

2017

## **Barreras de acceso al servicio de salud visual**

María Alejandra Rodríguez Echeverría  
*Universidad de La Salle*

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

---

### **Citación recomendada**

Rodríguez Echeverría, M. A. (2017). Barreras de acceso al servicio de salud visual. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria/247>

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](mailto:ciencia@lasalle.edu.co).

**Barreras de Acceso al Servicio de Salud Visual**

**María Alejandra Rodríguez Echeverría – 50131001**

**Directora: Angélica María Páez Castro**

**Facultad de Ciencias de la Visión**

**Optometría**

**Bogotá D.C.**

**Febrero, 2017**

## RESUMEN

Existen diversos factores y condiciones que limitan y restringen el paso de las personas a través del sistema de salud y sus diferentes servicios, los cuales son conocidos como barreras de acceso, éstas al no permitir un adecuado proceso, ponen en riesgo la salud de los individuos. **Objetivo:** realizar una revisión bibliográfica sobre las barreras de acceso al sistema de salud y al servicio de salud visual en Colombia y en el mundo. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica por medio de la búsqueda en las bases de datos Medline, ScienceDirect y Pubmed, en revistas indexadas de salud pública y a través de sitios web de la secretaría y del Ministerio de salud de la República de Colombia, del Banco de la República de Colombia, de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la salud, de la UNESCO y del Brien Holden Vision Institute. **Resultados:** Las principales barreras relacionadas con la demanda, tanto en el servicio de salud general como en el de salud visual, son la falta de percepción de necesidad del servicio y la falta de recursos económicos; a nivel de la oferta, las políticas existentes representan un verdadero obstáculo. **Conclusiones:** La concientización de la población y la implementación de políticas en salud que garanticen el acceso equitativo a los servicios de salud, son fundamentales para evitar en gran medida que las personas se vean afectadas por las barreras relacionadas con la demanda o la oferta, respectivamente, sin importar el lugar de residencia o el nivel de ingresos.

## INTRODUCCIÓN

La cobertura de salud se define como el número de habitantes que tienen acceso a los servicios de salud; el acceso se define como el porcentaje de personas que utilizó dichos servicios en el momento de necesitarlos (1–3) y comprende desde la necesidad de utilizarlos hasta la finalización de la atención médica, su resultado y satisfacción (4,5). La salud y el acceso a la salud se pueden ver afectados por dos factores principales: el socioeconómico como la educación y los ingresos, y las variables relacionadas con el servicio de salud o atención médica (4).

Existen otros factores que determinan el uso de los servicios, *las barreras*, las cuales se definen como obstáculos que dificultan el paso adecuado de las personas por el proceso y que pueden estar relacionadas con la oferta o con la demanda(4). Por ejemplo, a nivel mundial, la implementación de los copagos y posibles exenciones de estos, en función de los ingresos de cada persona, no ha tenido muy buenos resultados en países de ingresos bajos, debido a que es difícil determinar qué población o persona está en las peores condiciones de pobreza; esto puede llevar a que se establezcan unos criterios muy estrictos, reduciendo o eliminando la cobertura y aumentando las barreras de acceso<sup>(2)</sup>; así mismo, no se estaría cumpliendo el objetivo de cobertura universal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual busca que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud sin tener problemas financieros al tener que pagar por éstos (2,6), lo que favorece directamente el acceso, puesto que el acceso universal pretende eliminar las barreras de acceso geográficas, económicas, socioculturales y de organización, para que así se consiga un acceso oportuno(6,7).

La prestación de los servicios de salud se divide en niveles de atención: primario, secundario y terciario, para organizar de forma estratificada los recursos que

satisfacen las necesidades de la población, entendida dicha satisfacción como la resolución de los problemas de salud(8). El nivel primario de atención está dirigido a los principales alteraciones de salud de la comunidad, prestando los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para solucionar estos problemas, en centros de baja complejidad como consultorios, policlínicos o centros de salud, resolviendo aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes(8,9); es donde se da el primer contacto de las personas, sus familias y la comunidad con el sistema nacional de salud (8,10). El segundo nivel de atención está conformado por hospitales y centros en donde se prestan los servicios de medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, cirugía general y psiquiatría, los cuales junto con el primer nivel, solucionan el 95% de los problemas que se presentan; y por último, el terciario que se dedica a atender los problemas de salud poco prevalentes y de patologías complejas que necesitan una alta tecnología para sus procedimientos especializados(8,9).

Los servicios de salud especializados como el servicio de salud visual, debe satisfacer las necesidades primarias (esenciales) del paciente y puede ser brindada por diversos profesionales; es por esto que la atención visual no se debe ofrecer de forma aislada y debe lograr integralidad ya que el servicio de salud visual implica atención primaria, secundaria y terciaria(11,12).

Mundialmente, existen diversos métodos que ayudan a identificar las principales barreras de acceso a los servicios de salud; a nivel de salud visual, se encuentra el RARE (Rapid Assessment Refractive Error). Este es un método de investigación simple y costo efectivo, el cual, además de identificar los defectos de refracción en personas de 15 años en adelante, determina las principales barreras de acceso a los servicios refractivos en caso de necesitarlos(13). La encuesta es la principal herramienta para determinar cuáles son las barreras de las poblaciones para acceder al servicio de salud y sus diferentes niveles.

En la bibliografía existente se encuentra información relacionada con las diferentes barreras, pero no unifica varios estudios del mismo tema para generar un panorama tanto global como nacional. En el presente artículo se pretende encontrar relaciones, como es el caso de las barreras de acceso a nivel general con las barreras que hay al acudir al servicio de salud visual en el país y en el mundo. La recopilación de información realizada puede facilitar la identificación de las principales barreras y el posible planteamiento de las soluciones para éstas, teniendo en consideración las partes implicadas y el papel que juegan las políticas y la población, especialmente en el área de la salud visual, área poco estudiada, ya que al realizar este trabajo se evidenció un vacío en la información sobre barreras de acceso a la salud visual en Colombia.

El objetivo del presente artículo fue realizar una revisión bibliográfica sobre las barreras de acceso al sistema de salud y al servicio de salud visual en Colombia y en el mundo.

### **METODOLOGÍA:**

Para la elaboración del presente escrito se realizó una revisión bibliográfica por medio de la búsqueda en las bases de datos Medline, ScienceDirect y Pubmed, en revistas indexadas de salud pública, y a través de sitios web de la secretaría y del ministerio de salud de la República de Colombia, del banco de la República de Colombia, de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la salud (OPS), de la UNESCO y del Brien Holden Vision Institute, disponibles hasta 2017. Esta búsqueda se realizó utilizando palabras clave como barreras de acceso, acceso a la salud, utilization of eyecare services, barriers eye services y determinants of utilization of eye care services. La revisión se llevó a cabo con límite de tiempo, incluyendo artículos, informes y documentos publicados desde el 2002 hasta el 2017.

