



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



POLITICAS PUBLICAS EN SALUD VISUAL NUEVOS CAMINOS NUEVOS RETOS



Alejandra Castillo Angulo
Profesional especializado
Subdirección de enfermedades No transmisibles
MSPS.

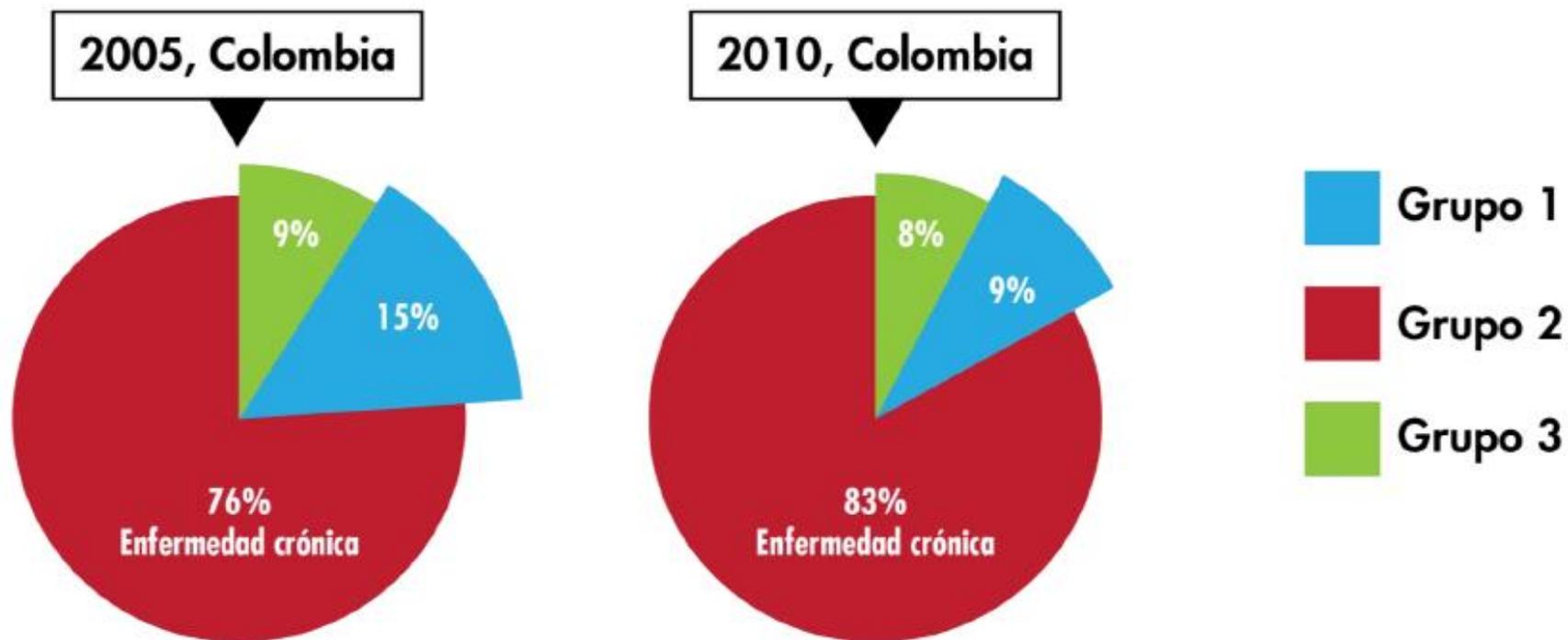
DESAFIOS PARA COLOMBIA EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS

Resolución
conflicto armado
y post conflicto

Corregir las
desigualdades
sociales y en salud

Enfrentar la
epidemia de
Enfermedades
no Transmisibles

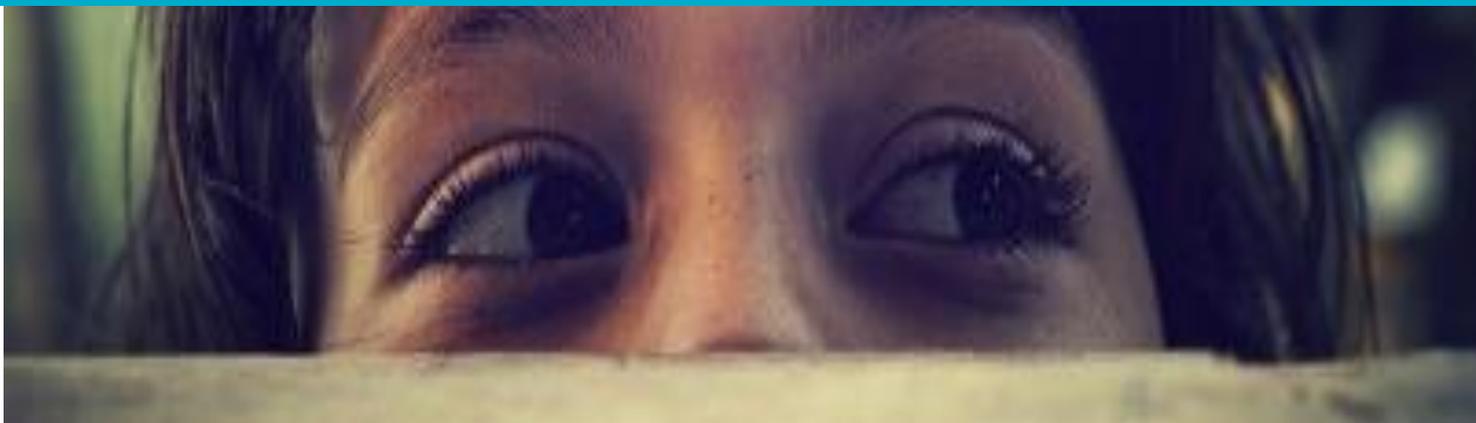
Carga de la enfermedad



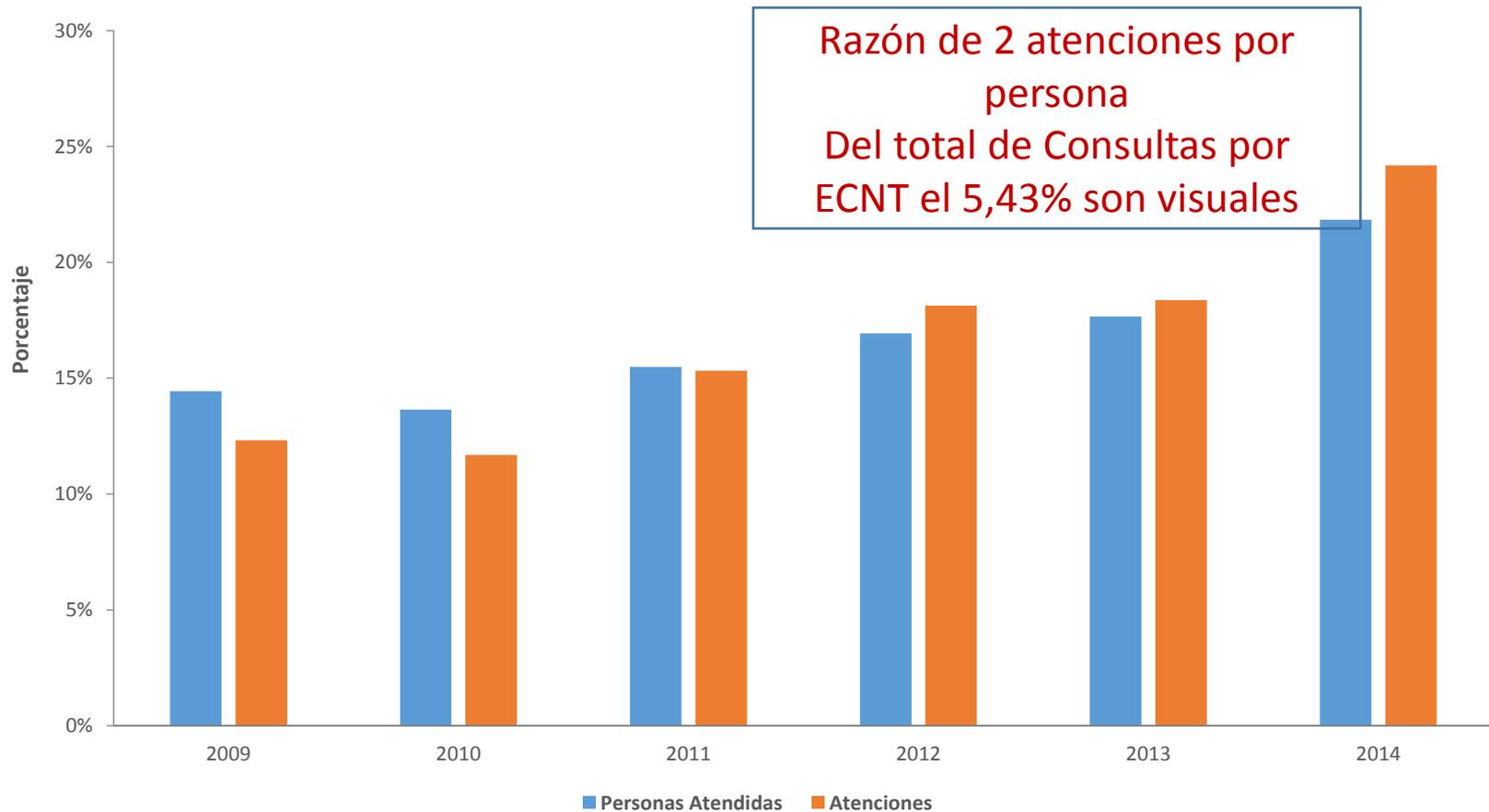
Fuente: Pontificia Universidad Javeriana. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010



