

2019-09-03

Cobertura de prescripciones ópticas

Jairo Giovanni Rojas Yepes
Universidad de La Salle

Myriam Teresa Mayorga C.
Universidad de La Salle

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

Citación recomendada

Rojas Yepes, Jairo Giovanni and Mayorga C., Myriam Teresa (2019) "Cobertura de prescripciones ópticas," *Ámbito Investigativo*: Iss. 1 , Article 9.

Disponible en:

This Artículo de divulgación is brought to you for free and open access by the Revistas de divulgación at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in *Ámbito Investigativo* by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Cobertura de prescripciones ópticas



JAIRO GIOVANNI
ROJAS YEPES
MYRIAM TERESA
MAYORGA C.



Introducción

El término técnico para describir las gafas es denominado prescripción óptica. Esta es el resultado de un examen visual y para la corrección del defecto visual encontrado se hace necesario un instrumento o aparato óptico. Entre tales aparatos los más conocidos son las gafas y los lentes de contacto.

Cobertura en salud

Técnicamente la cobertura en salud se define como una condición en la que la población de un país tiene acceso a un servicio de acuerdo con las necesidades, sin importar sus ingresos, condición social o lugar de residencia. La cobertura en salud es el número de habitantes que tienen acceso a un cierto servicio de salud. En el caso de la prescripción óptica, la cobertura es un indicador de la disponibilidad y utilización de servicios de salud visual en una región dada. En otras palabras, muestra la proporción de personas que se benefician de la utilización de gafas.

Las gafas son la intervención más común y de menor costo para corregir los problemas visuales y la presbicia. Esta última alude a la dificultad de ver de cerca a partir de los 45 años en promedio. A escala mundial hay más de 624,8 millones de personas con problemas de visión, debido a que no pueden acceder a un examen visual u obtener sus anteojos.

Acceso a la salud

Es el porcentaje de personas que utiliza los servicios médicos al momento de necesitarlos. Existen dos tipos de acceso:

- Acceso potencial, determinado por las características del sistema de salud como la distancia que separa a los hogares del centro de salud más cercano.
- 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.

Calidad en servicios de salud

Por otra parte, es sumamente oportuno aclarar 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.

Cobertura de la prescripción óptica en diferentes partes del mundo

La Facultad de Ciencias de la Salud realizó un estudio retrospectivo mediante la búsqueda de literatura en bases de datos comerciales, en el periodo 2004-2017. En este lapso se evaluó la cobertura de corrección óptica en personas mayores de 15 años. Los datos relevantes de este estudio se describen a continuación.

En África

Existe menor cobertura de corrección óptica en África que en Asia. El bajo índice de cobertura de corrección óptica en África se debe, en parte, al aspecto cultural, puesto que no consideran una prioridad el uso de anteojos. El aspecto económico también influye en esta tendencia. El alto porcentaje de necesidad insatisfecha (35%) se debe a que 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.

Es mayor la necesidad insatisfecha en mujeres que en hombres, por creencias culturales y porque los hombres tienen mayor esperanza de vida que las mujeres. Además, los hombres asisten al examen visual completo, mientras que las mujeres simplemente se acercan a una óptica sin una evaluación visual. En

África, la mayor cobertura estuvo en las personas de mayor edad que de los jóvenes.

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 que proporcionen un mejor acceso, disponibilidad y accesibilidad en las zonas desatendidas de dicho continente.

El índice de cobertura de corrección óptica más alto fue encontrado en Prakasam; esto es debido a que en los cuatro estados donde se ubican la mayoría de las comunidades tejedoras hay más demandas visuales, pues este es su medio de subsistencia y deben estar en óptimas condiciones para realizarlo. Este hecho conduce a que las personas busquen su corrección y acudan a los servicios 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 los anteojos.

