

LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES EN ATENCIÓN PRIMARIA

EL ORIGEN DE UN GRAN PROBLEMA

En el año 2020, la Asamblea Mundial de la Salud refrendaba el Informe Mundial de la Visión¹ para que los poderes públicos centrasen la salud visual en el cuidado integral de los ojos, y en concreto, en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la visión.

Ángel Salmaador Martín. PhD, Sociólogo

Andrés Gené Sampedro. PhD, Col. 3.983

Juan Carlos Martínez Moral. Col. 1.834, MSc, FAAO

La salud ocular y la visión tienen amplias y profundas implicaciones en muchos aspectos de la vida, la salud, el desarrollo sostenible y la economía. Sin embargo, hoy en día, muchas personas, familias y poblaciones siguen sufriendo las consecuencias de un acceso deficiente, por falta de medios, a una atención visual de calidad y asequible, lo que conduce a la pérdida de visión y a la ceguera.

La visión como un determinante de la salud

Las afecciones visuales, la mayoría de ellas subsanables, perturban durante todas las etapas de la vida, siendo los niños pequeños y las personas mayores los más particularmente afectados. Las mujeres, las poblaciones ru-

rales y los grupos étnicos minoritarios tienen más probabilidades de padecer una deficiencia visual, y es necesario abordar esta desigualdad generalizada, dado que las deficiencias visuales tienen un efecto negativo en la calidad de vida, reducen la movilidad, afectan al bienestar mental, agravan el riesgo de demencia, aumentan las caídas y los accidentes de tráfico, incrementando la necesidad de atención social y, en última

instancia, provocan una mayor mortalidad. Todo ello implica que la pérdida de visión nos afecte a todos en mayor o menor medida dado que tiene importantes consecuencias económicas para las personas, las familias y las comunidades afectadas.

Por el contrario, fomentar la prevención, la promoción y la optimización de la visión de



CONSECUENCIAS DE LA PRECARIEDAD DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES EN ATENCIÓN VISUAL PRIMARIA

Cada año se producen 2.500.000 de derivaciones desde Atención Primaria a Atención Especializada Oftalmológica. Algunos estudios⁴, estiman en un 30% la capacidad de filtro que tienen los ópticos-optometristas en población adulta (problemas relacionados con agudeza visual), dentro del conjunto de consultas en el ámbito de la Atención Primaria. En el caso de población infantil, los datos vienen a indicar que el 76%⁵ de los problemas oftalmológicos se relacionan con problemas refractivos. Así pues, la incorporación del óptico-optometrista

ahorraría más de un millón de derivaciones a oftalmología. Recordemos que la espera en oftalmología, para consultas externas, durante el último semestre de 2022, fue de 74 días.

La salud visual es una parte integral y esencial de la salud que afecta muy directamente a la calidad de vida, tanto por su relación con funciones fisiológicas de gran importancia, como por su impacto psicosocial. Por ello, resulta imprescindible incluir los servicios del óptico-optometrista en la Atención Primaria, ya que van mucho más allá de la mera medición de la agudeza visual.



la población facilita muchas actividades de la vida diaria, permitiendo afrontar con mayor garantía el aprendizaje educativo, aumentar la productividad laboral y la autoestima en todas las edades, especialmente en personas mayores, reduciendo la desigualdad por causa visual y los problemas asociados a esta.

Una cobertura de salud visual con grandes deficiencias

La cobertura de la salud visual es una gran olvidada de Sistema Nacional de Salud (SNS). El RD 1030/2006 que estableció la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS), no desarrolla una cobertura específica en "Atención Primaria en Salud Visual" presentando algún contenido exclusivamente centrado en los procedimientos diagnósticos para la agudeza visual y fondo de ojo, así como la detección precoz de los problemas de visión de la población infantil.

La precariedad de las prestaciones proporcionadas por el SNS en Atención Primaria es percibida claramente por los ciudadanos. Según un reciente estudio, solamente el 12% de la población española acude a los Centros de Salud a revisar su visión y en consecuencia esta situación hace que un 30% no revise periódicamente su visión². Debería ser inasumible para todos los responsables políticos y administraciones públicas que, un país que presume de uno de los mejores sistemas de salud de financiación pública, deje el sentido máspreciado para el 92% de los ciudadanos en manos de la iniciativa privada (88%).

¿Qué es la cartera de servicios comunes del SNS?

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y

tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por otro lado, la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, señala, en su artículo 3.2, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectivas. Por su parte, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 16/2003, de 28 de mayo, en su artículo 7.1 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.

