

Baja visión en Colombia: una situación invisible para el país

Low vision in Colombia: an invisible situation for the country

María del Pilar Oviedo C¹; Martha L. Hernández P²; Myriam Ruíz R³

¹ Magíster en Salud Pública, Magíster en Educación para la Salud, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: poviedoc@hotmail.com

² Magíster en Salud Pública, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: mlilianah@gmail.com

³ Doctora y Magíster en Salud Pública, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Recibido: 28 de agosto de 2013. Aprobado: 13 de agosto de 2014. Publicado: 01 de febrero de 2015

Oviedo MP, Hernández ML, Ruíz M. Baja visión en Colombia: una situación invisible para el país. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(1):22-30.

Resumen

Objetivo: analizar las condiciones de la normatividad formulada frente al tema de la salud visual en el país, como un aspecto importante y clave para el estudio del acceso potencial a los servicios de rehabilitación en baja visión en Colombia.

Metodología: estudio descriptivo de tipo cualitativo, que abordó los elementos relacionados con las políticas de salud visual, teniendo en cuenta el modelo teórico propuesto por Andersen y colaboradores. Se realizaron 38 entrevistas a profesionales de las instituciones prestadoras del servicio y entes gubernamentales de seis ciudades del país, para efectos de la investigación se tuvo en cuenta las fases de la política y se utilizó diseño metodológico de Taylor & Bogdan para el análisis de las entrevistas. **Resultados:** existe una invisibilidad

de la baja visión desde las Políticas Públicas en salud visual lo cual ha impactado de manera negativa en el reconocimiento de la misma como un problema social que requiere ser intervenido. Por lo tanto, no existe ningún tipo de cobertura para su rehabilitación a través del sistema general de seguridad social en salud. **Conclusión:** la ausencia de iniciativas específicas en rehabilitación visual se constituye en barrera para el acceso de la población con baja visión a la prestación de servicios de salud visual, suministro de ayudas ópticas y rehabilitación visual, lo que repercute de manera negativa en la calidad de vida de este grupo poblacional.

-----*Palabras clave:* Políticas Públicas de salud, baja visión.

Abstract

Objective: to analyze the regulations regarding the issue of eye care in the country, as an important and key aspect in the study of the potential access to services for low vision rehabilitation in Colombia. **Methodology:** a qualitative, descriptive study that approached the visual health policies while taking into account the theoretical model proposed by Andersen et al. A total of 38 interviews with professionals in health service-providing institutions and government agencies were conducted in six Colombian cities. The analysis, took into account the stages of the policy and the interviews were analyzed using the

methodological design proposed by Taylor & Bogdan. **Results:** low-vision is invisible for visual health policies. This has a negative effect on the recognition of it as a social problem that needs to be addressed, therefore the general system for social security in health has no coverage of any sort for rehabilitation. **Conclusion:** the absence of specific initiatives for vision rehabilitation becomes a barrier that prevents people with low vision from accessing eye care services and from obtaining optical and visual aids. This in turn has a negative effect on the quality of life of this population group.

-----*Keywords:* Public Policies, vision low.

Introducción

Los servicios de tratamiento de la baja visión se dirigen a las personas con una mirada residual (entendida ésta como aquella agudeza visual disminuida que les permite planificar y o realizar alguna tarea determinada), que puede utilizarse y mejorarse mediante ayudas específicas tales como lupas, telescopios, filtros entre otros [1]

Las personas que pueden beneficiarse de los servicios de tratamiento de la baja visión son aquellas clasificadas según la Organización Mundial de la Salud con: discapacidades visuales moderadas (para pacientes con una agudeza visual inferior a 6/18 y superior a 6/60), discapacidades visuales severas (para pacientes con una agudeza visual inferior a 6/60 y superior a 3/30), ceguera con agudezas visuales de 3/60 a 1/60 [1, 2].

En Colombia, el Instituto Nacional de Ciegos (INCI), reportó en 2006, 1'100.000 personas con deterioro visual, distribuidos en 80% casos de discapacidad visual y 20% invidentes [3]. La baja visión tiene graves consecuencias humanas y socioeconómicas en todas las sociedades. Los costos ligados a la pérdida de productividad y a la rehabilitación y educación suponen una carga económica considerable para la persona, la familia y la sociedad [4]. Así mismo, los efectos socioeconómicos de la discapacidad visual se articulan en una menor preparación de la comunidad para enfrentarse a los nuevos retos del desarrollo, expresados en una menor capacidad de aprendizaje básico (leer y escribir), aprendizaje de nuevas tecnologías, realizar trabajos industriales, acceso al empleo y la realización de las actividades que éste conlleva [5].