ANALISIS DE SITUACION DE SALUD VISUAL EN COLOMBIA 2009-2014 SISPRO



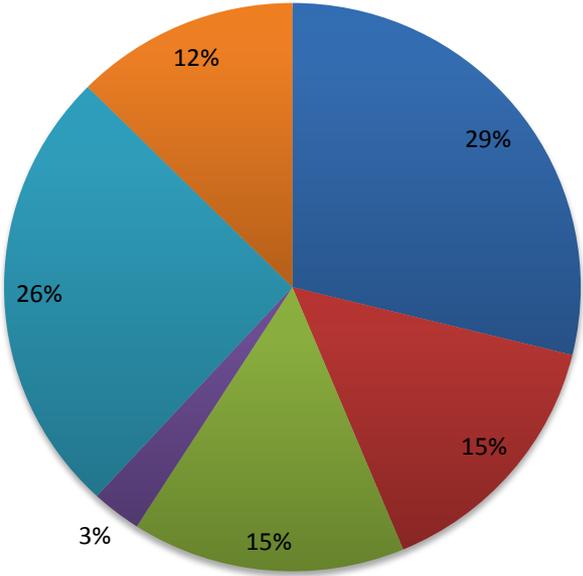
Morbilidad atendida por consulta de Enfermedades de los ojos y sus anexos. Colombia, 2009-2014



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
Guainía	0,01	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04
San Andrés	0,01	0,01	0,07	0,06	0,23	0,01	0,02	0,02	0,19
Vaupés	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Frecuencia de atenciones relacionadas con agudeza visual por curso de vida en Colombia, 2009 a 2014.



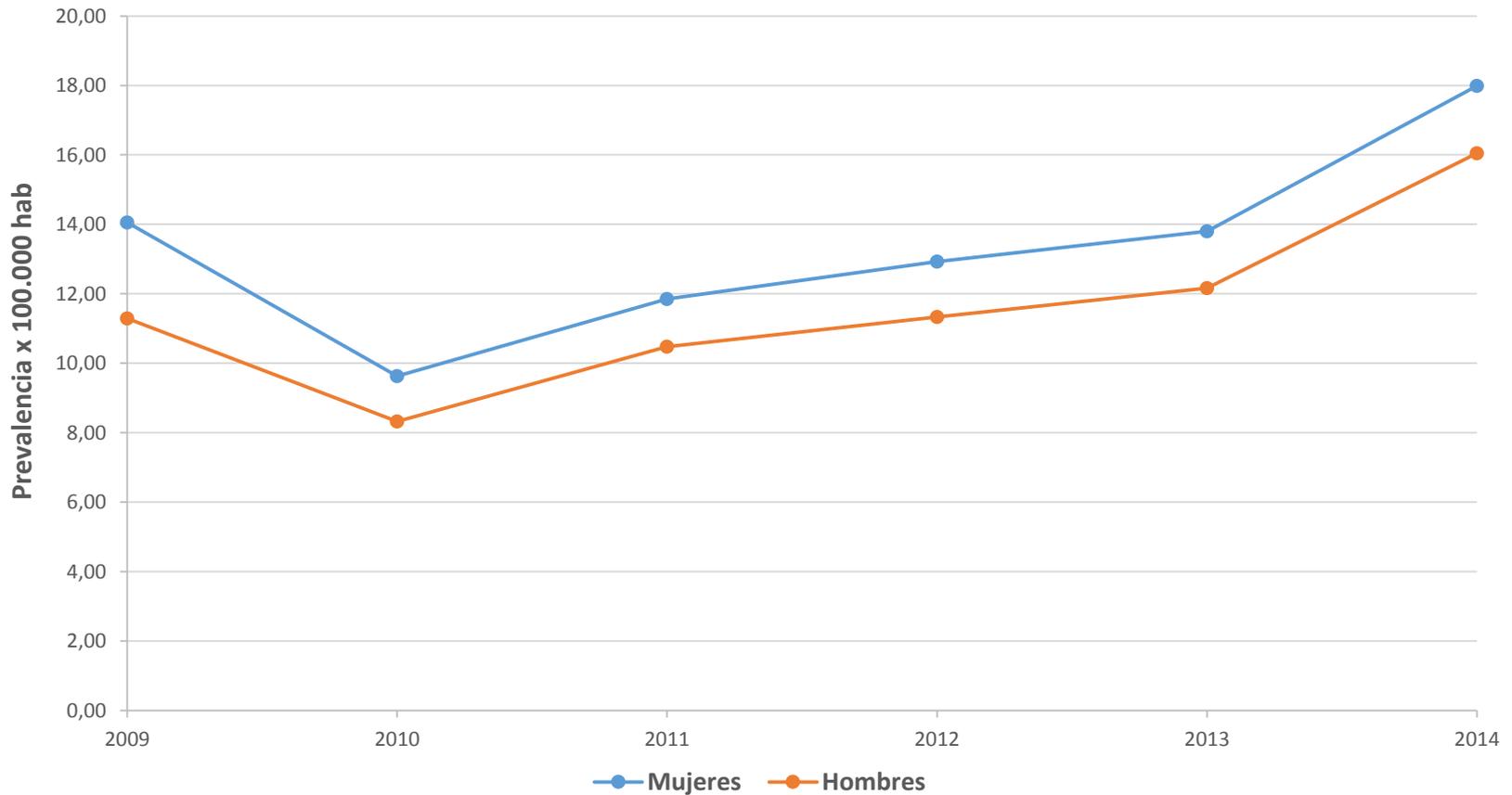
■ Primera infancia ■ Infancia ■ Adolescencia ■ Juventud ■ Adultez ■ Vejez

Fuente: Cubo RIPS -SISPRO

Prevalencia de atenciones ambliopía periodo 2009 -2014

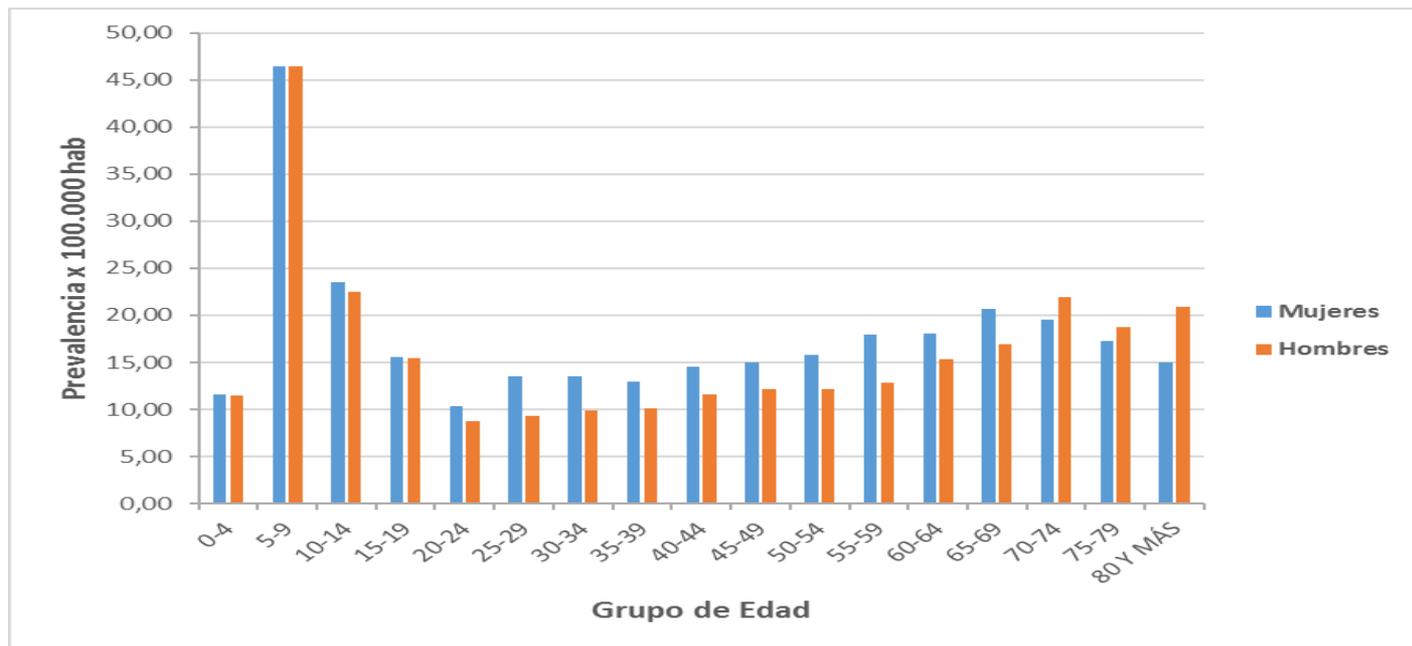
NACIONAL	MUJERES VS HOMBRES	GRUPO DE EDAD	DEPARTAMENTOS CON MAYOR REPORTE
<p>Total 41.519 casos</p> <p>Prevalencia estimada en 2009: 17,13/C 100.000 Habitantes</p> <p>2014: aumentó a 19,08/C 100.000 Habitantes</p>	<p>MUJERES: Prevalencia 2009: 14,05/100.000 HB 2014: 17,99/100.000 HB Aumento de 3,94/100,000 HB.</p> <p>HOMBRES: Prevalencia 2009: 11,29/100.000 HB 2014: 16,05/100000 HB Incremento de 4,76/100.000 HB</p>	<p>5-9 años con una prevalencia estimada de 46,42/100.000 HB.</p> <p>0-14 años con una prevalencia estimada de 23,52/100.000 en mujeres y 22,44 en hombres.</p>	<p>Bogotá (40,73), Nariño (18,09), Risaralda (17,71), Boyacá (16,23) Norte de Santander (15,58) Quindío (31,48)</p>