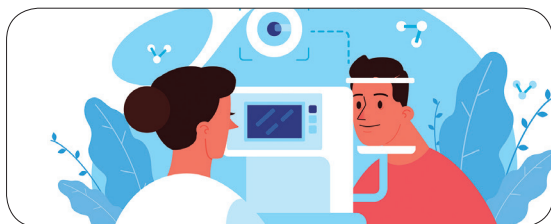
De esta forma, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre³, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Así pues, siendo la atención sanitaria una actividad dependiente de cada uno de los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas, lo que pretendió esta ley fue establecer unas condiciones mínimas que garantizaran una atención homogénea en todo el territorio nacional, dejando abierta la posibilidad a que dichas prestaciones fueran ampliadas en función del ámbito territorial.

La cartera de servicios comunes en atención primaria

Teniendo en cuenta que nuestro SNS tiene una estructura piramidal, en donde la base, atención primaria, debe ocuparse de resolver el 80% de los problemas de salud con la mayor eficiencia, es decir con la menor relación coste/beneficio, en el ANEXO II del Real-Decreto, se establece para la cartera de servicios comunes en atención primaria: "la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando ↩

5 TIPS QUE DEBERÍAN CONOCER LOS RESPONSABLES POLÍTICOS



1 DAR LA IMPORTANCIA QUE SE MERECE A LA SALUD VISUAL DE LOS CIUDADANOS.



2 UTILIZACIÓN ADECUADA DE LOS RECURSOS EXISTENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA: MÉDICOS, PEDIATRAS Y ENFERMERAS.



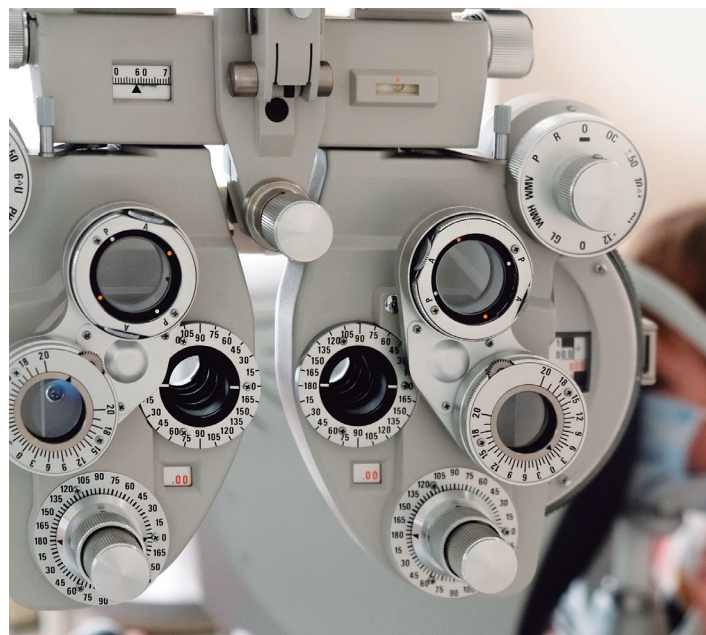
3 INCORPORACIÓN DEL ÓPTICO-OPTEMETRISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA.



4 IMPLEMENTAR NUEVOS SERVICIOS EN SALUD VISUAL A LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES EN ATENCIÓN PRIMARIA.



5 LIBERAR RECURSOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA, CON EL FIN DE EVITAR LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA Y EN CONSULTAS EXTERNAS.



como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social".

Atención visual primaria

En el apartado 2.1: Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, epígrafe e) encontramos como intervención diagnóstica en Atención Primaria: Medición de la agudeza visual y fondo de ojo.

Esto, podría parecer una broma para cualquier óptico-optometrista, pero no lo es. Es la realidad. Tanto es así que los médicos de atención primaria consideran que la demanda asistencial por problemas relacionados con la visión es muy o bastante frecuente (75%) y que la cartera de servicios comunes en salud visual, ofertada por el Sistema Nacional de Salud en Atención Primaria, es insuficiente (79%), que no cuenta con las herramientas adecuadas para valorar el estado de la visión en sus pacientes (93%) y que las derivaciones a oftalmología suponen una sobrecarga de trabajo (91%). Según su opinión, el óptico-optometrista es el profesional idóneo para los trastornos refractivos o de visión binocular (88%)².

