

Modifica el Código Sanitario, con el objeto de permitir en Chile la existencia de la profesión Optómetra
Boletín N° 5684-11

I. APOSTILLAS.

La salud constituye uno de los derechos fundamentales del ser humano, por tanto, todo esfuerzo que se haga por cuidarla y preservarla será siempre bien acogido por toda la Sociedad.

Así, nuestra Constitución ha entregado al Estado la irrenunciable misión de promover proteger y recuperar la salud de sus ciudadanos a través de prestaciones oportunas y de calidad, de igual forma lo establece con la educación debiendo fomentar su desarrollo en todos los niveles.

En salud resulta hoy de primordial importancia formar recursos humanos en función de las constantes y crecientes demandas y en concordancia con la prevalencia de problemas y situaciones que afectan la salud con orientación clara al rol preventivo y en la búsqueda permanente para dar respuestas a las necesidades teniendo como claro objetivo el bienestar de la población.

Hoy más que nunca se necesitan profesionales y especialistas que con sólida formación organicen e integren soluciones.

Ejemplo de esto es la profesión de Optómetra y el ejercicio profesional de la optometría que corresponde a una respuesta eficiente y probada en el área de la Salud pública primaria, orientada al cuidado de la salud visual y enfocada a la resolución oportuna de los problemas visuales de la población, hoy altamente demandados y débilmente atendidos.

De ahí, la necesidad de contar con una legislación que impulse soluciones modernas alineadas con las necesidades actuales del país y, del mundo.

Se requiere por lo tanto en el área de la salud cambios e innovaciones acordes con las nuevas realidades, más globalizadas y con menos barreras, con políticas dinámicas ya no solo orientadas a una salud pública de carácter curativa, sino orientada a un rol preventivo, resolutivo y de actuar multidisciplinario con profesiones y profesionales distintos, con distintos niveles de especialización con una mirada y un enfoque siempre relevantemente dirigido a brindar mayores oportunidades, bienestar y una mejor calidad de vida a la población.

Por siete décadas ha permanecido en Chile postergada la atención visual de la población, por años se ha reconocido su déficit, pero insólitamente nada se ha hecho por poner término a una situación que afecta hoy severamente a la población y que de no corregirse, también afectará severamente a nuestro país.

Por siete décadas nos hemos distanciado de lo que el mundo ha promovido y ejecutado en Salud Visual.

Debemos estrechar las brechas con las experiencias del mundo desarrollado, con los estándares profesionales, con las respuestas a las desigualdades que afectan a nuestra población, a construir programas asistenciales que conduzcan a la satisfacción de las necesidades a fin de asegurar la equidad y el éxito en los desafíos de salud, educación, trabajo y calidad de vida.

Finalmente es necesario ser congruentes para con los grandes proyectos. El Plan AUGE deberá atender a la población del país en sus demandas de salud. La ética y los valores, imponen respaldar decisiones que den resguardo a los intereses sociales y de bien común de nuestro país, marginando intereses e inequidades ya no más sostenibles.

II. SALUD VISUAL TRABAJO-PRODUCTIVIDAD-CALIDAD DE VIDA.

En el lugar de trabajo es donde transcurre gran parte del tiempo diario, cualquiera sea la actividad, la diversidad y el tipo de tareas a desarrollar, se sabe que la mayor parte de las informaciones son de tipo visual. Se estima que el 80% de la información requerida para la ejecución de un trabajo se adquiere por la vista.

La buena visibilidad de los datos relacionados con el trabajo, de los equipos y productos son pilares esenciales en el desarrollo del proceso productivo, es por lo tanto el tener una buena visión imprescindible para trabajar bien y eficientemente.

La accesibilidad rápida y oportuna a una solución en Salud Visual mejora y optimiza la realización de las tareas laborales.

Es fundamental que un trabajador sea evaluado para conocer su condición de Salud Visual, de las capacidades visuales que tiene y requiere para cumplir eficientemente en su desempeño laboral.

Los deficientes rendimientos visuales pueden generar manifestaciones tanto de tipo fisiológico como psicológico o la suma de ambos que merman y j o alteran el buen desempeño. Conocidas son las llamadas fatigas visuales (astenopía) que impiden un eficiente desarrollo y determinan ausencias laborales con las consecuentes pérdidas.

Se deben evaluar no solo los factores personales, sino también los ambientales del lugar de trabajo.

Las capacidades visuales de los trabajadores deben ser medidas, detectadas, evaluadas, conocidas, estudiadas y mejoradas. La agudeza visual y la acomodación a diferentes distancias, la visión periférica, los movimientos de ojos y cabeza, la adaptación a la luz, la sensibilidad a la luz, la percepción de profundidad y la distinción de colores. Todo oficio, actividad o profesión tiene requerimientos visuales específicos y estos deben ser evaluados y compensados según su naturaleza, para tener rendimientos eficientes, seguros y cómodos.

Conocido es el grave déficit de atención en Salud Visual que se evidencia en el país ya por largos años. Son numerosas y largas las listas de espera sin resolución especialmente en lo que se refiere a vicios de refracción.

Según datos aportados por el MINSAL los vicios de refracción (Miopía -Hipermetropía -Astigmatismo) y Presbicia representan el 70% de la lista, ya que han debido priorizar la atención de patología ocular, medida entendible, pero demostrativa del grave problema.

