

2018

Cobertura de prescripciones ópticas en mayores de 15 años

Angélica Daza Ruiz
Universidad de La Salle

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria>

Citación recomendada

Daza Ruiz, A. (2018). Cobertura de prescripciones ópticas en mayores de 15 años. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria/239>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias de la Salud at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Optometría by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

COBERTURA DE PRESCRIPCIONES OPTICAS EN MAYORES DE 15 AÑOS

¹Angélica Daza Ruiz ²Jairo Giovanni Rojas Yepes

RESUMEN

La cobertura en salud es el número de sujetos, personas o pacientes que tienen acceso (opción de atención) a un servicio, de acuerdo a las necesidades y preferencias sin importar el nivel de ingresos, condición social o de residencia⁽¹⁾; por otra parte, la cobertura relacionada con la prescripción óptica (gafas o lentes) es un indicador de la disponibilidad y utilización de servicios salud visual u ocular, en una región dada. En el presente artículo de revisión se describen algunos índices de cobertura de uso corrección óptica (gafas o lentes) para defectos refractivos (miopía, hipermetropía y astigmatismo) y presbicia en mayores de 15 años obtenidos por medio de una revisión bibliográfica, de estudios llevados a cabo desde el 2004 a 2017. La información obtenida incluyó los siguientes lugares: Asia, África, Europa, Mediterráneo oriental y Latinoamérica. En 27 países se pudo conocer la cobertura para la corrección de defectos refractivos y en 17 países la cobertura para la compensación óptica de la presbicia. Adicionalmente se pudo hacer un comparativo de la cobertura para correcciones ópticas por género (masculino/femenino). Un elemento relevante en la revisión es la relación que existe entre el acceso y un buen servicio del cuidado ocular aporta con el mejoramiento de la calidad de vida del individuo.

Palabras clave: Cobertura, corrección óptica, presbicia, salud visual.

¹ Universidad de la Salle, Facultad de Ciencias de la Salud, estudiante.

² Universidad de la Salle, Facultad Ciencias de la Salud, docente.

INTRODUCCION

La salud visual es la ausencia de alteraciones visuales, que impiden al ser humano conseguir un estado físico, cultural, estructural y funcional de bienestar social; esta se constituye de algunos determinantes estructurales como, los factores económicos, políticos, culturales y sociales, así como también la red de atención, profesionales e instituciones de formación en salud visual. Es por esto que todo lo anterior incidirá en la capacidad de acceso de la población a la atención en salud.(2)

La cobertura en salud se ha definido como una condición en donde la población de un país tiene acceso a un servicio de acuerdo a las necesidades y preferencias sin importar el nivel de ingresos, condición social o de residencia(1). En el caso de la prescripción óptica, la cobertura es un indicador de la disponibilidad y utilización de servicios de refracción en una región dada; en otras palabras muestra la proporción de personas que se benefician de la utilización de gafas.(3)

La prescripción óptica hace referencia al resultado de un examen visual y para su corrección se hace necesario un instrumento o aparato óptico; entre las correcciones ópticas más conocidos están las gafas y los lentes de contacto.

Por el momento las gafas siguen siendo la intervención más común y de menor costo para corregir los errores refractivos y la presbicia del mundo. A nivel mundial hay más de 624.8 millones de personas que se encuentran con problemas de visión, debido a que no pueden acceder a un examen visual y/o poder obtener sus anteojos.(5)

Dentro de los servicios de salud, ofrecer servicios de cuidado visual y ocular para superar los problemas de defectos refractivos y el acceso a ellos es primordial, ya que las intervenciones para el tratamiento de errores refractivos mejoraran significativamente la calidad de vida y oportunidades de las personas.(4)(2)

Para el año 2005, más de mil millones de personas fueron diagnosticadas con presbicia, de las cuales la mitad no tenía corrección óptica de cerca. El problema de la presbicia no corregida, que causa deficiencia visual, es particularmente grave en los países en desarrollo y crecerá a medida que envejece la población de todo el mundo.(6)

A continuación se describen los índices de cobertura de corrección óptica de los continentes Asia y África, luego se presentan unas graficas comparando 27 países discriminando visión lejana, visión próxima y género y por último se plantean unas conclusiones al respecto.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio retrospectivo, bajo la búsqueda de literatura en base de datos comerciales como, EBSCO, ScieneDirect, y SCOPUS, se tomaron estudios recientes desde el año 2004 al 2017, donde fue evaluada la cobertura de corrección óptica en personas mayores de 15 años. La información obtenida incluyo los siguientes lugares: Asia, África, Europa, Mediterráneo oriental y Latinoamérica. En 27 países se pudo conocer la cobertura para la corrección de defectos refractivos y en 17 países la cobertura para la compensación óptica de la presbicia. Adicionalmente se pudo hacer un comparativo de la cobertura para correcciones ópticas por género (masculino/femenino).

