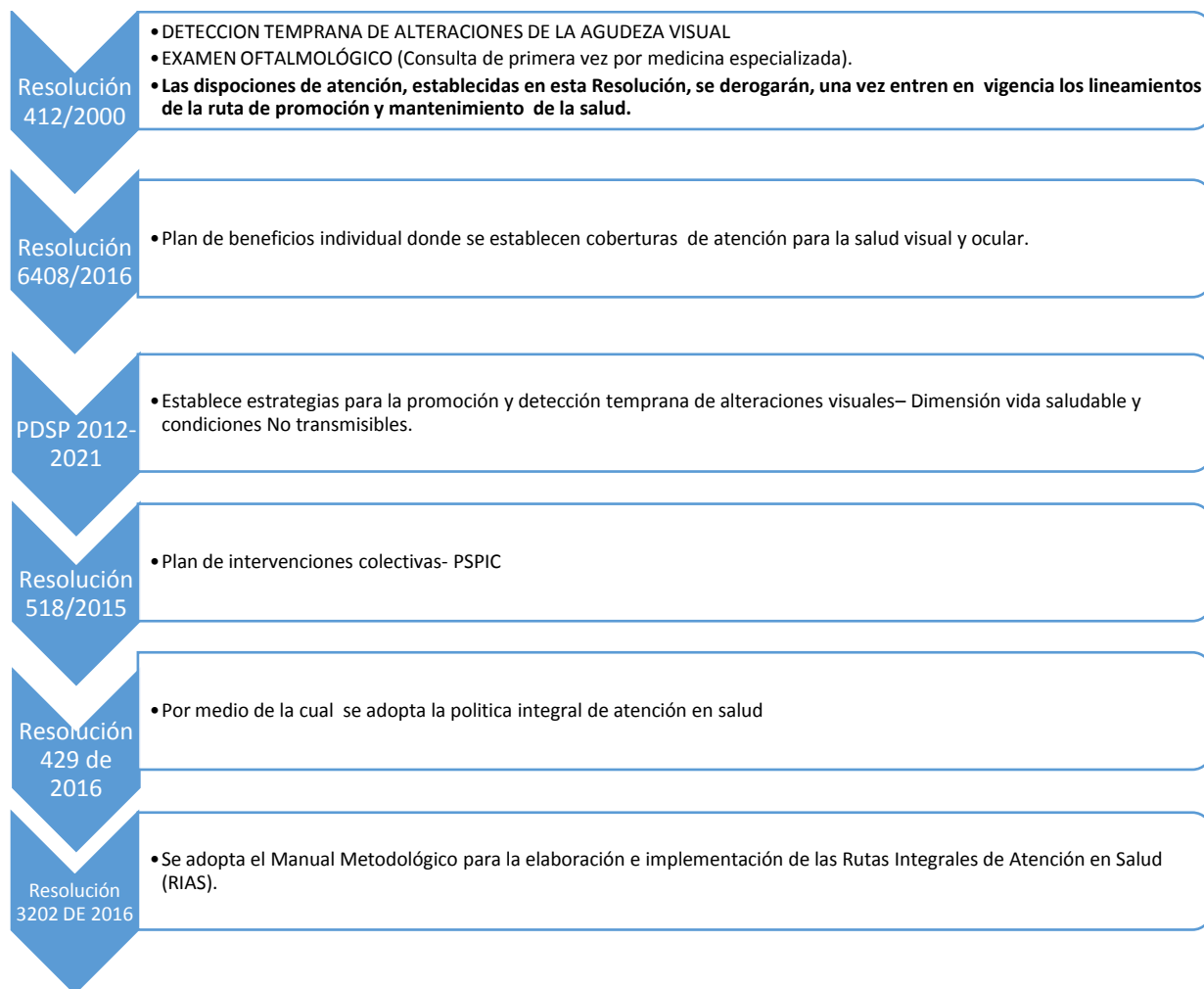
Por su parte, el actual Plan Decenal de Salud pública 2012-2021, establece diferentes estrategias para el control de alteraciones visuales evitables, y una meta orientada a la detección temprana de defectos de refracción en escolares.

Actualmente, la Resolución 6408 de 2016, incluye procedimientos de tipo individual para la prestación de servicios de salud visual y ocular para toda la población.

La política integral de atención en salud, tiene como objetivo orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de las intervenciones de los agentes, que permitan el acceso a los servicios de salud, de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Dicha política, establece un marco operativo a través de un modelo de atención, Resolución 429 de 2016, dicho modelo se implementa por medio de rutas de atención integral, Resolución 3202 de 2016 en las cuales se encuentra establecida,” la ruta de atención para las alteraciones visuales.

Normatividad vigente



A continuación se describe de manera más detallada, las actividades e intervenciones definidas en las políticas del Sistema general de seguridad social en salud, para el abordaje de la salud visual:

La Resolución 412 de 2000, establece:

- El Tamizaje visual para Niños de 4, 11 y 16 años.
- Examen por primera vez oftalmología - Se realiza en personas de 55, 65 y más años, a partir de los 65 años el examen debe realizarse cada 5 años.

La Resolución 6408 de 2016, establece:

- Consulta de primera vez por optometría a todos los grupos de edad, incluye: optometría, tonometría y valoración ortoptica limitada o inicial, prescripción de técnicas y/o ayudas ópticas visuales, remisión para: evaluación ortoptica y oftalmológica, adaptación y ajuste de prótesis y/o ayudas ópticas visuales

- Valoración por baja visión.
- **Tamizaje visual desde los 0 hasta los 18 años**

El PDSP 2012-2021, establece:

- Desarrollo de estrategias, para la promoción de estilos de vida saludable para la salud visual y control de enfermedades visuales prevenibles.



La Resolución 518 de 2015, establece:

- Desarrollo de actividades de Promoción y gestión del riesgo para la salud visual.

COBERTURAS EN EL POS

- **CORRECCION OPTICA-** Defectos de refracción y estrabismo (ANTEOJOS)
En Régimen Contributivo: Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años la cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura, cuyo valor corre a cargo del usuario.
En Régimen Subsidiado: Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se cubren una vez al año, la cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.
Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años se cubren los lentes externos una vez cada cinco años.
la cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura, cuyo valor corre a cargo del usuario.
Tratamiento de estrabismo para menores de 5 años –quirúrgico y no quirúrgico
Nota: No se cubren lentes de contacto ni líquidos para los mismos.
- **Se incluye el material policarbonato para lentes oftálmicos**

- **CIRUGÍA DE CATARATA:** se encuentra cubierta en los planes de beneficios del plan obligatorio de salud, tanto para el régimen subsidiado, como para el régimen contributivo incluye la Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología, en cualquier grupo de edad, ambulatoria, con hospitalización, quirúrgica, no quirúrgica, diagnóstica y terapéutica e incluye:
Suministro del Lente Intraocular y su implantación.
Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento.

- **GLAUCOMA**
El Plan obligatorio de salud (pos) cubre procedimientos de diagnóstico y tratamiento del glaucoma farmacológico o quirúrgico según el caso.
Solución oftálmica para el control de la presión intraocular.
Iridotomía e iridectomía laser.

- **OTRAS ALTERACIONES VISUALES Y/O OCULARES**
En general el plan obligatorio de salud cubre el diagnóstico y tratamiento de alteraciones visuales y oculares como: (conjuntivitis, blefaritis, pterigios, orzuelos, chalazión, queratitis, entre otros) y de segmento posterior como retinopatía diabética, hipertensiva, uveítis, entre otros).