La Optometría aparece aquí como la respuesta eficiente, rápida y económica para descargar esta insostenible presión asistencial, así lo confirma además la vasta experiencia mundial. España logro reducir sus listas de espera con la implementación de la Optometría tanto en el sector público, como en el privado, si se analiza el perfil de incidencia de los vicios de refracción, todas las ametropías (miopía -hipermetropía -astigmatismo) no compensados ópticamente determinan una deficiente calidad visual con todas las repercusiones descritas anteriormente

Si además como es en la realidad proyectamos y sumamos a esta condición a los présbitas (toda la población mayor de 40 años) el deterioro visual no solo se sitúa en la mala condición visual de lejos, sino también en la de cerca, condición altamente invalidante con fuerte deterioro en el desempeño laboral y en la calidad de vida.

La visión y la salud Visual en la tercera edad debe ser también motivo de preocupación y dedicación, "ver de forma correcta es del todo imprescindible para todos. La mejor manera de percibir el entorno es conectarlo en imágenes, reconocer los objetos se hace imprescindible para el aprendizaje en la infancia y para el desarrollo de la adecuada evocación en la vejez". (Prof. Joan Coibella i Roig Psiquiatra en la Universidad de

Barcelona.)

En Chile es hoy imprescindible acortar la brecha en relación a lo que hace el resto del mundo, ya por muchos años.

La Optometría en Estados Unidos, Inglaterra, España, Colombia y en otros muchos países del mundo, ha contribuido en forma cierta y eficaz a resolver los problemas visuales primarios de la población, Médicos Oftalmólogos, Optometristas y organizaciones relacionadas actúan recíprocamente con el gobierno, con instituciones privadas, de seguridad, en escuelas y universidades, con municipios y comunidades para aportar educación, prevención, atención pronta y de calidad en el cuidado de la Salud Visual.

III. LA REFRACCIÓN.

La refracción es el proceso mediante el cual el sistema óptico entrega luz focalizada al interior de la retina, según: la relación de la curvatura de la córnea, el poder de refracción del cristalino y el eje anteroposterior del ojo. Los vicios de refracción se describen como un desbalance del sistema óptico del ojo, lo cual puede estar dado por una hipermetropía, miopía o astigmatismo (British Orthoptic Society 2001).

La historia natural de los vicios de refracción cambia según avanza la edad de los individuos. Los recién nacidos son hipermétropes, en promedio 3 dioptrías (D) hasta disminuir a 1 D al año de edad.

La epidemiología de la miopía, hipermetropía y astigmatismo es diferente entre sí, siendo la miopía el vicio de refracción más estudiado. En los Estados Unidos presentaba una prevalencia de 25% a inicios de 1970, no existiendo datos poblacionales más recientes. La prevalencia de la miopía va disminuyendo con la edad, pasados los 40 años en aproximadamente 40% hasta llegar a un 15% en personas de 70 a 80 años. Aproximadamente el 75% de los americanos sobre los 40 años presentan vicios de refracción mayor a 0,5 D (Caprioli, Lum , & et al .2002).

La Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Salud y Departamento de Salud Pública PUC 2003) demostró que en las personas de 65 años y más, un 33,8 de los encuestados tenían una visión de lejos disminuida, un 14,6% presentaban ceguera y un 91,8% tenían la visión de cerca disminuida.

La distribución por sexo presenta una mayor frecuencia en mujeres, 95,8 en comparación con un 91,5% en hombres, siendo el promedio nacional de 41,4 en esta muestra que incluye personas de 17 años y más. Así mismo, la población adulta de 65 años y más, representa el 8% de la población total de Chile, con una proyección para el año 2050 según INE, del 18% (Censo 2002).

Durante el 2003 se realizó el Proyecto Piloto de Salud Visual en Atención Primaria: Consultorio Tucapel, Cristo Vive, MINSAL. En el se demostró que el 70% de las personas mayores de 75 años tenía alguna alteración de la agudeza visual. De este total, 25% correspondía a Patología Degenerativa (Cataratas, Glaucoma y otros), 25% presentaba Presbicia Pura y el 45% restante Vicios de Refracción.

Fuente: MINSAL -junio 2006.

IV. SALUD VISUAL EN EL NIÑO.

En **Salud Visual**, la promoción, prevención, la atención precoz y oportuna así como la rápida resolución debe ser para los niños un imperativo dentro del sistema de atención primaria como en los programas de salud para los estudiantes.

Salud y educación a través de un trabajo conjunto y coordinado deben garantizar a los niños una atención oportuna y de calidad en todos sus niveles, con ello se estimulan

sus capacidades y potenciales, se favorece su desarrollo y éxito académico y se proyectan más equitativamente al futuro.

La mayoría de las condiciones visuales en infantes y preescolares no son obvias y pueden pasar inadvertidas.

Una visión deficiente trae invariablemente resultados y efectos en el proceso de aprendizaje comprometiendo a un niño y reduciendo sus posibilidades de desarrollo.

La Optometría permite ampliar la cobertura de atención a preescolares y escolares, permite evaluar y corregir a tiempo anomalías, que de no ser pesquisadas y tratadas afectarían la Salud Visual del individuo para toda su vida.

Hoy sabemos que sobre el 85% por ciento del aprendizaje de un niño se da a través del sentido de la vista, por lo tanto, mantener una buena salud visual durante los años escolares tiene un efecto directo sobre el aprendizaje.

Solo entre el 20% y el 30% de las disfunciones oculares que repercuten negativamente en el rendimiento académico del niño son detectadas en las revisiones convencionales escolares, un dato importante si se considera que casi todos los problemas visuales detectados entre los 6 y 7 años de edad pueden superarse con la terapia adecuada.

Las demandas visuales son hoy muy altas si la comparamos con la de otras épocas.

Por tanto, proveer a niños preescolares, escolares y adolescentes de atención optométrica, para un cuidado, atención y resolución de los problemas visuales a temprana edad y en forma oportuna, será una gran mejora en las oportunidades de vida, las que claramente les permitirán desarrollar al máximo sus potenciales.