Las Políticas Públicas en salud están encaminadas a crear soluciones específicas de cómo manejar asuntos públicos o situaciones conjuntas propiamente en temas de salud, que se convierten en condiciones socialmente problemáticas que afectan negativamente el bienestar de la población [6]. En el caso de las personas en situación de baja visión, las políticas públicas en salud, se constituyen como la vía para dar solución a sus necesidades en salud y garantizar sus derechos fundamentales, mejorando las condiciones que por su situación de salud, se tornan socialmente problemáticas y por lo tanto afectan de manera adversa su bienestar. Es así, como la dimensión política, entendida ésta como las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud, las cuales se ven reflejadas en la organización del sistema de atención, la asignación de recursos y los criterios de atención, entre otros, impactan directamente en el acceso potencial a los servicios de salud [7, 8].

Este artículo busca describir las condiciones de la normatividad formulada frente al tema de la salud

visual en el país, como un aspecto importante y clave para el estudio del acceso potencial a los servicios de rehabilitación en baja visión en Colombia.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de tipo cualitativo, buscando comprender las condiciones de acceso potencial a los servicios de salud de baja visión en Colombia, desde la dimensión relacionada con las políticas de salud visual, teniendo en cuenta el marco empírico adaptado a partir del modelo teórico propuesto por Andersen y colaboradores para el estudio de las condiciones de acceso a los servicios de salud [7, 8].

Para efectos del análisis se tuvo en cuenta las fases de la política, entendidas éstas como: la identificación del problema e inscripción en la agenda política, la formulación, la implementación y evaluación, postulada por André Noel Roth y por Lenoir [9]. Se realizó, por un lado, el análisis documental de las políticas a través de una búsqueda bibliográfica y, por otro, las indagaciones con los actores en relación con su percepción frente a las diversas acciones normativas existentes en el país, relacionadas con el tema.

Se utilizó el diseño metodológico desde el enfoque propuesto por Taylor y Bogdan [10], quienes plantean una técnica para el análisis de la información a partir de los hallazgos dados en las entrevistas. Por lo tanto, se siguió el proceso de descubrimiento, codificación y relativización de los datos. Para apoyar el análisis de los relatos de los participantes se utilizó el *software* ATLAS ti (v. 5.2).

Con este enfoque metodológico se realizó la investigación en seis ciudades del país: cuatro de ellas, Medellín (Antioquia), Bogotá (Cundinamarca), Cali (Valle del Cauca), Bucaramanga (Santander), fueron incluidas en el estudio, ya que según registros del INCI, presentan el mayor número de personas con discapacidad visual en el país [3]. Las dos ciudades restantes, Barranquilla y Popayán, fueron incluidas en el estudio debido a que, a pesar de no contar con altas prevalencias de discapacidad visual, tienen centros de referencia en el área, lo cual permitió fortalecer el proceso investigativo y así mismo contar con información de otras zonas geográficas del país.

Como técnicas de recolección de la información se utilizó la entrevista semi estructurada [11] la cual permitió mediante la conversación con los entrevistados cubrir los temas con profundidad suficiente, captando sus vivencias, opiniones y concepciones sobre el acceso, así como los elementos críticos, que de acuerdo a su trayectoria profesional, pueden estar afectando significativamente el acceso real a los servicios de baja visión desde la política en salud visual.

En el desarrollo de la investigación cada ciudad fue visitada por un período de dos semanas (agosto de 2011, febrero y marzo de 2012), lográndose en total 38 entrevistas.

Se entrevistaron a profesionales de las instituciones prestadoras del servicio (directivos y profesionales) de carácter privado (nueve instituciones) y/o mixto (tres instituciones), de carácter público (una institución), seis instituciones educativas que cuentan con unidades de atención adscritas a los programas académicos y entes gubernamentales que se desempeñan en el tema de la salud visual en el país, con el objetivo de contar con una mirada integrada del fenómeno en estudio desde las diferentes perspectivas.

Las personas fueron contactadas directamente a través de diferentes medios ya sea personalmente, vía e-mail y/o carta. A cada participante se le explicó los objetivos de la investigación, la metodología empleada y los resultados esperados del estudio. Se les solicitó su consentimiento informado de manera verbal para la realización de las entrevistas semi estructurada. En todo momento se garantizó el manejo ético, anónimo y confidencial de la información y del nombre de los

participantes. Dicha investigación contó con el aval del comité de ética de la Universidad Santo Tomás, seccional Bucaramanga.

Todas las entrevistas fueron grabadas en medio magnético, identificadas teniendo en cuenta la ciudad y el rol del entrevistado, asignándose un número a cada una. Se realizó el análisis de texto siguiendo la metodología propuesta por Taylor y Bogdan [10], generando categorías para el análisis de la información.

Resultados

Las políticas en salud visual son de vital importancia para el estudio del acceso potencial a los servicios de salud de baja visión. Tal y como postula Andersen, la dimensión política se constituye como un elemento clave y punto de partida para el estudio del acceso, definiéndola como aquellas acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud [12].

El análisis documental realizado permitió identificar cada una de las categorías en relación con las fases de la Política Pública tal y como se muestran en la figura 1.