- **RUTA DE ATENCION INTEGRAL DE ALTERACIONES VISUALES**

La ruta de atención de alteraciones visuales, será el Instrumento regulatorio básico, para la atención de las prioridades en salud visual, y estará orientada en garantizar el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud visual, en el marco del sistema general de seguridad social en salud, y será la encargada de definir las intervenciones individuales, colectivas, sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud visual, detección temprana, tratamiento y rehabilitación de alteraciones visuales, teniendo en cuenta las condiciones diferenciales de los territorios y de los grupos poblacionales.

En el marco del modelo de atención en salud, se definieron unas rutas específicas por grupo de riesgo, para el caso de alteraciones visuales, se definieron 5 rutas específicas, que dan respuesta a los eventos más prevalentes en salud visual en el país, dichos eventos son, Defectos de refracción, Catarata, Glaucoma, Retinopatía de la prematuridad, y baja visión, estas rutas entraran en vigencia, una vez el Ministerio de Salud, ponga a disposición los lineamientos técnicos de operación.

[illegible]

Análisis de Situación de Salud Visual en Colombia

La morbilidad atendida de las enfermedades de los ojos y sus anexos para el periodo 2009 a 2014 en Colombia, es de 9.898.860 personas, se presentaron 17.256.264 atenciones, obteniendo una razón de 2 atenciones por persona, evidenciando que las atenciones por esta causa son constantes en el tiempo.

Para el mismo periodo de tiempo, del total de atenciones por consulta de Enfermedades No Transmisibles, el 5,43% están relacionadas con enfermedades de los ojos y sus anexos.

Los departamentos reflejan el comportamiento de Colombia en cuanto a número de atenciones por alteraciones visuales y oculares. Por ejemplo Bogotá D.C, al ser la ciudad con mayor población, es la que presenta la mayor 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%).

Este informe también nos muestra datos relevantes, como el aumento de consultas por ambliopía, indicando que para el periodo 2009-2014, se registró un total de 41.519 casos. 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.

De acuerdo a las estimaciones de prevalencia realizadas en el año 2014 para mujeres y hombres, el grupo etario 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), seguido por el grupo de 0-14 años con una prevalencia estimada de 23,52/100.000 en mujeres y 22,44 en hombres.

Respecto a la prevalencia estimada de ambliopía para este mismo periodo, se observa que en el país se mantiene la constante en los territorios donde se presentan las prevalencias más altas, que en este caso son: Bogotá (40,73), Nariño (18,09), Risaralda (17,71), Boyacá (16,23) y Norte de Santander (15,58). Llama la atención 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 cuanto a la discapacidad visual auto declarada en el registro de caracterización y localización de personas con discapacidad del SISPRO, se evidencia que para el periodo de 2009-2014, se cuenta con 2.004.464 registros de personas con discapacidad por alteración permanente de los ojos, cifra que cada año va aumentando pasando de 285.056 personas en el 2009 a 406.193 en 2014. Evidenciando un aumento de 42,49% en el número de personas registradas con esta discapacidad. El incremento promedio anual para este periodo es de 7,08%.

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 el análisis de situación de salud, que por sus características generan más discapacidad visual o ceguera en el país:

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 prematuridad	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
Guaia	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.

6.1 Componente sobre condiciones de vida (Determinantes Sociales de Salud).

Desde la Estrategia promocional de Calidad de Vida y Salud, la salud es entendida más allá de la ausencia de enfermedad, es la posibilidad efectiva que tienen los sujetos de buscar las condiciones ideales para el desarrollo humano, es allí desde donde se ubica el análisis de la salud y la enfermedad en el plano de los determinantes sociales.

Es por esto, que no solo se debe tener en cuenta la mirada desde lo biológico, sino también el plano en que se desarrolla el individuo, la familia, la comunidad en un territorio y que dependen de un ordenamiento a nivel político, social, cultural, económico y ambiental que corresponde a mecanismos generales, particulares y singulares.

La identificación de alteraciones visuales en Colombia es limitada por las disposiciones normativas para la prestación de servicios y por las técnicas de valoración y diagnóstico que requieren del entrenamiento y formación profesional, que va en contravía con el modelo de salud que como puerta de entrada dispone los servicios de salud de primer nivel de complejidad que no cuenta con el profesional entrenado para el desarrollo de estas actividades, dificultando la captación oportuna del paciente y el monitoreo de la efectividad de las actividades incluidas en estos programas desde las primeras etapas de la vida.

Un gran porcentaje de niños con alteración visual lo encontramos en estratos bajos, (1 y 2) donde la información acerca de salud visual en general, es muy baja, casi nula, y donde aún se le atribuye el bajo rendimiento del niño a problemas de coeficiente intelectual.

Los canales para acceder a los servicios de salud son muy débiles, las actividades de salud visual que se ofrecen dentro del POS presentan un cobertura limitada, no existe un control de costos frente a los suministros de lentes y monturas, principalmente en estratos más bajos, esto dificulta el acceso a la corrección visual, ya que el principal móvil de esta estrategia ha sido comercial.

Dentro de los determinantes proximales, según estudio realizado en la ENS, en el año 2000, se observa que en la población infantil de bajos recursos existe un Predominio de defectos refractivos, que no son tratados a tiempo por falta de información de los padres y/o docentes o, porque los bajos recursos no les permite acceder a la compra de las gafas.

Existe un gran desconocimiento sobre la importancia de la detección temprana de niños y niñas con limitaciones visuales por parte de padres, cuidadores y personal del sector, salud que dificulta la atención oportuna e integral, así como su inclusión dentro de los diferentes ámbitos de vida cotidiana.

Hay mucha desinformación de la mayoría de los ciudadanos sobre los deberes y derechos en salud.

Existe una falta de ejecución de algunas Normas relacionadas con salud visual, como es el caso de la resolución 4045 de 2006, por la cual se acoge el PLAN VISION 2020 “El derecho a la visión” de la Organización Mundial de la Salud como programa de interés en salud pública, la cual no ha sido implementada hasta el momento.

Uno de los problemas que se pueden identificar en la consulta de optometría y oftalmología, es la baja sensibilización preventiva de la comunidad, la cual explica en parte las altas tasas de prevalencia de ceguera y otras enfermedades visuales, Los buenos hábitos y la detección temprana de las enfermedades dependen en primer lugar de una educación en este ámbito.

Parte del problema de la baja sensibilización se puede atribuir a que los escasos recursos disponibles que se dedican a la curación y no a la sensibilización, lo que aparentemente puede parecer lógico, sin embargo el resultado de todo lo expuesto es que hay una escasa prevención en salud visual y que esta sensibilización aún es menor en el caso de las poblaciones más desfavorecidas, con menor nivel de estudios, lo que hace que su salud visual sea menor que el resto de la población.

7. ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA TEMÁTICA.

Prevención, Sensibilización y Educación en Salud Visual

Esta línea busca promover la educación a la comunidad para la identificación de factores de riesgo de enfermedad visual, la prevención y la detección temprana de las alteraciones visuales; igualmente una de las estrategias vinculadas a esta línea de intervención, es la Investigación, la cual se plantea como respuesta al hecho de que la salud visual ha sido escasamente tratada desde el punto de vista de la salud pública, esto ha implicado una ausencia de datos importantes en cuanto a las incidencias y prevalencias tanto de los defectos refractivos como de las patologías oculares, es por esto, que las publicaciones son un aspecto importante para tomar consciencia de las necesidades en salud visual y poder planificar correctamente los recursos a destinar a este ámbito de la salud.

Contribución a la generación de políticas públicas en salud visual.

Es importante desarrollar e implementar, normas, programas y proyectos concretos que estén orientados a la detección temprana de problemas visuales, la prevención de la ceguera infantil, el tratamiento, la intervención quirúrgica, el fortalecimiento de la atención primaria, la mejora en la calidad de la atención y la extensión de coberturas, la necesidad de la inclusión de los servicios de baja visión (Rehabilitación visual) en la red de atención para dar cubrimiento a estos pacientes, ya que ésta no se encuentra cubierta por el Sistema General de Seguridad Social.