En Asia

Un estudio realizado en China en población mayor de 60 años demostró 13,18% de necesidad insatisfecha. Sin embargo, hubo un alto índice de cobertura (44,12%). El índice de cobertura disminuyó con la edad, de 60 a 69 años fue 56,9%, y en mayores o iguales a 80 años fue de 15,7%. Las personas mayores (80 años o

más) no hacen uso de actividades de visión próxima porque consideran que no es necesario usar anteojos. La mayor cobertura está en las personas de un alto nivel de educación.

En China, especialmente en las zonas rurales, los hombres obtienen más oportunidades de aprendizaje y empleo; ellos tienen una mayor conciencia de la atención de la salud y una mayor calidad de vida. La igualdad de género está lejos de lograrse, pues en la mayoría de los países asiáticos, 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, ya que este no se considera un gasto esencial. Cabe resaltar que se realizan estrategias dirigidas directamente a la salud de la mujer.

En Latinoamérica

Analizando la situación en 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.

En la cobertura de presbicia, el porcentaje estuvo entre el 18 y el 78%, siendo Uruguay el de mayor porcentaje y Guatemala el de menor. La cobertura para correcciones

en visión lejana fue mayor en las mujeres que en los hombres, y las mujeres tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios médicos. Guatemala se encuentra en tercer lugar respecto a la menor cobertura de prescripción óptica en presbicia.

La cultura, la sociedad, la educación y los factores religiosos desempeñan un papel importante en la percepción y priorización de la salud ocular. Existen otras enfermedades consideradas más graves, lo cual conduce a que la salud ocular no sea prioritaria, puesto que dichas enfermedades son consideradas amenazantes para sus vidas.

La correlación entre la cobertura de corrección óptica, el producto interno bruto (PIB) y el gasto sanitario muestra que a medida que aumenta el PIB mejora la cobertura de corrección óptica. Sin embargo, en algunos países latinoamericanos se encuentra una menor cobertura con una mayor inversión en salud.

En Colombia

En Colombia, la cobertura de corrección óptica se encuentra establecida por el artículo 58 de la Resolución 6408 de 2016. En el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC), 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.

- 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. Para las personas mayores de 21 años y menores de 60 años cubre los lentes externos una vez cada cinco años; no incluye montura. No se cubren con cargo a la UPC filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

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 del 2012. Según esta encuesta, 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.

Por último, es importante mencionar que los estudios en Colombia



revelaron que quienes tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios médicos son las mujeres, las personas que viven en la zona urbana, los que tienen mayores ingresos, los que están afiliados al régimen contributivo y quienes viven en una zona con mayor disponibilidad del servicio.

Conclusiones

El índice de cobertura de corrección óptica se encuentra asociado a diversos factores como la cultura, el nivel de educación y la economía de las personas. Además de eso, las creencias, la moral y las costumbres por las que se identifica un país o



grupo familiar influyen en la asistencia a un servicio de salud y, por ende, en su bienestar.

La economía y el desarrollo de cada país afectan la cantidad de centros de salud y el acceso a ellos que cada población debe tener para lograr una mejor calidad de vida.

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

Muchas ciudades del mundo presentan una baja cobertura de corrección óptica, en especial los países que se encuentran en desarrollo. Esto lleva 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.

Recomendaciones

Para mantener una buena salud visual, hay que implementar los hábitos que lleven a mejores condiciones para evitar alteraciones visuales que pueden impedir el desarrollo o desempeño del ser humano, por ejemplo:

- Llevar la corrección óptica apropiada prescrita por profesionales competentes.
- Mejorar las condiciones luminosas relacionadas con la actividad visual.

- Control de la distancia visual de trabajo y para actividades de esparcimiento.
- Alimentación sana.
- Empleo de gafas que protejan de los rayos ultravioleta y de la luz solar directa.

Es importante resaltar que un examen visual y ocular de calidad permite una completa evaluación que diagnóstica, corrige y trata todas aquellas enfermedades, alteraciones visuales y oculares que afectan la independencia del ser humano en sus actividades diarias y que pueden incidir en su desempeño social y laboral.