COBERTURA EN SALUD

Se considera cobertura como el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud⁽⁷⁾; sin embargo existe una diferencia entre acceso y cobertura, el acceso es entendido como el porcentaje de personas que utilizo los servicios médicos al momento de necesitarlos.⁽⁸⁾

Existen dos tipos de acceso, el potencial, determinado por las características del sistema de salud como la distancia que separa a los hogares del centro de salud más cercano y el acceso realizado, que depende de indicadores de uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada, es decir, costos de las citas médicas, calidad percibida del servicio y tiempos de desplazamiento.⁽⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), infiere que la cobertura sanitaria universal existe cuando la población recibe los servicios sanitarios de calidad que necesitan, sin que ellos tengan dificultades económicas. Su objetivo es que todas las personas puedan acceder a un abanico completo de servicios de salud, incluida la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.⁽⁹⁾

El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente con el bienestar de sus familias y comunidades; además permite que los niños puedan asistir a la institución educativa y aprender. La cobertura universal es el sello distintivo de un gobierno determinado a mejorar el bienestar de todos sus ciudadanos.⁽¹⁰⁾

A pesar de lo mencionado anteriormente, existe el interrogante si en realidad se está dando solución a los problemas de salud; es por esto que se consideran otros elementos como la infraestructura del servicio, posibilidades reales de acceso y la adquisición a medicamentos siendo también de mucha importancia la situación geográfica, ya que la cobertura no es la misma que se brinda en un centro de salud en zonas rurales dispersas.⁽⁷⁾

Se debe considerar que lo importante no es solo la cantidad de los servicios de salud que se prestan sino también su calidad y para poder alcanzar una cobertura universal es fundamental eliminar las diferencias existentes entre los más pobres y los más ricos.⁽¹¹⁾

En Colombia, a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9% al 90.8% registrado entre 1997 y 2012, el acceso disminuyó en el mismo periodo al pasar de 79,1% a 75,5%, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida.⁽⁸⁾

Por último es importante mencionar que los estudios en Colombia, revelaron que las mujeres tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios médicos, así como quienes viven en la zona urbana, los que tienen mayores ingresos, los que están afiliados al régimen contributivo y viven en una zona con mayor disponibilidad del servicio. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en el año 2012, las regiones con mayor necesidad y menor acceso de servicios médicos fueron la Pacífica, la Central y la Caribe, mientras que la Región de Antioquia tuvo el mayor acceso aun cuando fue una de las regiones con menor necesidad de servicios médicos.⁽⁸⁾

CALCULO DE LA COBERTURA DE CORRECCION OPTICA

La cobertura de corrección óptica en adultos se ha determinado mediante diferentes programas y metodologías dentro las cuales se destacan, por la cantidad de población evaluada, evaluación rápida de errores refractivos (por su sigla en inglés RARE), protocolo de evaluación rápida de la ceguera evitable (por su sigla en inglés RAAB) evaluación rápida de la deficiencia visual (por su sigla en inglés RAVI). Estos estudios calculan la cobertura de corrección óptica así:

$$\frac{\text{Necesidad satisfecha}}{\text{Necesidad satisfecha} + \text{necesidad insatisfecha}} \times 100\%.$$

Donde la necesidad satisfecha es el número de personas que con su corrección pueden leer el entero de visión mientras que la necesidad insatisfecha es el número de sujetos que corregidos o no, no logran el entero de visión.

COBERTURA DE LA PRESCRIPCION OPTICA EN DIFERENTES PARTES DEL MUNDO

En los continentes de Asia y África se han realizado estudios donde hay mayor cobertura de corrección óptica en el primero a comparación del segundo. En la tabla 1 se muestran algunos resultados de estudios anteriores.

Tabla 1.Descripción de cobertura de corrección óptica en estudios mundiales

COBERTURA DE CORRECCION OPTICA		
LUGAR DE ESTUDIO	COBERTURA	AUTOR
India- Andhra Pradesh	371 / 3203	SirinivasMarmamula(3)
Eritrea - ZobaMa'ekel	107 / 3200	VingFai Chan (4)
India - Distrito Prakasam, Andhra Pradesh	275 / 1560	Madala SR(12)
África - Zanzíbar	60 / 381	Laviers HR(13)
Asia - Bangladesh	282 / 11.624	Bourne RRA(14)
África - Durban, KwaZulu Natal	72 / 1939	Naidoo KS(15)
India -Distrito Prakasam, Andhra Pradesh	1057 / 2448	Narsaiah S(6)
África -Distrito Kahama, Tanzania	55 / 3230	Mashayo ER(5)
Sur India - Andhra Pradesh	190 / 494	Marmamula S(16)
Uganda-Distrito Kamuli	33 / 3281	Nsubuga N(17)
China - Distrito Baoshan	2005/ 4545	Zhu M (18)
África - Nigeria	1060 / 13599	Ezelum C(19)
África - Noreste Nigeria, Zamfara	4 / 635	Umar MM(20)

Fuente: elaboración de los autores a partir de los autores referenciados, 2017

En la tabla 1se describe en primera instancia el sitio donde se realizó el estudio, posteriormente (Columna dos, cobertura) la cantidad de personas que tenían sus anteojos en el momento del examen junto con el total de pacientes que fueron examinados; por último los autores de las investigaciones

En la región meridional (Teleganga)⁽³⁾,214 individuos portaban bifocales, 142 anteojos monoculares para visión lejana y 15 para visión próxima, en comparación con la región oriental (Eritrea)⁽⁴⁾, 3 personas usaban bifocales, 58 gafas monoculares para visión lejana y 46 para visión próxima; esto indicó la existencia de más présbitas corregidos en el primero de los estudios que en el segundo y es la mayor cobertura. En la región oriental la mayor cobertura esta en los portadores de corrección óptica para visión lejana.

