

**Bogotá D.C., 03 de diciembre de 2025**

Honorable Representante  
**JULIAN DAVI LOPEZ TENORIO**  
Presidente  
Cámara de Representantes

Doctor  
**JAIME LUIS LACOUTURE**  
Secretario General  
Cámara de Representantes

**E. S. D.**

**Referencia:** Radicación de Proyecto de Ley “Por medio del cual se establece el Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular, se crea la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, y se dictan otras disposiciones.”

Respetados Presidente y Secretario,

De manera atenta y en consideración de los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1992, presentamos a su consideración el Proyecto de Ley *“Por medio del cual se establece el Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular, se crea la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, y se dictan otras disposiciones.”*

Cordialmente,



**LORENA RÍOS CUÉLLAR**  
Senadora de la República



**HUGO ALFONSO ARCHILA SUAREZ**  
Representante a la Cámara

PROYECTO DE LEY NO. : \_\_\_\_\_ DE 2025

***“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD VISUAL Y OCULAR, SE CREA LA POLÍTICA NACIONAL EN SALUD VISUAL Y OCULAR, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.”***

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

**DECRETA:**

**Artículo 1. Objeto.** La presente ley tiene por objeto establecer el Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular, entendido como la articulación institucional, normativa, operativa y técnica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, atención, rehabilitación y recuperación de la salud visual y ocular de la población.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones incluidas en la presente ley buscan ampliar las garantías existentes al derecho a la salud, en lo relacionado con la salud visual y ocular, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y será de obligatorio cumplimiento para todos sus integrantes, así como para las entidades públicas, privadas o mixtas que desarrollen acciones de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento, rehabilitación, paliación y seguimiento continuo en materia de salud visual y ocular.

Asimismo, será aplicable a las autoridades nacionales, departamentales, distritales y municipales del sector salud, quienes deberán armonizar, ajustar y articular sus políticas, planes, programas, proyectos, instrumentos de gestión y normativa interna con las disposiciones aquí establecidas, garantizando la implementación efectiva y el logro de los objetivos de la Política Nacional de Salud Visual y Ocular.

**Artículo 3. Definiciones.** Para la aplicación de la presente ley y demás normas que regulen la protección de la salud visual y ocular se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- a) **Baja visión.** Es una discapacidad visual en la que la persona, con la mejor corrección posible tiene una agudeza visual que oscila entre 6/18 y 3/60 en el ojo con mejor visión, o una reducción significativa de su campo visual al menos de 20 grados.

- b) **Ceguera.** La ceguera se define como una agudeza visual inferior a 3/60 o una pérdida del campo visual que lo reduce a menos de 10 grados de visión, en el mejor de los ojos y con la mejor corrección óptica posible.
- c) **Salud visual y ocular.** Es el estado de bienestar e integridad física del ojo como órgano y del sistema visual que permite a las personas realizar sus actividades diarias y mantener su calidad de vida.
- d) **Discapacidad visual evitable.** Aquella deficiencia visual que puede ser prevenida, tratada o corregida de manera efectiva a través de intervenciones de salud pública o atención médica oportuna.
- e) **Promoción de la salud visual y ocular.** Es una estrategia intersectorial e interinstitucional que busca transformar los factores de riesgo de la salud visual y ocular que impactan la calidad de vida, con el propósito de garantizar entornos saludables, satisfacer las necesidades y facilitar medios para fomentar, mantener y mejorar la salud a nivel individual y colectivo.
- f) **Factores de riesgo de la salud visual y ocular.** Son los antecedentes, las enfermedades congénitas, sistémicas y exposiciones directas a agentes ambientales, físicos y químicos que repercuten en la salud visual y ocular de las personas a nivel individual o colectivo, los cuales deben ser comprendidos y atendidos dentro de la promoción, prevención, atención integral y trato humanizado.
- g) **Rehabilitación y paliación en salud visual y ocular.** Es el conjunto de servicios integrales dirigidos a personas con una discapacidad visual o ceguera irreversible, con el objetivo de maximizar su funcionalidad, autonomía y calidad de vida, mitigando el sufrimiento físico, emocional y social que causa la pérdida de la visión.

## CAPÍTULO I

### SISTEMA NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD VISUAL Y OCULAR.

**Artículo 4. Naturaleza y objetivos del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular.** El Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular es el conjunto organizado, articulado y coordinado de instituciones, normas, políticas, planes, programas, estrategias, recursos, instancias de participación y mecanismos de información que, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene por finalidad garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y recuperación de la salud visual y ocular en todas las etapas del curso de vida.

Son objetivos del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular, entre otros:

- a) Reducir la discapacidad visual evitable y la ceguera prevenible.
- b) Asegurar el acceso efectivo, oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud visual y ocular.
- c) Articular las acciones de los diferentes sectores y niveles de gobierno en torno a la protección integral de la salud visual y ocular.
- d) Contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud, la inclusión social y la disminución de las desigualdades en salud visual y ocular entre territorios y grupos poblacionales.

**Artículo 5. Integrantes del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular.** Hacen parte del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular, en el ámbito de sus competencias y responsabilidades:

- a) El Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector.
- b) Los demás ministerios y entidades del orden nacional con competencias relacionadas, en especial los Ministerios de Educación Nacional, Trabajo, Hacienda y Crédito Público, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ciencia, Tecnología e Innovación, así como el Instituto Nacional de Salud y las entidades de inspección, vigilancia y control.
- c) Las entidades territoriales del sector salud en los niveles departamental, distrital y municipal.
- d) Las entidades responsables del aseguramiento en salud, incluidas las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las entidades de los regímenes Especial y de Excepción y las Administradoras de Riesgos Laborales.
- e) Los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, incluidos los servicios de optometría, oftalmología, baja visión y rehabilitación.
- f) Las instituciones de educación superior y entidades formadoras de talento humano en salud y en áreas afines.
- g) Las sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones técnicas vinculadas con la salud visual y ocular.
- h) Las organizaciones de pacientes, personas con discapacidad visual, cuidadores y sus redes de apoyo.

- i) Las organizaciones sociales, comunitarias y de la sociedad civil que desarrollen acciones en salud visual y ocular o en determinantes sociales relacionados.

**Parágrafo.** La Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular será la principal instancia técnica de articulación del Sistema en el nivel nacional, sin perjuicio de las demás instancias previstas en la presente ley y en las normas vigentes.

**Artículo 6. Funciones generales del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular.** Son funciones generales del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular:

- a) Formular, articular y armonizar las políticas, planes, programas y estrategias en salud visual y ocular en todos los niveles territoriales.
- b) Definir metas, estándares e indicadores para la gestión y evaluación de la salud visual y ocular, en concordancia con la Política Nacional en Salud Visual y Ocular.
- c) Coordinar acciones intersectoriales e interinstitucionales para intervenir los determinantes sociales de la salud visual y ocular.
- d) Promover la investigación, innovación y apropiación social del conocimiento en salud visual y ocular.
- e) Impulsar el fortalecimiento del talento humano, la red de servicios y los sistemas de información en salud visual y ocular.
- f) Fomentar la participación social y comunitaria en la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones en salud visual y ocular.
- g) Propiciar la articulación de recursos financieros, técnicos y tecnológicos dirigidos a la protección integral de la salud visual y ocular.
- h) Desarrollar acciones de seguimiento, evaluación y mejora continua del desempeño del Sistema y de sus integrantes.