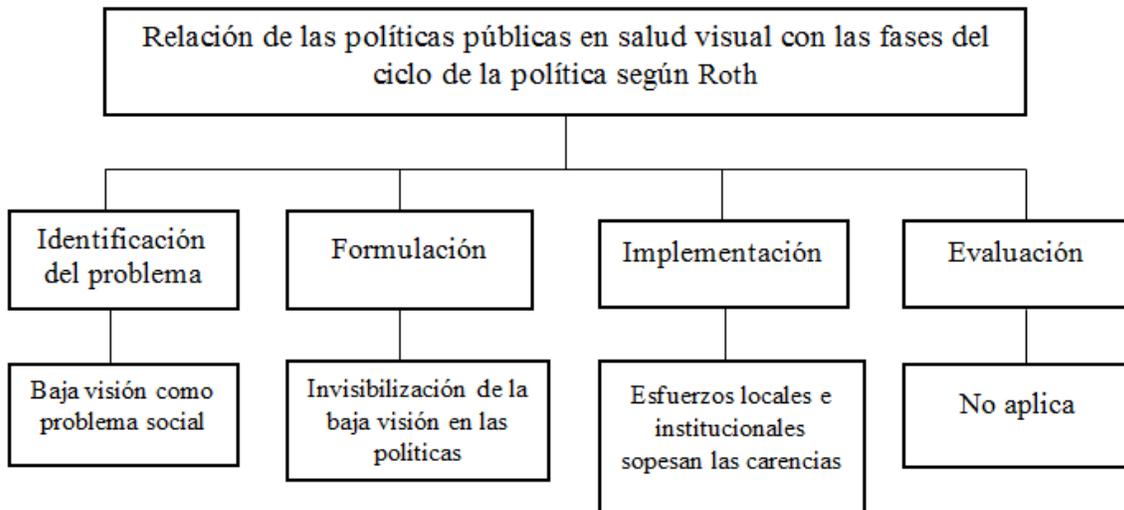


Figura 1. Relación de las Políticas Públicas en salud visual con las fases del ciclo de la política según Roth

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta las fases para la formulación de Política Pública y su contextualización en el tema de la baja visión, los hallazgos de mayor relevancia se enfocan en que no existe una identificación de la baja visión como un problema público, lo cual a su vez ha impactado en la formulación de las acciones legales en salud visual, evidenciándose la invisibilización de la misma dentro del marco normativo tanto en el ámbito de discapacidad general como en salud visual. Por lo tanto,

la implementación de las acciones que se han realizado, no han estado enfocadas hacia esta área, haciendo que se presenten acciones en muchos casos individuales para tratar de solventar dichas falencias. En este punto se quedan las acciones normativas, pues se percibe, por los entrevistados, que las políticas no son operativizadas por la complejidad que significa la discapacidad. Teniendo en cuenta lo anterior, no se ha llegado a un proceso de

evaluación puesto que no existe una política claramente formulada en el tema de la discapacidad visual.

En la figura 2 presentan los hallazgos dados a partir de este abordaje en donde se muestran las tres categorías mencionadas bque tienen como objetivo presentar las situaciones evidenciadas y percibidas por los actores frente a los procesos legislativos y sus implicaciones para la atención.

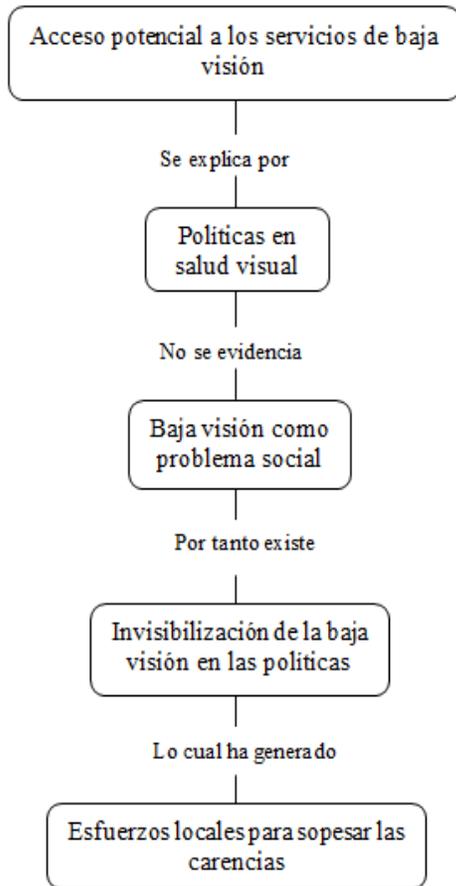


Figura 2. Categorías dimensión política en salud visual

Fuente: Elaboración propia

Baja visión como problema social

Para la formulación de una Política Pública se identifican dos elementos que se articulan: la construcción del problema social como problema que necesita una intervención pública, de una parte, y su inscripción en la agenda política, de otra. El desarrollo de esta investigación permite identificar desde el análisis de las políticas públicas en salud visual y el discurso de los entrevistados el hecho de que la baja visión no ha logrado transformarse en un problema social que permita una movilización alrededor de ella.