Fortalecimiento de la coordinación y cooperación de actores.

La ejecución de acciones de cooperación es necesaria para conseguir la mejora de la accesibilidad de la población más desfavorecida a los servicios de Salud Visual. El éxito de estas acciones depende directamente del nivel de empoderamiento de los actores locales y de su acción coordinada.

LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	META PROPUESTA.
Prevención, Sensibilización y Educación en Salud Visual	Fortalecer las acciones de salud visual en los territorios y escenarios cotidianos de la población, así como establecer estrategias promocionales y preventivas que permitan generar hábitos y estilos de vida saludable.	Investigación: Promover la investigación enfocada a la prevención, identificación y tratamiento de los problemas visuales. Sensibilización: Contribuir en el desarrollo de valores y actitudes, susceptibles de favorecer un Cambio social, a partir del conocimiento, logrando que se produzca una reflexión y análisis crítico de la realidad. Educación: Diseñar y elaborar piezas comunicativas que fomenten y generen conocimiento a la población en temas de salud visual.	Universidades, grupos de profesionales y demás actores, impulsando procesos de investigación que contribuyan a mejorar el nivel de atención en los sistemas de salud visual existentes. Por lo menos un proyecto de investigación (prevalencia de errores refractivos en edades de 4 a 14 años en Colombia.)
Generación de	Desde la competencia	Impulsar el	Diseñar propuesta para

políticas públicas en salud visual.	de la SENT, aportar en la elaboración de planes o marcos organizativos, (normas técnicas), que optimicen la oferta de los servicios de salud visual. Fortalecer los programas existentes, para incentivar a la población a la demanda de los servicios de salud visual.	cumplimiento de la resolución 4045 de 2006, PLAN VISION 2020, “el derecho a la visión”.	el Plan nacional de salud visual.
Fortalecimiento de la coordinación y cooperación de actores.	Generar procesos participativos de análisis y actuación,	Creación de Redes de actores locales de la salud visual.	Una red local de salud visual.

Líneas Estratégicas de Gestión	Principales líneas de acción a gestionar.	Responsables (según competencias)
Integración funcional de la salud visual como componente de la salud integral de la población.	Socialización y gestión del conocimiento de los deberes y derechos, entre las comunidades y actores del sistema de salud. Diseño de estrategias de comunicación social para el fomento y la promoción de hábitos saludables en salud visual. Definición de políticas y lineamientos que garanticen los deberes y derechos de la población.	Definición de políticas y lineamientos que garanticen los derechos y deberes: Ministerio de Salud y Protección Social (MSyPS) y Entidades Territoriales (ET), actores sociales. Difusión, socialización y garantía de los derechos: MSyPS, ET, EPS, IPS. Socialización y educación: MSyPS, ET, EPS, IPS, actores sociales, estamentos académicos, estamentos gremiales.
Coordinación intersectorial e inter-institucional para la prestación integral y diferencial de servicios de salud visual.	Fortalecimiento de programas académicos para el desarrollo de recurso humano con habilidades y capacidades para la atención integral de la salud visual. Establecer un marco de coordinación entre los agentes públicos y privados de la salud visual. Potenciar la educación y	Estamentos académicos – estamentos gremiales. MSyPS, ET, EPS, IPS, MinEducación, actores sociales, estamentos académicos, estamentos gremiales y profesionales de la salud visual.

	<p>sensibilización en Salud Visual de los profesionales de la salud.</p> <p>Configuración y fortalecimiento de equipos y modelos de atención interdisciplinarios para la atención integral y diferencial en salud visual.</p> <p>Gestión para el desarrollo de modelos de atención en salud visual, con en foque de APS.</p> <p>Gestión y apoyo, para la implementación de contenidos en el POS, relacionados con promoción, prevención y atención integral de la salud visual.</p> <p>Gestión para el desarrollo de guías de atención integral de los eventos que mayor impacto generan en salud visual.</p> <p>Desarrollo e implementación de estrategias de referencia y contrareferencia.</p> <p>Capacitación y sensibilización continua y periódica de equipos interdisciplinarios para la atención manejo integral de la salud visual de la población.</p> <p>Incorporación de acciones de fomento y promoción de la salud visual en ámbitos de vida cotidiana.</p> <p>Garantía del acceso a los servicios de salud visual con enfoque diferencial y por ciclo de vida.</p>	
--	---	--

Líneas Estratégicas de Gestión	Principales líneas de acción a gestionar.	Responsables (según competencias)
Gestión para la participación social	<p>Difusión de información a los actores sociales y comunidad.</p> <p>Definición de contenidos y conceptos que puedan ser desarrollados por los actores del sistema a estrategias de IEC, Para impactar en los modos, condiciones y estilos de vida.</p> <p>Integración en los grupos de análisis de información, de planificación de planes, programas y proyectos de los actores sociales y comunidad.</p> <p>Reconocimiento de las percepciones y prácticas diferenciales entre las comunidades.</p>	<p>MSyPS, ET, EPS, IPS, estamentos académicos, estamentos gremiales y profesionales de la salud visual.</p>
<p>Fortalecimiento de la gestión del conocimiento en los temas que afectan la salud visual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación epidemiológica • Análisis de la situación en salud visual y determinación de la salud visual. • Prestaciones y cobertura de servicios individuales y colectivos de salud visual • Gestión del talento humano en salud visual. • Distribución y cobertura de programas de salud visual. 	<p>Gestión para el registro, reporte, análisis y uso de la información regular de salud visual.</p> <p>Realización de estudios específicos poblacionales, clínicos, académicos y demás, relacionados con la situación de salud visual</p> <p>Análisis de la salud visual dentro del contexto de salud general.</p> <p>Implementación de proyectos de formación y actualización del recurso humano profesional y técnico, para el fortalecimiento de conocimientos, habilidades y competencias.</p> <p>Participación en los análisis de la situación en salud a partir de la participación en comités y salas de situación.</p>	<p>MSyPS, MinEducación, ET, EPS, IPS, estamentos académicos, estamentos gremiales y profesionales de la salud visual y de otras áreas de la salud y de las ciencias sociales.</p>

7.1 Hoja de Ruta.

Como propuesta para el abordaje de las intervenciones de salud visual, se estructuran dos componentes:

Promoción y protección de salud visual

En este componente se desarrollan acciones de educación para la salud visual con enfoque Integral, trascendiendo las acciones informativas y divulgativas; pasando a desarrollar iniciativas que conjugan métodos diversos pero complementarios que abarcan la comunicación, la educación, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

La participación social forma parte de la estrategia de promoción y protección de la salud visual, porque es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades, que busca asegurar la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales.

Restitución frente a situaciones que afectan negativamente la salud visual.

En este componente se desarrollan acciones para favorecer la restitución de la autonomía a través de la identificación, atención y seguimiento de alertas en salud visual, acceso a servicios de salud, se incluyen procesos para la gestión del aseguramiento y orientación para el uso de servicios preventivos y resolutivos, al igual que la canalización a los servicios de salud.

Fases metodológicas de la respuesta de salud visual

¿Cómo se desarrollan los procesos de salud visual?: fases, estrategias, escenarios.

En la construcción de lineamientos para la salud visual, se busca articular el proceso de calidad con el fin de sistematizar y planear de manera lógica las acciones que se desarrollan así:

Fase I: Planeación participativa:

La primera fase de operación tiene el sentido de permitir el alistamiento y la construcción de acuerdos de trabajo en que participan diversos actores y sectores, con el fin de emprender procesos estratégicos, tendientes a cambiar las condiciones que afectan de manera negativa la salud visual de la población.