**Artículo 7. Instancias territoriales del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular.** En cada departamento, distrito y municipio se crearán, según la estructura existente, Comités Territoriales de Salud Visual y Ocular, como instancias de articulación técnica y de coordinación del Sistema en el ámbito territorial, adscritas a la respectiva autoridad sanitaria.

Estos comités tendrán, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Adaptar y operacionalizar la Política Nacional en Salud Visual y Ocular conforme al perfil epidemiológico y a los determinantes sociales locales.

- b) Proponer y hacer seguimiento a los planes, programas y proyectos territoriales en salud visual y ocular, en armonía con los instrumentos de planeación en salud.
- c) Coordinar las acciones entre las entidades territoriales de salud, las entidades responsables del aseguramiento, los prestadores de servicios de salud, el sector educativo, laboral y otros sectores que inciden en la salud visual y ocular.
- d) Promover la participación de las organizaciones de pacientes, personas con discapacidad visual y comunidad en las decisiones territoriales en salud visual y ocular.
- e) Reportar trimestralmente a la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular los avances, dificultades y recomendaciones derivadas de la implementación territorial.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular, definirá los lineamientos mínimos de integración, funcionamiento y seguimiento de los Comités Territoriales de Salud Visual y Ocular, dentro de los doce (12) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

## **CAPITULO II.**

### **POLÍTICA NACIONAL EN SALUD VISUAL Y OCULAR**

**Artículo 8. De la Política Nacional en Salud Visual y Ocular.** El Ministerio de Salud y Protección Social formulará, adoptará, coordinará, implementará y garantizará el financiamiento de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, dentro del término de doce (12) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

La Política será de obligatorio cumplimiento para todas las autoridades del orden nacional, departamental, distrital y municipal, así como para las entidades públicas, privadas y mixtas que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales deberán ajustar sus planes, programas, procedimientos, recursos y acciones de acuerdo con sus competencias legales, con el fin de asegurar la gestión integral, continua y efectiva de la salud visual y ocular de la población.

**Parágrafo.** La Política Nacional en Salud Visual y Ocular deberá incorporar objetivos, metas, indicadores verificables y medibles, articulados con la normatividad vigente en salud pública y orientados al control de riesgos, la reducción de la discapacidad visual evitable y la protección integral de la salud visual en todo el territorio nacional.



**Artículo 9. Principios orientadores de la política.** La implementación de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular deberá regirse por los principios de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 como lo son universalidad, pro homine, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia e interculturalidad.

Estos principios orientarán la interpretación y aplicación de las disposiciones contenidas en la presente ley, así como las decisiones administrativas, técnicas y operativas de las autoridades y entidades responsables de su ejecución.

**Artículo 10. De los lineamientos estratégicos y criterios mínimos de la política.** La Política Nacional en Salud Visual y Ocular deberá desarrollarse conforme a los siguientes lineamientos estratégicos, los cuales serán adoptados, implementados y evaluados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de sus competencias constitucionales y legales, garantizando su armonización con los instrumentos de planificación en salud pública:

- 1) Promoción y prevención por curso de vida:** Implementar acciones integrales de promoción de la salud visual y prevención de enfermedades oculares a lo largo del curso de vida, con prioridad en la reducción de la discapacidad visual evitable y la detección temprana de factores de riesgo.
- 2) Ampliación de cobertura y acceso:** Garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del diagnóstico oportuno, tratamiento integral, rehabilitación y paliación, asegurando la continuidad de los servicios en todos los niveles de atención y en todas las regiones del país.
- 3) Salud digital y tele salud:** Fortalecer el uso de tecnologías de la información y la comunicación para la atención integral en salud visual y ocular, mediante herramientas de tele salud, tele orientación, telemedicina y sistemas interoperables de información clínica.
- 4) Gestión del conocimiento y sistemas de información:** Consolidar procesos de generación, actualización y difusión del conocimiento científico y técnico; así como el fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y análisis de datos en salud visual y ocular.
- 5) Fortalecimiento del talento humano:** Impulsar la formación, capacitación, actualización y disponibilidad del talento humano en salud visual y ocular, garantizando perfiles competentes para la atención integral, la gestión comunitaria y la investigación en el área.
- 6) Gobernanza y participación intersectorial y social:** Promover mecanismos de coordinación interinstitucional, articulación intersectorial y participación activa

de la comunidad, organizaciones sociales y asociaciones de pacientes en el diseño, implementación y evaluación de las acciones en salud visual y ocular.

- 7) Investigación, innovación y desarrollo tecnológico:** Fomentar la investigación aplicada, el desarrollo tecnológico y la innovación para mejorar los procesos diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y preventivos, especialmente aquellos orientados a disminuir la discapacidad visual evitable.
- 8) Financiamiento sostenible y protección financiera:** Establecer mecanismos de financiamiento suficientes, progresivos y sostenibles que aseguren la protección financiera de la población, la adecuada asignación de recursos y la continuidad de los servicios de salud visual y ocular en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 10. Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular.** Créase la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular como instancia técnica, asesora y de articulación interinstitucional, encargada de orientar, coordinar, hacer seguimiento, evaluar y recomendar los ajustes necesarios para la implementación efectiva de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, así como de los planes, programas y procedimientos, las decisiones administrativas, técnicas y operativas relacionadas a la salud visual y ocular en el país.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias, reglamentará la organización, composición, funciones, periodicidad de las sesiones y mecanismos de coordinación de la Mesa, en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley.

Como mínimo, los integrantes de la Mesa Nacional de Salud Visual y Ocular deberán ser:

- a) El Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector.
- b) Los demás ministerios y entidades del orden nacional con competencias relacionadas, en especial los Ministerios de Educación Nacional, Trabajo, Hacienda y Crédito Público, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ciencia, Tecnología e Innovación, así como el Instituto Nacional de Salud y las entidades de inspección, vigilancia y control.
- c) Las entidades territoriales del sector salud en los niveles departamental, distrital y municipal.
- d) Las entidades responsables del aseguramiento en salud, incluidas las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las entidades de los regímenes Especial y de Excepción y las Administradoras de Riesgos Laborales.



- e) Los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, incluidos los servicios de optometría, oftalmología, baja visión y rehabilitación.
- f) Las instituciones de educación superior y entidades formadoras de talento humano en salud y en áreas afines.
- g) Las sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones técnicas vinculadas con la salud visual y ocular.
- h) Las organizaciones de pacientes, personas con discapacidad visual, cuidadores y sus redes de apoyo.
- i) Las organizaciones sociales, comunitarias y de la sociedad civil que desarrollen acciones en salud visual y ocular o en determinantes sociales relacionados.

**Parágrafo.** La Mesa tendrá carácter vinculante en materia de recomendaciones técnicas, será presidida por el Ministerio de Salud y Protección Social y deberá ser conformada por entidades del Gobierno Nacional afines a la Salud Visual y Ocular, representantes de las entidades del sector salud, educación, tecnología y bienestar social del orden nacional. Además de contar con representantes de los entes territoriales, las entidades que operan el aseguramiento en salud, administradoras de riesgos laborales, academia, sociedades científicas, organizaciones de pacientes, sociedad civil.