La legislación debe permitir agregar un profesional de la salud visual, con un rol activo en la evaluación, solución y derivación, como parte de un equipo dedicado a la atención de la Salud Visual de la población infantil.

El gran número de ametropías detectadas hoy en el país especialmente en las zonas sin cobertura asistencial y de precaria condición económica, son el resultado de la falta de atención oportuna, peso de las siete décadas sin acciones concretas en Salud Visual en los niños del país.

En Chile, el programa de evaluación de Salud Visual para escolares, está coordinado por la junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (**JUNAEB**) que desarrolla programas regionales, pero que también ve severamente dificultada su labor, por la falta de recursos humanos en cobertura y atención.

El año 2004 **JUNAEB**, reportaba los siguientes niveles de atención en el país.

• **Coberturas: Población Preescolar y Escolar:**

NIVEL	BENEFICIARIOS POTENCIALES	CONSULTAS	%
<i>Prebásico</i>	235.132	5.590	2.4
<i>Básico</i>	2.106.240	138.651	6.6
<i>Media</i>	585.094	9.472	1.1

RECURSOS HUMANOS PROGRAMA NACIONAL 2004 (JUNAEB)

* OFTALMOLOGOS TRABAJANDO PARA JUNAEB A NIVEL NACIONAL	94
TECNOLOGOS MEDICOS EN OFTALMOLOGIA	36
REGIONES SIN RECURSO	II-IV-X-XI

• MÉDICOS EN CONVENIO: NO TIENEN DEDICACIÓN EXCLUSIVA PARA LA RESOLUCIÓN DEL PROGRAMA.

1. Requerimientos para el desarrollo visual.

Los requerimientos fundamentales para el desarrollo visual normal del niño son:

- Imagen retina] clara en cada ojo.
- Agudeza visual igual o muy semejante en ambos ojos.
- Alineamiento ocular preciso.

Si alguno de estos requisitos falla, se produce lo que se denomina ambliopía. La ambliopía es la disminución uni o bilateral de la agudeza visual, sin una causa orgánica detectable y que se produce durante el periodo sensible o critico del desarrollo de la visión, por alteración de éste.

La importancia de la ambliopía radica en que se trata de una condición altamente prevalente, estimándose que el 4 % de la población general la padece. En ellos hay un mayor riesgo de ceguera, por contar con un solo ojo útil, cuando la ambliopía es unilateral.

La ambliopía no solo tiene un impacto sobre la agudeza visual. Además se pierde la visión binocular, predispone el desarrollo del estrabismo, produce limitaciones laborales y quizá lo más dramático es que es totalmente prevenible y tratable durante el periodo critico del desarrollo de la visión.

Sus causas más frecuentes son; de mejor a peor pronóstico.

- a. Ametropias bilaterales;
- b. Estrabismo;
- c. Anisometropía; y
- d. Deprivación visual.

Si un niño presenta ambliopía su pronóstico visual dependerá de la etiología de ella, de la edad de aparición (mientras más precoz será más severa) de la duración de esta y de la edad de inicio del tratamiento. Este último punto es crítico, puesto que a mayor edad de inicio del tratamiento, menores son las posibilidades de recuperación visual, debido a la menor plasticidad en el sistema visual del niño.

Pasados los nueve años, es muy difícil poder tratarla. De ahí la importancia de la toma de consciencia, en la comunidad médica de la necesidad de derivar a todo niño a su primer examen oftalmológico a los cuatro años de edad, aunque no se observe patología evidente.

*Fuente: Ambliopía y estrabismo Dr. Cristian Salgado A
Instructor Asoc. UDA Oftalmología.
Boletín Esc. Med. UC. Vol.30 N° 2 año 2005*

El estrabismo puede darse en alrededor de un 1% de la población infantil, afecta el desarrollo visual del niño si no es detectado y tratado oportunamente y posee además evidentes repercusiones estéticas. Estudios extranjeros muestran que la prevalencia del estrabismo en la población general varía entre 2 y 6 %. En Chile se

estima que se producen unos 14.000 casos anuales, de los cuales un 8 % podría requerir cirugía.

Guía Clínica Estrabismo MINSAL 2006 junio.

V. OPTOMETRÍA.

1. Perfil Profesional.

El perfil profesional del optómetra le permite desarrollar las acciones dirigidas a la prevención, detección, evaluación y tratamiento de alteraciones de la función visual para lo cual realiza exámenes visuales y oculares, diseña, verifica y adapta sistemas ópticos, diseña y desarrolla programas de entrenamiento visual y diseña y propone mejoras ergonómicas.

1.2 Actividades Profesionales del Optómetra.

1.2.1. Las tareas profesionales del optómetra se agrupan en aspectos de:

Evaluación, detección y prevención de las disfunciones visuales.

• Evaluación y detección:

Registro de la historia clínica y realización de pruebas básicas y complementarias relacionadas con la función visual y salud ocular con el objeto de detectar y/o reconocer.

- a. Ametropías: hipermetropía, miopía, astigmatismo y presbicia.
- b. Características del sistema de compensación habitual de los pacientes.
- c. Disfunciones de la visión binocular.

Pesquisar patologías oculares para derivar oportunamente al paciente al médico oftalmólogo, cuando sea necesario.

Detectar, evaluar y compensar otros problemas o carencias visuales como baja visión, anomalías de la visión del color etc.

Detectar, evaluar, compensar disfunciones en las habilidades visuales relacionadas con el rendimiento escolar del niño y su comportamiento general

1.3 Herramientas y Procedimientos del Tratamiento.

En el desarrollo de la profesión el optómetra dispone de distintos mecanismos de tratamiento y/o intervención en las disfunciones visuales.

