

La Ceguera: Un Compromiso de Todos

Dr. Zoilo Cuéllar Sáenz, MD.
(Por Invitación)

La visión se constituye como uno de los sentidos más importantes del ser humano. Leonardo Da Vinci en su Cuaderno de Notas, dice: "Las imágenes de los objetos circundantes son transmitidas a los sentidos y los sentidos las transmiten al órgano de percepción. El órgano de percepción las transmite a su vez al "sentido común" y por medio de éste son grabadas en la memoria y retenidas más o menos distintamente según la importancia o poder del objeto. El sentido que está más cerca del órgano de percepción, funciona con más rapidez. Y éste es el ojo, el guía principal de los otros... ¿No vemos acaso que el ojo abarca la belleza de todo el universo...? Asesora y corrige todas las artes de la humanidad... Es el príncipe de las matemáticas, y las ciencias que en él se fundan son absolutamente ciertas. Ha medido las distancias y la magnitud de las estrellas. Ha descubierto los elementos y su ubicación... Ha dado a la luz la arquitectura, la perspectiva y el divino arte de la pintura"¹. Detrás de la rápida facilidad de la visión, existe una inteligencia tan grande que ocupa cerca de la mitad de la corteza cerebral, con la cual un ser humano es capaz de construir las referencias espaciales necesarias para la ubicación en el espacio y el desarrollo de sus actividades². Somos en esencia seres visuales y por ello, toda persona cuenta con el derecho innegable a la visión, la salud (visual) unida a la vitalidad de los seres humanos es un derecho humano individual y social³.

Al prescindir de ese derecho, un individuo pierde gran parte de su vínculo con el mundo que lo rodea y, aquellas referencias espaciales, además de todo ese nexo de comunicación visual con el entorno, se convierten en un enorme vacío difícil de superar. Es así como la pérdida de la visión es una de las desgracias más grandes que puede tener una persona y por ende, la sociedad que la rodea. Además, si medimos

el impacto económico, como indicador indirecto del impacto social causado por la falta de visión de un individuo, sólo en Latinoamérica, en el año 2000 se perdieron 1,5 billones de dólares en el manejo de la ceguera⁴, lo cual redundará en menores oportunidades de educación y trabajo para la población. El costo de la ceguera para la sociedad se estima, conservadoramente, en 4,1 billones de dólares por año para Estados Unidos⁵. En el mundo se invierten alrededor de 80 millones de dólares anuales para la atención de la ceguera⁶.

En Ginebra (Suiza), entre el 17 y 19 de febrero de 1997, se reunieron varios expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Programa Grupo Asesor para la Prevención de la Ceguera) y señalaron que en el próximo cuarto de siglo, la ceguera y la limitación visual severa, problemas de salud ya existentes, se convertirían en una de las principales cargas socioeconómicas mundiales y podrían interferir con el progreso de muchos países en vías de desarrollo. Así mismo hicieron notar que cerca de un 80% de estos problemas visuales se considera prevenibles o recuperables en la actualidad. La mejor manera de evitar esta tendencia, fue optar por una iniciativa global, que aunó los esfuerzos de las múltiples organizaciones que se encontraban trabajando en la salud visual⁷. Es así como el 18 de febrero de 1999, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó oficialmente el programa VISIÓN 2020: EL DERECHO A LA VISIÓN, programa de cobertura mundial para desarrollar en conjunto, como una coalición entre los diversos estamentos gubernamentales y no gubernamentales, acciones unificadas con el objetivo de eliminar la ceguera prevenible o tratable para el año 2020⁸.

Como primer paso para esa unificación, la OMS determinó una clasificación de la agudeza visual,

estableciendo cuatro grupos diferentes según la agudeza visual del mejor ojo con la corrección visual disponible en el momento del examen. Estos grupos son: Ceguera, Limitación Visual Severa, Limitación Visual y Normalidad. La Ceguera es la agudeza visual menor a 20/400 (0,05 ó 3/60) y la Limitación Visual Severa comprende el grupo de personas que logran una agudeza visual de menos de 20/200 hasta 20/400. En el grupo de Limitación Visual, los individuos alcanzan agudezas visuales entre menos de 20/60 y 20/200 y, finalmente, los del grupo Normal logran una agudeza visual de 20/60 o más. Cuando se habla de la máxima corrección disponible, se debe entender que no siempre se puede contar con una solución refractiva apropiada, pues ello implicaría tener el dato optométrico correspondiente en cada caso y, desde el punto de vista de salud visual comunitaria, interesa más la condición visual con la que vive cada individuo cotidianamente⁹. Estas definiciones van de acuerdo con la implicación que tiene la incapacidad visual dentro del ámbito vital del individuo, ya que si éste se encuentra ciego o con limitación visual severa, su calidad de vida se compromete enormemente, no cuenta con la visión necesaria para caminar, comer o asearse con facilidad y además, necesita la participación de al menos otra persona para el desarrollo de muchas de sus actividades básicas con la consecuente pérdida de la autonomía en gran parte de su desempeño¹⁰.