Estimación de la carga de enfermedad por Ambliopía en Colombia, 2009-2014



Fuente – Cubo RIPS- SISPRO-
Cortesía Dr Jose Elías delgado

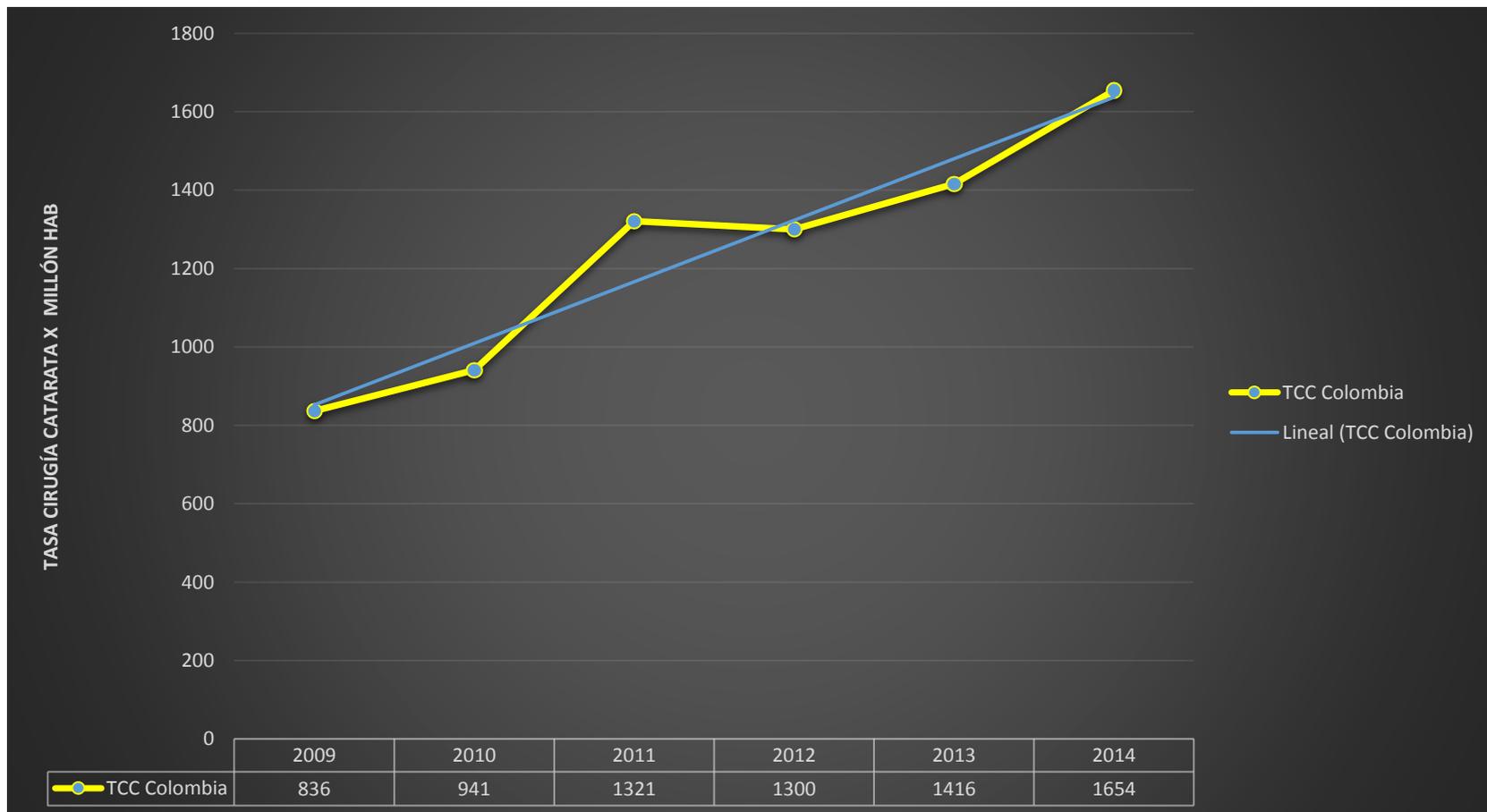
Prevalencia de ambliopía por grupos de edad y sexos en Colombia, 2014



Prevalencia de ambliopía por departamentos. Colombia 2009-2014

Departamento	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Antioquia	17,39	12,58	9,26	11,28	15,38	14,92
Atlántico	4,28	2,72	2,40	2,68	4,33	7,88
Bogotá, D.C.	57,24	30,79	41,50	37,04	34,34	43,45
Bolívar	3,93	2,28	4,05	3,54	2,96	4,94
Boyacá	12,06	9,51	15,39	12,02	14,17	34,20
Caldas	7,18	11,04	5,57	14,92	12,65	12,55
Caquetá	4,38	7,28	5,38	11,71	8,94	8,16
Cauca	4,19	6,34	5,11	13,32	18,59	7,84
Cesar	4,53	1,52	3,20	1,47	3,74	28,55
Córdoba	2,40	2,08	1,41	2,05	3,97	3,74
Cundinamarca	9,34	9,01	11,37	14,45	14,44	18,06
Chocó	1,52	0,21	0,42	0,42	1,04	2,26
Huila	12,94	7,35	5,66	6,89	20,04	26,61
La Guajira	0,40	0,77	1,10	1,31	3,80	7,00
Magdalena	1,71	1,51	3,76	3,80	2,73	4,37
Meta	4,93	8,32	9,27	11,25	9,57	11,20
Nariño	10,37	5,47	15,33	20,18	19,48	37,68
Norte de Santander	21,22	6,05	14,97	17,11	13,22	20,91
Quindío	5,30	6,39	4,84	4,99	18,18	31,48
Risaralda	25,43	20,19	15,20	16,96	14,98	13,49
Santander	12,09	8,27	7,12	6,22	7,21	11,16
Sucre	0,91	0,77	2,41	2,76	3,11	6,00
Tolima	6,02	8,39	6,67	9,81	8,11	11,62
Valle	10,24	5,94	6,97	13,62	23,18	13,88
Arauca	0,00	2,86	2,01	2,79	2,75	9,71
Casanare	4,45	2,18	1,22	4,79	2,06	5,48
Putumayo	3,78	3,74	8,30	6,07	7,51	5,33
San Andrés	0,00	0,00	0,00	0,00	1,33	1,32
Amazonas	0,00	1,39	4,13	0,00	0,00	13,29
Guainía	2,66	2,61	7,71	5,06	2,49	7,35
Guaviare	7,90	4,87	4,79	1,89	3,72	3,67
Vaupés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vichada	0,00	4,72	4,61	3,00	1,46	4,28