El bajo índice de cobertura de corrección óptica que se evidencia en África - Zanzibanse menciona que en parte fue cultural, debido a que no consideran una prioridad el uso de anteojos. El aspecto económico también influyo, ya que las personas estaban dispuestas a pagar por un par de gafas 2.17 USD(UnitedStatesDollars) mientras que su costo en los hospitales era de 3.90 USD. Quienes pagaron este costo fue el grupo de los jóvenes, urbanos, educados y del género masculino.⁽¹³⁾

El alto porcentaje de necesidad insatisfecha (40,5%)⁽¹⁴⁾y (30,2%)⁽²⁰⁾en estos estudios, fue dado porque la atención de salud visual y ocular solo se encuentra en hospitales y clínicas oftalmológicas, mientras que en las “tiendas

de óptica” venden solamente las gafas sin un previo examen. Por otra parte fue mayor la necesidad insatisfecha en mujeres que los hombres, pues por creencias culturales en Bangladesh tienen mayor esperanza de vida los hombres que las mujeres y por esto, los hombres asisten a un centro oftalmológico para su debido examen visual, mientras que las mujeres simplemente se acercan a una óptica sin antes una evaluación visual.⁽¹⁴⁾

En los estudios realizados en el continente de África⁽¹⁵⁾⁽⁵⁾⁽¹⁷⁾, la mayor cobertura estuvo en las personas de mayor edad que de los jóvenes, esto es debido a que los individuos del primer grupo tienen más probabilidad de participar en tareas visuales, tales como lectura, escritura y costura, lo que quiere decir que la visión de cerca es más exigente y relevante que las de los otros grupos, por lo tanto les indujo a buscar tratamiento.

Los insuficientes servicios en salud visual (optométricos) reflejan la baja cobertura de corrección óptica en África, lo que indica que deben mejorar los centros de salud visual donde proporcionen un mejor acceso, disponibilidad y accesibilidad en las zonas desatendidas de dicho continente⁽⁴⁾ ya que gran parte de la comunidad que descontinúa el uso de anteojos es por la incomodidad que tienen con ellos.⁽¹⁹⁾

También en Uganda la mayor adquisición de anteojos fue con vendedores de gafas sin antes un examen optométrico, de tal modo que la intervención de programas de promoción de salud podría mejorar los conocimientos a la población sobre salud ocular y los servicios de optometría y oftalmología⁽¹⁷⁾. La capacitación e integración de enfermeras y trabajadores comunitarios de extensión de salud como optómetras, personal de atención primaria de la visión y la reasignación a las zonas rurales aumentara el acceso a servicios ópticos elevando el índice de cobertura de corrección óptica.⁽²⁰⁾

En el estudio de Tanzania encontraron una alta prevalencia de errores refractivos y una baja cobertura de corrección óptica, lo que representa una reducción en la productividad laboral y por ende las oportunidades económicas y la calidad de vida.⁽⁵⁾

Cabe destacar que el índice de cobertura de corrección óptica más alto fue encontrado en Prakasam, esto es debido a que en los 4 estados donde se ubican la mayoría de comunidades tejedoras hay más demandas visuales, pues este es su medio de subsistencia y deben estar en óptimas condiciones para realizarlo, lo cual conduce a que las personas busquen su corrección en el momento que los servicios están disponibles. De igual forma el acceso a servicios de optometría, calidad de anteojos, precisión de corrección óptica y el bajo costo de los anteojos, son aspectos que ayudan al uso continuo de las gafas.⁽⁶⁾

En China realizaron un estudio en sujetos mayores de 60 años; en donde encontraron un gran porcentaje de necesidad insatisfecha 13,18% como en los estudios de Umar⁽²⁰⁾ y Bourne⁽¹⁴⁾. De igual forma hubo un alto índice de cobertura 44,12% como también se observó en el estudio de Marmamula.⁽¹⁶⁾

En los estudios de Umar⁽²⁰⁾, Marmamula⁽¹⁶⁾, Ezelum⁽¹⁹⁾ y Narsaiah⁽⁶⁾, se evidenció que el índice de cobertura disminuye con la edad, es decir de 60 a 69 años (56,9%) y mayores o iguales a 80 años (15,7 %); todo lo contrario a lo que autores como Naidoo⁽¹⁵⁾, Mashayo⁽⁵⁾ y Nsubuga⁽¹⁷⁾, argumentaban que con la edad aumentaba la cobertura debido a su demanda visual; pues en este caso ya las personas de edad (80 años) no hacen uso de actividades de visión próxima y también por el bajo nivel de educación consideran que no es necesario un par de anteojos, ya que como la pérdida de visión se acompaña naturalmente con el aumento de la edad “no se puede hacer nada” para mejorar la situación; además de esto piensan que usar gafas aumentará la carga en los ojos llevando a la pérdida de visión restante⁽¹⁸⁾. Es por esto que todos los estudios antes mencionados coinciden en que la mayor cobertura está en las personas de un alto nivel de educación.⁽³⁾⁽⁴⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁶⁾⁽⁶⁾

En China especialmente en las zonas rurales, los hombres obtienen más oportunidades de aprendizaje y empleo, lo que conlleva a una mayor conciencia de la atención de la salud y una mayor calidad de vida.