En esta fase se da el acercamiento y creación de lazos de trabajo colectivo con los actores y personas que habitan en los diferentes escenarios de vida cotidiana, tomando nota de las

experiencias, saberes y prácticas existentes, así como de las expectativas y dudas que se puedan tener frente al proceso, lo anterior se concreta en planes de respuesta integral, concertados con actores clave.

En esta fase se deberán realizar lecturas del territorio y/o caracterizaciones para esclarecer las condiciones que determinan la aparición de problemáticas negativas para la salud visual de la población, la lectura de necesidades se realiza para interpretar la complejidad de la realidad, que a su vez sirve de base para la construcción de acuerdos de intervención con las estrategias que ofrece el programa y la construcción de planes de acción según las necesidades evidenciadas.

Fase II. Implementación de planes de acción.

La segunda fase corresponde a la materialización de acuerdos y a la implementación de las estrategias propuestas en los planes de acción, el despliegue de acciones que permitan fortalecer la organización de la comunidad para favorecer la calidad de vida y salud, así como los procesos concretos mediante los cuales los sujetos se empoderan de la producción de la salud visual, desarrollando sus habilidades sociales y competencias, en articulación con procesos locales y comunitarios.

Fase III. Balance y monitoreo

La producción de información útil para evaluar los resultados e impactos de los procesos desarrollados es el objetivo central de esta fase, se enfatiza en buscar una mejora en el proceso, a través de la revisión de los resultados alcanzados, el balance cualitativo de las actividades realizadas, la consolidación y análisis de la información cuantitativa de las variables e indicadores medidos.

ENFOQUE DE ESCENARIOS

Primer escenario: Familiar.

Las actividades para la salud visual en el ámbito familiar buscan informar y educar a los padres de familia para la detección temprana de alteraciones visuales en el niño, así como aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las familias, mediante respuestas integradas e integrales que promuevan el ejercicio de sus derechos, a través de prácticas protectoras de la salud, y acciones afirmativas de restitución social de derechos.

Segundo escenario: Escolar (Incluye preescolar.)

Las actividades para la salud visual en el ámbito escolar, tiene como objetivo, Concertar y desarrollar acciones intersectoriales, que permitan a las comunidades educativas, establecer una cultura de promoción de la salud visual y calidad de vida, en la que se construyen, o fortalecen procesos integrales de gestión, promoción, preservación y restitución de la autonomía individual y colectiva de la población escolar. Estrategia **VEO BIEN APRENDO BIEN** (Ver ABECE).

Tercer escenario: organizaciones saludables

Promover entornos de trabajo saludables que favorezcan la salud visual de las personas en las distintas organizaciones, a través de prácticas protectoras de la salud, aportando al mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

Cuarto escenario: Servicios de salud.

Los servicios de salud, deben incluir como método, la estrategia de Atención Primaria, que incluye acciones de promoción de la salud visual, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno, como componente esencial de la prestación de los servicios, que permitan lograr dinámicas accesibles, flexibles, participativas y que respondan a las necesidades de la población.

Facilitar la articulación de las acciones individuales y colectivas, gestionando la reducción de barreras de acceso a los servicios, y el incremento del nivel de flexibilidad, incluyendo la generación de alianzas estratégicas con otros actores

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES POR ENTORNO**FAMILIAR.**

ESTRATEGIA	ACCIONES
Caracterización, medición de la vulnerabilidad y actualización de novedades en las familias.	Identificar las condiciones de vida y salud de las familias y medir su condición de vulnerabilidad que pueda afectar la salud visual.
Análisis riesgos en salud, prevención y canalización a servicios de salud a las familias.	Incidir en los factores de riesgo en salud de la familia reconociendo las condiciones por etapa de ciclo y los determinantes proximales de las condiciones de vida de las familias.
Promoción de prácticas favorables para la salud visual de las familias.	Desarrollar actividades promocionales para orientar procesos en las familias, que generen protección y cuidado de su salud, reconociendo sus capacidades, expectativas y necesidades. Reconocer señales de alerta en el recién nacido y en el menor de 2 años sobre alteraciones de la salud visual.
Promoción y Protección del entorno.	Afectar algunas condiciones físicas y del entorno de las familias que son deteriorantes para su calidad de vida.

ESCOLAR (Ver ABC programa veo bien –aprendo bien)

Componente: Promoción y protección de la salud visual.

ESTRATEGIA	ACCIONES
Participación Social y Comunitaria para el desarrollo de escuelas promotoras de salud.	Participación Social y Comunitaria, como condición para la sostenibilidad de los procesos de promoción, protección y restitución, desarrollados conjuntamente por los sectores salud y educación, en la perspectiva de generar escuelas promotoras de salud.
	El análisis y socialización permanente de la situación de salud visual de la comunidad educativa, que permite la identificación de necesidades sobre las cuales desarrollar y concentrar el trabajo de gestión, así como la definición de las responsabilidades de los actores participantes en el proceso.
Educación para la Salud con Enfoque Integral	Elaborar procedimientos, rutas, guías, módulos, estrategias que involucren a la población de las comunidades educativas, en el contexto de su vida diaria, en los procesos de promoción de la salud visual.
	Trascender las acciones informativas y divulgativas; pasando a desarrollar iniciativas que conjugan métodos diversos pero complementarios que abarcan la comunicación, la educación, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

Componente: Restitución frente a situaciones que afectan negativamente la salud visual.

ESTRATEGIA	ACCIONES
Restitución de la autonomía	Identificación, atención y seguimiento de alertas en salud.
	Acceso a servicios de salud: Se incluyen procesos para la gestión del aseguramiento y para orientar el uso de servicios preventivos y resolutivos en salud visual.
	Canalización a los servicios de salud.

ORGANIZACIONES SALUDABLES

ESTRATEGIA	ACCIONES
Entornos de trabajo saludables.	Promover entornos de trabajo saludables para el mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y vida de los trabajadores. (Iluminación, Ergonomía visual, entre otros).
Inclusión socio-laboral de población en situación de discapacidad.	Promover el derecho al trabajo de los hombres y mujeres con discapacidad en edad productiva, asesorando a las empresas del sector formal con relación a la normatividad vigente y al desarrollo de entornos favorables.

SERVICIOS DE SALUD

ESTRATEGIA	ACCIONES
Gestión para la Garantía del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud visual.	Definir las necesidades de articulación con otros actores del sistema y otros sectores para mejorar la accesibilidad, longitudinalidad

	y continuidad de la atención de las personas con alteraciones visuales y/o oculares.
	Analizar los resultados de canalización efectiva y de referencia y contrarreferencia hacia otros niveles de complejidad, y sectores.
	Identificar las barreras de acceso en el proceso de canalización de la población a los servicios de salud visual.
	Socializar e integrar, la información relacionada con barreras de acceso a los servicios de salud visual, proveniente de la oficina de atención al usuario, asociación de usuarios, oficina de calidad, subgerencia de servicios de salud de las IPS.
	Revisar las rutas de atención definidas por la institución y confrontarlas con los hallazgos en la identificación de las barreras de acceso.
Fortalecimiento de las capacidades institucionales para la Salud visual.	Construir la línea de base que identifique el nivel de desarrollo de las instituciones para ofertar servicios de salud visual, correlacionando las necesidades de los usuarios, desde los ámbitos de vida cotidiana donde se desarrollan.
	Formular un plan de fortalecimiento de capacidades institucionales para la Salud visual que incluye las acciones de mejora para cada una de las estrategias que se planteen.
	Poner en marcha del plan y desarrollo de acciones específicas que se requieren para el funcionamiento eficiente de cada estrategia.
	Monitorear y hacer seguimiento al avance del plan.