**Artículo 11. Del seguimiento y control a la Política Nacional.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar, implementar y mantener un mecanismo permanente de monitoreo, seguimiento y control de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, mediante la definición de indicadores de impacto, resultado y gestión, que permitan evaluar su eficacia, eficiencia y efectividad. Dicho mecanismo se ajustará a los procedimientos de formulación, seguimiento y evaluación de estudios sectoriales y políticas públicas en salud establecidos por el Ministerio.

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual deberá definir y actualizar máximo cada dos (2) años las fuentes de información que permitan obtener información completa, continua y veraz para el seguimiento de la situación en salud visual y ocular del país, así como insumo de seguimiento y evaluación de la política.

**Parágrafo 2.** Los resultados anuales del monitoreo y evaluación de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, junto con sus indicadores, metodologías y fuentes de información, deberán ser publicados de manera accesible, oportuna y transparente en el portal web oficial del Ministerio de Salud y Protección Social, para efectos de rendición de cuentas, control ciudadano y garantía del derecho fundamental de acceso a la información.

**Artículo 12. Implementación territorial de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular.** Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, en un plazo no mayor a veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán adoptar, implementar y financiar las acciones necesarias para la ejecución de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, incorporando sus lineamientos, metas e indicadores en los instrumentos de planeación territorial del sector salud.

Para ello, deberán garantizar la articulación con las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; desarrollar acciones de promoción, prevención, tamización, diagnóstico y rehabilitación según su perfil epidemiológico y enfoque diferencial; y destinar los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para su cumplimiento.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social brindará asistencia técnica y realizará seguimiento al avance territorial de la Política.

**Artículo 13. Informe y rendición de cuentas al Congreso.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular, presentará a inicio de cada legislatura un informe técnico a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y de la Cámara de Representantes, en el cual se detalle el grado de implementación, avance, cumplimiento, evaluación y resultados de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, así como las acciones desarrolladas en virtud de lo dispuesto en la presente ley.

El informe deberá incluir, como mínimo, el análisis de indicadores de impacto, resultado y gestión; la ejecución presupuestal asociada; los avances intersectoriales; las barreras identificadas y las medidas adoptadas para su superación; y las recomendación es para el mejoramiento continuo de la política.

### **Capítulo III.**

## **DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD VISUAL Y OCULAR**

**Artículo 14. Protocolo de Promoción y Prevención para Niños, Niñas y Adolescentes.** El Ministerio de Salud y Protección Social, junto a Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular, crearán un protocolo de promoción y prevención en el que se logre consolidar un modelo de atención en materia de salud visual para Niños, Niñas y Adolescentes dentro del sistema educativo nacional.

**Artículo 15. Pedagogía como estrategia de promoción y detección temprana en salud visual y ocular.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Tecnologías

de la Información y las Comunicaciones, diseñará, producirá y difundirá contenidos y estrategias permanentes de educación, comunicación pública y sensibilización orientadas a la promoción del cuidado de la salud visual y ocular y a la identificación temprana de alteraciones, trastornos y enfermedades visuales y oculares a lo largo del curso de vida.

Estas estrategias incluirán mensajes pedagógicos, campañas informativas, lineamientos técnicos, piezas audiovisuales y contenidos digitales diferenciados según las características de la población, con especial enfoque de protección y prevención en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

**Parágrafo 1.** El Gobierno Nacional promoverá mensualmente campañas de alcance masivo en radio, televisión y medios digitales, garantizando su difusión en franjas y medios accesibles para toda la ciudadanía.

La Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará, de acuerdo con la normatividad vigente, espacios institucionales en los servicios de televisión pública y privada, en horarios adecuados y de alta audiencia, para la emisión de mensajes pedagógicos y de promoción en salud visual y ocular producidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual manera, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones realizará la destinación de espacios radiales de carácter nacional para la difusión de los mismos contenidos, conforme a la reglamentación aplicable.

**Parágrafo 2.** Las entidades responsables podrán solicitar a la Comisión de Regulación de Comunicaciones los espacios institucionales requeridos para garantizar la divulgación de mensajes sobre salud visual y ocular en los canales de televisión abierta, de acuerdo con la normatividad vigente expedida por la CRC en cumplimiento de sus funciones establecidas en la Ley 1341 de 2009 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

**Artículo 16. Articulación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.** El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, brindarán orientaciones técnicas, pedagógicas y administrativas a las instituciones de educación de preescolar, básica, media y superior públicas y privadas, basados en los determinantes de la salud visual y ocular, así como los factores de riesgo y protectores que faciliten la implementación de acciones para el fortalecimiento y desarrollo de estilos de vida saludable en niñas, niños y adolescentes para la promoción de la salud visual y ocular.

**Artículo 17. Difusión de contenidos pedagógicos en materia de salud visual y ocular preventiva en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.** El Gobierno Nacional deberá crear, difundir y promover semanalmente, en radio, televisión y medios digitales, campañas pedagógicas y de sensibilización masiva en materia de

salud visual y ocular, considerando las diferentes características de la población del país con un enfoque de protección y prevención en la población de niñez, adolescencia y juventud.

La Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará, de acuerdo con la normatividad vigente, un espacio institucional en horario prime, en el servicio público de televisión, en los canales nacionales, regionales y locales, tanto privados como públicos, para que, mediante una producción audiovisual producida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se emitan mensajes pedagógicos y de promoción en materia de salud visual y ocular y atención preventiva en Niños, Niñas y Adolescentes.

De igual manera, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales, considerando la reglamentación que se expida en la materia.

**Artículo 18. Promoción de la salud visual y prevención de las alteraciones visuales y oculares en el ámbito laboral.** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Trabajo deberán revisar, actualizar y adoptar de manera periódica los lineamientos técnicos, criterios y protocolos destinados a la identificación, mitigación y control de los factores de riesgo laborales que puedan afectar la salud visual y ocular de los trabajadores.

Las empresas, entidades públicas y empleadores, en coordinación con las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), deberán implementar acciones integrales de promoción de la salud visual y prevención de alteraciones visuales y oculares, que incluyan programas de sensibilización, orientación, vigilancia epidemiológica, adecuación ergonómica y control de riesgos ocupacionales.

De igual forma, los empleadores deberán adoptar medidas efectivas que contribuyan al bienestar visual y ocular durante la jornada laboral, garantizando ambientes de trabajo seguros, saludables y acordes con la normatividad vigente en seguridad y salud en el trabajo.

**Artículo 19. Atención integral, integrada y resolutive en salud visual y ocular.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la Atención Primaria en Salud y en ejercicio de sus competencias, adoptará, actualizará y garantizará la implementación del modelo de atención integral e integrada, así como de los protocolos, guías metodológicas, guías de práctica clínica, Plan de Beneficios en Salud y demás instrumentos técnicos destinados a la detección temprana, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las condiciones visuales y oculares.

**Parágrafo.** La formulación y actualización de mencionados instrumentos deberá realizarse con la participación de la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Visual y Ocular.

Estos protocolos, guías metodológicas, guías de práctica clínica, Plan de Beneficios en Salud y demás instrumentos técnicos deberán:

- 1) **Incorporar progresivamente** la totalidad de las enfermedades, alteraciones y trastornos visuales y oculares, así como los procesos y procedimientos requeridos para su atención integral.
- 2) **Ajustarse permanentemente a la evidencia científica**, a las mejores prácticas clínicas y a los avances tecnológicos disponibles.
- 3) **Revisarse y actualizarse máximo cada tres (3) años**, o antes, cuando la evidencia científica así lo exija.