Un estudio en India⁽³⁾⁽¹⁶⁾⁽⁶⁾⁽¹²⁾, menciona que las mujeres tienen más esperanza de vida que los hombres.

En febrero del 2017, visión 20/20 publicó un artículo donde reportó la cobertura de corrección óptica en 27 países, esto relacionado con la visión lejana y 17 para presbicia; datos que fueron recogidos durante 8 años, mediante la metodología RAAB (protocolo de evaluación rápida de la ceguera evitable) en pacientes mayores de 50 años. Estos países fueron clasificados así:⁽²¹⁾

- 13 países Latinoamericanos
- 6 países Asiáticos
- 5 países Africanos
- 2 países Europeos

- 1 país Mediterráneo oriental

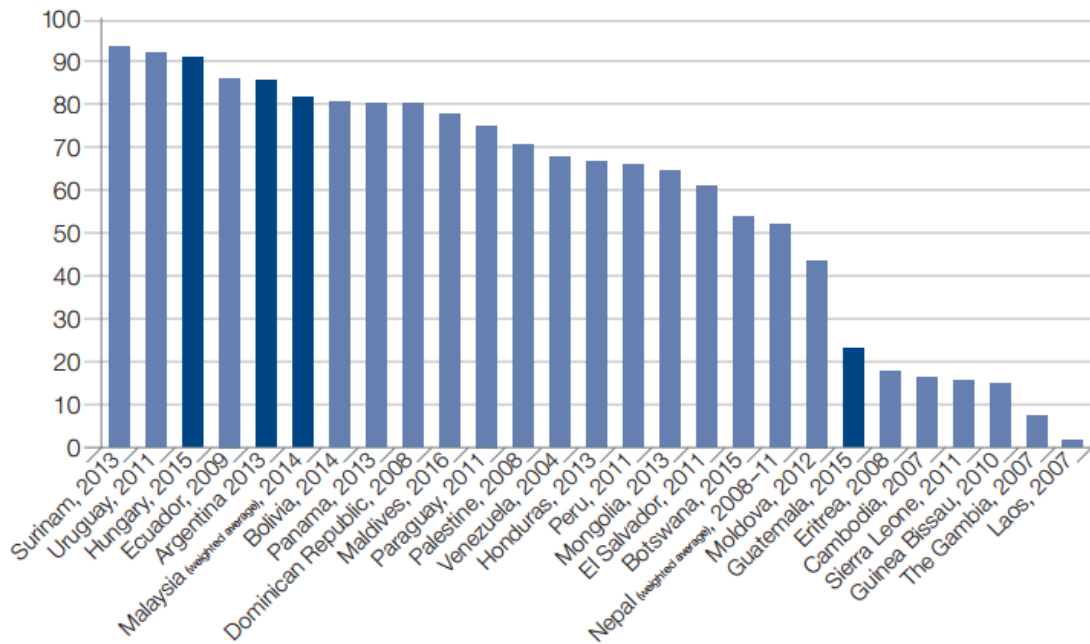


Figura 1. Porcentaje de cobertura de corrección óptica de visión lejana en los 27 países Fuente: Contreras y Ackland⁽²¹⁾

En la figura 1 se describe los niveles de cobertura de corrección óptica de visión lejana en 27 países -Surinam, Uruguay, Hurgaría, Ecuador, Argentina, Malasia, Bolivia, Panamá, República Dominicana, Maldives, Paraguay, Palastina, Venezuela, Honduras, Perú, Mongolia, El Salvador, Botswana, SeNepal, Moldova, Guatemala, Eritrea, Cambodia, Sierra Leona, Guinea Bissau, Gambia, Laos⁽²¹⁾ en pacientes mayores de 50 años; en donde la mayor cobertura estuvo en Surinam con un 93%. Adicionalmente 9 países tenían una cobertura $\geq 80\%$, en contraste con 7 países que tenían una cobertura $\leq 25\%$. Los 13 países latinoamericanos tenían una cobertura $\geq 60\%$, mientras que los 5 países africanos estaban entre el 7 y el 23%. Laos fue el país de menor cobertura con un 2%.⁽²¹⁾