Los avances en el sistema de atención sanitario en cualquier sociedad actual deben incluir una óptima atención visual: adecuada, eficaz y eficiente. Allí, el soporte optométrico es fundamental para satisfacer los requerimientos visuales específicos y para planear una correcta toma de decisiones clínicas

Cartera de servicios propuesta en población infantil

Desde la Sociedad Española de Optometría, la cartera que servicios que se propone, según el grupo etario, es la siguiente²:

a) 0-3 años: agudeza visual (AV) con test de mirada



preferencial (TMP), si es posible, test de Hirschberg, test de Krinsky, cover test, retinoscopia, motilidad extrínseca, estereopsis.

b) 3-6 años: AV, cover test, retinoscopia estática, fusión sensorial, motilidad extrínseca, punto próximo de convergencia (PPC) y estereopsis.

c) 6-9 años: AV, retinoscopia estática, cover test, motilidad extrínseca, PPC, fusión sensorial, estereopsis, refracción subjetiva.

d) 9-14 años: AV, retinoscopia estática, cover test, motilidad extrínseca, PPC, fusión sensorial, estereopsis, refracción subjetiva.

En base a los datos disponibles, las prevalencias estimadas de los principales trastornos en relación a salud visual infantil utilizadas en el presente informe han sido⁷⁻⁹.

- Ambliopía: 2-5%.
- Estrabismo: 2-3%.
- Miopía: 11-13%.
- Defectos de refracción potencialmente compensables: 20%.
- Disfunciones binoculares no estrábicas: 15%.
- Patologías oculares severas: < 1%.

Población adulta

Definición de los grupos etarios subsidiarios una propuesta global de intervención en salud visual en unidades de optometría en atención primaria o externalización de servicios².

Se han contemplado los siguientes intervalos de edad prioritarios, debido a sus propias características en relación a salud visual:

a) 40-65 años: inicio y afianzamiento de la presbicia. Riesgo de glaucoma primario ángulo abierto (GPAA).

b) 65 años en adelante: aparición de cataratas y degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

Cartera de servicios propuesta en población adulta

a) AV, refracción, coordinación motora y sensorial binocular, evaluación del polo anterior con BMC, toma

de presión intraocular (PIO) y evaluación del fondo de ojo, rejilla de Amsler.

b) Retinografía y/o tomografía de coherencia óptica (OCT).

Estimación de prevalencias de principales trastornos a detectar

Las prevalencias estimadas de los principales trastornos en relación a salud visual en adultos utilizadas en el presente Informe han sido^{10,11}:

- Presbicia: 30-40%.
- Miopía: 22-28%.
- Hipermetropía: 10%.
- Astigmatismo 24%.
- Cataratas: 5-8%.
- DMAE: 30% a partir de los 80 años.
- GPAA: 2-3% a partir de los 45 años, incremento anual del 1% a partir de 65 años y hasta 10% cuando existen antecedentes familiares.

Como conclusión deben realizarse acciones permanentes para mejorar el control de los problemas de salud visual, como también trazar estrategias a corto y medio plazo para su adecuado manejo. 

Bibliografía

1. Informe mundial sobre la visión. ISBN 978-92-4-000034-6. Organización Mundial de la Salud 2020.
2. Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas. *Libro Blanco de la Salud Visual en España 2022*. ISBN: 978-84-1239982-1-3. Madrid, 2022.
3. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212.
4. De Prado Prieto L, et al. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Atención Primaria*. 2005;35(3):146-51.
5. Contreras Balada N, et al. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 2015; 17: e13-e20.
6. Gené Sampedro A. Red Epidemiológica Iberoamericana en Salud Visual y Ocular (REISVO): sin fronteras. *Cien. Tecnol. Salud Vis Ocul*. 2015;(1): 7-8. doi: <https://doi.org/10.19052/sv.3369>.
7. Universidad Europea de Madrid. Prevalencia de errores refractivos en niños de 5 a 7 años. Madrid, 2018. Alain Afflelou.
8. Delgado Domínguez JJ. Detección de trastornos visuales. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2005*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 189-200.
9. García Aguadi J, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, Martínez Rubio A, Mengual Gille JM, et al. Cribado de alteraciones visuales (parte 1). *Rev Pediatr Aten Primaria*, 2014; 16: e173-e194.
10. Mayorga-Corredor MT, Brusi L, Argüello L, Alberdi A, Bergamini J, et al. Informe de la salud visual y ocular de los países que conforman la Red Epidemiológica Iberoamericana para la Salud Visual y Ocular (REISVO), 2009 y 2010. *Cien. Tecnol. Salud. Vis. Ocul*; 2015: 13: 11-43.
11. Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas. *Libro Blanco de la Salud Visual en España 2019*. ISBN: 978-84-94572-7-6. Madrid, 2019.