Tasa de cirugía de catarata. Colombia, 2009-2014

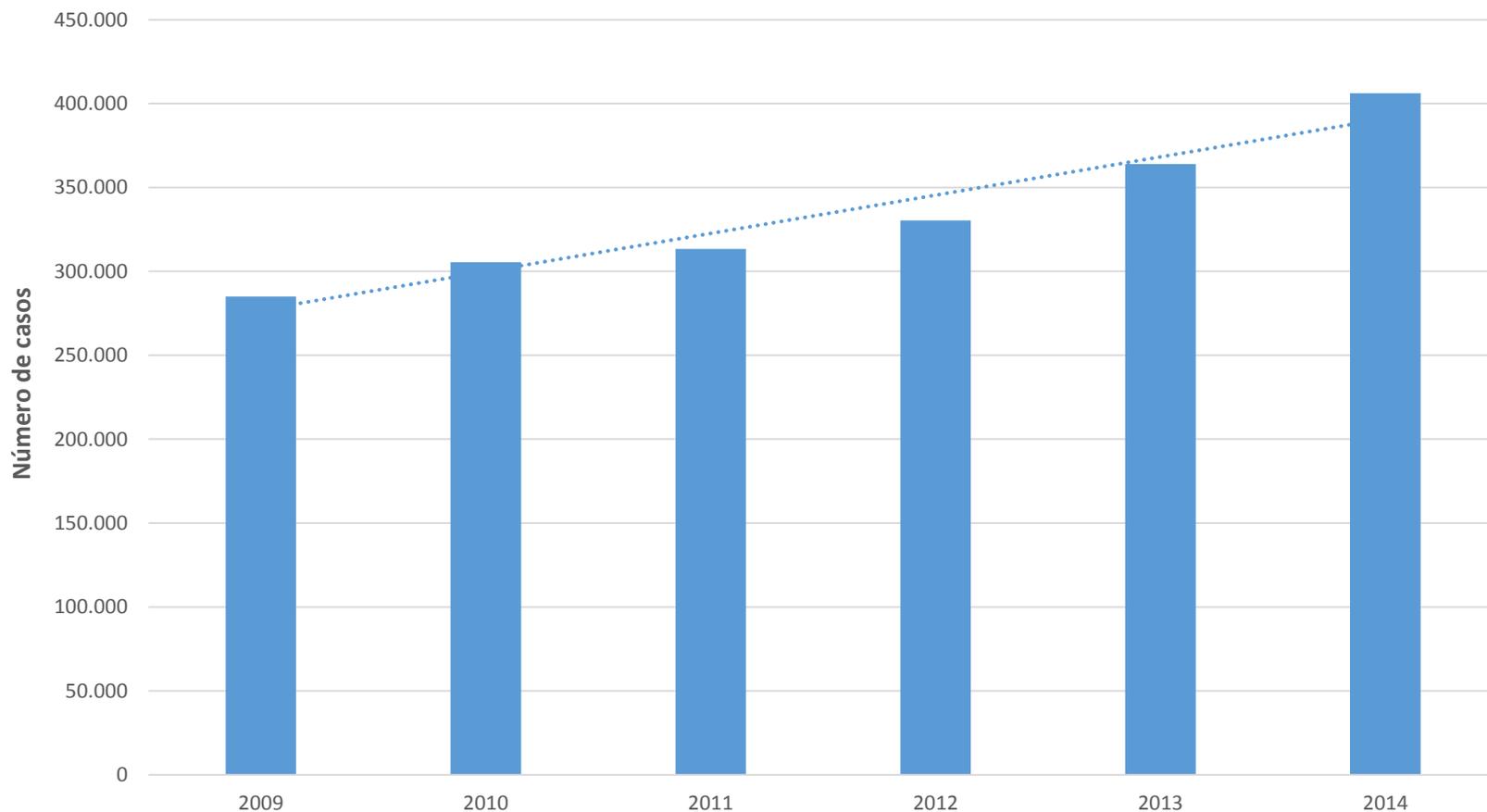


DISCAPACIDAD VISUAL AUTODECLARADA 2009-2014

- En Colombia, se cuenta con **2.004.464** 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 es de 7,08% desde el año 2009 a 2014.



Discapacidad visual autodeclarada registrada en Colombia, 2009-2014



Fuente – Cubo RIPS- SISPRO-
Cortesía Dr Jose Elías delgado

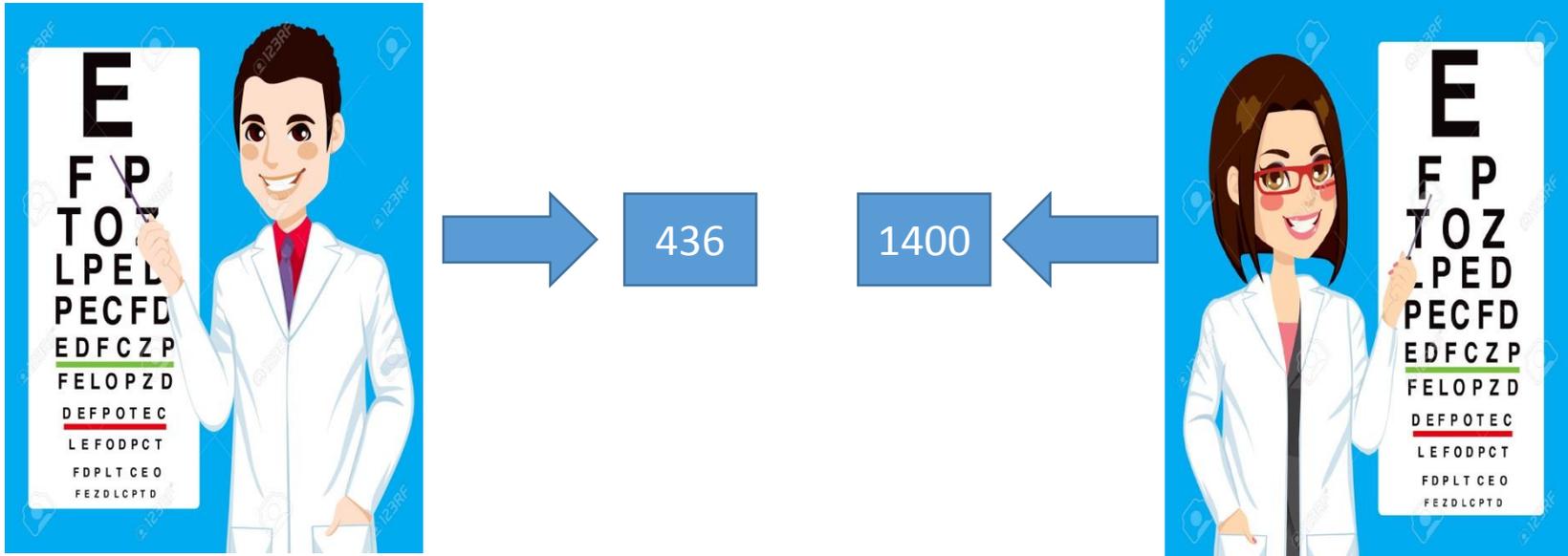
Resumen: prevalencias de las alteraciones visuales. Colombia 2009-2014

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

* Prevalencia por 100,000 habitantes

Estadísticas de profesionales en Optometría

En el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) se encuentran registrados 1.836 optómetras



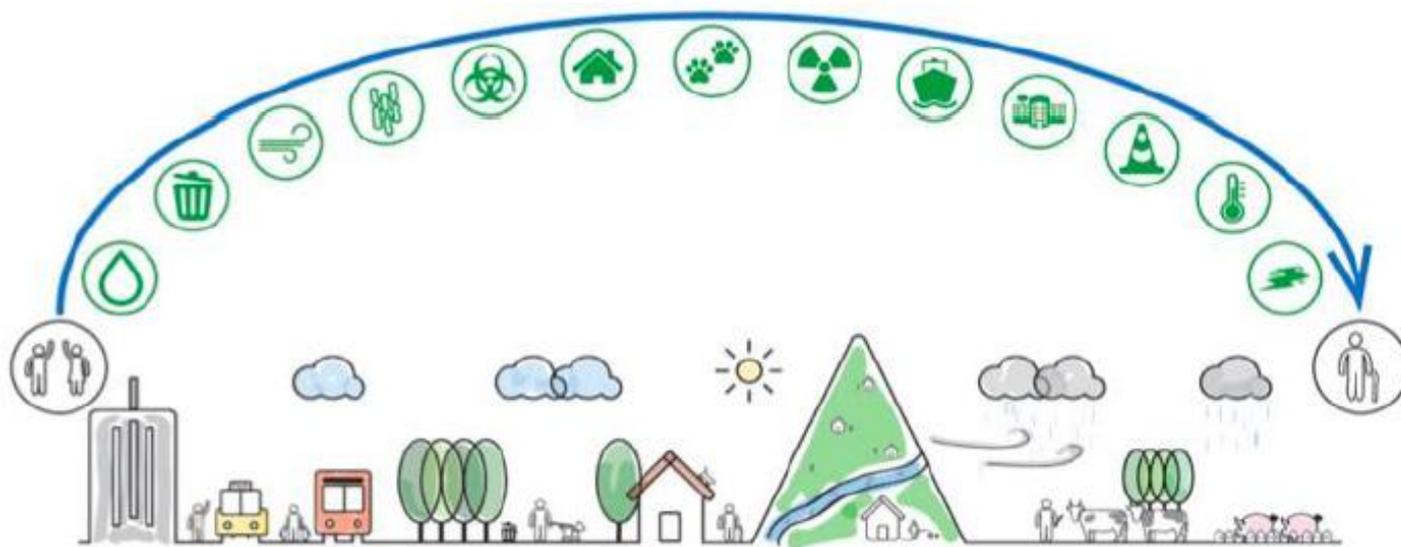
Estadísticas de médicos Oftalmólogos 2011

Oftalmólogos graduados: 868.