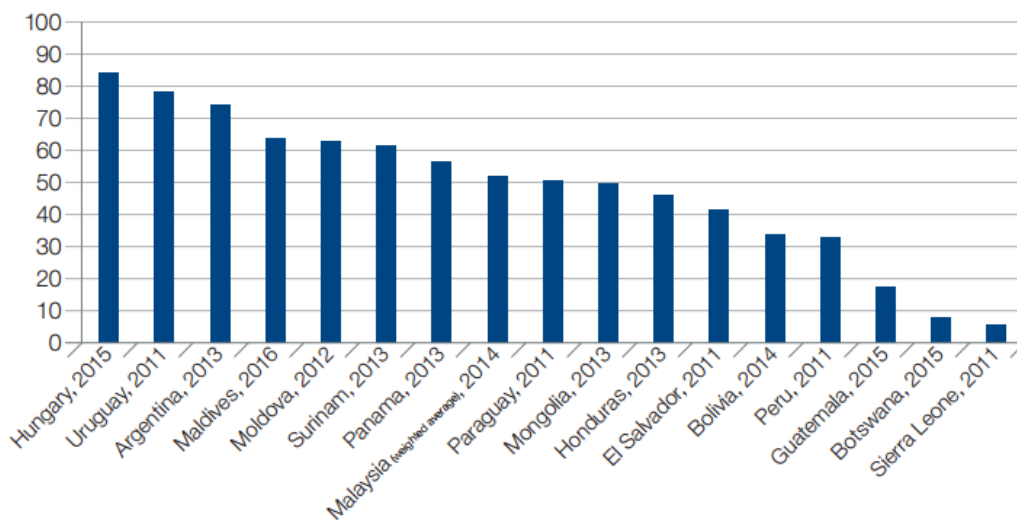


Figura 2. Porcentaje de la cobertura de la corrección óptica en pacientes con presbicia en 17 países. Fuente: Contreras y Ackland(21)

En la figura 2 se describe los niveles de cobertura de corrección óptica de presbicia en los 17 países (Hungría, Uruguay, Argentina, Maldivas, Moldova, Surinam, Panamá, Malasia, Paraguay, Mongolia, Honduras, El Salvador, Bolivia, Perú, Guatemala, Botswana, Sierra Leona). (Contreras(21)). Se evidencia que estos datos fueron bastante variables entre 6 y 84%, siendo Hungría el país con mayor cobertura $\geq 80\%$ mientras que los dos países africanos registraron las tasas más bajas $\leq 10\%$ (Botsuana y Sierra Leona)(21).

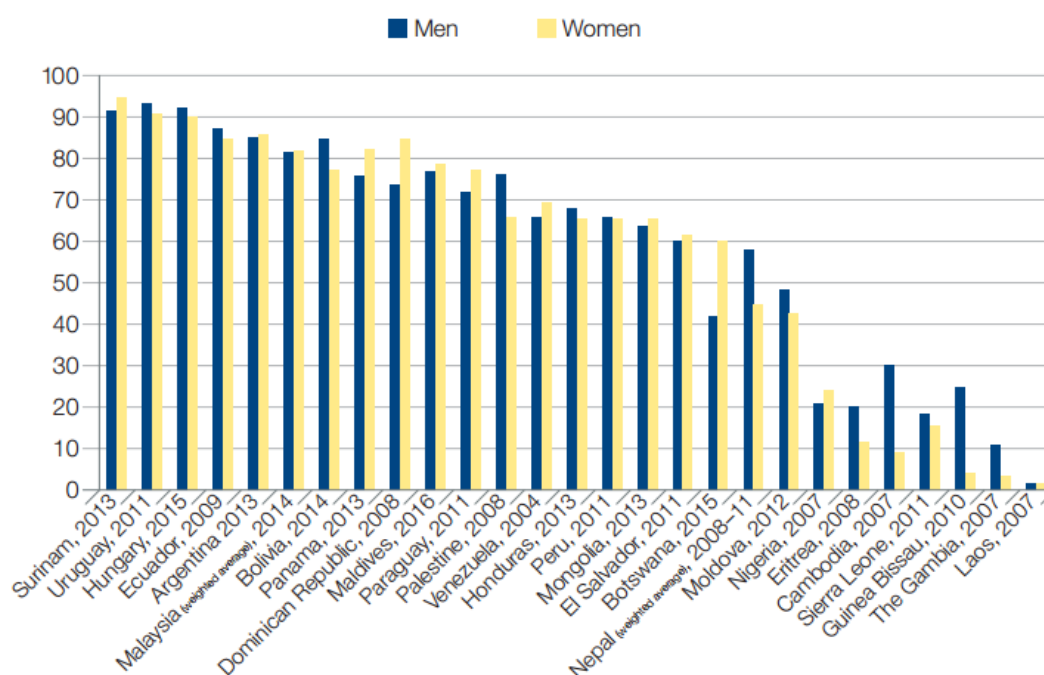


Figura 3. Comparación del porcentaje de cobertura de corrección óptica para visión lejana entre hombres y mujeres. Fuente: Contreras y Ackland(21)

En la figura 3 se evidencia que en la gran mayoría de los países latinoamericanos, existe más cobertura de corrección óptica en las mujeres que en los hombres. Todo lo contrario a África y Europa, ya que en ellos hay mayor cobertura en los hombres. No se encontró distinción de género en 2 países(21).