Bibliografía

- Ayala García, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Recuperado de <https://bit.ly/2zmn2ZJ>
- Becker, A. y Ackland, P. (2017). *Spectacle coverage report*. Recuperado de <https://bit.ly/2GMuiBA>
- Bourne, R., Dineen, B., Huq, D., Ali, S. M., Johnson, G. (2004). Correction of refractive error in the adult population of Bangladesh: meeting the unmet need. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 45(2), 410-417.
- Chan, V. F., Mebrahtu, G., Ramson, P., Wepo, M. y Naidoo, K. S. (2013). Prevalence of refractive error and spectacle coverage in Zoba Ma'ekel Eritrea: a rapid assessment of refractive error. *Ophthalmic Epidemiology*, 20(3), 131-137.
- Dye, Ch., Boerma, T., David, E., Anthony, H., Lienhardt, Ch., McManus, J., et al. (2013). *Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud.
- Ezelum, C., Razavi, H. Sivasubramaniam, S., Gilbert, C., Murtby, G., Entekume, G., et al. (2011). Refractive error in Nigerian

- adults: prevalence, type, and spectacle coverage. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 52(8), 5449-5456.
- Laviers, H., Omar, F., Jecba, H., Kassin, G. y Gilbert, C. (2010). Presbyopic spectacle coverage, willingness to pay for near correction, and the impact of correcting uncorrected presbyopia in adults in Zanzibar, East Africa. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 51(2), 1234-1240.
- López, A. (1987). Cobertura de salud. *Honduras Pediátrica*, (2), 8. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1987/pdf/Vol11-2-1987.pdf>
- Marmamula, S., Keeffe, J. E. y Rao, G. N. (2009). Uncorrected refractive errors, presbyopia and spectacle coverage: results from a rapid assessment of refractive error survey. *Ophthalmic Epidemiology*, 16(5), 269-274.
- Marmamula, S., Madala, S. R. y Rao, G. N. (2012). Prevalence of uncorrected refractive errors, presbyopia and spectacle coverage in marine fishing communities in South India: Rapid Assessment of Visual Impairment (RAVI) project. *Ophthalmic & Physiological Optics*, 32(2), 149-155.
- Mashayo, E. R., Chan, V. F., Ramson, P., Chinanayi, F. y Naidoo, K. S. (2015). Prevalence of refractive error, presbyopia and spectacle coverage in Kahama District, Tanzania: a rapid assessment of refractive error. *Clinical & Experimental Optometry*, 98(1), 58-64.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable (Estrategia Visión 2020)*. Recuperado de <https://bit.ly/2PDEq3R>
- Naidoo, K., Jaggernath, J., Martin, C., Govender, P., Chinanayi, F., Chan, V. F. Ramson, P. (2013). Prevalence of presbyopia and spectacle coverage in an African population in Durban, South Africa. *Optometry and Vision Science*, 90(12), 1424-1429.
- Nsubuga, N., Ramson, P., Govender, P., Chan, F. V., Wepo, M. y Naidoo, K. S. (2016). Uncorrected refractive errors, presbyopia and spectacle coverage in Kamuli District Uganda. *African Vision and Eye Health*, 75(1), 1-6.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *¿Qué es la cobertura sanitaria universal?* Recuperado de http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- Pineda Restrepo, B. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Universitas Odontologica*, 31(66), 97-102.
- Sáenz Madrigal, M. (2015). *Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina*. Madrid: Eurososial.
- Umar, M. M., Muhammad, N. y Alhassan, M. B. (2015). Prevalence of presbyopia and spectacle correction coverage in a rural population of north West Nigeria. *Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.)*, 9, 1195-1201.
- Yates, R. y Gary, H. (2013). *Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal*. Recuperado de http://www.who.int/health_financing/UHC_SPvs1.pdf
- Zhu, M., Tong, X., Zhao, R., He, X., Zhao, H., Liu, M., Zhu, J. (2013). Visual impairment and spectacle coverage rate in Baoshan district, China: population-based study. *BMC Public Health*, 13, 331.