En el artículo se describe el acceso al servicio de salud y se identifican las principales barreras que impiden el curso adecuado en busca de la solución de una enfermedad. En este contexto se define el concepto de salud visual y sus niveles de atención, seguido de la descripción de las características presentes de la salud visual en Colombia, los regímenes del sistema de salud del país y su cubrimiento en las alteraciones refractivas. Finalmente se exponen las barreras encontradas en varios RARE realizados en diferentes países.

### **ACCESO AL SISTEMA DE SALUD Y BARRERAS DE ACCESO:**

Restrepo y colaboradores definen el acceso a la salud como la capacidad de iniciar la búsqueda de los servicios y de solucionar las necesidades individuales o colectivas y ésta capacidad depende de las características del individuo, del sistema de prestación de servicios y del contexto en donde se desarrolla (14). Este acceso influye en los efectos de los servicios de salud y en la calidad de vida de las personas(15) y si no se lleva a cabo se vulnera el derecho a la salud puesto que, para la OMS, éste derecho implica un “acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud (16).

El acceso a la salud es un proceso conformado por varias etapas, iniciando con la motivación de las personas por acceder a la atención médica, seguido de la facilidad para contactar con el servicio de salud y finalizando con la satisfacción después de haberlo utilizado (5). Este acceso se mide por medio de la cuantificación de

personas que necesitan atención médica, cuántas ingresan al sistema y cuántas no, es decir, a través de la medición del nivel de uso en relación con la necesidad(3). Teniendo en cuenta que existen barreras o una resistencia, el acceso también se podría definir como el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, junto con su interrelación(17).

Para entender el mecanismo de acceso, es importante tener en cuenta tres elementos fundamentales: la necesidad, la demanda y la oferta de los prestadores de servicio de salud puesto que para que una persona acceda al servicio de salud, primero se debe presentar la necesidad de atención médica, seguido por la demanda del servicio, finalizando en el acceso al servicio a través de la oferta de éste (4).

En el 2015, Fajardo, Gutiérrez y García(18), retoman el planteamiento de Gulliford y colaboradores (3) para complementar el concepto de acceso a la salud, por medio de cuatro aspectos o dimensiones principales pertenecientes a dicha definición: a) disponibilidad de los servicios, medida con indicadores como médicos por persona; b) capacidad de los servicios para brindar una atención equitativa; c) existencia de barreras personales (reconocimiento de la necesidad de atención), económicas (pagos extras, copagos, servicios privados), organizacionales (sobredemanda o ineficiente utilización de recursos), sociales y culturales; d) resultados en materia de salud, puesto que el acceso también implica los resultados y la satisfacción que presente el paciente al finalizar la atención(3,18).

Así mismo, está el modelo de Tanahashi que contempla también cuatro etapas en el acceso: 1. Disponibilidad de servicios, 2. Accesibilidad física, administrativa y financiera, 3. Aceptabilidad de los servicios por parte del usuario y 4. Contacto y continuidad en el servicio, para así lograr una cobertura y un acceso efectivo (19).

Teniendo en cuenta lo anterior, las barreras que impiden el acceso al sistema de salud y su adecuado proceso, pueden estar relacionadas con la oferta a cargo del prestador médico o del sistema, como la falta de centros médicos o la mala calidad del servicio; o con la demanda, la cual depende del individuo, como la falta de dinero o la percepción de “poca” necesidad de atención médica por parte de los usuarios(1,4).

A su vez, existen otras categorías para clasificar las barreras de acceso: 1. Barreras económicas que impiden la utilización de los servicios por falta de dinero(20), explicadas anteriormente(3,18). 2. Barreras administrativas que surgen a partir de la forma en que se organizan y se prestan los servicios (programación de citas, autorizaciones o trámites)(17,20). 3. Barreras culturales que se dan en las diferencias de cultura entre la población atendida y las personas que ofrecen el servicio(20).

Para la OMS, la equidad en el acceso oportuno a los servicios sanitarios no es posible sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente y son los gobiernos los encargados de garantizar equidad en la cobertura; es por esto que la Asamblea Mundial de la Salud en el 2005, en su resolución 58.33, asegura que todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios sanitarios y que ninguno debe sufrir dificultades financieras por hacerlo <sup>(2)</sup>.

Sin embargo, la realidad mundial está lejos de alcanzar el objetivo de cobertura universal, principalmente en los países de ingresos bajos, siendo el factor económico una de las principales barreras que impide el acceso al tener que pagar sumas elevadas de dinero por los servicios prestados, lo que hace que el 5% de la población termine en la pobreza absoluta, relacionado con la implementación de los copagos; además de estas cuotas, las personas se ven limitadas por el costo que tiene desplazarse hasta los centros de salud, que es directamente proporcional a la distancia que deben recorrer. Adicional a estas barreras, también existen obstáculos culturales, en especial en sociedades multiculturales en donde las mujeres, los extranjeros y los grupos étnicos se ven y se sienten discriminados <sup>(2)</sup>. Una de estas barreras culturales se pudo evidenciar en un estudio realizado por Bolutife y colaboradores en el que se encontró que los hombres utilizaban más el servicio que las mujeres, siendo los bajos niveles de educación en las mujeres, la falta de apoyo social y la falta de empoderamiento femenino para tomar decisiones, unas de las posibles razones para explicar los resultados encontrados<sup>(21)</sup>.

En Colombia, a través de la Ley 100 de 1993, se implementó una reforma al sistema de salud, el modelo de competencia regulada, en donde se introdujo un mercado regulado en el cual las aseguradoras compiten por la afiliación de la población, con el fin de mejorar el acceso a la atención<sup>(22)</sup>.

Sin embargo, una mayor cobertura no significa que también haya un aumento en el acceso de las personas a los sistemas médicos y esto se evidenció en el periodo comprendido entre 1997 y 2012 cuando la cobertura de aseguramiento aumentó del 56,9% al 90,8%, pero el acceso disminuyó, pasando del 79,1% al 75,5%, según los resultados proporcionados por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) <sup>(1)</sup>.

Reina (2014), con base en los resultados de la sección de salud en las encuestas de percepción ciudadana de los programas *Cómo Vamos* del período comprendido entre el 2008 y 2012, aplicadas en cinco ciudades de Colombia, encontró que, en el año 2012, el porcentaje de la población que, a pesar de requerir el servicio médico, no lo utilizó, fue de un 4.9%. Las barreras que refirieron los encuestados para no asistir a algún centro de salud tuvieron una mayor relación con la demanda, en donde la percepción de que “el caso era leve” fue la principal respuesta para argumentar la falta de uso del servicio médico; a nivel de la oferta, las respuestas

se dieron en una menor proporción, siendo el “mal servicio” y “muchos trámites para la cita” las razones más elegidas a lo largo de dichos años (4).

Vargas, en el 2009, encontró que existen cuatro barreras principales, independientes del tipo de régimen y área en que se encuentren las personas, adicionales a la barrera de la búsqueda de rentabilidad económica por parte de las aseguradoras y proveedores del servicio; estas son: políticas de aseguramiento: problemas en la extensión y continuidad de la afiliación; instrumentos de control de la utilización y compra de servicios por parte de las aseguradoras; deficiencia en la infraestructura y organización de la red de prestadores; y características socioeconómicas de la población atendida(23).