Posteriormente se desarrollaron análisis estadísticos de los datos disponibles a la fecha y se estimó que para el año 2000 en toda de la población mundial habría unos 50 millones de habitantes con ceguera reversible e irreversible, de los cuales 1,5 millones eran menores de 16 años. Esta prevalencia varía entre 0,25% y 1,4% de acuerdo al nivel de desarrollo de la zona contemplada¹¹. Si sumamos a las cifras anteriores el número de personas con limitación visual severa, tenemos que hablar de 180 millones de habitantes afectados¹² de los cuales 90% se encuentran en países en vía de desarrollo¹³. De igual manera, se determinaron las causas de ceguera y limitación visual severa más importantes, de las cuales la Catarata fue la más frecuente (50%), seguida de el Glaucoma (16%), el Tracoma (12%), la Retinopatía Diabética (8%), la Ceguera Infantil (3%) (Retinopatía de la Prematuridad y Deficiencia de Vitamina A, entre otros) y los Defectos Refractivos no corregidos (8%)¹⁴.

Como se puede apreciar, cerca del 90% de las causas de ceguera y limitación visual severa, son prevenibles o tratables en la actualidad mediante técnicas reconocidas científicamente y con costos favorables para la población. Dicho de otra manera, el paradigma de la ceguera irreversible abarca apenas un 10% de todos los ciegos. Además, si se analizan las tendencias de la ceguera global, a través del tiempo, en los últimos 25 años, el número de ciegos

pasó de 28 millones a alrededor de 50 millones¹⁵. Cada año las cifras de ceguera se están incrementando en aproximadamente 2 millones de casos nuevos por año¹⁶, lo cual indica que en 20 años podría duplicarse el número actual¹⁷.

Es llamativo el hecho de que si la mayoría de casos son prevenibles o curables, la tendencia debería ser decreciente. De hecho, causas de ceguera como el Tracoma, la Oncocercariasis y la Ceguera Infantil por deficiencia de vitamina A, han ido disminuyendo gracias a las intervenciones que se han realizado a nivel mundial en el mejoramiento de la nutrición y de las condiciones medioambientales y de salubridad. Empero, causas tales como la Catarata, el Glaucoma y la Retinopatía Diabética, entre otras, que corresponden a alteraciones directamente relacionadas con el envejecimiento, han ido aumentando en su frecuencia, lo cual se deduce de la creciente expectativa de vida al nacer y el crecimiento de la población, principalmente en el grupo de personas mayores de 60 años. Otra causa importante de ceguera, que aumenta constantemente, es la Retinopatía de la Prematuridad, pues está relacionada con una mayor sobrevivencia de niños prematuros y de bajo peso al nacer. Un niño ciego demanda enormes costos emocionales y socio-económicos ya que podría vivir ciego alrededor de 50 años¹⁸.

Por lo tanto el aumento anual en la cifra de ciegos es una realidad y se encuentra relacionado con las siguientes tendencias económicas, demográficas y de salud¹⁹:

- * La población mundial aumentará de 5,8 billones de personas en 1996 a 8,0 billones de personas en el año 2020, de forma predominante en países en desarrollo.
- * La población global envejece, lo cual permite proyectar un aumento de 1 billón de personas mayores de 45 años en 1996 a 2 billones en el año 2020.
- * La disminución de la inversión en salud per cápita, en los países en vías de desarrollo.
- * La inexistencia de programas nacionales de prevención de la ceguera y de promoción de la salud ocular.
- * La recesión económica y las demandas competitivas.

Para dar respuesta a este problema, las acciones de la Iniciativa Mundial Visión 2020 se enmarcan dentro de las siguientes estrategias²⁰:

- * Prevención y control de la enfermedad.
- * Entrenamiento de personal.
- * Fortalecimiento de la infraestructura existente para el cuidado de los ojos.

- * Facilitación y uso apropiado de nuevas tecnologías.
- * Movilización de recursos.

En Colombia se han realizado diferentes labores aisladas como talleres, trabajos de campo y brigadas de salud, entre otras, desarrolladas por la Fundación Oftalmológica de Santander Carlos Ardila Lulle y otras instituciones independientes, las cuales han surgido de iniciativas locales y han brindado soluciones importantes pero hasta la fecha no se han unificado bajo criterios definidos ni estrategias conjuntas. Las políticas estatales han hecho tímidos aportes desde hace poco tiempo, gracias a las facultades otorgadas por la reglamentación del sistema general de seguridad social del país. Dentro de ese proceso, el Acuerdo 117, publicado en diciembre de 1998, determina que las alteraciones de la agudeza visual se consideran Enfermedades de Interés en Salud Pública, resaltando la Catarata, los Defectos Refractivos y el Estrabismo, como enfermedades que deben ser promocionadas y prevenidas con carácter obligatorio dentro del régimen subsidiado y contributivo. Así mismo, se publicaron en Noviembre de 1999, la Norma Técnica Para la Detección Temprana de las Alteraciones de la Agudeza Visual y las Guías de Atención Integral para Vicios de Refracción, Estrabismo y Cataratas, donde se desarrollan las pautas más importantes para la detección temprana y el manejo oportuno de estas enfermedades²¹.