- Indicación y adaptación de anteojos ópticos, para la compensación de las ametropías.
- Indicación y adaptación de lentes de contacto, para la compensación de las ametropías.
- Prótesis oculares: indicación y adaptación.
- Indicación y adaptación de ayudas visuales ópticas para pacientes de baja visión.
- Diseño y realización de programas de reeducación visual según requerimiento del paciente.

1.4 Tareas de Prevención del Optómetra..

Evaluaciones visuales a grupos específicos de población.

Evaluaciones visuales en campos profesionales concretos de acuerdo a protocolos.

Evaluación y adaptación de lentes de protección y seguridad (filtros solares, impactos etc.)

Revisiones visuales para obtención, renovación y evaluaciones en permisos de conducción, tanto profesionales, como particulares, seguridad visual.

1.5 Áreas Profesionales del Optómetra.

Dirección técnica de establecimientos de óptica.

Dirección técnica y ejercicio de la profesión en Centros Optométricos.

Servicios de oftalmología públicos y privados.

Centros de cirugía refractiva. Municipalidades, Colegios y Establecimientos Educativos.

Institutos de Prevención y Rehabilitación (Mutual, ACHS, etc.)

Industria de la óptica-oftálmica.

Docencia e investigación.

Ejercicio privado de la profesión.

1.6 El Perfil y las Competencias del Optómetra le Permiten Desempeñarse y Desarrollarse con:

Médicos generales en la atención primaria para evaluación y cuidado de la visión.

Oftalmólogos, profesional con los cuales hay objetivos y afinidades evidentes en algunas áreas, trabajo conjunto complementario.

Pediatras, psicólogos infantiles y educadores, debido a la incidencia que tienen los aspectos visuales en el desarrollo, comportamiento y rendimiento escolar de los niños.

Educadores Especiales.

Psicólogos y Psiquiatras.

Especialistas en Seguridad e Higiene Ambiental (tránsito, laborales, etc.; políticas de cuidado de la visión de los trabajadores y usuarios de computadoras, del puesto de trabajo, ergonomía visual, seguridad etc.)

1.7 Formación Académica y Profesional del Optómetra.

Las competencias específicas de formación han sido y están precisamente establecidas. Las competencias adquiridas en su formación son las determinantes en la labor profesional.

El optómetra está esencialmente formado para dar respuesta a los problemas de salud visual, que requieren una atención oportuna y eficaz, enmarcado en el cuidado primario de la salud visual, capacitado para la evaluación, determinación, diseño y ejecución de las actividades que permitan dar solución y mantención de las condiciones visuales de la población.

El optómetra está formado en ciencias básicas, con un soporte técnico científico en óptica, biológica y visual, estructura ocular, fisiología sistémica y ocular, estructuras en funciones de estado normal y anómalas y en conocimientos especializados propios del optómetra, como la óptica fisiológica, la óptica de los lentes, refracción, ortóptica y pleóptica.

Su formación le permite un manejo integral de la historia optométrica del consultante a fin de corregir, mejorar y reeducar la condición visual del individuo.

2. **Ámbito Académico.**

El ámbito académico internacional considera y acepta a la Optometría, como una disciplina independiente, no médica que debe ser considerada como una profesión sanitaria encargada de velar por el cuidado y protección de la salud visual.

2.2 **Países con Optometría.**

Grado, N° de Universidades- Carácter y duración de la formación académica.

CONTINENTE

EUROPA

PAIS	NOMBRE TÍTULO	NÚMERO UNIVERSIDADES	CARÁCTER	DURACIÓN (años)
España	Dpto. Óptica y Optometría	10	Mixto	3
R.Unido	Bachelor of Science in Otometry	8	Biosanitario	4
Irlanda	Bachelor in Optometry	1	Biosanitario	4
Holanda	Optometria	1	Biosanitario	4
Suecia	Bachelor of Science in Optometry	1	Biosanitario	3
Noruega	Optometria	1	Biosanitario	3
Letonia	Bachelor in Optometry	1	Biosanitario	4
Portugal	Degree in Applied Physics Optometry	3	Técnico	4.5
Italia	Lavea in Ottica e Optometria	1	Técnico	3
Francia	Diploma Universitario de Óptica y Optometría	1	Técnico	2

CONTINENTE

AMÉRICA

PAÍS	NOMBRE TÍTULO	NÚMERO UNIVERSIDADES	CARÁCTER	DURACION (años)
USA	Doctor in Optometry	18	Biosanitario	4
Canadá	Doctor in Optometry	2	Biosanitario	4
Colombia	Optometría	7	Biosanitario	5
México	Licencia en Optometría	1	Biosanitario	5
Ecuador	C. de Optometría	1	Biosanitario	4
Puerto Rico	Doctor in Optometry Bachelor in Optometry	4	Biosanitario	4

CONTINENTE

ASIA

PAÍS	NOMBRE TÍTULO	NÚMERO UNIVERSIDADES	CARÁCTER	DURACION (años)
India	Bachelor in Optometry	8	Biosanitario	4
Nepal	Bachelor in Optometry	1	Biosanitario	4
China	Bachelor in Optometry	5	Biosanitario	4-5
Taiwan	Bachelor in Optometry	3	Biosanitario	4
Singapore	Bachelor in Optometry	1	Biosanitario	4
Irán	N/D	4	N/D	N/D
Japón	N/D	N/D	N/D	N/D

CONTINENTE

OCEANÍA

PAÍS	NOMBRE TÍTULO	NÚMERO UNIVERSIDADES	CARÁCTER	DURACION (años)
Australia	Bachelor in Optometry	5	Biosanitario	
Nueva Zelanda	Bachelor in Optometry	1	Biosanitario	4