Por otro lado, según Vargas (2009), estas barreras no surgen de forma similar en los diferentes regímenes y áreas; en el área urbana se observan obstáculos relacionados con la existencia del mercado de aseguradoras que implica que se den cambios frecuentes de prestadores, conflicto entre entidades y fragmentación de la atención; en el área rural el acceso se ve limitado por dificultades estructurales como el acceso geográfico y la oferta disponible. A nivel de regímenes, en el contributivo las barreras están en las ofertas de servicios poco accesibles geográficamente y en el régimen subsidiado se observan limitaciones financieras por una menor cobertura en los beneficios, generando así más pagos adicionales(23). Sin embargo, el régimen contributivo como el subsidiado, se ve limitado en el acceso debido a los efectos que tiene el pago de las cuotas moderadoras y de copagos(24), barrera que no se ve en el régimen especial al no tener estos pagos adicionales(25). Cabe aclarar que para el año 2009 la salud se regía bajo el Plan Obligatorio de Salud (POS), por lo que no todos los medicamentos y procedimientos estaban incluidos y había una diferencia de cobertura de estos tratamientos entre el régimen contributivo y subsidiado(26).

Similar al planteamiento de Vargas(23), Rodríguez refiere que el porcentaje de personas que no acudieron al servicio médico por falta de dinero es menor en la población afiliada que en la no afiliada a seguridad social, con un 14,4% y un 50,4% respectivamente(5). Igualmente, en el año 2010 no se habían eliminado las diferencias entre los regímenes(26).

En varias ocasiones las barreras económicas están directamente relacionadas con las barreras geográficas, en especial en un país como Colombia en donde se presenta fragmentación y dispersión de la atención en salud a lo largo del país(27,28), y no se tiene en cuenta la realidad de cada persona y sus familias y cómo esto influye en la facilidad de acceso al servicio, evidenciándose en algunos casos en los cuales el paciente debe atravesar una ciudad como Bogotá para adquirir los medicamentos o casos en los que el usuario debe trasladarse de una ciudad a otra para que se le puedan practicar exámenes y procedimientos



especializados; algunas veces los pacientes tienen que asumir el valor del transporte(27), algo que para muchos se convierte en una barrera geográfica y económica.

Un estudio realizado por el proyecto de investigación Equity LA comparó las barreras en la utilización de los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia y el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. En esta investigación, se dividió el mecanismo de acceso en 4 etapas: 1. Búsqueda del servicio, 2. Entrada al servicio, 3. Estancia en los servicios y 4. Resolución del problema, y se identificaron las barreras de cada etapa. Tanto en Colombia como en Brasil, la mayoría de encuestados que buscaron atención sanitaria constituyeron un grupo mayor al de la población que no lo hizo, para quienes la razón principal en ambos países fue la “demora en conseguir la cita y en la atención”(29), diferente a los resultados de Reina (2014) (4). La principal razón por la que no se recibió atención médica, fue por la falta de médicos; a nivel de barreras durante la utilización de los servicios, los motivos económicos relacionados con el pago de la atención médica y sus derivados estuvieron implicados; en cuanto a la resolución del problema, el 30.5% de los colombianos encuestados reportaron que en el nivel de urgencias no vieron resuelto su motivo de consulta(29).

## **BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD VISUAL**

La salud visual es la ausencia de alteraciones visuales que limitan a las personas para “conseguir un estado físico, cultural, estructural y funcional de bienestar social”. La capacidad de acceso de la población a la atención en salud y, por lo tanto, el estado de su salud visual, dependen de factores económicos, políticos y sociales, de la red de atención, de los profesionales prestadores del servicio, instituciones de formación en salud visual y del marco legal(30).

El servicio de salud visual incluye los tres niveles de atención: nivel primario, en el que se brinda prevención y tratamiento a los problemas más comunes, por medio de un examen oftalmológico, una evaluación funcional de la visión y remisión a los servicios de asistencia oftalmológica, cirugía y tratamientos avanzados, por lo que la optometría se encuentra en este nivel; nivel de atención secundario que comprende los servicios de atención primaria, junto con cirugías para las condiciones más comunes (catarata o glaucoma); y el nivel de atención terciario, que ofrece todas las subespecialidades de la salud visual como los diagnósticos avanzados, tratamiento médico y quirúrgico para niños y adultos, por lo general, estos servicios se encuentran en hospitales universitarios e instituciones semejantes(11,12). Los encargados de ofrecer y llevar a cabo el servicio y la

atención de salud visual son los profesionales de la salud: optómetras, oftalmólogos y personal oftálmico conexo(31).

El principal objetivo de los servicios de salud visual es reducir la discapacidad visual evitable y asegurar el acceso a la rehabilitación para los discapacitados visuales. A partir del programa *VISIÓN 2020*, que es la iniciativa global para la eliminación de la ceguera y discapacidad visual evitable, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB), por sus siglas en inglés, establecieron medidas para la prevención de éstos problemas, en la atención y manejo de la catarata, defectos refractivos, retinopatía diabética, glaucoma, degeneración macular relacionada con la edad, salud visual pediátrica, baja visión y rehabilitación(12,32).

Debido a que las alteraciones visuales rara vez son mortales, muchos países no cuentan con un servicio de atención visual. Esta falta de accesibilidad se incrementa con la exclusión de la población desfavorecida (pobres, personas sin trabajo formal, niños, comunidades rurales y de la tercera edad, grupos étnicos) y se refleja en la alta prevalencia de ceguera prevenible y curable(33), así como también se evidencia en la falta de tratamiento de los defectos visuales presentes en estas personas. En Suramérica, la población desfavorecida, en especial la rural y con escasez de recursos económicos, se enfrenta a distintas barreras de acceso como lo son el precio que tienen que pagar por el servicio, la distancia que tienen que recorrer hasta los centros de salud o el insuficiente número de personal e infraestructura en la red de atención pública, es decir, la falta de servicio en las zonas rurales, en donde el 10% de la población tiene acceso a los servicios oftalmológicos y optométricos, en comparación con el 85% de la población urbana que si lo tiene(30).

En Colombia, la mayoría de las instituciones prestadoras de servicios de salud visual son privadas, lo que significa una barrera de acceso para las personas que no puedan pagar una consulta particular(33). En Suramérica el costo de una consulta oftalmológica particular es de un valor un poco mayor al 10% del salario mínimo(30).

En la red pública de atención colombiana, existen 112 hospitales que brindan servicios oftalmológicos: en Bogotá se localiza el 9% de estos centros, mientras que el 39% está en el Valle del Cauca(30); los oftalmólogos, con un total de 1.446, se concentran en las principales ciudades (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla), generando así una barrera para las personas que no viven en estas zonas (zonas apartadas y población rural). Por otro lado, la información que proporciona el Informe de la Salud Visual en Suramérica de la Cátedra UNESCO(30) muestra que a pesar de que la distribución de los optómetras es mejor, siendo 4.692 en total para un número de aproximadamente 56 a 100 profesionales que hay por cada millón de habitantes en el país, existiendo 829 ópticas y ubicándose 1 de cada 3 ópticas en

la capital del país, sigue siendo insuficiente el número de ópticas (2 por cada 100.000 habitantes) y de hospitales, clínicas y consultorios privados (la suma de estos tres es menor al total de ópticas). Ésta barrera de acceso, como lo es el déficit de ópticas y de centros de salud visual, se debe en cierto modo a la falta de profesionales en ésta área de la salud(30).