Si bien los entrevistados identifican que la baja visión genera una serie de transformaciones en la vida de los pacientes y sus familias, dadas por el impacto social y económico relacionado con la carga atribuible de discapacidad, ésta no ha logrado despertar el interés de los profesionales, la academia y los entes gubernamentales para evidenciarla como un problema de carácter público que requiera ser intervenido.

Nunca el departamento o alcaldías ha priorizado la salud visual (Óptometra Especialista Baja Visión, Bucaramanga).

Hace falta como la mezcla interés político interés gremial, interés, personal del profesional” (Decano, Bogotá).

De igual manera, los entrevistados identifican a la academia como un actor clave para la difusión del problema a nivel nacional; sin embargo, se percibe que los círculos académicos han centrado la formación de sus estudiantes hacia otras áreas del ejercicio profesional evidenciándose un descuido y desinterés de los mismos en relación con la temática. Lo anterior se refuerza con los siguientes testimonios:

El paciente de baja visión está afectado emocionalmente (Óptometra Especialista Baja Visión, Bucaramanga).

En general los oftalmólogos la parte de baja visión la tenemos bastante descuidada (Oftalmólogo, Bogotá).

Desde la academia nunca nos enseñaron baja visión, o sea, nunca nos enseñaron rehabilitación, entonces no lo hemos tenido en cuenta por eso (Oftalmólogo, Bogotá).

Así mismo, los entrevistados manifiestan como aspecto crítico la ausencia de datos estadísticos oficiales que permitan demostrar la importancia, magnitud e impacto de la condición de baja visión para el país y de esta manera lograr su institucionalización que permita la formulación de leyes.

No hay estadísticas, en ningún centro oficial o privado se está haciendo (Oftalmóloga, Barranquilla).

Para incluir el servicio dentro del Plan Obligatorio de Salud es necesario que se haga un estudio de evidencia científica y económica (Ente gubernamental, Bogotá).

La tendencia de aumento de discapacidad hace necesario que el país enfoque su mirada hacia las acciones de promoción, prevención e investigación (Médico Centro de Atención, Medellín).

Es necesario traer como una prioridad de Salud Pública la discapacidad sensorial (Ente gubernamental, Medellín).

Al analizar el discurso de los entrevistados, teniendo en cuenta las fases de la construcción de los problemas públicos, propuestas por Lenoir [13], tal y como se muestra en la siguiente figura, se evidencia el hecho de que el tema de la atención en baja visión y rehabilitación visual no ha logrado ser formulado como problema público, por ende, existe una invisibilidad de la misma

en las actuales Políticas Públicas formuladas, lo cual es explicado en la figura 3.

Invisibilidad de la baja visión

Continuando con el análisis desde la perspectiva de las fases de la Política Pública y teniendo en cuenta el panorama anterior relacionado con el no reconocimiento de la baja visión como un problema social que requiera ser intervenido por el Estado, se identifica como una segunda categoría la invisibilidad de la baja visión en las acciones normativas implementadas que permitan su cobertura e inclusión.

La baja visión es una condición que genera discapacidad, por lo tanto se hace necesario abordar esta temática desde un contexto amplio. Al revisar las acciones que ha implementado el Estado Colombiano para la protección específica en salud de los grupos poblacionales en condición de discapacidad, se sigue evidenciando esta invisibilidad pues incluso en la Política Nacional de Discapacidad no se encuentra explícita su atención y cobertura. Sin embargo, la Ley 361 de 1997 [14], menciona en su artículo 18 la rehabilitación integral para todas las personas con limitación, implementando los términos de readaptación funcional y rehabilitación profesional, de tal forma que la población cuente con instrumentos que les permita auto realizarse, cambiar la calidad de vida e intervenir en su ambiente inmediato y sociedad.

Los aspectos relacionados con la salud visual en la normatividad colombiana se han visto plasmados en diversas acciones encaminadas básicamente hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Pese a que Colombia se adhiere a la estrategia internacional de visión 2020 propuesta por la Organización Mundial de la Salud [15], la cual busca

la inclusión de acciones dirigidas a apoyar la inclusión de los servicios de tratamiento de la baja visión como parte integral de los servicios de atención oftálmica, no se muestran avances al respecto ya que al revisar el plan de beneficios se encuentra cobertura para acciones específicas como consulta de optometría, oftalmología, valoraciones ortópticas, cirugías de catarata, estrabismo y prescripción de lentes oftálmicos básicos. Por ello se identifica que las acciones en torno a la rehabilitación son pobres, puesto que se incluye solamente la evaluación de la baja visión como parte inicial de diagnóstico, pero sin incluir los procesos de rehabilitación de la misma.

De igual manera, al revisar el artículo 84 del MAPIPOS (Manual de intervenciones, actividades y procedimientos) se establece como actividad a nivel visual en el campo de la rehabilitación, solamente los potenciales visuales evocados, significando con ello que es el único procedimiento contenido en el plan de beneficios, el cual es de carácter netamente diagnóstico que no apoya los procesos de rehabilitación visual.