CONTINENTE

ÁFRICA

PAÍS	NOMBRE TÍTULO	NÚMERO UNIVERSIDADES	CARÁCTER	DURACION (años)
Sudáfrica	Bachelor in Optometry	1	Biosanitario	4
Ghana	Bachelor in Optometry	2	Biosanitario	4

2.2.1. Análisis de Estudios.

- Como patrón de estudios el más destacado es el del Reino Unido.
- La duración de los estudios es de 5 años (Universidad de Glasgow) y 4 en el resto.
- Los alumnos reciben una formación claramente sanitaria.
- Conocimientos centrados en materias biosanitarias básicas, preclínicas y clínicas. Práctica clínica supervisada con rotación en especialidades (Hospitales, Centros de atención primaria).
- Prácticas supervisadas y controladas por el General Optical Council y el British College of Optometrist.
- Las materias biosanitarias representan entre el 67.86 y el 83.35% de las materias de titulación.

2.3 Perfil Común de las Universidades de Reino Unido.

- Los optometristas son profesionales sanitarios formados para el examen general de los defectos de la visión, alteraciones oculares y los problemas de salud ocular en general.
- Reciben formación para adaptar y suministrar ayudas ópticas, tales como, anteojos, lentes de contacto o ayudas de baja visión.
- Los optometristas son responsables de la detección, diagnóstico y manejo de las alteraciones oculares y la rehabilitación de las diferentes condiciones anómalas del sistema visual.
- Los optometristas proporcionan aproximadamente el 90 % de los cuidados de la atención primaria en el Reino Unido y las profesionales son responsables del 40 % de las derivaciones para la atención secundaria de pacientes al médico oftalmólogo.

2.4. World Council of Optometry.

The World Council of Optometry (WCO) has various membership categories - the three principle categories are listed below:

1. **Associate Membership** is open to the individual, national and regional organizations of a state or individual associations of optometrists of a state with national significance, as defined by the General Delegates Meeting (GDM) and contained in the By-laws.

2. **Affiliate Mernbership** is open to individual organizations and institutions that represent special optometric interests, such as schools and regulatory associations.

3. **Regional Mernbership** is open to regional international organizations or associations of country members within the world region, as defined by the General Delegates Meeting.

As of March 2007, our associate, affiliate and regional members are:

Associate Members	
Country	Organization
Argentina	Asociación Profesional de Optometras
Australia	Optometrists Association Australia
Bahamas	Optometric Association of the Bahamas
Brazil	Cohselho Brasileiro de Optica e Optometria
Canada	Canadian Association of Optometrists
Colombia	FEDOPTO
Germany	Vereinigung Deutscher Contactlinsen-Spezialisten eV Wissenschaftliche Vereinigung fur Augenoptiker und Optometrie Zentralverband der Augenoptiker
Ghana	Ghana Optometrists Association
Greece	Panhellenic Association of Opticians-Optometrists
Hong Kong	Hong Kong Optometric Association Hong Kong Society of Professional Optometrists
India	National Association of Indian Optometrists
Ireland	Association of Optometrists Ireland
Israel	Israel Council of Optometrists
Italy	Federottica
Jamaica	Jamaica Optometric Association
Japan	All Japan Optometric & Optical Association Japan Optometric Association
Lebanon	Syndicat des Opticiens du Liban
Malaysia	Association of Malaysian Optometrists
Mexico	Academia Mexicana de Optometria AC
Nepal	Nepalese Association of Optometrists
Netherlands	Nederlandse Unie van Optiekbedrijven Nederlandse Federatie van Oogzorgberoepen
New Zealand	New Zealand Association of Optometrists
Nigeria	Nigerian Optometric Association
Norway	Norwegian Optometric Association
Philippines	Optometric Association of the Philippines
Portugal	Uniao Profissional dos.Opticos e Optometristas Portugueses
South Africa	South African Optometric Association
Spain	Colegio Nacional de Opticos-Optometristas
Sri Lanka	Sri Lanka Optometric Association
Switzerland	Schweizerischer Berufsverband fur Augenoptiker un Optometrie Schweizerischer Optikerverband
Trinidad & Tobago	Trinidad & Tobago Optometric Association
United Kingdom	Association of Optometrists The College of Optometrists
USA	American Optometric Association

Affiliate Members

Country	Organization
Australia	Optometrists Registration Board Optometry Council of Australia and New Zealand
China	National Optometric Research Center
France	Association of European Universities, Schools & Colleges of Optometry Institut et Centre D'Optometrie
Hong Kong	The Hong Kong-Polytechnic University
India	Bharati Vidyapeeth Deemed~University Medicar College Lotus College of Optometry Indian Institute of _ Paramedical Sciences
Indonesia	Akademi Refrarsi Optisi Surabaya
Korea	Korean Ophthalmic Optics Society
Nigeria	Optometrists and Dispensing Opticians Board of Nigeria
Norway	Buskerud University College - Dept. of Optometry & Visual Science
Palestinian Authority	An-Najah national University
Palestinian	Union of Palestinian Medical Relief Committee Palestinian

Authority	Authority
Perú	Instituto Superior de Optometría y Ciencias Eurohispano
United Kingdom	General Optical Council
USA	American Academy of Optometry Association of Regulatory Boards of Optometry Association of Schools & Colleges of Optometry California Optometric Association College of Optometry at University of Missouri-St. Louis Illinois College of Optometry Indiana University School of Optometry Nova Southeastern University College of Optometry Pacific University College of Optometry Pennsylvania College of Optometry SECO International, LLC Special Olympics Lions Clubs International Opening Eyes SUNY College of Optometry The New England College of Optometry University of Houston College of Optometry VOSH International