Sin embargo, sólo se contaba con estimativos generales y no con datos concretos de la problemática nacional en este sentido, lo cual dificultaba el planteamiento de estrategias válidas a nivel nacional bajo esquemas replicables a lo largo de todo nuestro territorio. El Ministerio de Salud de Colombia en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrollaron el primer estudio de salud visual, incorporándolo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, de donde se obtuvieron los primeros resultados importantes a este respecto²². Dentro del marco de la cuarta ronda del Programa Mundial de Encuestas (Measure / DHS+), coordinado por Macro International Inc., bajo convenio con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), PROFAMILIA desarrolló la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 (ENDS 2000) sobre los niveles actuales de fecundidad y mortalidad infantil, conocimientos y uso de métodos de planificación familiar y fuentes de obtención de los métodos, salud materno-infantil, nutrición, SIDA, violencia doméstica, seguridad social y, en un esfuerzo por fortalecer las intenciones de la OMS-OPS, agudeza visual²³. Es notable el hecho de haber podido incluir dentro de un proyecto predominantemente orientado a la atención materno-infantil, el estudio de la agudeza visual, lo cual es históricamente la primera aproximación nacional al problema y permite observar la

condición nacional actual en salud ocular, así como detectar elementos de análisis sobre los cuales se pueden tomar decisiones estratégicas importantes.

Paralelo a lo anterior, la Sociedad Colombiana de Oftalmología (SCO), creó la comisión de salud pública, la cual ha venido desarrollando funciones de promoción de la salud visual y busca implementar los siguientes objetivos:

- Favorecer el entendimiento comunitario de las consultas oftalmológicas de pacientes asintomáticos por grupos de riesgo.
- Estimular al gremio oftalmológico a trabajar en pro del Cuidado Primario Ocular (Atención Ocular Primaria).
- Asesorar, apoyar y servir como medio para que los oftalmólogos investiguen y trabajen en el área de la Salud Pública Ocular.
- Contribuir para que el país participe activamente en el proyecto mundial de Visión 2020: el derecho a la visión.
- Apoyar y estimular la organización de todo programa de Prevención de la Ceguera en Colombia.
- Servir como soporte en el área de educación en Salud Pública Ocular a los programas de residencia en oftalmología.
- Iniciar una biblioteca especializada en Salud Pública Ocular.
- Participar activamente en los programas de Salud Pública de otras sociedades científicas nacionales, del Ministerio de Salud, la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB), la OPS y la OMS.

En este estudio, se busca resaltar los problemas actuales de la salud visual en Colombia y proponer algunas estrategias viables para su control.

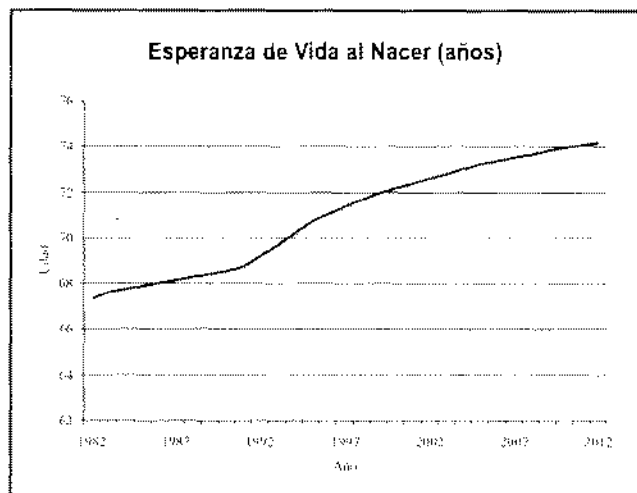
Estado de la salud visual en Colombia

Población

Para el año 2000 se estimó una población total de 42.299.301 habitantes²⁴, con una tasa de crecimiento anual promedio de 1,79% para toda Colombia, lo cual permite proyectar una población de 53.182.961 habitantes para el año 2015; la expectativa de vida al nacer es en la actualidad de 69,17 años para los hombres, 75,32 años para las mujeres y de 72,17 años para toda la población y se estima que puede aumentar a 70,95 para los hombres, 77,10 para las mujeres y 73,95 para toda la población (Gráfico No. 1).

El ENDS 2000 señala una tendencia al aumento en la proporción de personas mayores mientras que los menores de 15 años han disminuido. Dicha

Gráfico 1



Fuente: DANE www.dane.gov.co

observación coincide con los datos obtenidos del DANE en los Censos realizados desde 1964 (1964, 1973, 1985 y 1993)²⁵ (ver Tablas No. 1 y 2 y Gráfico No. 2).