Como se muestra en la tabla 1, las principales acciones normativas dadas en salud visual se han concentrado hacia los niveles primarios y secundarios de prevención, dejando por fuera la inclusión de la prevención terciaria en la cual se incorporan los elementos de la rehabilitación, nivel básico para las personas en condición de baja visión.

Lo anterior es percibido y manifestado por los entrevistados, ya que identifican la ausencia de políticas específicas en torno al tema de discapacidad visual y baja visión, lo cual se refleja en las pocas acciones realizadas alrededor de la temática; así mismo mencionan cómo su ausencia repercute directamente en las acciones que se toman en la atención de los pacientes.

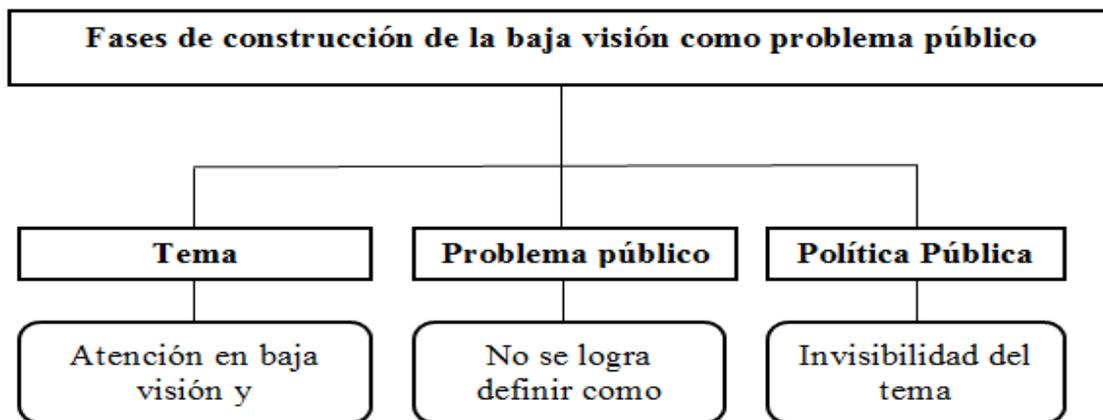


Figura 3. Fases de construcción de la baja visión como problema público

Fuente: elaborado por los autores

Tabla 1. Acciones normativas dadas en salud visual y su relación con los niveles de prevención

Acciones normativas	Acciones que contemplan	Nivel de prevención
Resolución 3997 de 1996 del Ministerio de Salud [16]	Programa de prevención de alteraciones sensoriales en niños menores de doce años.	
	Valoración de la función visual y detección precoz de trastorno.	Prevención Primaria
Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS.	Procedimientos e intervenciones para detección temprana.	
Resolución 0412 del Ministerio de Salud [17]	Alteraciones de la agudeza visual Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.	
Resoluciones 4288 de 1996, 3384 de 200 del Ministerio de Salud [18]	Detección de alteraciones de la agudeza visual. Toma de agudeza visual Consulta de Oftalmología	Prevención Secundaria
Acuerdo 29 del CNSSS 2011 [19]	Evaluación de la baja visión	
Artículo 84 del MAIPOS [20]	Actividades de rehabilitación: Potenciales visuales evocados	
Resolución 5521 de 2013 [21]	Evaluación de la baja visión	

Acceso no creo que haya porque digamos que tiene oportunidad de acceder por promoción y prevención por el primer nivel (Decano, Bogotá).

No hay una política que dé la posibilidad de darle ese servicio (Ente gubernamental, Bogotá).

Con respecto a lo que es baja visión, no existe ninguna política gubernamental (Óptometra Esp Baja Visión, Barranquilla).

La rehabilitación dentro del pos no está, no está especificado lo visual (Ente gubernamental, Bogotá).

Dentro de la política lo que pasa es que siempre baja visión queda amarrado al imitado visual, entonces no queda tan específico, tan explícito, tan claro que facilite el proceso de atención (Profesional Centro de Atención, Cali).

Esta invisibilidad de la baja visión en las políticas de salud visual del país, repercute directamente en el hecho de no poder acceder a procesos de rehabilitación, por lo tanto, se ha generado un panorama de asistencialismo alrededor de la prestación del servicio pues las instituciones o prestadores de servicios de salud han implementado acciones para contrarrestar esta invisibilidad tales como prestación de servicios optométricos, oftalmológicos y de rehabilitación de manera gratuita y donación de ayudas ópticas.

El hospital hace muchos años trabaja en un programa y no tiene ningún costo para el usuario (Directivo Centro Atención, Medellín).

Hacemos acciones de proyección social sin ningún costo para tratar de solventar un poco el déficit de atención que hay en discapacidad visual y ceguera (Médico Centro Atención, Medellín).

La universidad tiene en ocasiones atiende a estos pacientes sin costo (Óptometra Especialista Baja Visión, Bucaramanga).