En todo caso, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará que la atención en salud visual y ocular se preste bajo criterios de continuidad, integralidad, calidad, pertinencia y accesibilidad.

**Artículo 20. Fortalecimiento del talento humano para la atención en salud visual y ocular.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, promoverá e implementará programas de formación, actualización y fortalecimiento de competencias en salud visual y ocular dirigidos a los diferentes actores del sistema, incluyendo profesionales en formación y en ejercicio en las áreas de medicina, oftalmología, optometría, enfermería, atención prehospitalaria, pedagogía y demás disciplinas pertinentes, conforme al nivel de complejidad requerido.

De igual manera, garantizará la capacitación continua del Talento Humano en Salud perteneciente a las Redes Integrales de Servicios de Salud, en aspectos relacionados con protocolos y guías de atención integral, abordaje clínico, factores de riesgo, práctica basada en evidencia, normatividad vigente y estándares de humanización del servicio.

**Parágrafo.** La atención integral en salud visual y ocular será prestada exclusivamente por profesionales del Talento Humano en Salud habilitados y habilitados en el ReTHUS de acuerdo con las necesidades del paciente y el nivel de complejidad del servicio. La evaluación de la adherencia a los tratamientos, la suficiencia y distribución del talento humano, y las demás variables relacionadas con la calidad y efectividad de la atención, estará a cargo de las autoridades competentes del orden nacional y territorial.

**Artículo 21. Red integral de prestación de servicios de salud visual y ocular.** Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán garantizar la prestación continua, articulada y resolutive de los servicios en salud visual y ocular, conforme a los principios de integralidad, accesibilidad, oportunidad y calidad.



El primer nivel de atención implementará un enfoque integral de promoción de la salud y prevención de las alteraciones visuales y oculares, orientado a la creación y fortalecimiento de entornos protectores, al autocuidado informado y a la reducción de la discapacidad visual evitable.

Las entidades públicas, privadas o mixtas que conforman las Redes Integrales e Integradas deberán desarrollar campañas permanentes de promoción de la salud visual y ocular, con énfasis en educación, identificación temprana de signos de alarma y orientación a las rutas de atención, asegurando el seguimiento, monitoreo y evaluación de las metas programadas, de conformidad con los lineamientos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **CAPÍTULO IV. OTRAS DISPOSICIONES.**

**Artículo 22. Accesibilidad para personas con discapacidad visual.** Las entidades públicas y privadas deberán implementar los ajustes necesarios para garantizar la accesibilidad plena para las personas con discapacidad visual, asegurando información, trámites, servicios y contenidos en formatos accesibles y plataformas digitales compatibles con estándares de accesibilidad universal.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, reglamentará los estándares y mecanismos de verificación.

**Artículo 23. Observatorio Nacional de Salud Visual y Ocular.** Créase el Observatorio Nacional de Salud Visual y Ocular, como una instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y el cual generará, procesará, analizará y difundirá información actualizada, completa y veraz sobre el estado de la salud visual y ocular en Colombia. Los reportes deberán incluir:

- a) el análisis epidemiológico de las alteraciones visuales y oculares más frecuentes;
- b) la caracterización de riesgos, poblaciones y territorios priorizados;
- c) la revisión sobre la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud visual y ocular;
- d) los determinantes sociales asociados a la discapacidad visual evitable;
- e) un capítulo específico sobre riesgos y afectaciones en el ámbito laboral y educativo; y



f) los demás aspectos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 24. Mecanismos de Seguimiento y Recolección de Información.** El Ministerio de Salud y Protección Social, así como las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, deberán garantizar la completitud, calidad, oportunidad y veracidad del reporte de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS– relacionados con la atención en salud visual y ocular, por parte de todos los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos bajo su jurisdicción.

De igual forma, estas entidades deberán definir, consolidar y actualizar las fuentes de información complementarias necesarias para obtener datos continuos y suficientes sobre los factores de riesgo individuales, colectivos y ambientales asociados a las alteraciones visuales y oculares. Esta información servirá como base para el ajuste permanente de las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, así como para la formulación, monitoreo y evaluación de los planes, programas y políticas previstos en la presente ley.

**Parágrafo 1.** Los diferentes actores mencionados establecerán los mecanismos que promuevan el intercambio de información entre los diversos sistemas nacionales y regionales en salud, así como con los distintos observatorios académicos e institucionales, para coadyuvar en la generación y análisis de datos en salud visual que complementen los RIPS.

**Parágrafo 2.** Toda la información recolectada deberá ser puesta a disposición del Observatorio Nacional de Salud Visual y Ocular, el cual será responsable de su procesamiento, análisis, sistematización y difusión pública, constituyéndose en la principal fuente técnica para la toma de decisiones, el diseño de intervenciones y la evaluación de las políticas en salud pública en esta materia.

**Artículo 25. Día de la salud visual y ocular.** Declárase el segundo jueves de octubre como el día de la salud visual y ocular en Colombia, en concordancia con el marco internacional de la conmemoración del día Mundial de la Visión. En el marco del mes de la salud visual y ocular, cada uno de los actores relacionados con el Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular, propenderá por el desarrollo de actividades orientadas a la prevención, atención de trastornos y enfermedades, así como a la promoción y el cuidado de la salud visual.

**Artículo 26. Dispensación de tecnologías y dispositivos para la salud visual y ocular.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos, mecanismos y criterios técnicos habilitantes que garanticen la disponibilidad, continuidad, suficiencia, calidad y accesibilidad de los medicamentos, tecnologías en salud, dispositivos médicos e insumos requeridos para la atención integral de las patologías visuales y oculares en todos los niveles de complejidad.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social berá asegurar que los prestadores de servicios de salud, los gestores farmacéuticos, distribuidores de equipos médicos y demás actores obligados del Sistema General de Seguridad Social en Salud implementen procesos oportunos de adquisición, almacenamiento, dispensación y seguimiento, conforme a estándares de calidad, gestión del riesgo y trazabilidad.

**Parágrafo 1.** Se otorgará prioridad especial a la provisión de tecnologías, insumos vitales y dispositivos no disponibles en el mercado nacional, así como a aquellos necesarios para la continuidad terapéutica de los usuarios con enfermedades crónicas o progresivas, con el fin de prevenir interrupciones en su tratamiento y garantizar la adecuada protección del derecho fundamental a la salud visual y ocular.

**Parágrafo 2.** Para dar cumplimiento a lo dispuesto, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción, y las Administradoras de Riesgos Laborales implementarán procedimientos que eviten la interrupción de la dispensación de medicamentos de uso permanente en salud visual y ocular, sin exigir trámites adicionales al paciente que ya reposen en la historia clínica electrónica.

**Parágrafo 3.** El Gobierno Nacional, a través de la reglamentación de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, asegurará que la orden médica y/o autorización de servicios sea la única fuente de información necesaria para la dispensación de medicamentos y dispositivos, garantizando la trazabilidad y el control de los mismos.

**Artículo 27. Enfoque diferencial y poblaciones priorizadas en el Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular.** La implementación de la presente ley y el funcionamiento del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular deberán incorporar de manera transversal enfoques diferencial, territorial, de discapacidad, étnico y de curso de vida, garantizando la priorización de:

- a) Niñas, niños y adolescentes.
- b) Personas mayores.
- c) Personas con discapacidad visual o en riesgo de adquirirla.
- d) Poblaciones rurales y dispersas.
- e) Pueblos indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, comunidades Rrom y demás grupos étnicos.