> concentración en:
Santander, Casanare,
Valle del Cauca,
Antioquia y Boyacá.

2 Oftalmólogos por
cada 100.000
habitantes.

Sin reporte en: Arauca,
Amazonas, San Andrés,
Guainía, Guaviare,
Vaupés y Vichada.



Política Integral de Atención en Salud

Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)

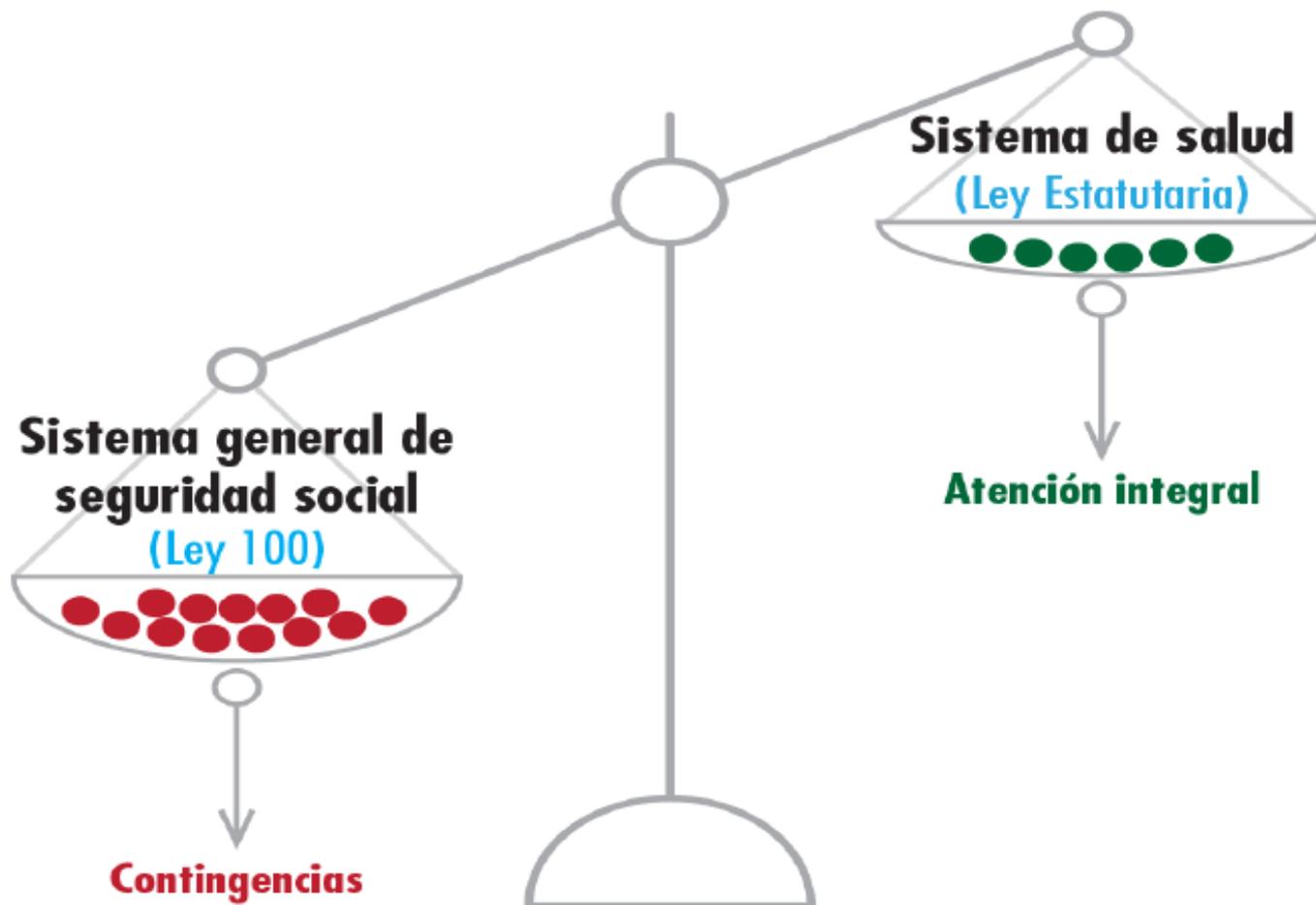
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Política de Atención Integral en Salud

Artículo 65. Política de atención integral en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, **dentro del marco** de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como la demás **leyes** vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones

Sistema de salud vs Seguridad social



OBJETIVO DE LA POLITICA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD

- Orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las intervenciones de los agentes, hacia el “acceso a los servicios de salud, de manera oportuna, eficaz y con calidad.



Contenido de la Política de Atención

Marco
Estratégico

Modelo
Integral de
Atención en
Salud (MIAS)

ESTRATEGIAS CENTRALES DE LA POLITICA



La atención primaria en salud (APS)

Estrategia básica e integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles.



El cuidado

Capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea



La gestión integral del riesgo en salud

como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.

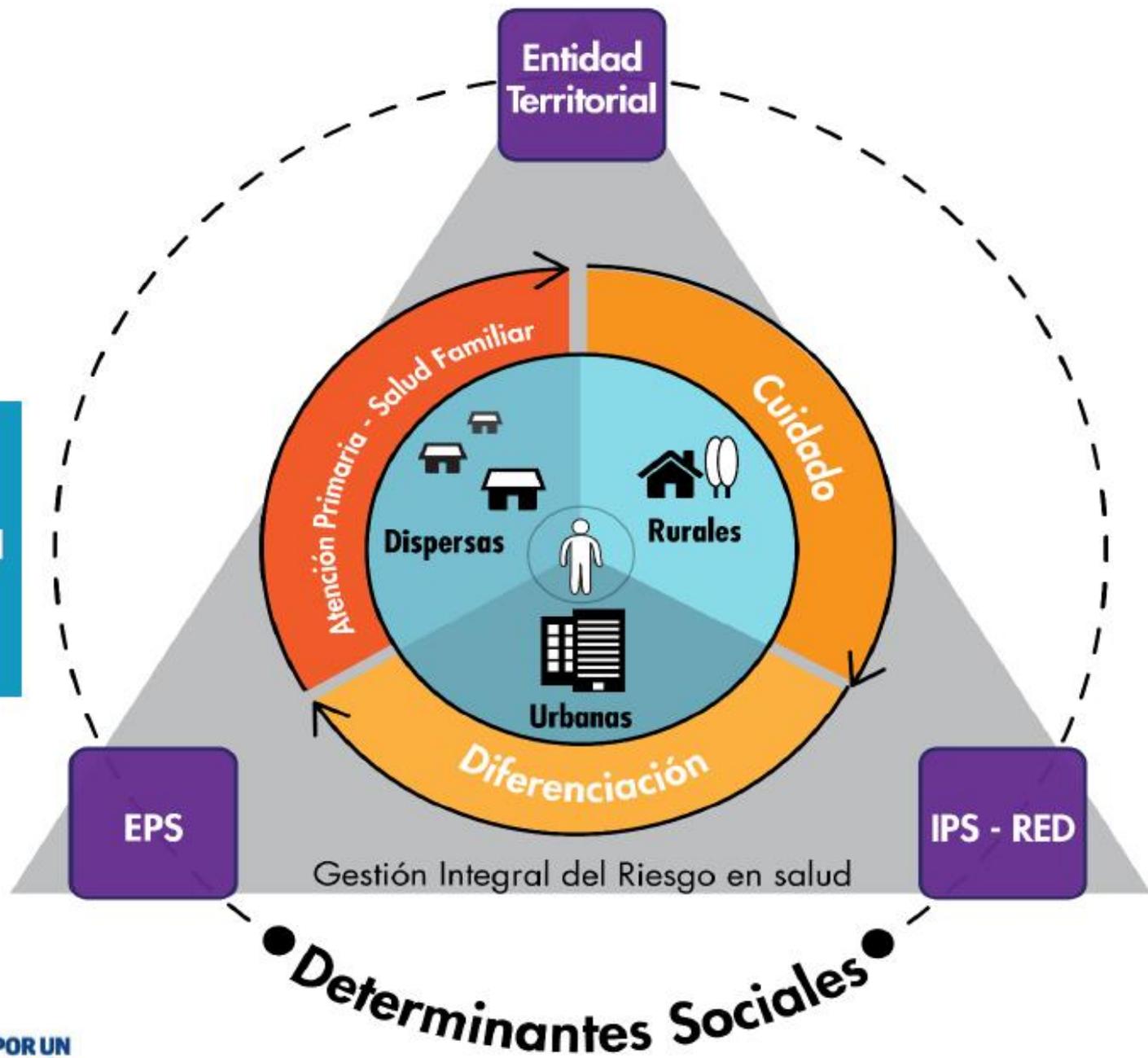
ESTRATEGIAS CENTRALES DE LA POLITICA

El enfoque diferencial en la atención

Adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles, considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