De igual manera, teniendo en cuenta la invisibilidad de la baja visión y su exclusión dentro de las políticas que permitan lograr una cobertura en términos de rehabilitación visual, los entrevistados manifiestan el hecho de que los pacientes acuden a la utilización de acciones de tutela para reclamar su derecho a la salud, lo que genera una serie de escenarios posibles para el usuario:

Aprobación de la Acción de Tutela: Se identifican acciones legales exitosas para algunos pacientes quienes finalmente han logrado acceder a un tratamiento integral y a las ayudas ópticas, lo que hace que la tutela se constituya como una vía para lograr el acceso a la rehabilitación. Sin embargo, someter este proceso a trámites legales dilata los tiempos, haciendo que las aprobaciones se retrasen, afectando así la rehabilitación ágil y la consecución de la ayuda; se han reportado casos en los cuales al momento de que la ayuda es aprobada ésta ya no es útil para el paciente por la progresión de la patología.

Las ayudas se han dado es por tutela (Ente Gubernamental, Medellín).

Pues de los pacientes que estamos manejando con ayudas son los que son autorizados por tutela, pero se demoran digamos por ejemplo para darle una lupa o un telescopio o algún instrumento más o menos de tres a cinco meses (Directivo Centro de Atención, Medellín).

Tienen que recurrir a acciones de tutela para lograr las ayudas, cuando las interponen en el 100% de los casos son aceptadas y reciben sus ayudas (Decano, Bogotá).

La gente coloca una tutela para solicitar el servicio y lo piden integral para que les cubra la rehabilitación y las ayudas (Óptometra, Especialista Baja Visión, Bogotá).

Tienen que proceder a entutelar a la EPS para que ella a su vez les cobijen la ayuda (Óptometra, Especialista Baja Visión, Barranquilla).

Negación de la Acción Legal: Por otro lado, el hecho de que la condición de discapacidad visual desencadenada de la baja visión no genera peligro para la vida del usuario, hace que las acciones de tutela sean negadas, lo que limita las posibles opciones legales que puede tener el paciente para reclamar su derecho a una rehabilitación integral.

No todos los pacientes ponen tuteladas, algunos la ponen, algunos les dan a otros no (Ente Gubernamental, Bogotá).

Las tuteladas no han servido, hicimos una tutela con un paciente y no solucionaron el problema del niño (Óptometra, Especialista Baja Visión, Medellín).

He tenido muy poquitos casos donde al paciente no se le ha autorizado el acceso a la herramienta (Directivo Centro de Atención, Medellín).

Esfuerzos locales sopesan las carencias

Pese a la ausencia de políticas nacionales en discapacidad visual, se reportan avances en torno a acciones locales, que han propiciado espacios para mejorar el acceso a la atención en baja visión y a la adquisición de ayudas ópticas y no ópticas, que facilite el proceso de rehabilitación.

Se han generado actividades a través de programas, proyectos o intervenciones dentro del Plan de Intervenciones Colectivas y los planes de desarrollo local para la creación de bancos de ayudas y convenios departamentales con instituciones privadas para la atención y entrega de ayudas; sin embargo, según los actores indagados los cambios administrativos y el desinterés gubernamental por la discapacidad visual han dificultado la continuidad de las mismas, haciendo que se conviertan en actividades puntuales sin sostenibilidad:

Nos hemos quedado cortos en el tema de rehabilitación, han sido varias las causas, por ejemplo los cambios de administración, no han posibilitado continuidad en las acciones, las acciones que se inician con mucha fuerza en un mandato, de pronto van decayendo un poquito hacia el final, y mientras llega una nueva administración para justificar obviamente la continuidad o desarrollo de programas, genera una serie de etapas, de procesos difíciles de vencer (Ente Gubernamental, Medellín).

Acá en Bogotá están trabajando algo que se llama banco de ayudas entonces la persona de cierta localidad porque no es de las 20 localidades de Bogotá sino de algunas, puede ir a solicitar la ayuda óptica desde que vaya con la prescripción del profesional y se la dan a través de ese banco de ayudas, obviamente la persona tiene que

cumplir con unas condiciones de estrato 1 ó 2 y otra cantidad de cosas y les dan las ayudas de esa manera (Ente Gubernamental, Bogotá).

Lo único que yo veo que funcionan son los bancos de ayudas, que ellos van con su fórmula y les entregan las ayudas en algunas localidades de la ciudad si funciona pero para acceso la verdad no he visto que funcione no si sé si existe (Óptometra, Especialista Baja Visión, Bogotá).

Han sido beneficiarios del programa, lo único que exigen es el certificado de discapacidad por medicina, ellos hacen creo que dos convocatorias por año y el paciente ingresa. Qué es lo que pasa, que la alcaldía y la secretaria de Bienestar Social manejan todo un programa de discapacidad, discapacidad física y de miembros inferiores, discapacidad auditiva, visual, discapacidad cognitiva, es un amplio panorama pero hay ayudas eso si se moviliza (Médico, Centro Atención, Medellín).

El paciente llega a las convocatorias de la alcaldía, de la secretaria, entonces es beneficiario de programas de trabajo, programas educativos, programas de rehabilitación por medios de lupas, telescopios y bastones (Óptometra, Especialista Baja Visión, Medellín).