- f) Poblaciones en situación de pobreza, vulnerabilidad socioeconómica, desplazamiento forzado, conflicto armado y otras situaciones de especial protección constitucional.

Las entidades responsables deberán diseñar e implementar estrategias específicas para el acceso efectivo de estas poblaciones a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en salud visual y ocular, ajustadas a sus particularidades culturales, lingüísticas, geográficas y socioeconómicas.

**Artículo 28. Incentivos y reconocimiento a buenas prácticas en salud visual y ocular.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, podrá establecer mecanismos de reconocimiento, incentivos no pecuniarios y estímulos a las entidades territoriales, aseguradoras, prestadores de servicios de salud, instituciones educativas y organizaciones sociales que demuestren resultados sobresalientes en la implementación de la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, en la reducción de la discapacidad visual evitable y en la mejora de la calidad de la atención.

Parágrafo. Los criterios para el otorgamiento de reconocimientos e incentivos deberán ser objetivos, públicos, verificables y estar asociados al cumplimiento de metas e indicadores previamente definidos en el marco del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular.

**Artículo 29. Cooperación internacional y alianzas estratégicas.** El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio de Relaciones Exteriores, podrá promover y suscribir mecanismos de cooperación internacional, técnica y financiera, con organismos multilaterales, agencias de cooperación, instituciones académicas y científicas y otros Estados, orientados al intercambio de experiencias, tecnologías, buenas prácticas y recursos para el fortalecimiento del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular.

Las entidades territoriales podrán, en el marco de sus competencias y de la normatividad vigente, establecer alianzas y acuerdos de cooperación con entidades nacionales e internacionales para el desarrollo de proyectos específicos en salud visual y ocular, priorizando la reducción de brechas territoriales y la atención de poblaciones vulnerables.

**Artículo 30. Financiación.** El Gobierno nacional garantizará la disponibilidad, suficiencia y sostenibilidad de los recursos necesarios para la implementación, ejecución, seguimiento de la presente ley, de conformidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector salud. Para tal efecto, podrá destinar apropiaciones específicas en el Presupuesto General de la Nación o realizar las modificaciones presupuestales a que haya lugar, con el fin de

garantizar la efectiva operatividad del Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular

**Artículo 31. Reglamentación.** El Gobierno Nacional deberá reglamentar la presente ley dentro de un plazo máximo de doce (12) meses, contados a partir de su promulgación, garantizando la armonización normativa y presupuestal necesarios para su adecuada implementación, así como la definición de los procedimientos, responsabilidades, estándares técnicos y criterios operativos requeridos para la ejecución integral y progresiva de las disposiciones aquí establecidas.

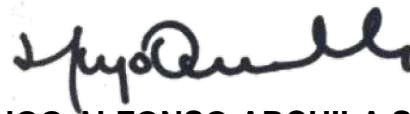
**Artículo 32. Vigencias.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,



**LORENA RÍOS CUÉLLAR**

Senadora de la República



**HUGO ALFONSO ARCHILA SUAREZ**

Representante a la Cámara

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### 1. INTRODUCCIÓN

El panorama de la salud visual y ocular en Colombia enfrenta un vacío estructural, a pesar de que existen diferentes tipos de normas, estas se encuentran desarticuladas entre sí, tampoco se cuenta con metas, indicadores, líneas estratégicas o mecanismos de seguimiento que respondan a las necesidades epidemiológicas.

Lo anterior controvierte el hecho de que “ver bien” no debe ser comprendido como un asunto clínico, ya que una buena visión se termina convirtiendo en un factor determinante para el rendimiento escolar, el bienestar psicológico, la inclusión social, la independencia funcional y la productividad económica <sup>1</sup>. Por consiguiente, resulta imperativo consolidar un marco de acción estatal que proteja la calidad de vida de los colombianos, reduzca inequidades, mejore la eficiencia del sistema de salud y asegure que la discapacidad visual evitable deje de ser una carga prevenible para las familias y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este orden de ideas, la salud visual debe ir más allá de un simple servicio, considerando que se convierte en un determinante fundamental para el bienestar, ya que impacta de manera directa en la educación, la productividad y la inclusión social, sustentado en que la evidencia global y nacional subraya que la ceguera y la discapacidad visual afectan de manera desproporcionada a la población más vulnerable, un problema que en su gran mayoría es evitable o tratable<sup>2</sup>.

A lo anterior se suma que el Global Burden of Disease Study 2017 clasificó la deficiencia visual como la tercera causa de años vividos con discapacidad mientras que en Colombia, los datos del Censo 2018 y el ASIS Salud Visual 2016 demuestran la alta prevalencia de la discapacidad visual y su impacto en la carga de enfermedad<sup>3</sup>.

A pesar de esta evidencia, la respuesta del Estado ha sido fragmentada y reactiva. La regulación actual se basa en un mosaico de actos administrativos y resoluciones que, si bien tocan tangencialmente el tema, carecen de la coherencia y el poder vinculante de una ley. Esta dispersión normativa ha resultado en la ausencia de un eje rector de carácter nacional, lo cual ha ocasionado que se delegue la

<sup>1</sup> **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2019). *World report on vision*. WHO. <https://www.who.int>

<sup>2</sup> **Ministerio de Salud y Protección Social.** (2016). *Análisis de Situación en Salud Visual – ASIS Visual 2016*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co>

<sup>3</sup> **DANE.** (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. <https://www.dane.gov.co>; **GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators.** (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.

responsabilidad en las autoridades territoriales, generando una implementación heterogénea. Este vacío ha impedido la formulación de metas claras y medibles para el abordaje integral de las enfermedades visuales a lo largo del curso de vida, y ha provocado una deficiente aplicación de herramientas como las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Por este motivo, la presente iniciativa se convierte en una herramienta efectiva que ayudará a subsanar los vacíos y traducir los principios constitucionales y los compromisos internacionales en una Política de Estado que estará fundamentada en el Artículo 49 de la Constitución Política el cual le da el carácter de derecho fundamental a la salud<sup>4</sup>, así como en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que ordena la priorización de acciones preventivas para superar las desigualdades.<sup>5</sup> Así las cosas, esta ley representa un paso urgente y necesario para cerrar las brechas de inequidad, fortalecer el sistema de salud y garantizar el derecho a ver como parte intrínseca del derecho a vivir con dignidad.

## 2. OBJETO DE LA INICIATIVA

El presente proyecto de ley busca establecer en Colombia una Política Pública que promueva la protección, promoción y atención integral de la salud visual y ocular, partiendo del reconocimiento de que la visión es un determinante esencial del desarrollo humano, el aprendizaje, la productividad, la salud mental y la autonomía, y que la mayor parte de los casos de discapacidad visual que afectan a la población son prevenibles, tratables o corregibles.

Por ello, esta iniciativa busca unificar y fortalecer la respuesta del Estado mediante la adopción de una Política Nacional de Salud Visual y Ocular que priorice la reducción de la discapacidad visual evitable en todas las etapas de la vida. Esta iniciativa garantizará la articulación entre promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación, teniendo en cuenta las necesidades diferenciadas de la población, mejorando la calidad de los servicios, reduciendo los tiempos de espera, promoviendo la estandarización de guías y protocolos clínicos, impulsando la actualización permanente del talento humano y fomentando la incorporación de tecnologías, la telesalud y soluciones digitales que amplíen la cobertura y la oportunidad en la atención. Asimismo, pretende orientar el accionar de todas las instituciones que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otros sectores vinculados, con el fin de convertir la salud visual en una prioridad transversal de salud pública.