Regional Members

Country	Organization
Africa	African Council of Optometry and Optics
Asia Pacific	Asia Pacific Council of Optometry
Europe	European Council of Optometry and Optics
Latin America	Asociación Latinoamericana de Optimetría y Optica
Middle East	No single regional entity
North America	No single regional entity

V. Estudio Comparativo de Salud Visual.

1. RECURSOS HUMANOS: Profesionales Salud Visual en España.

POBLACION = 40.789.000	CANTIDAD PROFESIONALES	PROFESIONALES POBLACION	PROFESIONALES 10.000 HABITANTES
OPTOMETRISTAS	11.148	1 cada 3.659	2.73
OFTALMOLOGOS	5000	1 cada 8.158	1.23
TOTAL	16.148	1 cada 2.526	3.96

1.1 Profesionales de la Salud Visual en Chile (Actual).

Situación con la actual ley que autoriza solamente a los médicos oftalmólogos para que prescriban lentes ópticos.

POBLACION =15.402.000	CANTIDAD PROFESIONALES	PROFESIONALES POBLACION	PROFESIONALES 10.000 HABITANTES
OPTICOS CONTACTOLOGOS/ TEC.MEDICOS OFTALMOGIA (OPTOMETRISTAS)	700	NO AUTORIZADOS	NO AUTORIZADOS
OFTALMOLOGOS	700	1 cada 22.003	0.45
TOTAL AUTORIZADOS	700	1 cada 22.003	0.45

SITUACION ACTUAL SEGÚN SECTOR DE SALUD, PÚBLICA O PRIVADA

SECTOR DE SALUD	CANTIDAD DE TIEMPO DESTINADA	CANTIDAD EQUIVALENTE DE OFTALMOLOGOS
PÚBLICO	26,38 %	185
PRIVADO	73,62	515
TOTAL	100 %	700

Fuente: SOCHIOF, Revista agosto 2003

Por lo tanto, las densidades de profesionales por sector son:

SECTOR	USUARIOS DEL SECTOR	CANTIDAD EQUIVALENTE DE OFTALMOLOGOS	OFTALMOLOGO S/ USUARIOS	OFTALMOLOGOS 10.000 USUARIOS
PUBLICO	12.461.000	185	1 cada 67.357	0.15
PRIVADO ISAPRES	2.941.000	515	1 cada 5.711	1.75
TOTAL	15.402.000	700	1 cada 22.003	0.45

2. Propuesta del Colegio Nacional de ópticos de Chile.

Ampliar la cantidad de profesionales que puedan prescribir lentes ópticos.

a. Propuesta Optometría:

Con las modificaciones propuestas por el Colegio Nacional de ópticos, para que además de los oftalmólogos, se agreguen los tecnólogos médicos en oftalmología y los ópticos -contactólogos (optometristas) a la indicación de lentes ópticos (350 ópticos-contactólogos y 350 tecnólogos médicos en oftalmología).

Estas serían las siguientes:

POBLACION =15.402.000	CANTIDAD PROFESIONALES	PROFESIONALES POBLACION	PROFESIONALES 10.000 HABITANTES
OPTICOS-CONTACTOLOGOS /TEC.MEDICOS OFTALMOGIA (OPTOMETRISTAS)	700	1 cada 22.003	0.45
OFTALMOLOGOS	700	1 cada 22.003	0.45
TOTAL SALUD VISUAL	1.400	1 cada 11.001	0.90

VI. EJEMPLOS PARCIALES DE LA REGLAMENTACIÓN ESPAÑOLA SOBRE CENTRO DE OPTOMETRÍA.

1. **Ópticas:** establecimientos sanitarios donde, bajo la dirección técnica de un diplomado de óptica y Optometría, se realizan actividades de evaluación de las capacidades visuales mediante técnicas optométricas: tallado, montaje, adaptación, suministro, venta, verificación y control de los medios adecuados para la prevención, detección, protección, mejora de la agudeza visual; ayudas en baja visión y adaptación de prótesis oculares externas.

Actividades de los establecimientos de óptica:

- i. A efectos de lo dispuesto en los artículos 1 y 2, los establecimientos de óptica estarán capacitados para efectuar las actividades siguientes:
 - a) Evaluación de capacidades visuales mediante pruebas optométricas.
 - b) Mejora del rendimiento visual por medios físicos, tales como las ayudas ópticas (gafas graduadas, protectoras y filtrantes de las radiaciones solares o lumínicas

de origen natural o artificial, lentes de contacto y otros medios adecuados).

- c) Entrenamiento, reeducación, prevención, higiene visual u otras actividades similares que no supongan alteración anatómica del aparato visual o actos que impliquen tratamientos físico -quirúrgicos, ni procedimientos que exijan el uso o prescripción de fármacos.
- d) Tallado, montaje, adaptación, venta, verificación y control de productos sanitarios ópticos para la prevención, detección, protección, compensación y mejora de la visión.
- e) Ayudas en baja visión por procedimientos extraoculares.
- f) Adaptación individualizada de prótesis oculares.
- g) Aquellas otras actuaciones para las que los Directores Técnicos, Ópticos-Optometristas estén capacitados según su titulación profesional.

ii. Las actividades de los establecimientos de óptica serán incompatibles con cualquier clase de intereses económicos directos en el ejercicio clínico de la oftalmología; igualmente no se podrá desarrollar en los mismos dicho ejercicio profesional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la Ley 25/ 1190, de 20 de diciembre, del Medicamento.

- e) Ópticos - Optometristas: los Diplomados Universitarios en óptica y Optometría desarrollan las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.