La principal causa de discapacidad visual en el mundo son los defectos refractivos no corregidos con un 43% de casos (34). Esto puede ser disminuido si los países manejan políticas y planes adecuados para la detección y corrección de dichas alteraciones.

En Colombia, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (unidad de pago por capitación) establece los beneficios a los que todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia tienen derecho(35). Dicho plan se modificó a través de la Resolución Número 6408 de 2016, la cual especifica que la consulta de optometría por primera vez se debe realizar a todos los grupos de edad y la valoración incluye tonometría, valoración ortóptica inicial, prescripción de ayudas ópticas visuales, remisión para evaluación ortóptica y oftalmológica, adaptación y ajuste de prótesis o ayudas ópticas visuales; dentro del Plan también se encuentra la valoración por baja visión y el tamizaje visual desde los 0 hasta los 18 años(33,36).

Así mismo, el Plan de Beneficios en Salud cubre los lentes correctores por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, dependiendo de cada régimen(36): Contributivo: para menores de 13 años se cubren una vez cada año y para mayores de 12 años una vez cada cinco años. Incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el paciente. Régimen Subsidiado: para menores de 21 años y mayores de 60 años se cubren una vez al año; incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente. Para las personas entre 21 y 60 años, se cubren una vez cada 5 años; incluye la adaptación del lente a la montura y el valor de la montura es asumido por el usuario.

En las figuras 1 y 2 se muestran los pasos que un paciente debe seguir para acceder a la corrección de los defectos refractivos, adaptando el ejemplo de los diagramas que Sánchez (37) diseñó para ilustrar los itinerarios de cáncer de piel. El flujograma se realizó a partir del proceso que los usuarios del sistema de salud colombiano deben seguir en varias de las entidades prestadoras de salud y cada paso representa una barrera de acceso, debido a que, como lo menciona Abadía y Oviedo, los itinerarios creados por el sistema de salud colombiano se convierten en barreras de acceso. Cuando no se recibe la atención solicitada, se cuenta con procesos legales para poder acceder a éstos y el desconocimiento de dichas herramientas legales también constituye una barrera de acceso (38).

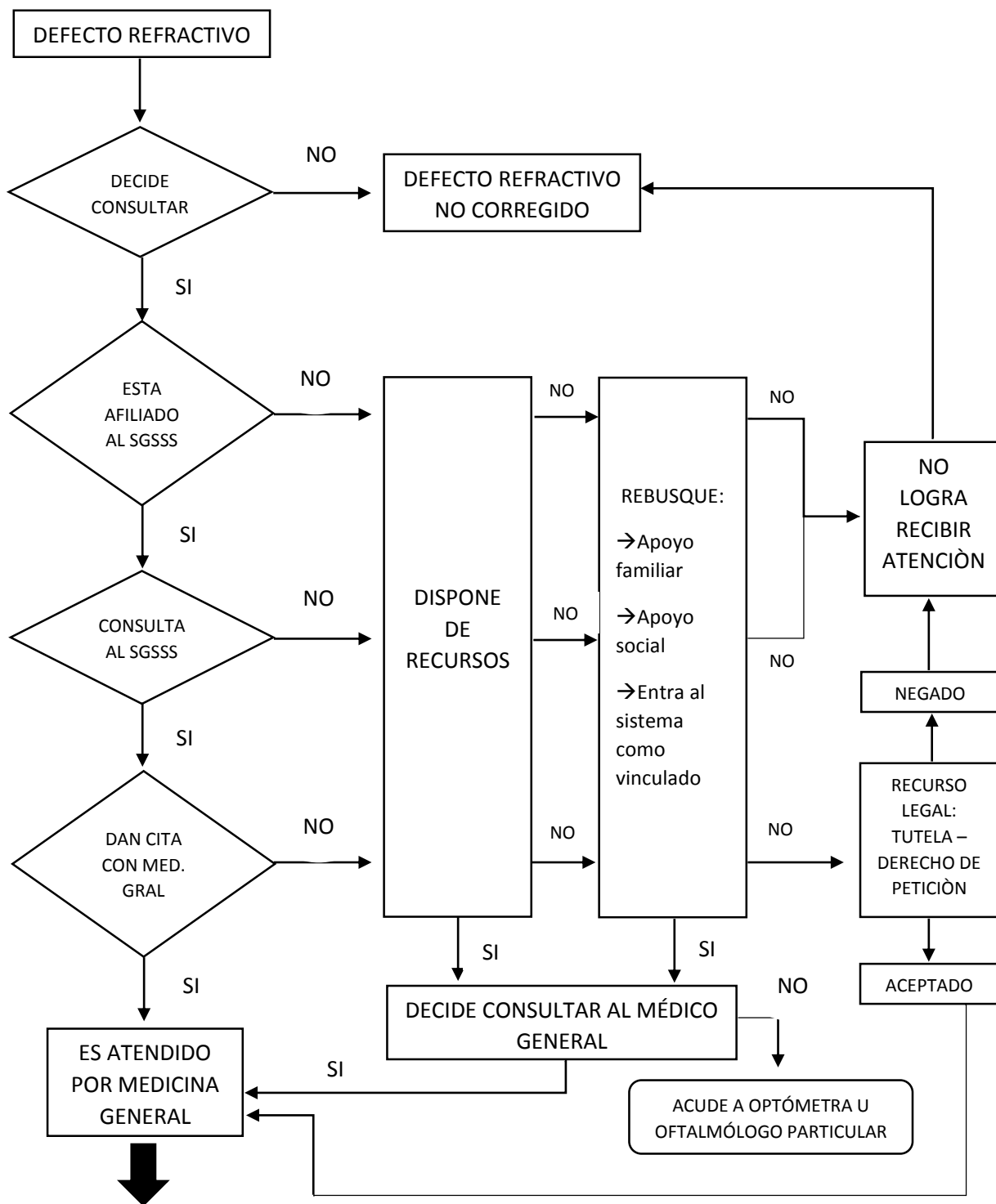


Figura 1: Itinerario fase 1: Médico general

Adaptado de: Sánchez, 2012 (37)