---

<sup>4</sup> **Constitución Política de Colombia.** (1991). Artículo 49.  
<https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>

<sup>5</sup> **Ley 1751 de 2015.** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427.



### 3. JUSTIFICACIÓN

La salud visual es un determinante fundamental del bienestar individual y colectivo, que tiene efectos directos sobre la educación, la economía, la inclusión social y la salud mental. Diversos estudios han demostrado que las personas con discapacidad visual presentan una calidad de vida significativamente menor, con limitaciones en la movilidad, el autocuidado y las actividades cotidianas, muchas veces con un impacto mayor que el de otras enfermedades crónicas prevalentes<sup>6</sup>.

En la infancia y la adolescencia, una visión adecuada resulta indispensable para el proceso educativo. La evidencia muestra que los defectos visuales no corregidos afectan negativamente el rendimiento en lectura y alfabetización, retrasando el aprendizaje y el desarrollo integral de los estudiantes<sup>7</sup>. Intervenciones simples, como la entrega de gafas, han demostrado mejorar el bienestar cognitivo y educativo, así como la salud mental, el bienestar psicológico y la calidad de vida en los niños<sup>8</sup>.

En los adultos mayores, la deficiencia visual incrementa el riesgo de dependencia funcional y deterioro de la calidad de vida. Investigaciones en entornos geriátricos confirman que la pérdida de visión se asocia con peores resultados en bienestar emocional, movilidad y participación social<sup>9</sup>. De igual forma, estudios longitudinales como el Leiden 85-plus Study han demostrado que la discapacidad visual anticipa un declive progresivo en el funcionamiento social, físico y cognitivo, lo que evidencia su papel en el envejecimiento saludable<sup>10</sup>.

Desde una perspectiva de salud pública, la visión constituye un determinante esencial de la productividad y el desarrollo económico. En adultos en edad

---

<sup>6</sup> Nayeni, M., Muthusamy, H., & Subramanian, A. (2021). *Impact of visual impairment on quality of life: A systematic review*. **Journal of Optometry**, 14(4), 247–256. <https://doi.org/10.1016/j.optom.2020.10.006>; Purola, E., Koskela, T., Sipilä, P., Raatikainen, T., & Hyvärinen, L. (2023). *Vision impairment and its association with functional limitations and well-being in working-age adults*. **BMC Public Health**, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15170-1>

<sup>7</sup> Loh, R. S., Wang, J. J., Cheng, A., & He, M. (2024). *The impact of uncorrected refractive errors on literacy and academic performance in school-aged children: A systematic review*. **Journal of Vision Science**, 18(2), 112–124. <https://doi.org/10.1167/jvs.18.2.112>

<sup>8</sup> Pirindhavellie, S., Jayarajah, U., de Silva, D., & Sumanatilleke, M. (2023). *Effects of corrective spectacles on cognitive, psychological, and educational outcomes in children: A meta-analysis*. **Pediatric Ophthalmology & Visual Health**, 57(4), 233–245. <https://doi.org/10.1016/povh.2023.04.005>

<sup>9</sup> Heine & Browning (2002)

Heine, C., & Browning, C. (2002). *The impact of vision impairment on quality of life in older adults*. **The Gerontologist**, 42(3), 327–334. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.327>

<sup>10</sup> Verbeek, H., van der Kluit, M. J., van der Voort, A., van den Brink, A., & de Waal, M. W. (2022). *Visual impairment and its association with physical, social, and cognitive functioning in the oldest old: Findings from the Leiden 85-plus Study*. **Age and Ageing**, 51(1), afab227. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab227>

productiva, la discapacidad visual afecta de manera significativa la productividad, el bienestar y la integración laboral. La pérdida de agudeza visual limita la capacidad para desempeñar actividades laborales y reduce las oportunidades de empleo, generando repercusiones económicas y emocionales <sup>11</sup>. Además, se ha descrito una mayor prevalencia de síntomas depresivos y una menor calidad de vida en personas con limitaciones visuales moderadas o severas <sup>12</sup>(Virgili et al. 2022; Nyman et al., 2010; Elsman et al. 2019; OMS, 2019), lo que resalta la importancia de la detección y corrección temprana para preservar la autonomía, la salud mental y el bienestar.

La falta de corrección visual limita la capacidad laboral, aumenta el ausentismo y puede conducir a la pérdida de empleo, mientras que restaurarla mejora los ingresos, fortalece la inclusión y contribuye al crecimiento económico. De hecho, se ha estimado que cada dólar invertido en la corrección de errores refractivos o cataratas puede generar hasta 36 dólares en beneficios, lo que sitúa a la salud ocular como una de las intervenciones más costo-efectivas y estratégicas para el desarrollo sostenible (IAPB, 2024).

A nivel mundial, al menos 2.200 millones de personas presentan alguna deficiencia visual o ceguera, de las cuales mil millones podrían haberse evitado o aún no han recibido tratamiento (World Health Organization, 2019), y se estima que a 2050 esta última cifra podría aumentar a 1.800 millones sino se tratan las enfermedades visuales de forma oportuna, esto a pesar de que el 90 % de la pérdida de visión es evitable o tratable (Insights for a clearer future, s.f). Esta situación convierte a la deficiencia visual en una de las principales causas de discapacidad: el Global Burden of Disease Study 2017 la clasificó como la tercera causa de años vividos con discapacidad, lo que evidencia su relevancia en la carga global de enfermedad (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018).

El impacto económico también es considerable: la pérdida de productividad asociada a la deficiencia visual alcanza los USD 410.700 millones anuales, mientras

---

<sup>11</sup> Ficke, T., Willis, J. R., Ramulu, P. Y., & Owsley, C. (2022). *Economic impact of visual impairment and blindness in working-age adults: A global perspective*. *Ophthalmology*, 129(4), 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2021.10.001>; Organización Mundial de la Salud. (2019). *World report on vision*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>

<sup>12</sup> Elsman, E. B. M., Al-Delaimy, W. K., Van Rens, G. H. M. B., & van Nispen, R. M. A. (2019). *Quality of life and depression in visually impaired adults*. *British Journal of Ophthalmology*, 103(2), 207–212. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2017-311763>

Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2010). *Emotional well-being in older people with sight loss: A systematic review*. *Ageing & Society*, 32(6), 1–30. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000088>

Virgili, G., Acosta, R., Grover, L. L., & Giacomelli, G. (2022). *Depressive symptoms in adults with visual impairment: A systematic review and meta-analysis*. *American Journal of Ophthalmology*, 238, 214–227. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2022.01.012>

que el costo estimado de atender la necesidad insatisfecha en salud ocular se sitúa en alrededor de USD 24.800 millones<sup>13</sup>.

A ello se suma el cambio en las tendencias demográficas y de estilo de vida. El envejecimiento poblacional y el incremento de la miopía en niños y adolescentes anticipan un aumento significativo en la demanda de servicios de salud ocular. Se proyecta que para 2050 la mitad de la población mundial será miope, lo que aumentará el riesgo de complicaciones visuales y de pérdida de calidad de vida<sup>14</sup>.