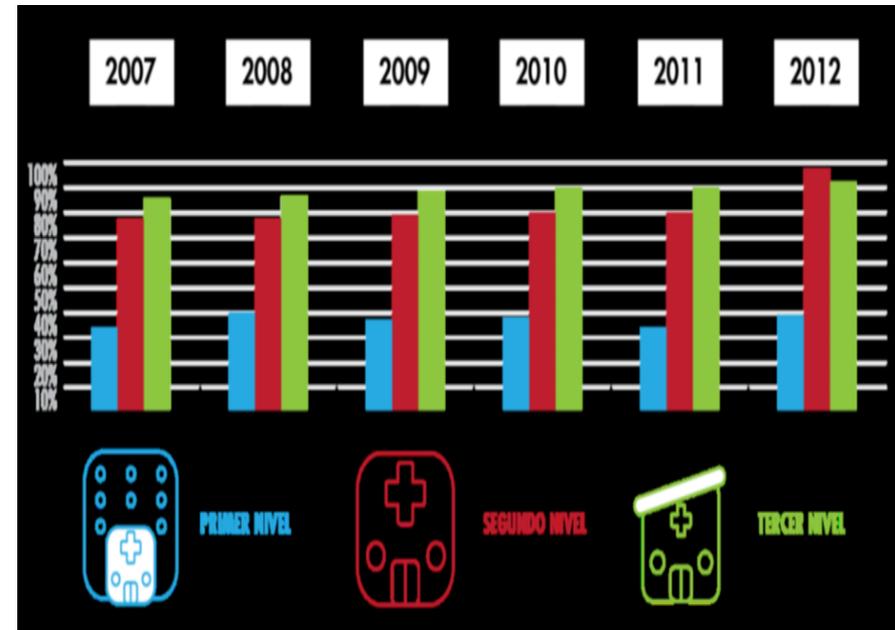


Política de Atención Integral en salud



¿PORQUE UN MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD?

- Obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad, con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública.



La respuesta de la oferta es fraccionada, lo cual genera menos capacidad de resolución también en la alta complejidad

SGSSS: Dificultades

El Sistema está enfocado más a la enfermedad que a la salud

Alta carga de la enfermedad

Inequidades en salud, regionales y poblacionales

Fragmentación, desintegración en la atención

Poca resolutiveidad en los niveles primarios

Falla de Mercado / Incentivos negativos entre los agentes

Falla regulatoria

Desafíos de sostenibilidad financiera

Desconfianza y deshonestidad entre los agentes

DIFICULTADES



- Las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutive.
- El flujo de consulta especializada se concentra aún más en diez nodos; seis nodos, por su parte, concentran el flujo de procedimientos hospitalarios (**Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla**), con dominancia marcada de Bogotá y Medellín como agrupadores finales de referencia.
- Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad, se han consolidado como la puerta de entrada al sistema, con severa subutilización de los servicios básicos.
- Excesos de demanda hacia los hospitales de alta complejidad, con concentración del uso en casos que no requieren de alta tecnología.
- concentración de recursos humanos en las grandes ciudades.
- Baja capacidad técnica y de gestión por parte de las entidades territoriales para orientar la construcción participativa de los planes de salud territorial, motivar acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales .



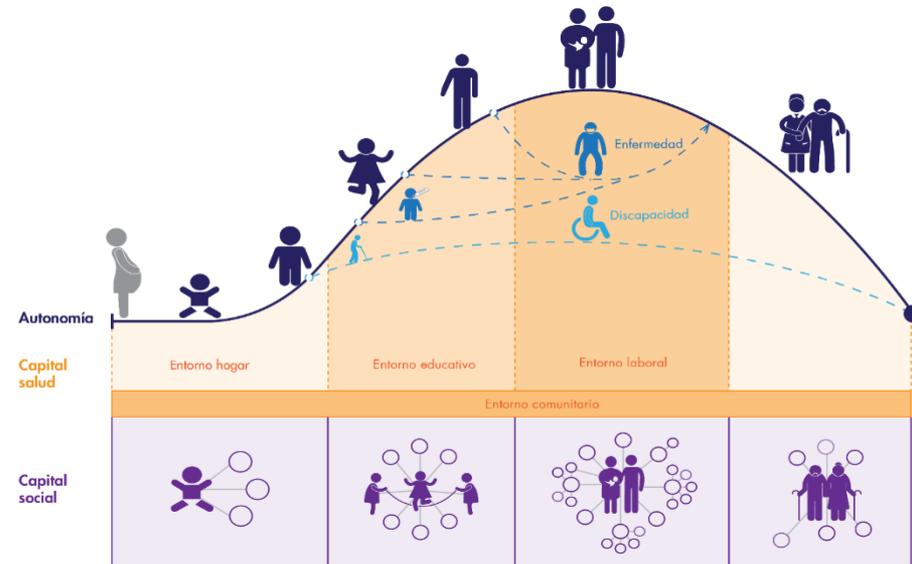
QUE ES EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

MIAS

Comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.

Integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo.

Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud.



¿QUE IMPLICA?

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



POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

"Un sistema de salud al servicio de la gente"

Ministerio de Salud y Protección Social



NSALUD



Componentes del MIAS

- 1 Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021
- 2 Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS
- 3 Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS)
- 4 Delimitación territorial del MIAS
- 5 Redes integrales de prestadores de servicios de salud
- 6 Redefinición del rol del asegurador
- 7 Redefinición del sistema de incentivos
- 8 Requerimientos y procesos del sistema de información
- 9 Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS)
- 10 Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento

1. Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-21

Entidad Territorial

ASIS

Análisis de Situación de salud

=

Población General

aseguradores

CPI

Caracterización de Población Afiliada

=

Conglomerado Poblacional

Plan Poblacional

Plan Individual

RESPONDER

COMPRENDER

IDENTIFICAR

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

RUTAS DE ATENCION INTEGRAL (RIAS) RESOLUCION 429 /2016/ 3202 de 2016 (Por medio de las cuales, se adopta la PAIS y las rutas de atención integral)

Herramienta que define, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo.

A partir de la RIAS, se consolidan las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible.

2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud

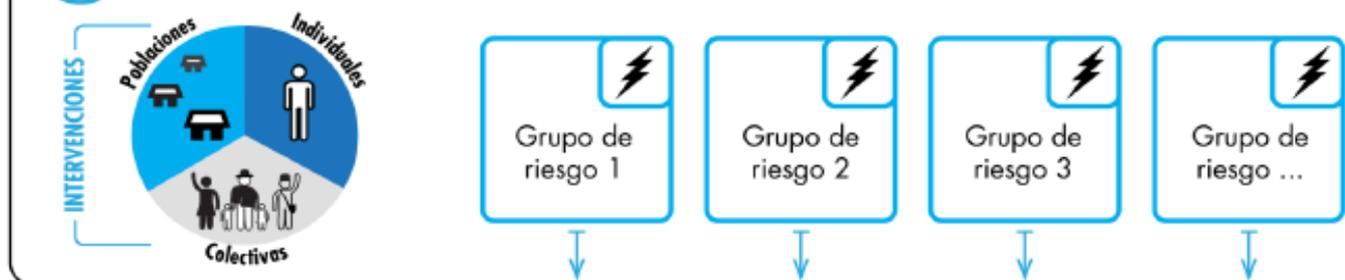
1 Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud

Acciones realizadas en los entornos donde transcurre la vida y se desarrollan las personas