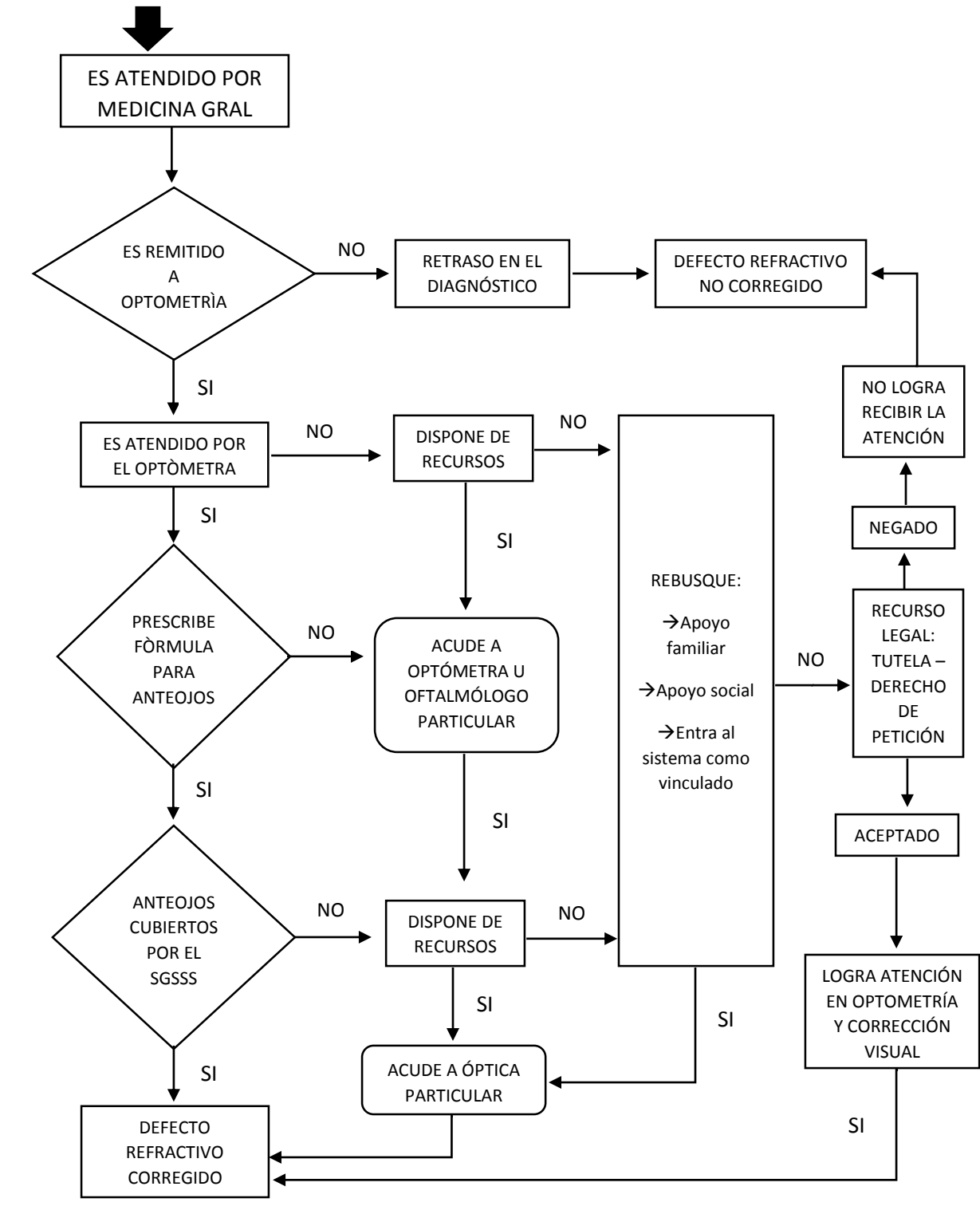


Figura 2: Itinerario Fase 2. Optómetra y corrección visual

Adaptado de: Sánchez, 2012 (37)

En el SGSSS colombiano la puerta de entrada a los servicios se da por medio de consulta de urgencias o consulta médica y odontológica no especializada (39). No obstante, en algunos casos sólo se necesita del Itinerario Fase 2, mostrado en la Figura 2, para acceder a la corrección de defectos refractivos, representando una barrera de acceso menos en la consecución de este servicio de salud visual.

Según la Organización Mundial de la Salud existen alrededor de 39 millones de personas ciegas y 246 millones de personas con baja visión, para un total de 285 millones de discapacitados visuales, aproximadamente, en donde 9 de cada 10 ciegos viven en países en vía de desarrollo(34,40). Como lo explica Oviedo y colaboradores, el acceso potencial de los discapacitados visuales a los servicios de baja visión está dado por las políticas en salud pública que tenga cada gobierno; en Colombia la baja visión no es tomada en cuenta para la realización de las políticas a razón de que ésta condición no es considerada como problema social(41).

Esta situación de carencia de políticas que generan barreras de acceso al sistema de salud también se observa en países como Nigeria, en donde el plan de aseguramiento nacional de salud no está desarrollado por lo que la mayoría de la población no cuenta con cobertura de seguridad médica. En dicho país, Bolutife y colaboradores evaluaron la utilización de los servicios de salud visual y sus determinantes, encontrando que la probabilidad de utilizar éstos servicios se relacionaba directamente con una buena educación, vivir cerca a centros de salud visual, tener síntomas o molestias visuales u oculares, edad avanzada y discapacidad visual (21).

Un estudio similar al anterior fue realizado en Corea del Sur, titulado *“Prevalence and Factors Associated with the Use of Eye Care Services in South Korea: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2010–2012”*, el cual tuvo coincidencias y diferencias con la investigación anterior: por un lado, en las personas mayores de 12 años, encontró que la edad, el sexo, la zona de residencia y el nivel educativo se relacionaban con el uso de los servicios de atención en salud visual, por otro lado, a diferencia del estudio anterior, las mujeres utilizaron más los servicios que los hombres y no se determinó que los ingresos mensuales influyeran en el uso de los servicios de salud visual, posiblemente por la amplia cobertura que tiene el sistema *NHI* de salud. A partir de los resultados se evidencian barreras geográficas, en donde las personas que viven en zonas rurales acceden menos a los servicios y barreras socioculturales que se pueden relacionar con el nivel de educación. Así mismo, la percepción de una baja necesidad para utilizar los servicios es una barrera para el acceso, pues quienes presentaron una agudeza visual disminuida que les impidiera realizar sus actividades diarias utilizaron en mayor cantidad los servicios (42).

Por otro lado, suele suceder que en países desarrollados la desigualdad en salud tenga su origen más en las privaciones culturales que en las económicas, como es el caso de España, siendo más influyentes las barreras culturales y educativas que las económicas (43).

A diferencia de estos países, las poblaciones con escasos recursos tienen limitado el acceso a los servicios de salud ocular debido a barreras geográficas y económicas y barreras relacionadas con escaso conocimiento sobre salud visual y servicios clínicos deficientes (44).

Otros estudios que determinan e identifican las barreras de acceso al servicio de salud visual, específicamente los servicios refractivos, son los Rapid Assessment of Refractive Error. Un RARE realizado en el distrito de Kahama, Tanzania en el 2015, mostró que en esta población las principales barreras, en orden de mayor a menor, son: 1. "Ser consciente del problema pero no sentir la necesidad de una consulta", 2. "Otras prioridades relacionadas con otros problemas de salud", 3. "Inconscientes del problema", 4. "No contar con el presupuesto para adquirir los anteojos", 5. "Lejanía de los servicios", 6. "Falta de tiempo para un examen visual", 7. "Miedo de que las gafas empeoren sus ojos" y 8. "Falta de presupuesto para costear un examen visual" (13).