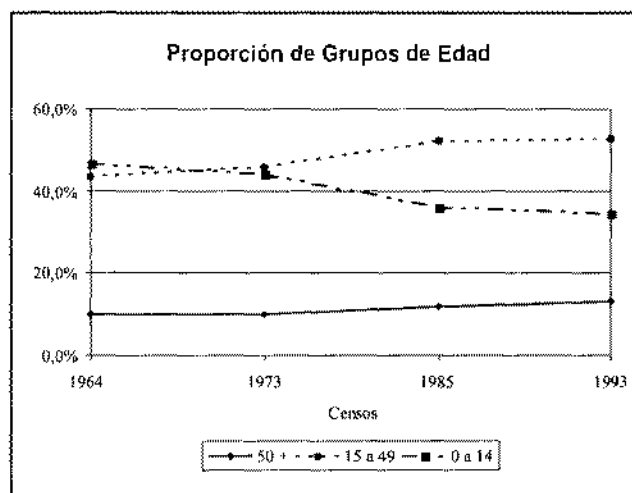
La población colombiana está clasificada internacionalmente como una sociedad en vías de desarrollo con un nivel de industrialización alto en comparación con otros países de Latinoamérica, habiéndose

Tabla No. 1
Proporción de Grupos de Edad - Colombia

PROPORCIÓN DE GRUPOS				
EDAD	1964	1973	1985	1993
0 a 14	46,6%	44,2%	36,1%	34,5%
15 a 49	43,6%	45,8%	52,1%	52,6%
50 +	9,8%	10,0%	11,8%	13,0%

Fuente: DANE www.dane.gov.co

Gráfico 2



Fuente: DANE www.dane.gov.co

Tabla No. 2
Tendencia de Crecimiento Discriminado por Edad

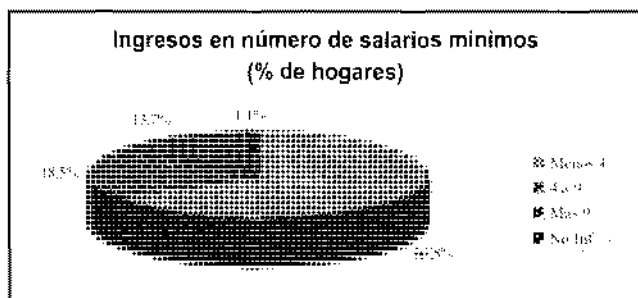
TENDENCIA DE CRECIMIENTO							
EDAD	1964	1973	CRECIMIENTO %	1985	CRECIMIENTO %	1993	CRECIMIENTO %
Menos de 15	8.155.529	9.132.614	12%	10.047.572	10%	11.412.172	14%
15 a 49	7.614.851	9.469.004	24%	14.520.728	53%	17.408.260	20%
50 o Más	1.714.130	2.065.302	20%	3.285.136	59%	4.289.408	31%
Total	17.484.510	20.666.920	18%	27.853.436	35%	33.109.840	19%

Fuente: DANE www.dane.gov.co

dose mantenido con un manejo estable de la deuda externa y con un crecimiento económico favorable²⁶. Sin embargo, el 67% de los hogares colombianos tienen un ingreso mensual de menos de 4 salarios mínimos legales, apenas un 18% cuenta con ingresos entre 4 y 8 salarios mínimos y un 14 % superiores a este monto²⁷. (Ver gráfico No. 3). La afiliación al Sistema Nacional de Salud se ha incrementado en forma significativa en los últimos años, pasando de un 24 por ciento a un 58 por ciento, (22% ARS, 18% EPS diferente al ISS, 14% ISS y 4% Regímenes Especiales), que por supuesto es mayor en ciudades como Bogotá, (72%) mientras que zonas como la Atlántica tienen un cubrimiento menor (42%) (Ver gráfico No. 4); sin embargo ese 42 % restante se encuentra desprotegido y debe recurrir a sus fondos personales para cubrir las eventualidades de la salud²⁸.

Aunque se evaluó la utilización de servicios de hospitalización en el último año, no se puede precisar la utilización de servicios tales como la consulta externa y las consultas especializadas. Por lo tanto, estos datos

Gráfico 3



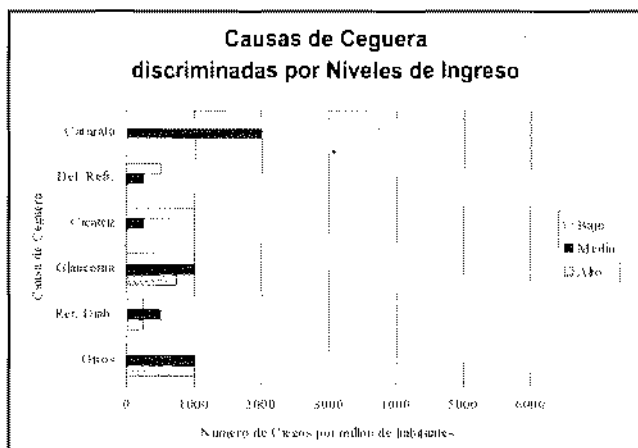
Fuente: DANE www.dane.gov.co

no son susceptibles de interpretación para efectos de este estudio.