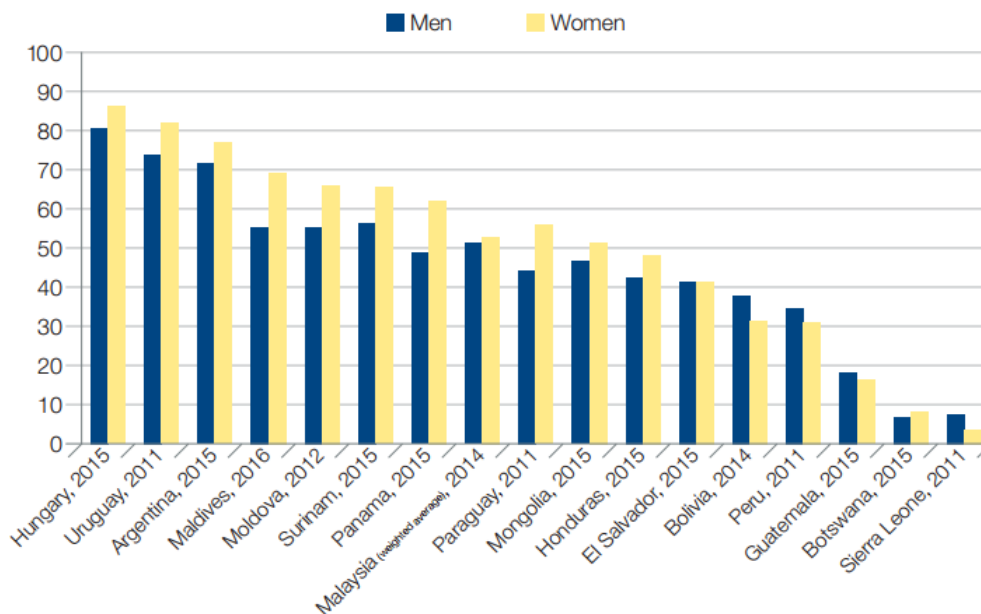


Figura 4. Comparación del porcentaje de corrección óptica en presbicia entre hombres y mujeres. Fuente: Contreras y Ackland(21)

En la figura 4 se evidencia que en 5 países asiáticos y europeos hay mayor prevalencia de corrección óptica en las mujeres que en los hombres, esto puede tener su explicación en que se encuentran más mujeres adultas mayores de 50 años en comparación a los hombres, además las tareas que realizan las mujeres mayores generan más demanda en la visión próxima. Siete países latinoamericanos también reflejaron mayor cobertura en mujeres que en hombres, en contraste con Bolivia, Perú y Guatemala que este número fue mayor en los hombres(21).

De acuerdo a las figuras 3 y 4, la igualdad de género está lejos de lograrse pues en la mayoría de los países la sociedad todavía está fuertemente dominada por los hombres. Sin embargo, es importante considerar los factores que impiden que las mujeres tengan acceso a la asistencia sanitaria, pues este no se considera un gasto esencial aunque se realicen estrategias dirigidas directamente a la salud de la mujer(21).

Con respecto a los países latinoamericanos (Uruguay, Ecuador, Argentina, Bolivia, Panamá, Paraguay, Venezuela, Perú, Guatemala, República Dominicana, El Salvador, Honduras y Surinam), la cobertura de la prescripción óptica para visión lejana estuvo mayor o igual al 60% siendo Surinam la de mayor representatividad (93%), como se evidencia en la figura 1.

En la cobertura de presbicia (figura 2), los países latinoamericanos que participaron fueron Uruguay, Argentina, Surinam, Panamá, Paraguay, Honduras, El Salvador, Bolivia, Perú y Guatemala; este porcentaje estuvo entre el 18% y 78%, siendo Uruguay el de mayor porcentaje y Guatemala el menor.

Con respecto a los demás continentes, un país Latinoamericano (Guatemala) se encuentra en tercer lugar respecto a la menor cobertura de prescripción óptica en presbicia.

En la comparación entre hombres y mujeres, la cobertura para visión lejana fue mayor en las mujeres (7 países) que en los hombres, al igual que en la cobertura de presbicia (6 países), debido a que las mujeres tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios médicos⁽⁸⁾.

Tabla 2. Cobertura de corrección óptica por género en los 13 países latinoamericanos

GENERO CON MAYOR COBERTURA AL USO DE CORRECCION OPTICA		
PAIS	EN VISION LEJANA	EN PRESBICIA
Surinam	Mujeres	Mujeres
Uruguay	Hombres	Mujeres
Ecuador	Hombres	No disponible
Argentina	Mujeres	Mujeres
Bolivia	Hombres	Hombres
Panamá	Mujeres	Mujeres
República Dominicana	Mujeres	No disponible
Paraguay	Mujeres	Mujeres
Venezuela	Mujeres	No disponible
Honduras	Hombres	Mujeres
Perú	Igual	Hombres
El Salvador	Mujeres	Igual
Guatemala	No disponible	Hombres

Fuente: elaboración de los autores, 2017

OTROS ASPECTOS SOBRE COBERTURA

La cultura, la sociedad, la educación y los factores religiosos juegan un papel importante en la percepción y priorización de la salud ocular; como también el hecho de que existe la prevalencia de otras enfermedades lo cual conduce a que salud ocular se pase por alto, ya que las preocupaciones de dichas enfermedades son más graves a tal punto de que amenazan su vida.⁽²¹⁾

Un alto índice de cobertura en los errores refractivos y presbicia influye directamente en el bienestar general, calidad de vida y contribuye a una vida más independiente.⁽¹⁶⁾

Por otro lado, este informe encontró una correlación entre la cobertura de corrección óptica, el PIB (Producto Interno Bruto) y el gasto sanitario; pues a medida que aumenta el PIB mejora la cobertura de corrección óptica, sin

embargo en algunos países se encuentra una menor cobertura con una mayor inversión en salud.⁽²¹⁾

COBERTURA EN COLOMBIA

En Colombia la cobertura de corrección óptica se encuentra establecida por el Artículo 58 resolución 6408 de 2016, lentes externos: En el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC (unidad de pago por capitación) se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato) en las siguientes condiciones:

- **Régimen contributivo**

Cubre una vez cada año en las personas de 12 años de edad o menos y una vez cada 5 años en los mayores de 12 años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.⁽²⁾

- **Régimen subsidiado**

Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años se cubre 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.