La OMS también estima que la pérdida de visión es responsable de 6,3 millones de años equivalentes de escolaridad perdidos en el mundo y reconoce a la discapacidad visual como un factor de riesgo modificable para la demencia<sup>15</sup>

Adicionalmente, una de cada nueve personas de 60 años experimenta ceguera o discapacidad visual moderada o grave. Al llegar a los 80 años, la cifra aumenta a una de cada tres personas<sup>16</sup>. Este escenario evidencia cómo el envejecimiento de las poblaciones y el consecuente aumento de enfermedades crónicas requerirá un aumento de profesionales y servicios de oftalmología en ciudades y territorios apartados.<sup>17</sup>

En este contexto y como ejemplos de impacto en salud, existen dos de las principales causas de deterioro visual: la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y la retinopatía diabética (RD), las cuales muestran cifras globales preocupantes. En 2040, el envejecimiento de la población podría llevar a que 288 millones de personas en el mundo resulten afectadas por la DMAE, frente a 170 millones en 2014. De igual modo, la incidencia de la RD aumentará, lo que resultará en un gran perjuicio para las personas, sus familias y la sociedad en general. Así mismo, estas enfermedades representan un impacto importante para los sistemas de salud.

Por ejemplo, entre 2017 y 2023, la carga acumulada de DMAE y Edema Macular Asociado a la Edad (EMD), complicación más severa de la RD, fue de 356.000 millones de dólares y se espera que alcance los 715. 000 millones de dólares entre 2024 y 2032. Por otro lado, en 2023, la DMAE y el EMD supusieron un coste conjunto de 60 000 millones de dólares para los diez países incluidos en un estudio. En 2032, se prevé que este coste alcance unos 98.000 millones de dólares, lo que

---

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud. (2022). *World report on vision: Global estimates update*. WHO.

<sup>14</sup> Holden, B. A., Fricke, T. R., Wilson, D. A., Jong, M., Naidoo, K. S., Sankaridurg, P., Wong, T. Y., Naduvilath, T., & Resnikoff, S. (2016). Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 to 2050. *Ophthalmology*, 123(5), 1036–1042.

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud. (2019). *World report on vision*. World Health Organization.

<sup>16</sup> Bourne, R. R. A., Steinmetz, J. D., Saylan, M., Mersha, A. M., Vardavas, C., Tariq, Y. M., & et al. (2020). Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: An analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet Global Health*, 9(2), e130–e143

<sup>17</sup> Ackland, P., Resnikoff, S., & Bourne, R. (2018). World blindness and visual impairment: Despite many successes, the problem is growing. *Community Eye Health Journal*, 30(100), 71–73.

supone un aumento del 64 % durante el período de 9 años, incluso considerando los avances médicos existentes.<sup>18</sup>

En el contexto colombiano, la última evaluación oficial corresponde al Análisis de Situación de Salud Visual (ASIS) 2016, que documentó un análisis epidemiológico en el periodo 2009–2014. Según este informe, la morbilidad atendida por enfermedades de los ojos y sus anexos alcanzó 9.898.860 personas, con un total de 17.256.264 atenciones, lo que confirma la recurrencia de las alteraciones visuales como motivo de consulta<sup>19</sup>

Del total de atenciones por Enfermedades No Transmisibles, un 5,43 % estuvieron relacionadas con salud visual, siendo por las que más se asistió a consulta: los defectos de refracción, catarata, glaucoma, retinopatía diabética, retinopatía del prematuro y baja visión; Bogotá, Antioquia, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca concentran la mayor proporción de consultas, mientras que en casos de ceguera bilateral el Valle del Cauca reportó el 13,03 % de las atenciones.

Uno de los hallazgos más relevantes fue el aumento progresivo de los casos de ambliopía, con 41.519 registros en el periodo estudiado. La prevalencia nacional pasó de 17,13 por 100.000 habitantes en 2009 a 19,08 en 2014, siendo más alta en la población infantil entre 5 y 9 años.<sup>20</sup>

Por otro lado, según ASIS Salud Visual 2016, las mujeres son las que asisten con mayor frecuencia a un especialista en salud visual con un 58,61%, frente a los hombres con un 41,9%. Ahora bien, existen otras fuentes como el nuevo Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), el cual establece que entre 2020 y 2024 en Colombia se han certificado más de 350 mil personas con discapacidad, de las cuales el 13,8 % sufren de discapacidad visual<sup>21</sup>

Desde otro punto de vista, el daño visual moderado y severo y la ceguera ocuparían el octavo lugar en la lista de causas de carga de enfermedad de adultos en Colombia<sup>22</sup>. Lo anterior, está conectado con el hecho de que, de acuerdo con el Ministerio de Salud, en Colombia anualmente se realizan 7 millones de atenciones en salud relacionadas con enfermedades de los ojos

---

<sup>18</sup> The Vision Impact Institute. (2023). *Global economic burden of age-related macular degeneration and diabetic macular edema, 2017–2032*.

<sup>19</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de Situación de Salud Visual en Colombia (ASIS) 2016*. Ministerio de Salud y Protección Social

<sup>20</sup> MinSalud. (2017). *Informe de morbilidad atendida por enfermedades de los ojos y sus anexos, 2009–2014*. Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>21</sup> MinSalud. (2024). *Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)*. Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>22</sup> Gil-Rojas, E., et al. (2024). *Carga de enfermedad visual en adultos en Colombia*. **(Referencia incompleta porque no se proporcionó revista; si me indicas la fuente exacta la normalizo).**

Otros hallazgos enfocados en enfermedades visuales relacionadas con la diabetes o el adulto mayor estima que del total de los casos con discapacidad moderada a severa y ceguera en Colombia, que son cerca de 1.442.089, según fuentes académicas, alrededor de 16.000 son atribuidos a la Degeneración Macular Asociada a la Edad y 25.000 al Edema Macular Diabético.

Por ello, esta iniciativa debe asumirse como una herramienta imprescindible para corregir los vacíos existentes y para materializar, de manera efectiva, los principios constitucionales consagrados en el Artículo 49 de la Constitución Política, que reconoce la salud como un Derecho Fundamental, y en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que ordena priorizar las acciones preventivas y superar las desigualdades que persisten en el acceso y la calidad del servicio. En consecuencia, esta ley resulta necesaria para robustecer el sistema de salud y garantizar el derecho a ver como expresión esencial del derecho a vivir con dignidad.

#### **4. MARCO NORMATIVO**

El presente proyecto de ley, enfocado en la atención integral de las enfermedades en salud visual y ocular, se fundamenta en un marco jurídico a nivel constitucional, legal e internacional. Esta base legal garantiza la viabilidad de la iniciativa en el marco normativo colombiano:

##### **4.1. Marco Constitucional**

**4.1.1. Artículo 11:** establece el derecho fundamental a la vida que está en conexidad al derecho fundamental de la salud, que supone el acceso a servicios de salud que permitan un estado completo del bienestar y en el que se prevengan y traten enfermedades que afecten la calidad de vida de las personas.

**4.1.2. Artículo 13:** consagra el principio de igualdad y establece que el Estado debe promover las condiciones para que este principio sea real y efectivo, y proteger especialmente a las personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta como lo son las personas con discapacidad visual o en riesgo de perder su visión.

**4.1.3. Artículo 46:** determina que el Estado, sociedad y familia deben concurrir para la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. En este sentido, la salud visual y ocular es fundamental para la calidad de vida y la autonomía de los adultos mayores.

**4.1.4. Artículo 48:** reconoce el derecho a la seguridad social, que incluye la obligación del Estado de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad. Esto implica la atención visual y ocular, con especial énfasis en la prevención



y tratamiento de la ceguera prevenible, que afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables.