MINSALUD



ACTIVIDADES DE SALUD VISUAL EN LOS DOCE PROYECTOS ESTRATEGICOS

PROYECTO	AREAS TEMATICAS	ACCION
Escuelas, Saludables. (Incluye, Hogares de bienestar familiar)	<p>Promoción de la salud visual (hábitos saludables) en el ámbito escolar.</p> <p>Prevención y fomento del correcto manejo de alteraciones visuales y oculares en la población infantil.</p> <p>Prevención de la catarata congénita y la Ambliopía, retinopatía del prematuro.</p> <p>Atención a la primera infancia en los servicios de salud, Ciclo vital (infancia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar de estrategias de integración curricular de la salud visual en los programas de la escuela. ✓ Desarrollar de actividades de bienestar Docente, donde se promueva la participación del educador en los procesos de generación del conocimiento. ✓ Concertación de procesos de capacitación docente, para fortalecimiento de la capacidad de identificación de signos de alarma en la comunidad escolar y canalización a EAPB. ✓ Proponer acciones en estrategias, programas y proyectos de origen transectorial o sectorial, que apoyen el desarrollo integral y armónico de las poblaciones desde la primera infancia con enfoque diferencial incluyendo IAMI, AIEPI, de cero a siempre. ✓ Definir, diseñar, concertar, socializar e implementar estrategias para asegurar modos, condiciones y estilos de vida saludables para favorecer la salud visual de la comunidad escolar (estudiantes, docentes, personal administrativo y de apoyo). ✓ Apoyo a proyectos normativos y operativos para la generación de tiendas escolares sanas, que promuevan el consumo de la vitamina A como habito saludable en la salud visual. ✓ Diseño y desarrollo de contenidos de estrategias comunicacionales que promuevan alimentación y salud visual, gestación y salud visual, lactancia materna y salud visual, entre otros. ✓ Implementación de modelos de seguimiento y evaluación conjunto.

Universidades Promotoras de la Salud.	<p>Promoción de hábitos visuales y oculares saludables en la U, Ciclo vital (juventud).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de espacios y contenidos que acorde con las competencias de cada actor, contribuyan a la definición e implementación de estrategias que potencien la salud visual en la comunidad académica (inclusión de temáticas; pruebas piloto; escenarios de investigación, etc.). ✓ Gestionar propuesta de alianza con Asociación Colombiana de Facultades de optometría, para el desarrollo de temáticas de investigación universitaria (docente y estudiantil) y pasantías, aplicadas a la resolución de necesidades de la comunidad desde la salud pública. ✓ Definición, diseño, concertación, socialización e implementación de estrategias para asegurar modos, condiciones y estilos de vida saludables para favorecer la salud visual de la comunidad universitaria. (Estrategia viviendo la U). ✓ Diseño y desarrollo de estrategias comunicacionales que permitan la difusión y apropiación de temas como: Iluminación y salud visual, posturas corporales y salud visual, cuidados básicos del uso de lentes de contacto, implicaciones de la lectura en los buses, entre otros. ✓ Implementación de modelos de seguimiento y evaluación conjunto.
Familia saludable	<p>Promoción de espacios y condiciones que favorecen la salud visual en la vivienda y la promoción de hábitos visuales saludables en la familia.</p> <p>(Todos los ciclos vitales)</p>	<p>Diseño de Lineamientos para la promoción de EVS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción de la lactancia materna ✓ Promoción de alimentación saludable. ✓ Promoción del cuidado y autocuidado visual con énfasis en embarazadas, primera infancia, adolescentes y jóvenes y adulto mayor. ✓ Identificación de creencias y prácticas de grupos diferenciales y adaptación de medidas de promoción de la salud visual.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actividades para la prevención de la retinopatía diabética, catarata, glaucoma, entre otros. ✓ prevención de retinopatía del prematuro.
Espacio saludable.	público	<p>Promoción de espacios amigables, (Todos los ciclos vitales).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseño de estrategias orientadas a la implementación de condiciones de accesibilidad en el espacio público para personas con discapacidad visual. (Texturización de franjas), semáforos inteligentes, pavimento táctil). ✓ Concertación de alianzas para la implementación de estrategias.
Organizaciones saludables		<p>Promoción de la Ergonomía Visual y hábitos visuales saludables en el trabajo. (Todos los ciclos vitales).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseño y gestión para el desarrollo de estrategias comunicacionales que permitan la difusión y apropiación de temas como: Posturas adecuadas frente al PC, iluminación adecuada, métodos de relajación visual, prevención del ojo seco por uso frecuente de computador. ✓ Gestión para la realización de jornadas de auto identificación de riesgos de patologías visuales y/o oculares. ✓ Apoyo a los procesos de espacios libres de humo y de abandono al consumo. ✓ Concertación de alianzas para la implementación de estrategias. ✓ Implementación de modelos de seguimiento y evaluación conjunto.
Gestión integral para la atención, APS.		<p>Atención primaria de la salud visual (Todos los ciclos vitales)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseño, desarrollo y aplicación de lineamientos de un modelo de prestación y de formas de atención para la implementación de acciones integrales e integradas de salud visual con enfoque de atención primaria en salud y equidad. ✓ Desarrollo de actividades de capacitación a personal médico y de enfermería para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual en el marco de la estrategia de APS. ✓ Participación en la definición de procesos para la atención de las condiciones que afectan la salud, visual, bajo enfoque de APS. ✓ Definir lineamientos tendientes al incremento de las coberturas de

	<p>atención con acciones de promoción de la salud visual y prevención de la enfermedad desde la primera infancia.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Asistencia a EPS y Entes territoriales para gestión de riesgo, Atención individual y programas de APS.
Asesoría y asistencia técnica.	<ul style="list-style-type: none">✓ Elaboración de mapa y directorio de actores.✓ Reconocimiento de actividades desarrolladas hasta el momento.✓ Elaboración de documento técnico con la definición y entrega de contenidos para actores del SGSSS y Entidades territoriales.✓ Asistencia a EPS y Entes territoriales para gestión de riesgo en atención individual y programas de APS con enfoque diferencial.✓ Realización de Asistencia Técnica a los diferentes actores, para el apoyo a la planeación, implementación, monitoreo y seguimiento de las acciones.
Investigación-Monitoreo de políticas públicas.	<ul style="list-style-type: none">✓ Propuesta para el Desarrollo del I Estudio Nacional de Salud Visual, orientado a la construcción de línea base, en datos estadísticos y epidemiológicos, sobre prevalencia de defectos visuales en la población escolar del país.✓ Investigación sobre la generación de propuestas innovadoras de pedagogía y aprendizaje significativo, aplicadas a la promoción de la salud visual✓ Definición y desarrollo del sistema de monitoreo, seguimiento y vigilancia en salud pública para salud visual, indicadores instrumentos: 1438, 1122, Plan de desarrollo, primera infancia, escolares, jóvenes, adulto mayor, SOGC, PIC, 412, vigilancia en salud pública, plan sectorial, plan de salud pública.✓ Diseño e implementación de un modelo de información y de análisis integrado de datos para la salud visual.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es necesario fortalecer los mecanismos para intervenir oportunamente las alteraciones visuales y/o oculares de la población, donde la **detección temprana, bajo un enfoque de atención primaria**, juega un papel fundamental en la gestión del riesgo en salud y donde la gestión de la salud pública, se convierte en la columna vertebral para el desarrollo de intervenciones que impacten en la calidad de vida de las personas.

Es importante entre otras acciones, 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, que orienten el mantenimiento de una buena salud visual en el curso de vida.

Incrementar los conocimientos de los prestadores de servicios de salud, especialmente el prestador primario, y la comunidad para la identificación y atención de alteraciones visuales.

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).

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.

Es urgente, re enfocar y devolver al profesional de salud visual, (optómetra y oftalmólogo), su capacidad resolutoria, de análisis y de intervención en salud, para la cual fue formado.