Y para las personas mayores de 21 años y menores de 60 años de edad cubre los lentes externos una vez cada cinco años, no incluye montura.⁽²⁾

No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.⁽²⁾

Una grave consecuencia de la falta de accesibilidad y cobertura de los servicios de salud, es la exclusión de la población desfavorecida, como las personas de tercera edad, población infantil, que habiten en una zona rural con bajos recursos económicos y sin un trabajo formal; esto se puede ver reflejado en una alta prevalencia de ceguera curable, pues el impacto negativo para el Producto Interno Bruto del país debido a la ceguera y la disminución de la agudeza visual podría ser 2.000 de unos 3.209 millones de USD (UnitedStatesDollars), es por esto que los problemas visuales tienen un alto costo económico y también social para determinada región.⁽²⁾

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, urbana o rural, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección del cual gozan las personas enfermas. Es por esto que para mejorar las condiciones de salud y su distribución se hace necesario identificar la cadena causal de las desigualdades e inequidades en salud que a su vez configuran diferencias sistemáticas en los logros de salud.⁽²²⁾

Por ello es que los habitantes de la zona rural utilizan menos los servicios de salud ya que allí es donde más se presenta la inequidad y desigualdad, y por eso prefieren la automedicación y los remedios caseros, debido a los altos costos del transporte, la lejanía de los servicios de salud la baja calidad de estos.(22)

Como se identificó a lo largo del informe, muchas ciudades del mundo presentan una baja cobertura de corrección óptica, en especial los países que se encuentran en desarrollo. Esto conlleva a que haya más personas con discapacidad visual no solo por la desigualdad e inequidad sino también por aspectos culturales, que no les permiten acceder y obtener un servicio de salud visual óptimo y por ende una corrección óptica adecuada; Todo esto conlleva a que el país permanezca en una baja situación económica ya que la sociedad no puede contribuir a un crecimiento sostenible tanto del país como del individuo debido a deficiencias visuales que impiden su desarrollo.

En cuanto a la situación de Colombia con respecto al artículo 58 de la resolución 6408, es evidente que el régimen subsidiado brinda los anteojos con algunas reglas, sin embargo se debería evaluar la situación de cada paciente, puesto que en el párrafo no se cubren los lentes de contacto y en algunos pacientes es necesario el uso de ellos ya sea por su trabajo o por tener una alteración visual (antimetropía, anisometropía, ectasia corneal ect) que los requiere obligatoriamente.

También obtener una cita estando vinculado en el régimen subsidiado es difícil y demorado, lo que conlleva a que las personas desistan por este servicio y lo obtengan en sitios de fácil acceso pero con poca calidad tanto profesional como del insumo. Esta población puede dirigirse a una óptica si cuenta con los suficientes recursos económicos o sino a los vendedores de la calle o un centro de cadena que brindan anteojos sin un previo examen de optometría.

CONCLUSIONES

El índice de cobertura de corrección óptica se encuentra asociado a diversos factores como: la cultura, nivel de educación y la economía de cada persona. Además de eso las creencias, la moral y las costumbres por las que se identifica un país y/o grupo familiar influyen en la asistencia a un servicio de salud y por ende en su bienestar. Así mismo como la economía y el desarrollo de cada país, afectará la cantidad de centros de salud y el acceso a ellos que cada población debe tener para obtener una mejor calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Para mantener una buena salud visual, hay que evitar todos aquellos hábitos que conlleven a un esfuerzo de la visión, como por ejemplo llevar la corrección óptica inapropiada (no prescrita o desactualizada), deficiencia en las

condiciones luminosas relacionadas con la actividad visual, alimentación inapropiada por el déficit vitamínico que representa, empleo de gafas que no protejan de los rayos solares⁽²⁾, todo lo anterior, para evitar alteraciones visuales que pueden impedir el desarrollo y/o desempeño del ser humano.

Es importante realizar un examen visual y ocular de calidad para una completa evaluación del estado visual, donde se pueda corregir y tratar todas aquellas enfermedades, alteraciones visuales y oculares que impiden la independencia del ser humano en sus actividades diarias y por ende afectando su calidad de vida.

Una buena prescripción óptica con los parámetros indicados para cada paciente por parte del profesional de la salud visual, ayudara al buen desempeño de sus actividades diarias, obteniendo los suficientes ingresos económicos para subsistir y tener una calidad de vida.

Es necesario que se realicen estudios sobre la cobertura y el acceso a servicios de salud visual en Colombia ya que no hay suficiente información para estudiar y mejorar dicho servicio.