Situación de la Salud Visual ²⁹

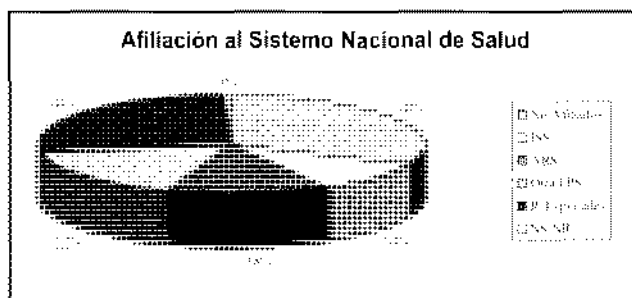
Según los estimativos de la OMS³⁰, la prevalencia de ceguera varía entre 0,25% para los estratos socioeconómicos superiores hasta 1,4% en los inferiores. Dadas estas características se puede asumir, tomando las cifras para Latinoamérica, que Colombia tiene una prevalencia de ceguera de 0,7% lo cual implica que por cada millón de habitantes hay 7000 ciegos y por lo tanto un total de 296.000 ciegos en todo el territorio nacional. Si tenemos en cuenta la distribución por estratos, en el grupo con ingresos menores a 4 salarios mínimos (67%= 28.140.000 habs.) encontraríamos alrededor de 225.120 ciegos (prevalencia de 0,8% para estratos bajos); para estratos medios (18,5% = 7.770.000) 46.620 ciegos (prevalencia de 0,6%) y para estratos altos (13,7% = 5.670.000) 22.689 ciegos, lo cual suma 294.429 ciegos, cifra que puede ser un poco más real.

Gráfico 5



Fuente: Foster, Allen. Curso Internacional de Salud Ocular Comunitaria Pro - Visión 8

Gráfico 4



Fuente: DANE www.dane.gov.co

En Latinoamérica, las causas de ceguera para la población de bajos recursos son las Cataratas (60%), las Cicatrices Corneales (10 %), los Defectos Refractivos (5%); en los estratos con ingresos moderados, la Catarata sigue siendo el 60% de las causas pero el Glaucoma se convierte en la segunda causa predominante (15%) y aparece la Retinopatía Diabética como tercera causa (10%). Lo llamativo es que si se considera al estrato alto, desaparece la Catarata como causa de ceguera y se convierte el Glaucoma como causa predominante (30%), seguida de la Retinopatía Diabética (20%) y el resto de las causas corresponden a degeneraciones como la Maculopatía Relacionada con la Edad, principalmente³¹ (ver gráfico No. 5).

En el ENDS 2000 se evaluó la agudeza visual en algunos grupos de edad, considerando prioridad a la población infantil y a la de mayores de 50 años por cuanto conllevan dificultades en el aprendizaje en el primero y disminución de la productividad en el segundo³².

Población Infantil

El 1% de los niños (89 niños) entre los 6 y 11 años tienen una agudeza visual menor a 20/60 en el mejor ojo, de los cuales el 75% mejoraron con agujero estenopéico. En Bogotá se encontró la mayor prevalencia (2% de niños dentro de estas edades con agudeza visual menor a 20/60 por el mejor ojo). Por cada 10.000 niños dentro de estas edades, se encontraron 5 con visión de 20/400 por el mejor ojo y 2 con ceguera (20/800 o menos)³³. La OMS ha estimado a la ceguera infantil como el 2 al 3% de las causas. Para una prevalencia de 0,6% de ceguera, por cada millón de habitantes hay 6000 ciegos y, de ellos 200 son niños ciegos; esto coincide con las cifras del ENDS 2000. En todo caso, se evaluó a una población reducida y no se tomaron en cuenta al grupo de preescolares ni señalaron las causas de la ceguera. En este estudio se observó un predominio de defectos refractivos ya que el 75% de los niños con agudezas visuales menores a 20/60 mejoraron con estenopéico. Se considera que en este grupo de edad, los defectos

refractivos son la causa principal de deficiencias visuales³⁴. Pero, si revisamos la literatura, se estima que globalmente hay 1,5 millones de niños ciegos de los cuales la gran mayoría se encuentran en países subdesarrollados y que las causas de ceguera infantil en regiones con bajo desarrollo socioeconómico, son principalmente las que conllevan una alteración corneal cicatricial, por ejemplo la avitaminosis A o el Tracoma, de la misma manera, si se estudian áreas con mejor desarrollo, predominará la Retinopatía de la Prematuridad (ROP). Esto último está en relación con el aumento de niños atendidos en unidades de cuidados intensivos neonatales, disponibles por la condición socioeconómica, a los cuales se les ha otorgado la posibilidad de sobrevivir³⁵. En Colombia la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 44 por mil en el quinquenio 1975 a 1980 hasta 21 por mil entre 1995 y 2000, disminución correspondiente al 50%; de igual manera, la tasa de mortalidad neonatal disminuyó un 39% al pasar de 24 por mil entre 1975 y 1980 a 15 por mil en el periodo 1995 - 2000³⁶. El 70% de los niños que nacen con menos de 1Kg., pueden desarrollar algún estadio de la ROP; dicha patología se considera la primera causa de ceguera infantil en Argentina, Colombia, Chile y Paraguay³⁷.

Población de adultos mayores de 49 años

En la población de 50 años en adelante se encontró una prevalencia del 25 por ciento de personas con limitación visual (20/70 a 20/200 por el mejor ojo), 2% con limitación visual severa (20/400 por el mejor ojo) y de 3% ciegos (20/800 o menos por el mejor ojo). La prevalencia de ceguera fue mayor en la región Atlántica y Pacífica (4%); según el nivel educativo, la prevalencia de ceguera fue del 5% en las personas sin educación y entre la población afiliada al régimen contributivo, la prevalencia fue del 2% mientras que la no afiliada presentó un 3% y los afiliados al régimen subsidiado el 4%³⁸. Teniendo en cuenta el número de habitantes mayores de 49 años (alrededor de 5,460.000 hab.), podemos estimar unos 163.800 ciegos, 109.200 limitados visuales severos y al menos 1.365.000 con limitación visual. De este último grupo, se observó que el 60% mejoraron la agudeza visual con agujero--estenopéico, lo cual es indicativo de defectos refractivos³⁹. Esto hace suponer que sólo 546.000 personas mayores de 50 años tienen limitación visual por causas diferentes a las refractivas.