El Ministerio de Salud y Protección social, continuará avanzando, en la definición de políticas públicas en salud visual y ocular, que aborden de manera integral procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación. De igual forma, el Ministerio de Salud, tiene varios retos a superar, que permitan avanzar en la garantía del derecho a la salud, que de forma directa o indirecta impactan en la salud visual de la población; entre estos retos que se destacan, El desarrollo de modelos, rutas integrales y formas de atención diferencial sostenibles, en el marco del plan obligatorio de salud, que permitan la reorientación de los servicios de salud visual, para mejorar la gestión del riesgo individual y colectivo, la cobertura, el acceso, la oportunidad, la integralidad, la continuidad, entre otros, esto incluye los servicios de rehabilitación para personas con baja visión.

La Definición de la línea de base epidemiológica para alteraciones visuales y oculares en la población colombiana, la cual se espera desarrollar a través del estudio nacional de salud visual, esto permitirá continuar con la formulación e implementación de políticas, planes, programas y proyectos, que impacten de manera positiva los determinantes sociales y la salud visual de la población.

Se continuará trabajando fuertemente en esta tarea, junto con los diferentes aliados estratégicos, academia, sociedad científica, agremiaciones, entre otros, contribuyendo con el fortalecimiento de la salud visual de la población.

9. BIBLIOGRAFIA

Organización Mundial de la Salud (2009). Prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables. 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD.

Suárez E., Fonta, J., (2011) Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de artículo. Med. UPB; 30(2): 171-180, jul.-dic.

Organización Panamericana De La Salud y Organización Mundial De La Salud (2009). 144a Sesión Del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., USA, del 22 al 26 de Junio.

Acosta L., Maffrand, R., Alonso I., (2009). Evaluación de la salud visual y el estado nutricional en escolares de una localidad de la provincia de Córdoba, importancia de su valoración en atención primaria de salud. Rev. SaludPública; 13(1) 60-68.

Whatham A., Bartlet H., Eperjesi F., Blumenthal C., Allen J., Suttle C., Gaskin K. (2008). Vitamin and mineral deficiencies in the developed world and their effect on the eye and vision. OphthalPhysiolOpt; 28 (1): 1-12.

Cátedra UNESCO, Salud visual y desarrollo, Estudio SAVIM, Latinoamérica 2008

Documentos, Estrategia VISION 202/20, "El derecho a la visión", OMS.

Instituto Nacional de Ciegos (INCI) (2009). Plan Estratégico para la población con limitación visual 2006-2010. Recuperado el 1º de noviembre del 2010, de http://www.inci.gov.co/apc-aa-files//Documento_final.doc.

Angi, M. (2005). Clasificación de la baja visión, Informe sobre el Congreso Internacional sobre Rehabilitación de la Baja Visión y Habilidad Visual. Roma: Italia. Recuperado el 1º de octubre del 2010, de http://www.juntadeandalucia.es/averroes/caidv/interedvisual/ftp/informe_congreso_roma_rvbvyhv.pdf.

Boletín Discapacidad (2007). Censo General 2005. Discapacidad personas con limitaciones permanentes Recuperado el 5 de noviembre del 2010, de http://www.asivamosensalud.org/descargas/Boletin_Discapacidad.

Limburg, H. & Keunen, J. (2009). Blindness and low vision in The Netherlands from 2000 to 2020-modeling as a tool for focused intervention. Ophthalmic Epidemiology.

Molina, R. (2008). Salud visual: una mirada al futuro(1a ed.). Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina Publicaciones.

Montoya, P., Herrera, M., Serrano, M., Belalcazar, S, Delgado, M., Gutiérrez, A., Figueroa, G., Rico, A. & Posso, H. (2008). Prevalencia y factores asociados a glaucoma en población negra nativa del Chocó. Instituto Nacional Para Ciegos (INCI) y Fundación Oftalmológica Nacional (Fundonal). Recuperado el 7 de octubre del 2010, de http://www.inci.gov.co./Inf_Flnal_y_RESULTADOS_GLAUCOMA_def_Sept2_08.doc.

Articulo- Sandra milena Medrano Muñoz- estudiante Universidad de la Salle.

Aguirre, R. (2000). Dificultades de aprendizaje de la lectura y escritura. Educere, 4(11), 147-150.

Álvarez, V., & Albizu, M. (1985). Un instrumento visomotor para niños de 4 a 6 años de edad. Revista Latinoamericana de Psicología, 17(2), 181-192.

Talero, C., Espinosa, A., & Vélez, A. (2005). Dificultades de aprendizaje en la lectura en las escuelas de una localidad de Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 21(4), 281-287.

Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud OPS (2009). Ceguera y discapacidad visual. Nota descriptiva n.º 282. Consultado el 23 de agosto de 2010 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/index.html>.

Rojas, A. (2000). Prevalencia de patologías oculares en pacientes adultos atendidos en el Instituto de Investigaciones Optométricas de la Universidad de La Salle durante el año 2000. *Revista Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 1, 37-47.

Venegas, A. (2006). El astigmatismo y la catarata, hallazgos más significativos en los adultos mayores de la localidad de Suba. *Revista Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 6, 7-12.



MINSALUD



Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

7. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

7.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud bucal.
- Identificar los principales cambios morfológicos y fisiológicos en la cavidad bucal, propios de cada momento vital.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores de la salud bucal.
- Brindar información para la salud.
- Derivar a las rutas que se requieran según las necesidades en salud general y salud bucal identificadas.

7.2 Población sujeto

Todas las personas en los diferentes momentos del curso de vida

7.3 Atenciones incluidas

Este servicio aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para los diferentes momentos del curso de vida:

- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.
- Información en salud bucal.
- Derivación a profilaxis o remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes y detartraje supragingival, según corresponda.

7.4 Descripción del procedimiento

Incluye la aplicación de procesos, procedimientos, técnicas semiológicas y de apoyo, en procura de reconocer el estado de las estructuras dentomaxilofaciales y determinar la ausencia o presencia de alteraciones, para mantener y mejorar la funcionalidad para la masticación, deglución, habla, fonación, socialización, y para favorecer la comunicación, el afecto, la autoestima, entre otras.

7.4.1 Anamnesis

- a. Indagar por experiencias previas relacionadas con la presencia de enfermedades bucales (caries, enfermedad gingival/periodontal, sangrado, traumas, mal posiciones, dolor, u otras) y antecedentes de condiciones sistémicas que impactan directamente en la salud bucal (enfermedades inmunes, alteraciones metabólicas como diabetes o VIH/SIDA, cáncer, EPOC, alteraciones metabólicas (diabetes), enfermedades cardiovasculares, otras)
- b. Indagar y valorar hábitos e identificar factores de riesgo o protectores:
 - Alimentación: tipo (incluye lactancia materna en la primera infancia), cantidad y frecuencia de consumo de azúcares, así como si ha tenido que efectuar cambios en su dieta por molestias relacionadas con su boca o dientes, entre otros.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

- Hábitos de higiene: frecuencia de higiene, calidad de la higiene, verificación de si hay apoyo, ayuda y control por cuidador cuando aplique por condiciones de discapacidad, uso de crema dental, tipo de crema dental, acceso a fluoruros a través de la crema dental, consumo de tabaco y alcohol, uso de dispositivos (rehabilitación), entre otros.
 - Consumo de tabaco y alcohol: tipos, cantidad, frecuencia, forma de consumo (incluyendo fumar invertido con la candela hacia adentro).
 - Identificar otros posibles factores protectores o de riesgo, conforme situaciones diferenciales, como costumbres por pertenencia étnica, u otros.
- c. Indagar sobre la percepción que tiene sobre sus condiciones de salud bucal, el acceso a servicios odontológicos previos, los tratamientos recibidos y su nivel de conformidad con los mismos, así como sobre la expectativa frente a la atención y el cuidado de la salud bucal.