ANEXO 2

HOMOLOGACION DE TRAMOS DE EDAD DEL ESTUDIO REALIZADO EN ESPAÑA
PARA COMPATIBILIZARLO CON LA INFORMACION DISPONIBLE DEL INE

La información disponible en el INE es la siguiente:

ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS

1.21-04 Población estimada al 30 de junio, por sexo. Según grupos de edad. País 2001.

Población estimada al 30 de junio GRUPO DE EDAD.

TOTAL	Ambos sexos 15.401.952	Hombres 7.626.482	Mujeres 7.775.470
0 a 4- años	1.433.549	729.874	703.675
5 a 9 años	1.455.925	740.913	715.012
10 a 14 años	1.432.316	728.649	703.667
15 a 19 años	1.307.689	664.537	643.152
20 a 24 años	1.211.111	613.513	597.598
25 a 29 años	1.203.852	606.719	597.133
30 a 34 años	1.214.723	609.727	604.996
35 a 39 años	1.208.714	603.425	605.289
40 a 44 años	1.080.445	536.885	543.560
45 a 49 años	89.701	442.397	453.304
50 a 54 años	738.082	360.626	377.456
55 a 59 años	615.180	295.419	319.761
60 a 64 años	481.711	226.006	255.705
65 a 69 años	393.622	177.572	216.050
70 a 74 años	310.058	133.383	176.675
75 A 79 años	212.516	85.171	127.345
80 años y más	206.758	71.666	135.092

Fuente: INE-CELADE, Chile, estimaciones y...,1950-2050,....., op. Cit.

Para hacer la homologación se hace el supuesto general que dentro de cada tramo considerado por el INE la población se distribuye en forma lineal.

Tramos del estudio realizado en Colombia:

- A. Primer tramo de 0 hasta 14 años
A este primer tramo le corresponde la suma de los 3 tramos que van de los 0 hasta 14 años del INE, hombres y mujeres.
- B. Segundo tramo desde 15 años hasta 24 años.
A este segundo tramo le corresponde la suma de los 2 tramos que van de los 15 años hasta los 24 años del INE, hombres y mujeres.
- C. Tercer tramo desde 25 hasta 44 años.
A este tercer tramo le corresponde la suma de los 4 tramos que van de los 25 hasta los 44 años del INE, hombres y mujeres.
- D. Cuarto tramo desde 45 años y más.
A este cuarto tramo le corresponde la suma de los 8 tramos que van desde los 45 años en adelante del INE, hombres y mujeres.

El resultado de esta redistribución en nuevos tramos compatible con el estudio

realizado en España es el siguiente:

TRAMOS DE EDAD HOMOLOGADOS

TOTAL	15.401.952
0 a 14 años	4.321.790
15 - 24 años	2.518.800
25 - 44 años	4.707.734
45 años y más	3.853.628

ANEXO 1

HOMOLOGACION DE TRAMOS DE EDAD DEL ESTUDIO REALIZADO
COLOMBIA PARA COMPATIBILIZARLO CON LA INFORMACION DISPONIBLE
DEL INE

La información disponible en el INE es la siguiente:
ESTADISTICAS DEMOGRAFICAS
1.21-04 Población estimada al 30 de junio, por sexo. Según grupos de edad. País
2001.

Población estimada al 30 de junio GRUPO DE EDAD.

TOTAL	Ambos sexos 15.401.952	Hombres 7.626.482	Mujeres 7.775.470
0 a 4 años	1.433.549	729.874	703.675
5 a 9 años	1.455.925	740.913	715.012
10 a 14 años	1.432.316	728.649	703.667
15 a 19 años	1.307.689	664.537	643.152
20 a 29 años	1.203.852	606.719	597.133
30 a 34años	1.214.723	609.727	604.996
35 a 39 años	1.208.714	603.425	605.289
40 a 44 años	1.080.445	536.885	543.560
45 a 49 años	895.701	442.397	453.304
50 a 54 años	738.082	360.626	377.456
55 a 59 años	615.180	295.419	319.761
60 a 64 años	481.711	226.006	255.705
65 a 69 años	393.622	177.572	216.050
70 a 74 años	310.058	133.383	176.675
75 a 79 años	212.516	85.171	127.345
80 años y más	206.758	71.666	135.092

Fuente: INE-CELADE, Chile, estimaciones y ...,1950-2050,,,,, op. cit.

Para hacer la homologación se hace el supuesto general que dentro de cada tramo considerado por el INE la población se distribuye en forma lineal.

Tramos del estudio realizado en Colombia:

- A. Primer tramo de 0 hasta 1 años
A este primer tramo le corresponde 1 quinto del tramo 0 a 4 años del INE, hombres y mujeres.
- B. Segundo tramo desde 1 año hasta 5 años.
A este segundo tramo le corresponde 4 quintos del tramo 0 a 4 años y 1 quinto del tramo 5 a 9 años del INE, hombres y mujeres.

- C.- Tercer tramo desde 5 hasta 14 años.
A este tercer tramo le corresponde 4 quintos del tramo 5 a 9 años y todo el tramo 10 a 14 años *del* INE, hombres y mujeres.
- D. Cuarto tramo desde 15 hasta 44 años solo hombres.
A este cuarto tramo le corresponde la suma de los 6 tramos que van desde los 15 a 44 años del INE, solo hombres.
- E. Quinto tramo desde 15 hasta 44 años solo mujeres.
A este quinto tramo le corresponde la suma de los 6 tramos que van desde los 15°a 44 años del INE, solo mujeres.
- F. Sexto tramo desde 45 hasta 59 años.
A este sexto tramo le corresponde la suma de los 3 tramos que van desde los 45 a 59 años del INE, hombres y mujeres.
- G. Séptimo tramo desde 60 años y más.
A este séptimo tramo le corresponde la suma de los 5 últimos tramos que van desde los 60 años en adelante del INE, hombres y mujeres.