En este grupo de edad se van a encontrar el mayor número de ciegos por catarata, enfermedad relacionada directamente con el envejecimiento. En general podemos estimar que por cada millón de habitantes hay 6000 ciegos, de los cuales 3000 lo están por causa de la catarata. Si tenemos en cuenta el número de

ojos con visión menor a 20/200 por catarata, se podrían estimar unos 15.000 ojos con cataratas por cada millón de habitantes. La proporción de mayores de 49 años es actualmente de un 13%, por cada millón de habitantes habrá 130.000 mayores de 49 años lo que significa que en Colombia podríamos esperar unos 630.000 pacientes con catarata y visión menor a 20/200⁴⁰.

En el ENDS 2000 se encontró un 37% de personas con catarata en el ojo derecho y 38% en el ojo izquierdo sin mayores diferencias por región o sexo, aunque predominó el hallazgo en mujeres. Se encontraron cataratas bilaterales en el 37% de los casos. Las personas no afiliadas al sistema de salud, mostraron una prevalencia del 40% de cataratas en alguno de sus ojos, contra 36% en afiliados. La prevalencia general de cataratas en al menos un ojo, en todo el país, fue del 41% que para los 5.460.000 mayores de 49 años, correspondería a cerca de 2.238.600 personas con algún grado de cataratas en Colombia, aunque no se precisa el nivel visual correspondiente a cada caso. De ellos, el 55% (1.231.230) no saben que tienen dicho problema. El porcentaje de desconocimiento es del 24% en quienes se encuentran en el régimen contributivo, del 55% en el subsidiado y del 59% en los vinculados; el 31% de las personas con catarata no se habían operado aduciendo problemas de salud general y sólo el 8% argumentó factores relacionados con los servicios de salud⁴¹. De cada millón de habitantes, se pueden encontrar 3000 ciegos por catarata y 600 casos nuevos (29%) por año. Es así como 25.200 personas se quedarían ciegas en Colombia cada año por esta causa.

Distribuyéndolo por estratos, de esas 2.238.600 personas con catarata, cerca de 1.500.000 pertenecen a los estratos más bajos, 414.000 en estratos medios y el resto, 324.600 están en los estratos altos. Así mismo, podría ser que unas 940.000 personas con cataratas se encuentren sin afiliación al sistema de salud.

En alrededor del 3% se encontró pseudofaquia y en un 1% adicional, afaquia⁴². La tasa de cobertura quirúrgica de catarata es entonces del 16,32% para la población general. Se desconocen las cifras de cirugías de catarata realizadas por año en Colombia, sin embargo se puede obtener una cifra aproximada mediante la información comercial de los laboratorios distribuidores de lentes intraoculares e insumos oftalmológicos, cifra que puede estar alrededor de 1300 cirugías por año por millón de habitantes. La tasa recomendada para obtener un adecuado control del problema, debe superar las 3000 cirugías por año por millón de habitantes⁴³.

No existen datos oficiales para otras causas, tales como glaucoma, retinopatía diabética, degeneración macular relacionada con la edad.

Conclusiones y Recomendaciones

Los datos del ENDS sugieren un predominio de los defectos refractivos para la población de 6 a 11 años y de catarata para los mayores de 49 años. Se ha mencionado también la alta prevalencia - por ahora no medida - de la retinopatía de la prematuridad y la reducción en la mortalidad infantil, específicamente la neonatal, ya que nuestros centros de salud cuentan con adecuados instrumentos para el manejo de la patología perinatal y los neonatos de alto riesgo. Es prudente pensar que efectivamente subestimamos el peso de este problema en la salud visual de Colombia.

Colombia ha sido por mucho tiempo considerada como uno de los mejores países en el desarrollo de la oftalmología. De hecho, ocupa uno de los primeros lugares en el mundo en cantidad de cirugías refractivas realizadas. De igual manera, su sistema de salud se ha considerado como el mejor en equidad.

Observamos en el presente análisis, que nuestra población se está quedando ciega de una manera descontrolada y probablemente más acelerada de lo que creemos. Esta ceguera es, sin más, prevenible o tratable en su gran mayoría y nos corresponde a todos quienes tenemos como nuestra responsabilidad la salud, ofrecerle tal derecho a nuestra comunidad, mediante un camino más expedito. No deberíamos hablar más de la ceguera; seguramente el término más adecuado, es el del derecho a la visión.

Se deben hacer ingentes esfuerzos por proporcionar a la comunidad canales más fuertes, mediante los cuales pueda acceder al servicio de salud, aún hay muchos que no cuentan con un adecuado cubrimiento en salud y sabemos que gran parte de los que se encuentran respaldados por un seguro, deben esperar largos trámites para que les sea entregado un servicio que no siempre es de la mejor calidad. Creo que el fortalecimiento de la participación comunitaria, rompería las barreras que tiene cada individuo para la solución de su problema visual y favorecería la demanda de su atención.