**4.1.5. Artículo 49:** establece que la salud es un derecho fundamental y de interés público donde el Estado está encargado de organizar, dirigir y regular su prestación, garantizando la cobertura universal y servicios oportunos, eficientes y de calidad.

## **4.2. Fundamento Legal**

**4.2.1. Ley Estatutaria 1751 de 2015:** tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud, entendido como la facultad de toda persona para acceder a servicios y condiciones que promuevan, protejan y restablezcan su bienestar físico, mental y social, sin discriminación y bajo criterios de calidad, disponibilidad y oportunidad. En este marco, la salud visual adquiere especial relevancia: ver no es un lujo, sino una condición básica para el aprendizaje, el trabajo, la movilidad, la autonomía y la participación plena en la vida cotidiana.

**4.2.2. Ley 100 de 1993:** tiene por objeto estructurar y organizar el Sistema de Seguridad Social Integral con el fin de garantizar a toda la población el acceso a servicios que protejan, recuperen y mejoren sus condiciones de vida. En el marco de la salud visual, este objeto implica asegurar que todas las personas cuenten con servicios oportunos, integrales y continuos orientados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las condiciones que afectan la visión.

**4.2.3. Decreto 780 de 2016:** como Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, tiene por objeto unificar, compilar y armonizar las normas que regulan la organización, dirección, financiamiento y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando su adecuado funcionamiento y el acceso efectivo de la población a los servicios. En el marco de la salud visual, este decreto adquiere especial relevancia porque establece los lineamientos que permiten integrar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las alteraciones visuales dentro del aseguramiento y la prestación del servicio.

**4.2.4. Resolución 4045 de 2006:** consiste en establecer las reglas y procedimientos para la organización, operación y gestión del Sistema de Habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, asegurando que todas las instituciones y profesionales cumplan estándares básicos de calidad para garantizar la seguridad del paciente y la adecuada prestación de los servicios. En el marco de la salud visual, este decreto adquiere especial relevancia al exigir que los servicios de optometría, oftalmología, optometría clínica avanzada, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos oftalmológicos



cumplan condiciones verificables de infraestructura, talento humano, dotación, registros y procesos asistenciales.

**4.2.5. Resolución 1841 de 2013:** tiene por objeto establecer los lineamientos técnicos y operativos del Sistema de Información en Salud (SISPRO) y sus subsistemas, con el fin de garantizar la recolección, análisis y uso adecuado de los datos necesarios para la toma de decisiones en salud pública y la gestión del sistema. En materia de salud visual, este objeto adquiere especial relevancia porque permite consolidar información epidemiológica precisa sobre la prevalencia de enfermedades oculares, las barreras de acceso a servicios de optometría y oftalmología, y los determinantes sociales que inciden en la pérdida de visión.

**4.2.6. Resolución 3202 de 2016:** tiene como objeto establecer los lineamientos, criterios y responsabilidades para la conformación y operación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud, con el propósito de garantizar una atención continua, articulada, resolutive y centrada en las necesidades de la población. En materia de salud visual, este marco normativo adquiere una especial pertinencia al ordenar que los servicios se organicen bajo un enfoque poblacional y de riesgo, permitiendo que las intervenciones de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades oculares se integren de manera oportuna dentro de las redes.

**4.2.7. Resolución 3280 de 2018:** tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), con el fin de organizar la gestión del riesgo, estandarizar intervenciones costo-efectivas y garantizar la atención continua, integral y centrada en la persona a lo largo del curso de vida. En este marco, su pertinencia para la salud visual es determinante, pues ofrece un modelo que ordena procesos preventivos, diagnósticos y de seguimiento oportuno, facilitando que las alteraciones visuales sean detectadas y tratadas tempranamente.

**4.2.8. Resolución 1035 de 2022:** adoptar el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 como la hoja de ruta estratégica que orienta las políticas, acciones e intervenciones del país para garantizar mejores condiciones de salud, bienestar y equidad en todas las etapas del curso de vida. En este marco, la salud visual adquiere especial relevancia al reconocerse como un componente esencial del bienestar individual y colectivo, determinante en el aprendizaje, la productividad, la movilidad segura y la autonomía funcional.

#### **4.3. Marco normativo internacional**

**4.3.1. Resolución WHA66:** fijó como meta reducir en un 25 % la pérdida evitable de visión en mayores de 50 años y asegurar la integración de los servicios oftalmológicos en los sistemas de salud. A este marco se suma el informe de

la OMS sobre las metas globales 2030 en cobertura efectiva de la atención ocular, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2021, que orienta a los Estados Miembros, incluido Colombia, hacia el fortalecimiento de la cobertura universal en salud visual mediante la mejora del acceso y la calidad de los servicios oftalmológicos.

## 5. CONFLICTO DE INTERESES

El artículo 293 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019 establece la obligación de los autores y ponentes de presentar en el cuerpo de la exposición de motivos las posibles circunstancias o eventos que pueden configurar un conflicto de interés a la luz del artículo 286 de la Ley 5 de 1992.

En el caso particular, es necesario mencionar el inciso segundo del artículo 286 del reglamento del Congreso, el cual establece lo siguiente:

“(....) Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro(...)”<sup>23</sup>

De la norma citada se puede evidenciar lo siguiente: la implementación de un proyecto de ley que busca establecer un Sistema Nacional para la Protección Integral de la Salud Visual y Ocular, se adopta la Política Nacional en Salud Visual y Ocular, y se dictan otras disposiciones, se configura como una medida de carácter general que beneficia a todos los electores y no configura, a futuro, un beneficio para los congresistas, toda vez que se propende por la protección, promoción y atención integral de la salud visual y ocular.

Ahora bien, el Consejo de Estado en Sentencia proferida el 10 de noviembre de 2009, hace las siguientes precisiones al referirse a los elementos que deben concurrir para que se configure la violación al régimen de conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura:

“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o

---

<sup>23</sup> <http://www.secretariassenado.gov.co/ley-5-de-1992>

votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.

Sin embargo, se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

## **6. IMPACTO FISCAL**

Esta iniciativa de ley ordinaria se presenta acorde con la facultad que otorga el artículo 140 de la ley 5 de 1992. Cumple con lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia C290 de 2009, ya que no establece una orden de carácter imperativa al Gobierno Nacional y no se ejerce presión sobre el gasto público, ya que se le respeta al Gobierno el ámbito de su competencia para considerar la incorporación de las partidas presupuestales, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con el marco fiscal de mediano plazo.

De igual forma, La Corte Constitucional ha sostenido que la finalidad del artículo 7 de la Ley 819 de 2003 es garantizar que las leyes que se expidan tengan en cuenta las realidades macroeconómicas del país, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda, en el siguiente sentido:

“36. Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del art. 7° de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda. Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el Ministro de Hacienda. Por otra parte, es preciso reiterar que, si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que

el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003. Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente.”

Por otra parte, y dando cumplimiento con lo estipulado en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 *“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”*, se incorpora el presente acápite, manifestando que este Proyecto de Ley ordena gasto público, por lo tanto, será necesario solicitar el respectivo concepto fiscal al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

De los Honorables Congresistas,



**LORENA RÍOS CUÉLLAR**  
Senadora de la República



**HUGO ALFONSO ARCHILA SUAREZ**  
Representante a la Cámara