Discusión

El acceso potencial a los servicios de salud de baja visión surge como un problema para la población en condición de baja visión desde el punto de vista de los actores, en cuyo discurso se identifican una serie de aspectos que lo limitan, provenientes de diferentes escenarios relacionados con la invisibilización de la baja visión en las Políticas Públicas y las características del sistema. Se destacan puntos de encuentro o coincidencias entre los discursos de los diferentes entrevistados, independientes de su rol o ciudad, lo que indica una coherencia entre los sentires y vivencias de los diferentes actores.

Un aspecto crítico que surge a partir de los discursos es la invisibilidad de la baja visión en las Políticas Públicas, retomando lo postulado por Andersen, muchas de las barreras que se presentan para el acceso a servicios de salud están dadas por deficiencias en términos de las políticas que impactan a su vez en la definición de planes de beneficios [7]. Lo anterior se ve evidenciado en los hallazgos de esta investigación, ya que la no inclusión de la baja visión en las políticas, se ha reflejado en la exclusión de la rehabilitación visual en los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual se explica por la estructura del mismo, ya que está dado por un modelo de seguros orientado al mercado, que se basa en los estudios de costo-efectividad para seleccionar los servicios que conformarán el paquete, que oculta las necesidades de salud y viola el derecho a la salud de aquellas personas cuyo problema de salud no esté incluido en un plan de beneficios. Tal y como menciona Echeverry [22], la forma de financiar y entregar

los servicios de salud como una mercancía, ha conducido a un mayor grado de exclusión e inequidad para la población y a un marcado deterioro de la Salud Pública. Por lo tanto, esta exclusión evidenciada en la presente investigación aumenta la vulnerabilidad social de las personas y familias que sufren un problema de baja visión.

Esta exclusión de la condición es reportada también internacionalmente por otras investigaciones en países como Nigeria [23] e India [24], los cuales muestran la ausencia de iniciativas o Políticas Públicas específicas en rehabilitación visual, reportando que el tema de la baja visión no es de prioridad para los Estados, ya que existe una falta de interés público y de soporte financiero o asistencia gubernamental en el tema. En este estudio se encontró que a pesar de que el país cuenta con políticas de discapacidad y acciones en relación con la salud visual, éstas han estado centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mas no en la rehabilitación, lo cual está acorde a los estudios anteriormente mencionados.

El panorama en relación con la adquisición de las ayudas ópticas para el proceso de rehabilitación en Colombia es similar a lo reportado por Kumar [25], quien menciona el alto costo de las ayudas ópticas como una de las principales barreras para recibir los servicios; en contraposición a esto en los países escandinavos [26] la prescripción de la ayuda óptica no es restringida para el paciente puesto que el gobierno brinda a sus ciudadanos el derecho a recibir la ayuda según su necesidad. Los obstáculos presentados en esta investigación en relación con el acceso a las ayudas ópticas, dadas por la no cobertura de las mismas en el Plan Obligatorio de Salud y por sus altos costos han generado la instauración de acciones de tutela para sopesar las carencias y acceder al servicio, lo anterior coincide con lo reportado por Vélez [27] quien menciona la Acción de Tutela como un mecanismo alterno que deben utilizar los usuarios para acceder a servicios de salud y más concretamente a la atención médica y de esta manera hacer efectivo el derecho a la salud.

Conclusiones

Con esta investigación se han logrado identificar los elementos estructurales desde la Política Pública, que condicionan el acceso potencial a los servicios de baja visión en el país, éstos son concluyentes en:

La salud visual se contempla en diversas normas desde la reglamentación de la Ley 100; sin embargo lo que incluyen estas acciones están alrededor de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y no de la rehabilitación, encaminándose así a la detección temprana de alteraciones visuales y oculares en los grupos de riesgo. De igual manera, al revisar el plan de beneficios, en lo referente a salud visual, no se incluyen los aspectos

relacionados con la rehabilitación para los pacientes con discapacidad visual a pesar de que los lineamientos generales de las políticas de discapacidad contemplan la atención integral en salud para este tipo de población.

Dado que las Políticas Públicas constituyen la base fundamental para el acceso a los servicios de salud, la ausencia de lineamientos para permitir la rehabilitación visual impacta en todo el sistema; la organización, la asignación y la disponibilidad de recursos, la prestación del servicio y por ende dificulta de forma grave el acceso real a los servicios de rehabilitación visual.

Pese a la detallada y amplia normativa en torno a la discapacidad en Colombia, la ausencia de iniciativas específicas en rehabilitación visual forman barreras para el acceso de la población con baja visión a la prestación de servicios de salud visual, suministro de ayudas ópticas y rehabilitación visual lo que repercute de manera negativa en la calidad de vida de este grupo poblacional. En consecuencia, es de suma importancia la implementación de acciones que faciliten el acceso a los servicios y no se continúe vulnerando el derecho a la salud de estas poblaciones.