2 Ruta integral de atención para grupos de riesgo

Acciones dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención



3 Rutas integrales de atención específica

Acciones de recuperación, rehabilitación y paliación

 Riesgo / Evento

2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud- Eventos específicos

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes mellitus-Accidentes cerebro-vasculares-Hipertensión Arterial Primaria (HTA)-Enfermedad Isquémica Cardíaca (IAM) Enfermedad Renal Crónica
2. Infecciones respiratorias crónicas	EPOC
3 Nutricionales	Deficiencias nutricionales específicamente anemia-Desnutrición-Sobrepeso y obesidad
4. Trastornos mentales y del comportamiento	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA-Use nocivo –Sobredosis-Dependencia- efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos
5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión-Demencia-Esquizofrenia-Suicidio
6. Salud bucal	Caries-Fluorosis-Enfermedad Periodontal-Edentulismo-Tejidos blandos, estomatosis
7.Cáncer	Ca Piel no melanoma-Ca mama-Ca Colon y Recto -Ca Gástrico-Ca cuello y LPC en diagramación-Ca Próstata-Ca Pulmón-Leucemias y linfomas
8. Materno -perinatal	IVE-Hemorragias -Trastornos hipertensivos complicadas-Infecciosas-Endocrinológicas y metabólicas-Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas-Bajo peso-Prematurez. Asfixia

2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud- Eventos específicos

GRUPOS DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
9. Infecciones	TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas.TS: VIH, HB, Sífilis, ETS. ETA- ERA, neumonía y EDA-Inmuno-prevenibles
10. Zoonosis y agresiones por animales	Accidente rábico- Accidente ofídico
11. Enfermedad y accidentes laborales	
12. Agresiones, accidentes y traumas	Violencia relacionada con el conflicto armado-Violencia de género-Violencia por conflictividad social
13. Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	
14. Enfermedades raras	Hemofilia-Fibrosis quística-Artritis idiopática-Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica
15. Trastornos visuales y auditivos	Defecto refractivo(Miopía, Hipermetropía, astigmatismos)-Ambliopía-Glaucoma-Cataratas-Retinopatía del prematuro-Visión Baja-Traumas del oído-Hipoacusia-Otitis-Vértigo
16. Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis

SALUD VISUAL EN EL SGSSS

Resolución
412/2000

- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL
- EXAMEN OFTALMOLOGICO (Consulta de primera vez por medicina especializada).

Resolución
5592/2015

- Plan de beneficios individual- valoración de optometría y oftalmología

PDSP 2012-
2021

- Política de salud visual – Dimensión vida saludable y condiciones No transmisibles.

Resolución
518/2015

- Plan de intervenciones colectivas- PSPIC

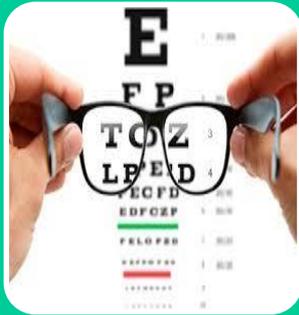
- **Tamizaje visual- Niños de 4, 11 y 16 años.**
- **Examen por primera vez oftalmología - Se realiza en personas de 55, 65 y más años, a partir de los 65 años el examen .debe realizarse cada 5 años.**
- **Consulta de primera vez por optometría a todos los grupos de edad, incluye: optometría, tonometría 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.**
- **Detección temprana alteraciones de la agudeza visual desde la etapa prenatal hasta los 18 años.**
- **Desarrollo de estrategias, para la promoción de estilos de vida saludable para la salud visual y control de enfermedades visuales prevenibles.**
- **Promoción y gestión del riesgo de la salud visual.**



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

COBERTURAS DEL SGSSS EN SALUD VISUAL



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: Los lentes oftálmicos se cubren en material Policarbonato.



OTROS PRECEDIMIENTOS

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.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

COBERTURAS DEL SGSSS EN SALUD VISUAL



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.



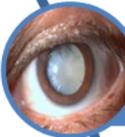
Otras alteraciones visuales y/o oculares

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).

PRIORIDADES EN SALUD VISUAL



DEFECTOS DE REFRACCION CON PRIORIDAD EN ESCOLARES



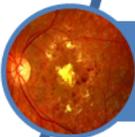
CATARATA CON PRIORIDAD EN POBLACION MAYOR DE 50 AÑOS



GLAUCOMA



RETINOPATIA DEL PREMATURO



RETINOPATIA DIABETICA



BAJA VISION

MARCO ESTRATEGICO PARA COLOMBIA



PILARES

- ✓ DETECCIÓN TEMPRANA
- ✓ ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
- ✓ PREVENCIÓN DE LA AMBLIOPIA
- ✓ PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ROP.
- ✓ PREVENCIÓN DE CEGUERA POR GLAUCOMA.
- ✓ AUTOCAUIDADO
- ✓ AUMENTO TASA CIRUGIA DE CATARATA
- ✓ TECNOLOGIA EN SALUD VISUAL (BAJA VISION Y CEGUERA)



Ruta de atención integral de salud visual (RES 429 2016)

OBJETIVO

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.

Instrumento regulatorio básico, para la atención de las prioridades en salud visual, estará orientada a garantizar el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud visual, en el marco del SGSSS.