BIBLIOGRAFIA

1. Saenz Madrigal Maria del Rocio. Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina. Programa EUROsocial. 2015; Colección (Serie Análisis, Área Salud.):28–31.
2. Gaviria Alejandro, Burgos Gerardo, Ruiz Fernando, Osorio Elkin VJ. Lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable (estrategia visión 2020). 2017;1–49. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-salud-visual-2017.pdf>
3. Marmamula Sirinivas, Keeffe Jill RG. Uncorrected Refractive Errors, Presbyopia and Spectacle Coverage: Results from a Rapid Assessment of Refractive Error Survey. *Ophthalmic Epidemiol.* 2009;16:269–74.
4. Fai Chan Ving, Mebrahtu Goitom, Ramson Prasad, Wepo Mary NKS. Prevalence of Refractive Error and Spectacle Coverage in Zoba Ma'ekel Eritrea: A Rapid Assessment of Refractive Error. *Ophthalmic Epidemiol.* 2013;20(3):131–7.
5. Mashayo Eden, Fai Chan Ving, Ramson Prasad, Cinanayi Farai NK. Prevalence of refractive error, presbyopia and spectacle coverage in Kahama District, Tanzania: A rapid assessment of refractive error. *Clin Exp Optom.* 2015;58–64.
6. Marmamula Sirinivas, Narsaiah Saggam, Shekhar Konegari KR. Presbyopia, spectacles use and spectacle correction coverage for near vision among cloth weaving communities in Prakasam district in South India. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2013;33:597–603.

7. Lopez Alirio, Valenzuela Renato, Velasquez Orison, Valenzuela Rodolfo FC. Honduras pediátrica. EDITORIAL [Internet]. 1987;8. Available from: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1987/pdf/Vol11-2-1987.pdf>
8. Ayala Garcia J. Documento de trabajo sobre Economía Regional. La Salud en Colomb más Cober pero menos acceso. 2014;45.
9. Yates Robert HG. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal. 2013;43. Available from: http://www.who.int/health_financing/UHC_SPvs1.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. OMS | ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? [Internet]. 2012. Available from: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
11. Dye Christopher, Boerma Ties, Evans David, Harries Anthony, Lienhardt Christian, McManus Joanne, Pang Tikki, Terry Robert ZR. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Rev Anal Econ [Internet]. 2013;9(1):127–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23678910>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16284018>
12. Marmamula Sirinivas, Madala Screenivas RG. Prevalence of uncorrected refractive errors, presbyopia and spectacle coverage in marine fishing communities in South India: Rapid Assessment of Visual Impairment (RAVI) project. Ophthalmic Physiol Opt. 2012;32:149–55.
13. Laviers Heidi, Omar Fatna, Jecba Hakika, Kassin Garnia GC. Presbyopic spectacle coverage, willingness to pay for near correction, and the impact of correcting uncorrected presbyopia in adults in Zanzibar, East Africa. Investig Ophthalmol Vis Sci. 2010;51:1234–40.
14. Bourne Rupert, Dineen Brendan, Noorul Deen, Ali Syed JG. Correction of Refractive Error in the Adult Population of Bangladesh: Meeting the Unmet Need. Investig Ophthalmol Vis Sci. 2004;45:410–7.
15. Naidoo Kovin, Jaggernath Jyotikumarie, Martin Carrin, Govender Pirindhavellie, Vjjananyi Farai, Chan Fai Ving RP. Prevalence of Presbyopia and Spectacle Coverage in an African Population in Durban, South Africa. Optom Vis Sci. 2013;90:1424–9.
16. Marmula Sirinivas, Ravuri Chandra, Boon Mei Ying KR. Spectacle coverage and spectacles use among elderly population in residential care in the south Indian state of Andhra Pradesh. Biomed Res Int. 2013;1.5.
17. Nsubuga Naomi, Ramson Prasad, Govender Pirindha, Chan Fais Ving, Wepo Mary NK. Uncorrected refractive errors, presbyopia and spectacle coverage in Kamuli District Uganda. African Vis eye Heal [Internet]. 2016;75(1):1–6. Available from: <http://>
18. Zhu Mengjun, Tong Xiaowei, Zhao Rong, He Xiangui, Zhao Huijuan, Liu Meiling, Zhu J. Visual impairment and spectacle coverage rate in Baoshan district, China: population-based study. BMC Public Health. 2013;1–13.
19. Ezelum Christian, Razavi Hessom SS, Gilbert Clare, Murtby Gudlavalleti AT. Refractive error in nigerian adults: Prevalence, type, and spectacle coverage. Investig Ophthalmol Vis Sci. 2011;52:5449–4456.
20. Umar Murtala Muhammad, Muhammad Nasiru AMB. Prevalence of presbyopia

and spectacle correction coverage in a rural population of north West nigeria. Clin Ophthalmol [Internet]. 2015;(9):1195–201. Available from: <http://www.dovepress.com/permissions.php>

21. Contreras Becker Adriane & Ackland Peter. Spectacle Coverage Report. Int agency Prev Blind [Internet]. 2017;(February):2–11. Available from: http://www.iapb.org/sites/iapb.org/files/SpectacleReport_OnlineREVISE.pdf
22. Pineda Restrepo Bibiana. Desarrollo humano y desigualdaes en salud en la poblacion rural en Colombia. 2012;31(66):97–102.