En relación con los aspectos normativos se encuentra que algunos municipios e instituciones han realizado esfuerzos plasmados en proyectos locales para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación; sin embargo, estas acciones se evidencian como puntuales e insuficientes ya que están sujetos a la voluntad política del momento lo que se refleja en la poca sostenibilidad de los mismos.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las personas e instituciones que participaron en el proceso de la investigación.

Referencias

- 1 World Health Organization. Sight test and glasses could dramatically improve the lives of 150 million people with poor vision. Pressrelease. 2006 Oct 11. [Consultado el 10 de septiembre de 2010]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr55/en/index.html>.
- 2 Organización Mundial de la Salud, IAPB. Visión 20/20 el derecho a la visión. Iniciativa mundial para la prevención de la ceguera evitable. Plan de Acción 2006-2011. Biblioteca OMS; 2008.
- 3 Instituto Nacional para Ciegos (INCI). Estadísticas, registro para la localización y características de personas con discapacidad visual 2007 [Internet] [Consultado el 28 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.inci.gov.co/observatorio-social/informes-estadisticos/movilizacion-socio-cultural-y-politica>.
- 4 Guissasola L, Ruis A. Salud visual y desarrollo. Cuadernos de formación de la Cátedra UNESCO de salud visual y desarrollo. Barcelona: Cátedra UNESCO Salud Visual y Desarrollo; 2006.
- 5 Castellanos W, Álvarez S, Pérez C, Carrión C, Ladino A. Desarrollo Humano de la población con limitación visual por

- departamentos [Convenio de Cooperación Técnica Subc003-8. INCI, DNP y PNHD]; 2008 Dec.
- 6 Molina G, Cabrera GA. Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un análisis. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
 - 7 Andersen R. National Health Surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care* 2008; 46: 647-653.
 - 8 Aday LA, Andersen RA. Framework for the study of access to medical care *Health Serv Re.* 1974; 9: 208-220.
 - 9 André-Noel RD. Políticas Públicas, formulación, implementación y evaluación. 3ª ed. Bogotá: Ediciones Aurora; 2006.
 - 10 Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1987. p. 152-160.
 - 11 Taylor SJ, Bogdan R. La observación participante y la entrevista a profundidad. En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós. p. 108-111.
 - 12 Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health SocBehav.* 1995; 36: 1-10.
 - 13 Lenoir R. La notion de développement, Foi et Développement; 1989. p. 175-176.
 - 14 Congreso de la República de Colombia. Ley 361 de 7 de febrero de 1997: Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. [Internet] [Acceso el 10 de junio de 2012]. Bogotá: El Congreso; 1997. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html
 - 15 Organización Mundial de la Salud. Visión 2020. El derecho a la visión. Iniciativa mundial para la eliminación de la ceguera evitable. Plan de acción 2006-2011. p. 18-20.
 - 16 Congreso de la República de Colombia. Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996: Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) [Internet] [Acceso 10 de junio de 2012]. Bogotá: El Congreso; 1996. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203997%20DE%201996.pdf.
 - 17 Colombia. Congreso de la República de Colombia. Resolución 0412 del 25 de febrero de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. [Internet] [Consultado 12 de junio de 2012]. Bogotá: El Congreso; 2000. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf>.
 - 18 Congreso de la República de Colombia. Resolución 4288 del 20 de noviembre de 1996: por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. [Internet] [Consultado 12 de junio de 2012]. Bogotá: El Congreso; 1996. Disponible en http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf.
 - 19 Colombia. Comisión de Regulación en salud. Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011: por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. [Internet] [Consultado junio de 2012]. Bogotá: El Congreso; 2011. Disponible en: <http://www.epssura.com/files/acuerdo29de2011.pdf>.
 - 20 Congreso de la República de Colombia. Resolución 5261 de 1994: por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet] [Consultado 15 de junio de 2012]. Bogotá: El Congreso; 1994. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf>
 - 21 Congreso de la República de Colombia. Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013: por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). [Internet] [Consultado 13 de junio de 2012]. Bogotá: El Congreso; 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%205521%20de%202013.pdf>.
 - 22 Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24(3):210–216.
 - 23 Okoye O, Aghaji A, Umeh R, Nwagbo D, Chuku A. Barriers to the Provision of Clinical Low-Vision Services Among Ophthalmologists in Nigeria. *Visual Impairment Research* 2007; 9(1):11-17.
 - 24 Ilango K, Krishna R. Comprehensive Study on Perceived Barriers to Low Vision Services. *Indian Journal Of Ophthalmology* 2005; 53(3):209.
 - 25 Ajit Tr, Purushottam J, Himal K, Subhash B. Profile of low vision clinics in eastern region of Nepal : A retrospective study. *British Journal of Visual Impairment.* [Revista en Internet] 2011 [Consultado 03 de mayo de 2011]; 29: 215. Disponible en: <http://jvi.sagepub.com/content/29/3/215>.
 - 26 Gustafsson J, Inde K. The History and Current Status of Low Vision Services in Scandinavian Countries. *Journal Of Visual Impairment & Blindness.* 2009; 103(9):558-562.
 - 27 Vélez A. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? (Spanish). *Colombia Médica* 2005; 36(3). p. 199-208.