7.4.2 Examen físico

Aplicar las técnicas semiológicas, como la inspección, palpación y percusión, para realizar la valoración de las estructuras dentomaxilofaciales. Si la persona presenta prótesis removibles, estas deben ser retiradas a fin de evaluar la cavidad bucal de forma adecuada, buscando estomatitis protésica, úlceras traumáticas o hiperplasia de la mucosa en la periferia de la prótesis.

- a. Cara: identificar ausencia de asimetrías, edema, variaciones de color (lunares, manchas, lentigos, hipopigmentaciones), fibrosis, aumentos de volumen, ulceraciones, u otros procesos.
- b. Ganglios linfáticos: identificar variaciones de volumen, consistencia, forma, bordes, extensión a planos profundos y ausencia de dolor; además deben correlacionarse con la información clínica obtenida durante el interrogatorio.
- c. Maxilar y mandíbula: verificar ausencia de asimetrías o discrepancias en tamaño, entre otros.
- d. Músculos: valorar funcionalidad y ausencia de dolor, en músculos temporal, cigomáticos mayor y menor, maceteros, y pterigoideos, además de los demás músculos de cara, cabeza y cuello.
- e. ATM (articulación temporo-mandibular): evidenciar la movilidad, la ausencia de ruidos tipo chasquido o crepitación, la ausencia de desviaciones de la mandíbula en los movimientos de apertura y cierre, la ausencia de dolor, entre otros.
- f. Labios (bermellones) y comisura labial: valorar la ausencia de asimetrías, discrepancia en el tamaño de labios, cambios de textura, consistencia, forma y color de labios considerando las diferencias étnicas; verificar la integridad de las comisuras bucales y la delimitación de la unión de la piel con el borde bermellón así como la ausencia de lesiones tipo herpes labial, queilitis, fisuras o lesiones traumáticas por hábitos inadecuados como morderse los labios o morder objetos. Se verificará la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas u otras, previas para el manejo de fisuras labiales.
- g. Mucosa de carrillos (parte interna de las mejillas): mediante visualización y palpación, verificar la ausencia de aftas, mucocelos, lesiones por trauma (hábitos de masticarse los carrillos) u otras, teniendo presente que si es normal la presencia de la línea alba oclusal y los gránulos de Fordyce. Verificar en el fondo del surco las salidas de las glándulas parótidas así como el estado de los frenillos laterales y centrales tanto superiores como inferiores.
- h. Encía y zona retromolar: valoración de todos los rebordes alveolares, de la encía adherida (normalmente de color rosa coral), de la encía libre (color más intenso que la adherida) y del tamaño y textura de las papilas interdentes. Pueden encontrarse pigmentaciones fisiológicas, o inflamaciones (gingivitis), exostosis, fistulas, entre otros hallazgos.
- i. Lengua: valorar superficies ventral y dorsal así como bordes laterales, mediante inspección y palpación. Identificar el estado de las papilas foliadas de la zona

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

postero- lateral, que hacen parte del tejido linfóide del anillo de Waldeyer, del frenillo lingual y de las salidas de los conductos excretores de las glándulas submandibulares. Identificar los diversos tipos de aspectos de la lengua, como la geográfica o fisurada, y la ausencia de condiciones como glositis, úlceras, aftas, entre otras. Es importante también valorar la movilidad de la lengua y el grado de inserción del frenillo, pues ello puede afectar la fonación y/o la deglución.

- j. Piso de boca: inspeccionar la mucosa no queratinizada, la red venosa superficial, las glándulas menores y las submandibulares, y verificar la ausencia de alteraciones.
- k. Paladar (duro y blando): verificar el color del paladar duro (rosa pálido), y la textura de la mucosa (firme y queratinizada). Se valora su integridad, los cambios de color, la ausencia de úlceras o aumentos de volumen (torus palatino, hiperplasias, neoplasias), entre otros. En el paladar blando se verificará el color (rojizo) y su elasticidad. En todo el paladar se verificará la ausencia de fisuras totales o parciales, e incluso la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas previas para el manejo de las fisuras. También se verifica la ausencia de úlceras, o alteraciones de las glándulas salivales, entre otras.
- l. Orofaringe para verificar color y ausencia de exudados en los pilares y en las amígdalas.
- m. Tejidos dentales: en el cual deben verificarse entre otros:
 - Número total de dientes temporales y permanentes presentes así como la cronología de la erupción, acorde con la edad y los procesos fisiológicos de erupción. Valorar la no presencia de dientes y determinar posibles anodoncias, incluidos o pérdidas por diversas razones.
 - Estado de las estructuras dentales, para identificar ausencia de signos clínicos de caries (pueden usarse los criterios de la clasificación de caries ICDAS y el COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP).
 - Ausencia de otras alteraciones como fluorosis dental (haciendo uso de la clasificación de Dean), dientes incluidos, atriciones, abrasiones, fracturas o fisuras asociadas a hábitos o prácticas deportivas u otros, enfermedad pulpar, malposiciones, entre otras.
 - Verificar la presencia y estado de cualquier tipo de rehabilitación presente en boca, incluyendo coronas, prótesis fijas o removibles, implantes, etc.
 - Saliva: valorar consistencia y volumen, y valorar la ausencia de alteraciones que generen su reducción.
 - Verificar la funcionalidad de los tejidos y estructuras para cumplir con procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.
 - Evaluar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca y la forma de realización de higiene por parte del adulto para el cuidado de la salud bucal.

Conforme a los hallazgos durante la valoración debe realizarse una síntesis ordenada de los riesgos, los factores protectores y el estado de los tejidos y del estado general de la salud bucal.

A partir de lo anterior, se deben realizar acciones de información en salud y definir o actualizar las atenciones individuales y colectivas del plan integral de cuidado primario

7.4.3 Información para la salud

En razón a los hallazgos brindar la información para la salud pertinente, con énfasis en:

- a. Derechos en salud.
- b. Orientaciones para el cuidado en salud bucal, alimentación, actividad física, higiene personal, entre otros.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

7.4.4 Plan de cuidado

La definición del plan integral de cuidado de la salud debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con la persona que recibe la atención y/o su familia.

Se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones del plan integral de cuidado primario para la salud o en caso contrario indicar su realización de acuerdo a lo estipulado en el anexo respectivo y conforme a las frecuencias establecidas para cada momento del curso de vida:

- a. Remoción de placa bacteriana (Para mayores de un (1) año en toda consulta de salud bucal de acuerdo a la frecuencia establecida por momento del curso de vida).
- b. Aplicación de flúor (Niños, niñas y adolescentes a partir del año de edad hasta los 17 años, en toda consulta de atención en salud bucal).
- c. Detartraje supragingival (A partir de los 12 años, según hallazgos en la valoración).
- d. Aplicación de sellantes (A partir de los 3 años hasta los 15 años).
- e. Consulta de valoración del estado de salud por medicina o enfermería, según el momento del curso de vida.
- f. Educación grupal según el momento del curso de vida.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones, las cuales también deben estar incluidas en el plan integral de cuidado primario:

- a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
- b. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
- c. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
- d. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial.
- e. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

7.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de odontología, se debe contar con lo siguiente: historia clínica odontológica, Odontograma o Cariograma, instrumentos de clasificación de caries como ICDAS, Índices COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP) para caries, entre otros, instrumental básico de examen odontológico (espejo, explorador, sonda, pinzas algodonerías). Materiales: modelo dental.

7.6 Atenciones de protección específica para la salud bucal

7.6.1 Profilaxis y remoción de placa bacteriana

Son las acciones en procura de conservar bajos niveles de placa bacteriana o biopelícula, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos.