Adicional a estas barreras, también está el hecho de que varias personas a pesar de que han tenido acceso al servicio de corrección óptica, lo suspenden debido a razones como la incomodidad con sus gafas, pérdida o daño de estas, visión clara incluso sin sus gafas, entre otras (45).

En el país de Eritrea también se realizó un RARE, en el que los resultados de baja cobertura de corrección óptica, evidenciaron el bajo acceso a los servicios refractivos, en especial las personas que viven en zonas rurales, dado por los pocos centros de salud visual en su mayoría localizados en zonas urbanas del país y por los escasos profesionales de ésta área de la salud, dando lugar a barreras asociadas a la demanda (barreras geográficas) y asociadas a la oferta (poca disponibilidad de servicios). En cuanto a las barreras que reportaron con mayor frecuencia los encuestados para no usar una corrección óptica, a pesar de necesitarla, en orden de mayor a menor, fueron: 1. "Ser consciente del problema pero no sentir la necesidad de una consulta", 2. "No contar con el presupuesto para adquirir los anteojos", 3. "Falta de presupuesto para costear un examen visual" e "Inconscientes del problema" y 4. "Lejanía de los servicios" (46).

Resultados similares se encontraron en la población urbana de Delhi, en donde la principal razón para no tener corregidos los defectos refractivos también fue el "ser consciente del problema pero no sentir la necesidad de una consulta", seguido de barreras financieras; en esta investigación también se reportaron limitaciones

personales como incomodidad al usar la corrección, miedo a recibir burlas si la utiliza o por falta de tiempo (47).

En la ciudad de Bogotá, Colombia, también se realizó una evaluación rápida de errores refractivos (RARE), en donde los resultados parciales mostraron que las barreras que impiden el uso de corrección óptica, en caso de necesitarla, fueron de mayor a menor número de respuestas: 1. “no poder pagar el costo de las gafas”, 2. “inconsciente del problema”, 3. “no sentir la necesidad de una consulta”, 4. “no poder pagar el costo de un examen visual”, 5. “no tiene tiempo disponible para un examen visual”, 6. “otras prioridades en salud”, 7. “otros”, 8. “demora en obtener la cita”, 9. “los servicios quedan muy lejos”, 10. “recibiré burlas si uso gafas”, 11. “no las usé hoy” y 12. “demora en obtener las gafas” (48).

En Estados Unidos se realizó un estudio en una población latina para determinar la prevalencia de errores refractivos y la proporción de los errores refractivos no corregidos junto con los factores asociados, encontrando que el no tener un seguro de salud y tener un ingreso menor a 20.000 dólares anuales aumentan la probabilidad de presentar errores refractivos no corregidos; además, el nivel cultural y educativo también se asocian directamente con la corrección de dichos defectos, representando barreras para el servicio refractivo de tipo socioeconómico(49); esto es similar a los estudios citados anteriormente en donde las barreras se relacionaban con la demanda y eran en su mayoría económicas(44,46–48).

## **DISCUSIÓN:**

Varios autores(4,5,14,15) coinciden en la definición de acceso a los servicios de salud, estableciendo que éste no solo es la entrada o la afiliación a un sistema de salud determinado, sino que es un proceso complejo en el que también están involucrados los resultados obtenidos, la satisfacción después de haber usado el servicio y la oportunidad con la que fue obtenido, por lo tanto, es importante realizar estudios que complementen esta información del nivel de satisfacción después de utilizar los servicios de salud.

Una de las principales barreras de acceso al servicio de salud que se encontró en la revisión, tanto en Colombia como en el mundo, fue la económica relacionada con la existencia de los copagos(2,23,24,29) y con la distancia que se debe recorrer para llegar a los centros médicos(27), barrera que afecta con mayor frecuencia a personas de bajos ingresos(5,23).

Por otro lado, en diferentes investigaciones las principales barreras que se evidenciaron no fueron económicas, presentándose impedimentos para no utilizar



el servicio como la percepción de que “el caso era leve” (4) o la “demora en conseguir la cita y la atención”(29).

Similar a lo encontrado en el servicio de salud general, a nivel de salud visual también se encuentran barreras semejantes: económicas al tener que pagar una consulta particular(33) o geográficas según el lugar de residencia(21,30,42), obstáculo que se puede presentar con mayor frecuencia en personas que tienen dificultad de trasladarse por sus condiciones físicas o de salud hacia los centros de atención, lo que se podría superar con equipos móviles que lleguen a lugares apartados o hacia personas con dificultades físicas para su traslado.

Las barreras económicas mencionadas se evidencian al analizar el flujograma en donde se expone el itinerario para obtener la cita con el optómetra y adquirir la corrección visual en el SGSSS en Colombia: allí es posible observar que aquellos que tienen limitaciones financieras encuentran más obstáculos que los que tienen mayores facilidades económicas, puesto que éstos últimos pueden recurrir a una consulta particular en dado caso de que no logren la atención o la corrección e incluso pueden acudir desde una primera instancia, contrario a las dificultades a las que una persona sin gran poder adquisitivo se enfrenta ya que debe esperar a obtener la cita con medicina general, ser atendido y que sea remitido a optometría, proceso que no es de un día para otro por lo que se ve frente a otro motivo para no acudir a consulta cuando se necesita: “demora en conseguir la cita”. No obstante, que se logre conseguir una cita de optometría no significa que el paciente asista a ésta porque es posible que se encuentre con obstáculos geográficos ya que no siempre es fácil desplazarse hasta los centros de salud en donde se presta dicho servicio, puesto que el desplazamiento requiere de tiempo, dinero y transporte que la gente no puede tener.

A demás, a partir de estos itinerarios (figura N° 1 y figura N° 2), se puede identificar una barrera administrativa que surge de todos los pasos necesarios para conseguir una atención, obstáculo que se podría reducir si se suprimieran las autorizaciones y la consulta por medicina general. Con la eliminación del POS y con la llegada del aplicativo Mipres, el Ministerio de Salud y Protección Social descarta las autorizaciones que se necesitaban para poder acceder a ciertos tratamientos, medicamentos, correcciones o servicios que no se incluían en el Plan de Beneficios; sin embargo, dicho aplicativo solo funciona para el régimen contributivo, ya que para el subsidiado, los alcaldes y gobernadores son quienes determinan el uso de Mipres(50), lo que hace que aún sigan existiendo diferencias entre ambos regímenes.

Se observa también que aun en las mejores condiciones económicas y de seguridad social, el trámite que se debe realizar y el tiempo transcurrido desde que una persona decide consultar por un defecto refractivo, hasta su corrección, es largo y

por este motivo, algunos usuarios no concluyen el proceso quedándose sin el objetivo que es la corrección visual, por lo que se hace necesaria una toma de conciencia por parte del usuario y una simplificación en el trámite de servicios. El panorama se torna más preocupante cuando en el caso extremo los usuarios no tienen los recursos económicos ni accesos a los servicios de salud puesto que las barreras de atención son casi insalvables, lo que ocasiona el deterioro de su salud visual y por ende de su calidad de vida. Se deben generar políticas gubernamentales que superen estas barreras y esta población pueda ser atendida.