Se debe buscar la concientización del personal de salud en general. Por ejemplo, se debe buscar que los pediatras y gineco-obstetras reconozcan los factores de riesgo correspondientes y manejen un programa sistemático de pronta remisión de neonatos bajos en peso y pretérmino al servicio de oftalmología pediátrica para la detección temprana y el manejo precoz de la retinopatía de la prematuridad. Los protocolos de la OMS indican que a partir de la sexta semana de vida, todo niño con riesgo de retinopatía de la prematuridad deberá ser valorado por oftalmólogo, hasta detectar un estadio de ROP tratable con crioterapia⁴⁴.

Todos los escolares deberán recibir un tamizaje visual y una formulación de corrección óptica apro-

piada, al menos una vez antes de los nueve años y otra al menos entre los 10 y los quince⁴⁵. Todas las personas mayores de 49 años deberán ser evaluadas por el personal de salud quienes deberán detectar problemas visuales y remitir oportunamente cualquier alteración encontrada. El sistema de salud debe estar en condiciones de atender prontamente los pacientes con catarata y, quienes no cuenten con las facilidades necesarias, deberán ser apoyados por una infraestructura privada y fundacional que, con la colaboración de organizaciones no gubernamentales, permitan realizar una operación que favorecerá su visión.

Todo el personal de salud debe estar en condiciones de determinar la agudeza visual y lo debe realizar de rutina en cada uno de sus contactos con los usuarios del servicio de salud; desde el pregrado de las ciencias de la salud hasta los postgrados más especializados se debe insistir en estas prioridades e involucrar dentro del proceso al área académica y curricular. Esta revolución debe verse complementada por una facilitación del sistema de remisión dentro del esquema de intermediarios planteado por el patrón básico de atención nacional de la salud. Es notable reconocer que la gran mayoría de agentes intermediarios, cuidando presupuestos estrechos, entorpecen el avance de pacientes dentro del esquema de complejidad creciente y obligan a muchos pacientes a desistir en el proceso, o dilatan severamente los trámites necesarios, hasta que surgen dificultades aún mayores y por supuesto más onerosas.

Es de reconocer, en todo caso, que los esfuerzos que se vienen realizando desde el punto de vista de tamizajes escolares, obligatoriedad de los exámenes optométricos para el ingreso a los colegios y escuelas y la formulación de correcciones ópticas apropiadas ha permitido abordar el problema de los defectos refractivos de una manera racional. En todo caso, dichos programas deben verse reforzados con control de costos de monturas y fórmulas, principalmente en zonas desprotegidas del sistema de salud y en estratos más bajos ya que el principal móvil de esta estrategia ha sido comercial.

Por otra parte, las cirugías de catarata se han constituido en un gran interrogante. La práctica privada percibe una disminución del número de pacientes en los últimos años. La razón puede corresponder a un "barrido" de cataratas en los estratos cubiertos por el sistema de salud o en aquellos capaces de asumir los costos propuestos por las tarifas habituales. De igual manera, se han realizado varias brigadas locales que han pretendido solucionar rápidamente el problema, pero es muy probable que a nivel comunitario se siga desconociendo o por lo menos ignorando la situación visual. De hecho, la participación comunitaria es relevante en el proceso de empoderamiento y aumento del compromiso de los miembros de la comunidad, lo cual se relaciona con la identificación de los problemas,

la toma de decisiones, la planeación para la entrega del servicio de salud y finalmente la participación en la creación de programas de salud, otorgando beneficios tales como el aumento del sentido de responsabilidad sobre la salud individual y comunitaria, y el incremento en la accesibilidad y utilización de los servicios de salud⁴⁶. La propia comunidad está en condiciones de capacitarse y detectar periódica y permanentemente los problemas relacionados con la visión y particularmente, con la catarata, de manera que pueden estar demandando permanentemente la atención requerida y evaluar los resultados finales de una manera objetiva y externa al sistema.

Finalmente, es para el Estado, de vital importancia, el desarrollo de un Plan Nacional de Prevención de la Ceguera que incluya el registro sistemático de los datos pertinentes tales como agudezas visuales y causas relacionadas, así como los procedimientos y acciones realizadas en Salud Visual. La motivación es inmediata: los costos ocasionados por la ceguera son inmensamente superiores y muchas veces incalculables, frente al costo que implica combatirla. En Colombia, una catarata puede costar entre 100 y 200 dólares, los cuales deben ser cubiertos por el Sistema de Salud. Sin embargo, una inmensa proporción de habitantes se quedaría sin este cubrimiento, pues carecen de afiliación a algún régimen. El Plan Nacional de Prevención de la Ceguera, ha sido uno de los caminos más provechosos en otros países, ya que también ha permitido el acercamiento de Organizaciones No Gubernamentales al proceso y su participación ayuda a costear gran parte del sistema en este tema tan específico. Comienzan a darse algunas aproximaciones y en este momento, la Sociedad Colombiana de Oftalmología se ha vinculado a la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera, buscando la formulación de nuestro propio plan de prevención. La concientización de los oftalmólogos, optómetras y en general, de todo el personal de salud, es el primer paso hacia la solución de un problema que parece ser de proporciones gigantescas.