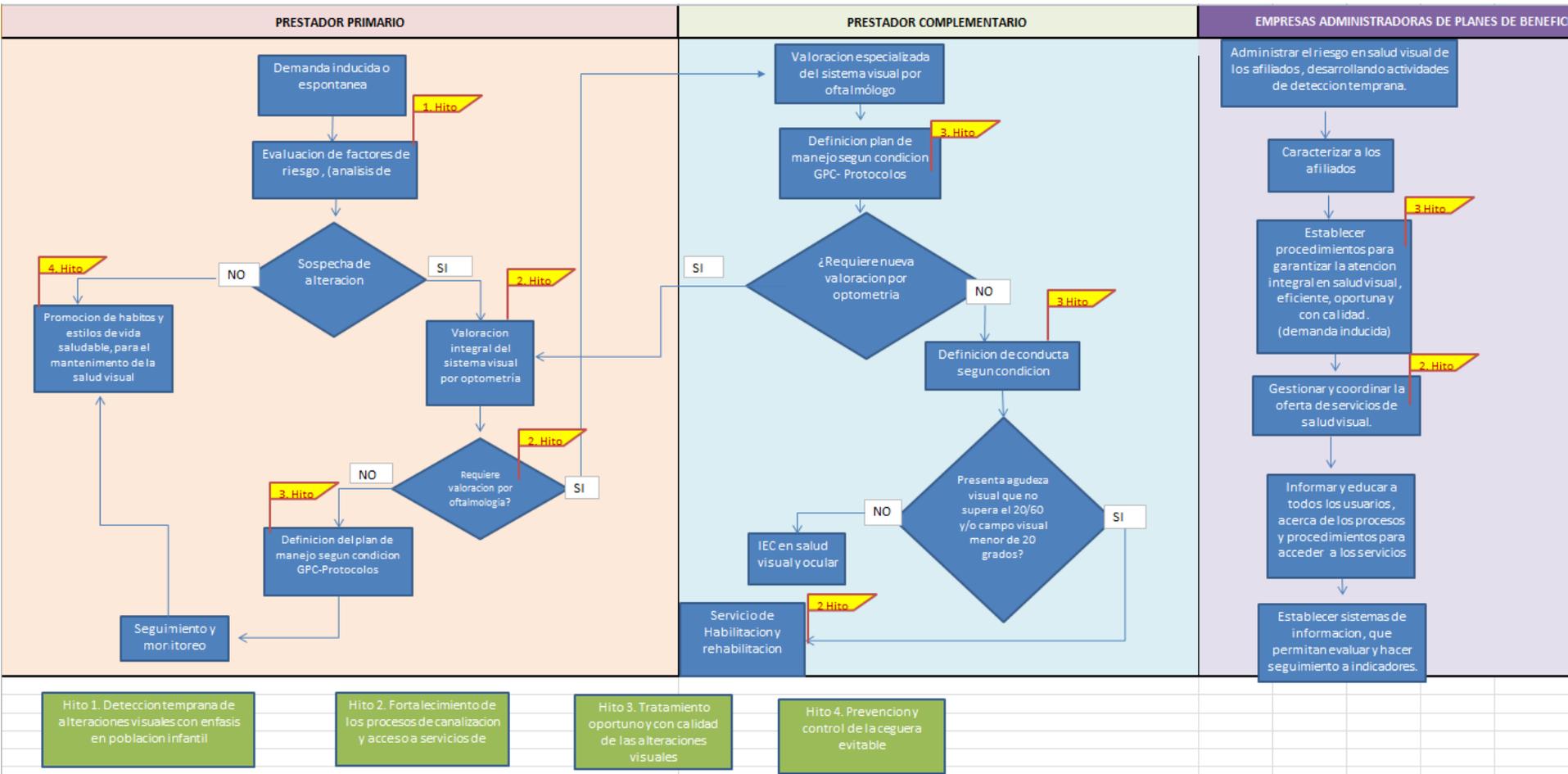




2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud



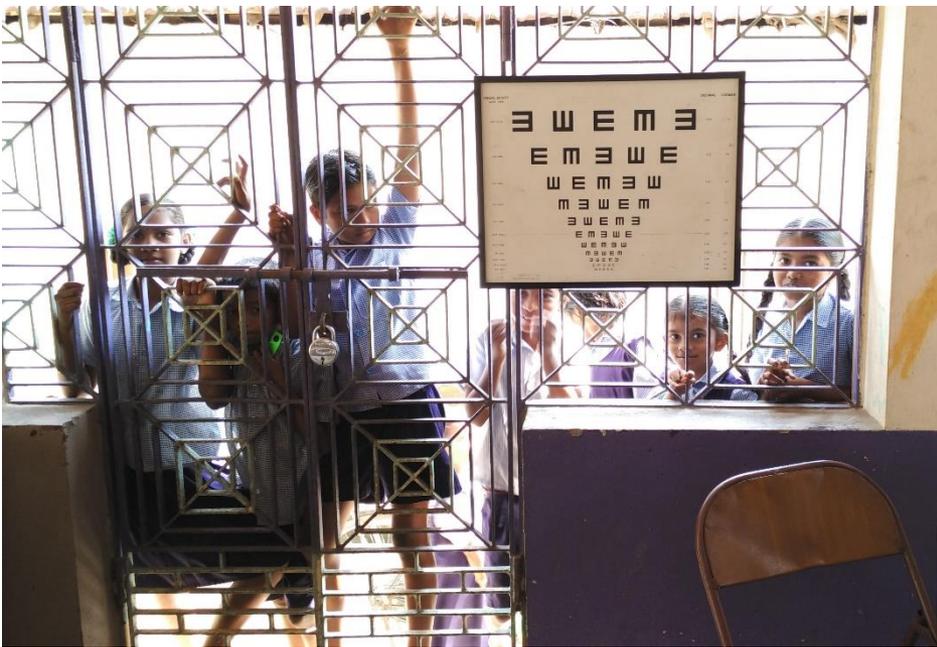
ruta general alteraciones visuales



META DE SALUD VISUAL DENTRO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA

META: A 2021 identificar los defectos refractivos en niños entre 2 y 8 años y tratar al 100% de los identificados.





**ESTRATEGIA VEO BIEN
APRENDO BIEN**

OBJETIVO GENERAL

•Coordinar y articular actividades, entre los sectores de Salud y Educación, orientadas a la detección temprana de los “defectos de refracción” en la población escolar, y su canalización oportuna al sistema general de seguridad social en salud,” contribuyendo con el adecuado desempeño educativo de esta población, y propendiendo con su desarrollo integral , en el marco del Plan nacional de desarrollo, del Plan decenal de salud publica 2012-2021 y de la Política integral de atención den salud.

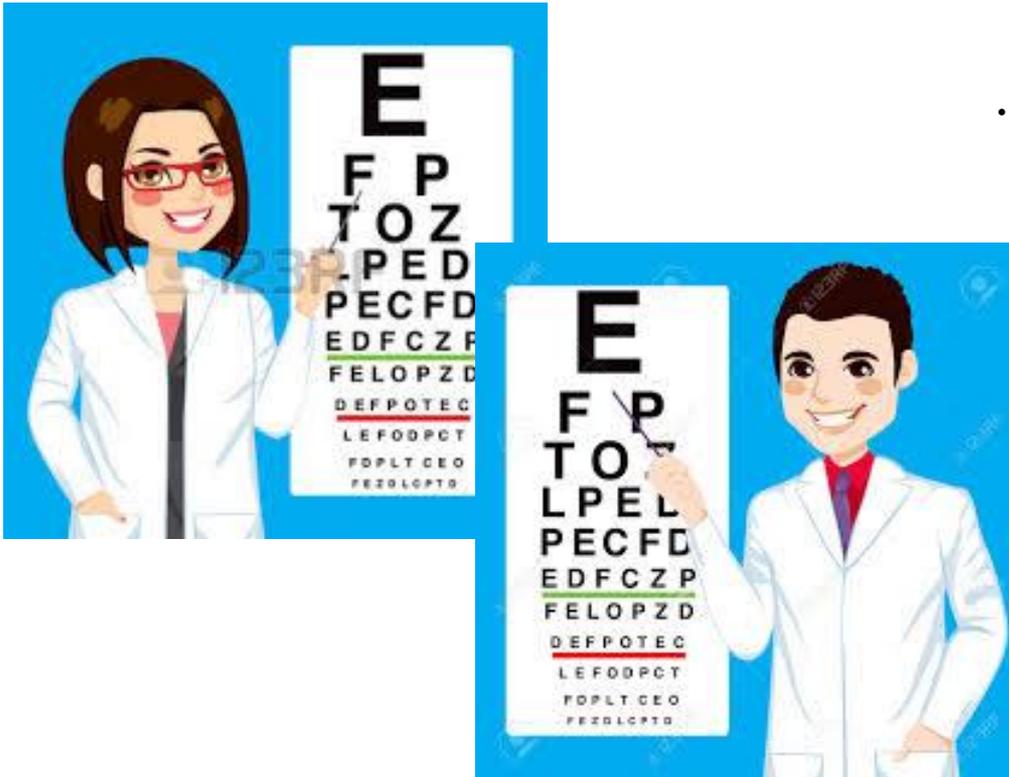


OBJETIVOS

- ❑ Identificar a los niños con alteración visual (defecto refractivo, Miopía, Hipermetropía astigmatismo y ambliopía), a través de una valoración subjetiva por parte del profesor y objetiva por parte del profesional de salud visual .
- ❑ Derivar a los niños identificados con posible alteración visual, hacia el sistema de salud, de acuerdo a su tipo de seguridad social.
- ❑ Hacer seguimiento a los casos identificados y documentar de forma anual los resultados de cada nivel escolar.
- ❑ Socializar los resultados a toda la comunidad educativa , incluyendo a los padres de familia, con el propósito de sensibilizar a la población frente a las distintas problemáticas de salud visual que se pueden presentar en los niños, que permita realizar acciones oportunas de prevención y control.



IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE ATENCION PARA LA OPTOMETRIA



- Recuperación de la capacidad resolutive del optómetra , de análisis y de intervención en salud, para la cual fue formado, que debe ir un poco más allá del enfoque comercial. (MI PRES).
- Recuperación del campo de acción del optómetra en el marco de la APS, donde se Fortalezcan los mecanismos para intervenir oportunamente las alteraciones visuales y/o oculares de la población, donde la detección temprana, juega un papel fundamental en la gestión del riesgo.
- 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.

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, (Reapertura de comités ley 1164/07).

Promover el desarrollo de procesos de investigación, para la innovación, la generación del conocimiento y la apertura de nuevos campos de acción.

- Fortalecimiento de alianzas sectoriales e intersectoriales.

CON QUE SE CUENTA?



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD VISUAL EN COLOMBIA

Dirección de Promoción y prevención
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Guías FUCS

n/Guia_ambliopia_equipo_trabajo.html

FUCS

INICIO ¿QUIÉNES SOMOS? CONTACTENOS

Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la **ambliopía** y los **defectos refractivos** en menores de 18 años

Equipo de trabajo

NOMBRE	FORMACIÓN	ENTIDAD	ROL EN EL PROYECTO
Guillermo Sánchez Vazquez	Médico MSc. Epidemiología Clínica. PhD. Salud Pública	Fundación Universitaria De Ciencias De La Salud - FUCS	Investigador de la G



MANUAL BASADO EN LA EVIDENCIA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD VISUAL

Dirección de Promoción y prevención



PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CEGUERA EVITABLE EN PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS EN COLOMBIA

Dirección de Promoción y prevención
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles



PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD VISUAL 2016-2022

Dirección de Promoción y prevención
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
2016



MINSALUD



Retos

Implementar la ruta de atención integral de salud visual, en todo el territorio nacional.

Implementar el programa veo bien, aprendo bien, en todo el territorio nacional, a través de su inclusión en los planes territoriales y/o planes de acción de salud de cada departamento.

Realizar el estudio poblacional de salud visual con representatividad nacional y hacer el análisis respectivo de los datos. (Articular con la Dirección de Epidemiología y demografía).

Elaborar las guía de practica clínica para retinopatía del prematuro, y manejo de pacientes con baja visión.

Inclusión de nuevos procedimientos para el abordaje integral de la salud visual en el POS. (incluye la rehabilitación y habilitación a personas con baja visión y ceguera. Procedimientos y dispositivos de mayor tecnología.

Definición y operativización de intervenciones de promoción de la salud visual en el marco del PSPIC.

Y EL RETO MAS IMPORTANTE.....

Convertirnos en una sola unidad de gestión, donde las agremiaciones, las sociedades, la academia, las instituciones prestadoras de servicios de salud visual, entre otros, trabajemos juntos por un solo propósito.

“seguir llevando luz a los ojos del mundo”.

MUCHAS GRACIAS



POR SU ATENCIÓN

Datos de contacto

Alejandra Castillo Angulo

Correo: acastillo@minsalud.gov.co

Tel: 3305000 ext. 1205

Ministerio de salud y Protección Social
Bogotá –Colombia