En cuanto a la dificultad para corregir los defectos refractivos, nuevamente el factor económico juega un papel importante ya que en algunos estudios se determinó que la no corrección de éstos errores se relacionaba con la poca disponibilidad de recursos financieros personales(48,49); así mismo, debido a que el Plan de Beneficios en Salud no cubre la totalidad del valor de las gafas (lentes y monturas)(36), los pacientes pueden verse afectados por la barrera económica, relacionada con la demanda, en especial en el periodo en el que los lentes no están cubiertos cada año, ya que dicha barrera les impedirá y limitará corregir sus defectos visuales al no poder adquirir sus lentes y, en algunas ocasiones, una montura en donde adaptarlos.

Las barreras reportadas de no sentir la necesidad de una consulta(13,46,47) y de falta de políticas en salud pública a nivel visual(21,41) evidencian la poca importancia que se le da a la salud visual y ocular, tanto personalmente como a nivel de las políticas públicas de salud. Se debe sensibilizar a la población sobre la importancia que tiene la visión en la calidad de vida personal, laboral y social, además de la incidencia en el desarrollo de un país.

Una barrera no contemplada, quizá por no ser tan común, es la falta de tiempo que tiene parte de la población que, teniendo los recursos económicos, no acuden a ningún servicio de salud, ni pública ni privada, por falta de disponibilidad en sus horarios; esto podría superarse con programas especiales de adecuación de equipos y desplazamiento de profesionales hacia centros empresariales.

Debido a las pocas investigaciones realizadas en Colombia, es necesario que se estudie el acceso a los servicios de salud visual en el país y las barreras que lo impiden.

## **CONCLUSIONES:**

- En el proceso de acceso a los servicios de salud se presentan diferentes tipos de barreras en cada una de sus fases: motivación, contacto con el servicio de salud y satisfacción, siendo las dos primeras las más estudiadas

y, por lo tanto, en donde más se reporta el surgimiento de dicha resistencia; sin embargo, se puede obtener información de la satisfacción a través del no uso de los servicios al necesitarlos justificado mediante el “mal servicio” de éstos.

- La implementación de políticas en salud y de medidas que garanticen el acceso equitativo a los servicios de salud, como una cobertura total y una mejor distribución de los centros y profesionales de salud, es fundamental para que todas las personas de un país y una región determinada no se vean afectadas por barreras relacionadas con la oferta de servicios, sin importar el lugar de residencia o el nivel de ingresos.
- Las principales barreras relacionadas con la demanda, tanto en el servicio de salud general como el de salud visual, son la falta de percepción de necesidad del servicio y la falta de dinero; esto pone en evidencia la falta de concientización que tiene la población sobre la importancia de la revisión y la visita a los profesionales de la salud de forma periódica.
- Una de las barreras más complejas es el trámite legal al que deben recurrir algunas personas para ser atendidas en el sistema de salud. La mayoría nunca inician el proceso o se quedan a mitad de camino, por la tramitología a la que son sometidos. Estos procesos se ven como interminables y sin resultados positivos, además del desconocimiento que tiene la población en general de sus derechos y/o forma de hacerlos viables.
- Una barrera adicional en el área de la salud visual es el poco número de profesionales, lo que dificulta su distribución equitativa en los territorios y afecta principalmente las poblaciones rurales; esta situación se presenta a nivel mundial y por lo tanto Colombia no se escapa a este obstáculo en el proceso de acceso.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ayala Garcia J. La Salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso [Internet]. Documento de trabajo sobre economía regional. Cartagena; 2014. Available from: [http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_204.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Más salud por el dinero. La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal [Internet]. Informe sobre la salud en el mundo. 2010. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)

3. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(3):186–8.
4. Reina YC. Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012) [Internet]. Banco de la República, Centro de Estudios. 2014. Available from: [http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_200.pdf](http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_200.pdf)
5. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Tesis. Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
6. Mendoza Parra S. Cobertura , acceso y equidad universal en salud , una caracterización de la producción científica de enfermería. *Rev Lat - Am Enferm* [Internet]. 2016;24. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-02669.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-02669.pdf)
7. OPS, OMS. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas Washington. CD53/5, Rev. 2: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington D.C.; 2014. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774:53rd-directing-council&Itemid=41062&language=es#InformeFinal](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774:53rd-directing-council&Itemid=41062&language=es#InformeFinal).
8. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoam* [Internet]. 2011;XXXIII(1):11–4. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
9. W B, Reyes I. Temas de Salud Pública. Oficina de. Social D de MP y, editor. Montevideo; 2008.
10. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca [Internet]. Informe sobre la salud en el mundo. 2008. Available from: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)
11. Guerrero L, Rodriguez A E al. Promoción de la salud visual: un compromiso con la sociedad. *Imagen Óptica* [Internet]. 2007;9(NOV-DIC):5. Available from: <http://www.imagenoptica.com.mx/pdf/revista52/promocion.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Eye care service assessment tool Eye care service assessment tool ECSAT Eye care service assessment tool [Internet]. 2015. Available from: [www.who.int/about/licensing/](http://www.who.int/about/licensing/)
13. Mashayo ER, Chan VF, Ramson P, Chinanayi F, Naidoo KS. Prevalence of refractive error, presbyopia and spectacle coverage in Kahama District, Tanzania: A rapid assessment of refractive error. *Clin Exp Optom*. 2015;98(1):58–64.
14. Restrepo JH, Silva C, Andrade F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud : análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín , Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud* [Internet]. 2014;13(27):242–65. Available from:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>

15. Blanco J, Amaya J. FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA. Corporació. Medellín; 2013.
16. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos [Internet]. Nota descriptiva N° 323. 2015 [cited 2017 Sep 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
17. Florez L, Rivera S, Campo CI, Trochez MA, Peña CV. Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios para la comunidad afrocolombiana de Quilicace Cauca [Internet]. Universidad Ean-Universidad Del Cauca Especialización. 2012. Available from: <http://hdl.handle.net/10882/2004>
18. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica Mex [Internet]. 2015;57(2):180–6. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>
19. Macarena Hirmas Aduay, Lucy Poffald Angulo, Anita Maria Jasmen Sepúlveda, Ximena Aguilera Sanhueza IDB y JVM. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de la salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2013;33(3):223–9. Available from: [http://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=pdfs-march-2013&alias=571-barreras-y-facilitadores-de-acceso-a-la-atencion-de-salud-una-revision-sistemica-cualitativa&Itemid=847](http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=571-barreras-y-facilitadores-de-acceso-a-la-atencion-de-salud-una-revision-sistemica-cualitativa&Itemid=847)
20. Agudelo-Estupiñam A del C, Gómez-Amaya PC. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil-Santander [Internet]. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA – UNIVERSIDAD CES FACULTAD DE MEDICINA. Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2013. Available from: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1841/2/BARRERAS\\_ACCESO\\_SERVICIOS\\_SALUD\\_SAN\\_GIL.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1841/2/BARRERAS_ACCESO_SERVICIOS_SALUD_SAN_GIL.pdf)
21. Olusanya B, Ashaye A, Owoaje ET, Baiyeroju AM, Ajayi BGK. Determinants of utilization of eye care services in a rural adult population of a developing country. Middle East Afr J Ophthalmol. 2016;23(1):96–103.
22. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2010;12(5):701–12. Available from: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33310>
23. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada : un estudio de caso en Colombia [Internet]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2009. Available from: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf?sequenc>