Un Plan Nacional de Prevención de la Ceguera debe incluir la normalización y la sistematización en la recolección de datos, la detección de casos desde la comunidad, la remisión expedita de pacientes, el cubrimiento de los costos de una manera compartida (probablemente la fórmula individuo - estado-colaboradores), la acción terapéutica oportuna y científicamente aceptada y el juicioso análisis de los resultados en la búsqueda permanente de una mejor calidad de atención, todo con una permanente participación de la comunidad y del personal de salud, así como del estado como ambiente favorecedor.

Como respaldo a lo anterior, se pueden instituir un plan piloto en diferentes áreas pequeñas, que se vaya replicando a lo largo de nuestro territorio, siempre

bajo el mismo patrón y adaptándose a las estructuras comunitarias en las que se incorpore, uniéndose entre sí las áreas en un solo resultado: la Salud Visual de nuestro pueblo.

La salud visual es un derecho inalienable y es responsabilidad de todos otorgarlo y protegerlo.

Bibliografía

1. Leonardo Da Vinci. Cuadernos de Notas. Ediciones Felmar, Junio 1975.
2. Donald D. Hoffman: Visual Intelligence: How we create what we see. W.W. Norton & Company. 1998.
3. Malagón-Londoño, G., Galán Morera, R.: La Salud Pública, Situación actual, Propuestas y Recomendaciones. Ed. Médica Panamericana. P.74. 2002.
4. Foster, Allen. Comunicación Personal. Bucaramanga, Colombia. Abril 2002.
5. Cuéllar-Sáenz, Z., Peña, F.: Prevención de la Ceguera, Visión 2020, El Derecho a Ver. Revista de la Sociedad Colombiana de Oftalmología, Vol. 34 No. 1. 2001.
6. WHO, Fight Against Blindness. Prevencion of Blindness. May 2000
7. World Health Organization Press Office: WHO sounds the alarm: Visual Disability to Double By 2020. Press Release WHO/15. 21 February 1997.
8. World Health Organization Press: Vision 2020: The Right to Sight. Press Release WHO/12. 17 February 1999.
9. Community Eye Health Workshop, Bucaramanga, Colombia. 5 – 9 de abril de 1999
10. Idem 6.
11. Foster, Allen. Curso Internacional de Salud Ocular Comunitaria Pro-Visión 8. Bucaramanga, Colombia, Abril 1-5 de 2002.
12. Thyelfors, B., Négrel, A.D., Pararajasegara, R., Dadzie, K.Y.: Available Data On Blindness (Update 1994); WHO/PBL/94.38, 1995
13. WHO, World Health Organization. Press Office, Fact Sheet N° 142, 143, 144 y 213.
14. Foster, Allen. Curso Internacional de Salud Ocular Comunitaria Pro-Visión 8. Bucaramanga, Colombia, Abril 1-5 de 2002.
15. Idem 14.
16. World Health Organization Press Office: WHO sounds the alarm: Visual Disability to Double By 2020. Press Release WHO/15. 21 February 1997.
17. Waddell, KM. Eliminating Global Avoidable Blindness. JR Coll Physitians Lond 1999; 33(6): 568-573.
18. Idem 14.
19. Proyecto MOFIS, Programa Nacional de Prevención de la Ceguera, Ministerio de Salud, Colombia, 2000.
20. WHO, World Health Organization Press Office, Fact Sheet N° 213.
21. Fuente: Ministerio de Salud de Colombia.
22. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia: Salud Sexual y Reproductiva, Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Octubre de 2000.
23. Idem 22 p. XXIX.
24. Fuente DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística): www.dane.gov.co
25. Idem 24
26. Idem 24
27. Idem 24

28. Idem 22 p 190.
29. Idem 22 p 199
30. Idem 14
31. Idem 14
32. Idem 22, p. 199.
33. Idem 22, p.202.
34. Murthy, G. V. S., Vision Testing for Refractive Errors in Schools. Screening Programmes in Schools. Community Eye Health Vol. 13 No. 33, p 3. 2000.
35. Gilbert, Clare. New Issues in Childhood Blindness. Community Eye Health Vol. 14 Community Eye Health Vol. 14 No. 40 p 53. 2001.
36. Idem 22 p. 96
37. González Sastre, Martha Yanneth. Ceguera Infantil en Latinoamérica. *Franja Ocular* Vol. 3 No. 19. p 10. 2002.
38. Idem 22 p. 206.
39. Idem 22 p. 208.
40. Idem 14.
41. Idem 22 pp. 209 a 213.
42. Idem 22 p. 211.
43. Idem 14.
44. Gilbert, C.: New Issues in Childhood Blindness. Community Eye Health. Vol. 14 No. 40. pp. 53 a 56. 2001
45. Idem 44. p. 55.
46. Dineen B.: Health Promotion and Community Participation in Eye Care Services. Community Eye Health, Vol. 12 No. 31. p. 35. 1999.