Puede ser realizado por profesional de odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del profesional en odontología, por lo que debe realizarse el procedimiento de manera subsiguiente a la consulta de atención en salud bucal. La frecuencia de este procedimiento por momento del curso de vida es:

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

Primera infancia:	2 veces al año (1 por semestre)
Infancia:	2 veces al año (1 por semestre)
Adolescencia:	2 veces al año (1 por semestre)
Juventud:	Anualmente
Adultez:	Cada dos años
Vejez:	Cada dos años

Se suministran sustancias reveladoras de placa y se brindan las indicaciones para que puedan ser distribuidas en todas las superficies dentales.

Se identifican los gradientes de tinción en las superficies teñidas con la sustancia, que dan cuenta del acumulo de placa y se le muestra al adulto apoyados de un espejo.

Se realiza el registro de las superficies teñidas y se calcula el índice de O’Leary (relación del total de superficies teñidas con la sustancia reveladora sobre el total de superficies dentales presentes, multiplicado por 100 y expresado en porcentaje).

Se evalúa la forma como las personas (niños, niñas, adultos o cuidadores) realizan la higiene diariamente y se realizan las recomendaciones de las técnica de cepillado y uso de los demás elementos de higiene, considerando las capacidades cognitivas, motrices y las diferencias culturales u otras de cada caso.

Según lo evidenciado con la sustancia reveladora y el resultado del índice de O’Leary, se brindan las orientaciones e instrucciones sobre elementos y técnicas de cepillado dental e higiene bucal, en las diversas superficies dentales y demás tejidos de la cavidad oral (lengua, encía, paladar y surco vestibular), así como en las prótesis dentales fijas o removibles o en dispositivos de ortodoncia, que puedan estar presentes.

De acuerdo con los hallazgos individualizados para cada usuario, se prescriben los mejores elementos para la higiene: seda o hilo dental, cepillos dentales, aditamentos de higiene adicionales y cremas dentales, siempre con contenidos de flúor debido a que el efecto tópico favorece el control del riesgo de caries dental.

Finalmente se realiza profilaxis o remoción de placa (bio-película), de todas las superficies de todos los dientes presentes, mediante uso de instrumentos rotatorios con copa de caucho o cepillos u otros aditamentos dispuestos para tal fin y pasta profiláctica, o mediante uso de cepillo dental acorde con la edad y las condiciones particulares encontradas.

Instrumentos, insumos y dispositivos: Instrumental básico y complementario de Odontología, instrumental y equipamiento para profilaxis y detartraje, sustancias reveladoras de placa, micromotor, copas y cepillos de profilaxis, pasta profiláctica, elementos de higiene (cepillos, crema dental, seda dental, otros aditamentos como cepillos interproximales, enhebradores, entre otros), odontograma, periodontograma, clasificación de caries ICDAS, índice de O’Leary, índice COP y COP y COP modificado (C(ICDAS)OP)), índices para determinar severidad de gingivitis y enfermedad periodontal, índice de Dean para fluorosis, entre otros, protocolo de exposición a flúor del INS, material didáctico.

7.6.2 Aplicación de flúor

Este procedimiento aplica para todas las personas en la primera infancia (a partir del primer año de edad), infancia, adolescencia.

Consiste en aplicar o poner en contacto la porción coronal del diente con sustancias que contienen fluoruros, como mecanismo que permite fortalecer la superficie del

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

esmalte dental y producir mayor resistencia a la caries, para controlar la desmineralización y formación de cavidades en el tejido dentario.

La actividad se realiza por el profesional en odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del odontólogo, una vez cada 6 meses o en personas con alto o mediano riesgo cada 3 meses, por lo que debe realizarse el procedimiento seguido a la consulta de atención en salud bucal.

Este procedimiento, como medida de protección específica, se realiza con flúor en barniz para reducir el riesgo de ingesta por deglución (particularmente en las primeras edades de vida) y reducir efectos posteriores no deseables.

La aplicación tópica debe realizarse garantizando las debidas medidas para reducir el riesgo de ingesta, considerando las aplicaciones previas que se hayan realizado en otros entornos o en jornadas; haciendo el control adecuado de las cantidades de fluoruro suministrado de forma que no se generen riesgos o situaciones adversas y entregando las recomendaciones necesarias para los cuidados posteriores a la aplicación, de forma que no se pierda la efectividad de la intervención.

En todos los niños en los que se sospeche o pueda identificarse fluorosis dental (por ingesta excesiva flúor provenientes de otras fuentes), debe también aplicarse flúor de forma tópica y en los rangos de tiempo señalados, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia incluso a la caries dental sobre agregada a la desmineralización inicial.

7.6.3 Sellantes

Este procedimiento aplica para todos los niños, niñas y adolescentes entre tres y 15 años de edad, según la erupción dentaria y criterio clínico.

Consiste en modificar la morfología de la superficie dental, mediante la aplicación de una barrera física, a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal y minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

La actividad se realiza por el profesional de odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del odontólogo.

Se verifica la presencia de los sellantes en los molares temporales que acorde con la edad deben estar ya presentes, y que de no encontrarse deben valorarse la situación para ser aplicados acorde con el criterio clínico.

En los niños de 6 a 8 años, se sellan los primeros molares permanentes.

En los niños de 9, 10 y 11 años, se aplican sellantes en los primeros y segundos premolares permanentes que se encuentren presentes y totalmente erupcionados.

Previo a la aplicación de sellantes se debe verificar la presencia de sellantes existentes y realizar la profilaxis para la remoción de la placa bacteriana de las superficies dentales y se realiza el debido aislamiento del campo operatorio.

Se seguirán las instrucciones según el tipo de sellante disponible, para realizar los procesos de grabado con una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico), de las superficies que reciben el sellante, de lavado y de secado de las superficies a fin de que queden dispuestas para la adhesión del material plástico.

Se aplica el sellante con los instrumentos dispuestos según el material, o con cucharilla o explorador recorriendo todos los surcos y fisuras y se realiza su

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”.

polimerización. Una vez colocado el sellante se evalúa la adherencia y se verifica que no se presenten burbujas.

Finalmente se realiza el control de la oclusión y se eliminan los excesos de ser necesario.

En todas las edades, se realiza control de la permanencia de los sellantes cada 6 meses en personas de bajo riesgo y cada 3 meses en personas de alto y mediano riesgo, debido a que la pérdida total o parcial, se constituyen en un riesgo de acumulo de placa y por tanto en un riesgo de desarrollo de caries dental.

7.6.4 Detartraje supragingival

Este procedimiento se realiza a las personas mayores de 18 años, de acuerdo al criterio clínico del profesional de odontología.

Consiste en remover mecánicamente la placa bacteriana, los depósitos calcificados y manchas extrínsecas de las superficies dentales, para evitar daños en los tejidos de soporte dental, por considerarse factores retentivos de placa y factores de riesgo también para la presencia además de caries dental.

Debe ser realizado por el profesional en odontología o por técnico auxiliar en salud oral, con supervisión del profesional, seguido a la consulta de atención en salud bucal.

Previo al procedimiento se debe valorar los sitios que presentan depósitos y manchas extrínsecas, y solo en caso de presentarse se realiza remoción de los depósitos y manchas con el uso de los instrumentos específicos, además de realizar limpieza de superficies con cepillos de profilaxis o copas de caucho y pasta profiláctica.

Si se evidencian depósitos extensos que comprometen los espacios periodontales y la estabilidad del diente, se remite a la RIAS para las alteraciones de la salud bucal-enfermedad periodontal.

NOTA: De no encontrarse depósitos calcificados o manchas extrínsecas en las superficies dentales, esta actividad no debe ser realizada dado que el uso de estos instrumentos puede generar efectos no deseados en tejidos blandos y en la superficie dental.

Instrumentos, insumos y dispositivos: instrumentos manuales (curetas y hoces) u otros instrumentos como los de ultrasonido o rotatorios, para la remoción adecuada de los depósitos.