e=1

24. Daza A. Dificultad en el acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad visual [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA; 2013. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/40045/1/6700984.2013.pdf>
25. Ministerio Nacional de Educación. El servicio de salud para el magisterio [Internet]. Colombia; 2009. Available from: [http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-190216\\_archivo\\_pdf\\_salud.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-190216_archivo_pdf_salud.pdf)
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria de Salud : la implementación [Internet]. Boletín de Prensa No 017 de 2017. 2017 [cited 2017 Sep 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>
27. Sánchez É. La salud en Colombia. ¿Qué va a pasar? Rev la Univ la Salle [Internet]. 2013;(60):227–39. Available from: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/2393/2138>
28. Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Ramírez M, Jaramillo I. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 [Internet]. Assalud. Yepes F, editor. Ottawa; 2010. Available from: [https://books.google.com.co/books?id=WVuc-mna-rgC&pg=PA57&lpg=PA57&dq=barreras+de+acceso+de+capacidad+instalada&source=bl&ots=srmyrhu3c6&sig=EYwDhCdxCRQYOspDlz6s9KmFidw&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj07puss7fVAhXKNSYKHXweBn8Q6AEIPDAE#v=onepage&q=barreras de acceso de capacidad instalada&f=false](https://books.google.com.co/books?id=WVuc-mna-rgC&pg=PA57&lpg=PA57&dq=barreras+de+acceso+de+capacidad+instalada&source=bl&ots=srmyrhu3c6&sig=EYwDhCdxCRQYOspDlz6s9KmFidw&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj07puss7fVAhXKNSYKHXweBn8Q6AEIPDAE#v=onepage&q=barreras+de+acceso+de+capacidad+instalada&f=false)
29. Equity LA. Barreras en el acceso a los servicios de salud en dos áreas de Colombia y Brasil [Internet]. 2009 [cited 2017 Apr 18]. Available from: <http://www2.equity-la.eu/publications/documents/seminario-16-de-agosto/barreras-en-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-en-dos-areas-de-colombia-y-brasil>
30. UNESCO. Informe de la Salud Visual en Suramérica 2008. Cátedra UNESCO Salud Visual y Desarrollo [Internet]. 2008. Available from: <https://unescovision.upc.edu/ca/materials/de-la-catedra/investigacio/savim/informe-de-la-salut-visual-a-sudamerica-2008>
31. Organización Mundial de la Salud. Salud ocular universal. Un plan de acción mundial para 2014-2019 [Internet]. Ginebra; 2013. Available from: [http://www.who.int/blindness/AP2014\\_19\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/blindness/AP2014_19_Spanish.pdf)
32. Roselló.A. Rodríguez.S., Rojas. I., Linares.M., Ramos. E., Vázquez.Y. Defectos refractivos más frecuentes que causan baja visión. Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2011;24(2):271–8. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-)

21762011000200007&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

33. Ministerio de Salud. Actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable (estrategia visión 2020 ) Dirección de Promoción y Prevención Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2017. p. 1–49. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-salud-visual-2017.pdf>
34. Organización Mundial de la Salud. Ceguera y discapacidad visual [Internet]. Centro de prensa. 2014 [cited 2017 May 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Obligatorio de Salud POS [Internet]. ¿Qué es el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC? 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>
36. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCIÓN NÚMERO 006408 DE 2016 [Internet]. Colombia; 2016. Available from: [http://achc.org.co/documentos/prensa/resolución\\_6408\\_de\\_2016.pdf](http://achc.org.co/documentos/prensa/resolución_6408_de_2016.pdf)
37. Sánchez Vanegas G. Los itinerarios del cáncer de piel. In: Cáncer de piel no melanoma: riesgos e itinerarios [Internet]. Universidad. 2012. p. 226. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7591/>
38. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009;68(6):1153–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>
39. Ministerio de Salud y Protección Social. TODO LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE EL PLAN DE BENEFICIOS - POS [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/todo-lo-que-usted-debe-saber-sobre-el-plan-de-beneficios.pdf>
40. Cuellar Z, Peña F, Reyes A. Prevención de la ceguera. INCI. Bogotá D.C; 2002.
41. Oviedo M, Hernández M, Ruíz M. Baja visión en Colombia : una situación invisible para el país. *Fac Nac salud Pública*. 2015;33(1):22–30.
42. Park YS, Heo H, Ye BJ, Suh Y-W, Kim S-H, Park SH, et al. Prevalence and Factors Associated with the Use of Eye Care Services in South Korea: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2012. *Korean J Ophthalmol* [Internet]. 2015;31(1):58–70. Available from: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3341/kjo.2017.31.1.58%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28243025%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5327176>

43. Martínez M. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. Un manual para ciencias de la salud. ELSEVIER. Barcelona; 2013.
44. Jaggernath J, Øverland L, Ramson P, Kovai V, Chan VF, Naidoo KS. Poverty and Eye Health. *Health (Irvine Calif)* [Internet]. 2014;6:1849–60. Available from: [http://file.scirp.org/pdf/Health\\_2014072816174123.pdf](http://file.scirp.org/pdf/Health_2014072816174123.pdf)
45. Marmamula S, Narsaiah S, Shekhar K, Khanna RC. 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(5):597–603.
46. Chan VF, Mebrahtu G, Ramson P, Wepo M, Naidoo KS. Prevalence of refractive error and spectacle coverage in Zoba Ma'ekel Eritrea: a rapid assessment of refractive error. *Ophthalmic Epidemiol* [Internet]. 2013;20(3):131–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23713915>
47. Senjam S, Vashist P, Gupta N, Malhotra S, Misra V, Bhardwaj A, et al. Prevalence of visual impairment due to uncorrected refractive error: Results from Delhi-Rapid Assessment of Visual Impairment Study. *Indian J Ophthalmol* [Internet]. 2016;64(5):387–90. Available from: <http://www.ijo.in/text.asp?2016/64/5/387/185614>
48. Casas L, Chan VF, Mayorga M, Silva J, Yaacov F, Naidoo K. A rapid assessment of refractive errors (RARE) study to determine the prevalence of refractive errors, presbyopia and spectacle coverage among adults (15+) in Bogotá, D . C , Colombia - preliminary results . Durban; 2016.
49. Uribe JA, Swenor BK, Muñoz BE, West SK. Uncorrected refractive error in a latino population: Proyecto VER. *Ophthalmology* [Internet]. 2011;118(5):805–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2010.09.015>
50. Ministerio de Salud y Protección Social. TODO SOBRE MIPRES [Internet]. Mipres. 2016 [cited 2017 Sep 1]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx#btn\\_info](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx#btn_info)