El resultado de esta redistribución en nuevos tramos compatible con el estudio realizado en Colombia es el siguiente:

TRAMOS DE EDAD HOMOLOGADOS

TOTAL	15.401.952
0 a 1 años	286.710
1 a 5 años	1.438.024
5 a 14 años	2.597.056
15 a 44 años Hombres	3.634.806
15 a 44 años Mujeres	3.591.728
45 a 59 años	2.248.963
60 años y más	1.604.665

PAISES CON OPTOMETRIA

PAISES AMÉRICA DEL SUR

País	Población	Cantidad Oftalmólogos	Cantidad Optómetras	Oftalmólogos por 10.000 hab.	Optómetras por 10.000 hab.	Total Por 10.000 hab
Argentina	36.027.041	5.000	0	1.39	0.00	1.39
Brasil	160.000.000	8.000	0	0.50	0.00	0.50
Chile	15.500.000	700	0	0.45	0.00	0,45
Colombia	42.310.775	1.049	2.829	0.25	0.66	0.91

PAISES AMÉRICA DEL NORTE

País	Población	Cantidad Oftalmólogos	Cantidad Optómetras	Oftalmólogos por 10.000 hab.	Optómetras por 10.000 hab.	Total Por 10.000 hab
Estados Unidos	250.000.000	18.500	32.000	0.74	1.28	2.02
Canadá	31.825.416	1.059	5.000	0.33	1.57	1.90

PAISES DE EUROPA

País	Población	Cantidad Oftalmólogos	Cantidad Optómetras	Oftalmólogos por 10.000 hab.	Optómetras por 10.000 hab.	Total Por 10.000 hab
España	40.789.000	5.000	11.148	1.23	2.73	3.96
Reino Unido	59.009.000	3.000	8.870	0.51	1.50	2.01
Alemania	81.827.000	5.169	9.500	0.63	1.16	1.79
Italia	57.523.000	7.000		1.22	0.00	1.22
Francia	60.940.000	5.345		0.88	0.00	0.88
Portugal	10.803.000	700		0.65	0.00	0.65

PAISES DE OCEANIA

País	Población	Cantidad Oftalmólogos	Cantidad Optómetras	Oftalmólogos por 10.000 hab.	Optómetras por 10.000 hab.	Total Por 10.000 hab
Australia	19.731.984	800	3.738	0.40	1.89	2.29

Es por lo antes expuesto, por la importancia que esta situación implica, y por las inexistencia de esto en nuestra legislación, que tengo el Honor de someter a la consideración de esta H. Cámara el siguiente

Proyecto de Ley

Artículo único.- Modifícase el Código Sanitario de la siguiente manera:

a) Inclúyase, en el artículo 113 como párrafo tercero, lo siguiente:

"Los servicios profesionales del Optómetra están dirigidos a la detección y compensación de los vicios de refracción ocular a través de su medida instrumental; a la indicación, adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas; y a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual. Dentro de las actividades profesionales del optómetra se encuentran la evaluación, detección, tratamiento y prevención de las disfunciones visuales. Los optómetras al realizar el examen ocular podrán utilizar aquellos fármacos para el diagnóstico de uso tópico que sean necesarios. Cuando estos profesionales presten sus servicios a personas que al ser examinadas, evidencien la presencia de patología ocular, o sistémicas con manifestaciones oculares, deberán derivar de inmediato al paciente a un médico especialista, pudiendo colaborar con este en la atención del enfermo para su rehabilitación si así se requiriese. Sin perjuicio de lo anterior, podrán utilizar y prescribir fármacos de uso tópico para tratar las afecciones de los anexos oculares y polo anterior del ojo."

b) Reemplázase el artículo 120 por el siguiente:

"Los profesionales señalados en el artículo 112 de este Código no podrán ejercer su profesión y tener intereses comerciales que digan relación directa con su actividad, en establecimientos destinados a la importación, producción, distribución y venta de productos farmacéuticos, aparatos ortopédicos, prótesis y artículos ópticos, a menos que el Colegio respectivo emita en cada caso un informe estableciendo que no se vulnera la ética profesional. Exceptúanse de esta prohibición los químico-farmacéuticos, farmacéuticos y optómetras."

c) Reemplázase el artículo 124 por el siguiente:

"Los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, matronas y optómetras podrán, para el ejercicio de su profesión, mantener existencia de productos farmacéuticos para ser administrados por ellos."

d) Reemplazase, en artículo 128, el párrafo 1° de la siguiente manera:

"Sólo en los establecimientos de óptica podrán fabricarse, venderse y entregarse lentes con fuerza dióptrica y lentes de contacto con o sin fuerza dióptrica de acuerdo con las especificaciones dadas por el profesional competente."

e) Derógase el párrafo 2° del artículo 128.

f) Reemplázase, en el artículo 129, su último párrafo de la siguiente manera:

"La dirección técnica de los establecimientos señalados en el inciso primero, estará a cargo de profesionales con las competencias que, en cada caso determine el Servicio Nacional de Salud."

e) Agrégase un artículo transitorio de la siguiente manera:

Los ópticos, Contactólogos y Tecnólogos Médicos mención oftalmología, estarán autorizados durante un plazo de 7 años, a contar de la fecha de publicación de esta ley, a refraccionar, determinar e indicar las ayudas ópticas necesarias para corregir o compensar los vicios de refracción; miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia.

Se deberá indicar al paciente que fue determinada sólo su condición refractiva y por lo tanto deberá ser evaluado por un especialista que permita prevenir riesgos para la salud ocular.