

# ATENCIÓN PRIMARIA

## PIEDRA ANGULAR DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ángel Salmador Martín. PhD, Sociólogo  
José M. Valdés Alonso. Periodista

La Constitución Española en el Título I, art. 43, recoge el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos a organizar la salud pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios. Conformada así la Salud como un derecho objeto de protección constitucional, la prestación los servicios sanitarios es responsabilidad de los poderes públicos, de acceso universal para todos los ciudadanos y gratuito. Por ello, en 1989, se crea un ente que engloba todas las prestaciones que el legislador entendió que preservaban el mandato constitucional, el Sistema Nacional de Salud.

Lógicamente, el Sistema Nacional de Salud (SNS), no generó nuevas estructuras socio-sanitarias sino que asumió las diferentes estructuras sanitarias que existían antes de su creación y que tenían orígenes tan diversos como la protección a los trabajadores (seguro obligatorio de enfermedad) o la beneficencia para los desprotegidos.

### GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

Esto supone un enorme gasto público y el empleo de más de medio millón de trabajadores. El gasto público en sanidad en España creció 3.203 millones en 2019, es decir un 1,22%, hasta 79.315,8 millones de euros, con lo que representó el 15,28% del gasto público total. Esta cifra supone que el gasto público en sanidad en 2019 alcanzó el 6,37% del PIB, una subida 0,04 puntos respecto a 2018, en el que fue el 6,33% del PIB. En 2019, España se mantuvo en la misma posición en el ranking de países por importe invertido en sanidad, en el puesto 10. En cuanto a su proporción respecto al PIB, ha mantenido su posición en el puesto 26. Para hacernos una idea más clara de lo que esto supone, el gasto por habitante en España es de 1.656 €, en Alemania de 3.913 €, en Francia de 3.319 €, en Italia de 1.872 € y en Reino Unido de 2.753 €. Estas cifras variarán de forma significativa con el impacto



de la COVID-19 en el PIB y en el gasto sanitario. Ahora bien, resulta evidente que el gasto público en sanidad en España es inferior al que le correspondería por su PIB, respecto a otros países de la Unión Europea. Alemania (9,7%), Francia (9,4%), Reino Unido (7,8%), Italia (6,4%). El sistema sanitario italiano es un sistema nacional de salud similar al español. Sin embargo, los profesionales sanitarios son autónomos y existe copago en pruebas diagnósticas y de laboratorio, por lo que la cifra real de gasto es un 17% superior, llegando al 9,2% del PIB.

Así pues, la primera idea que debemos tener en cuenta es que, a pesar de la insistente complacencia con nuestro SNS, es un sistema con una dotación de recursos económicos muy por debajo de sus necesidades que, como veremos tiene su impacto en los servicios prestados. La primera y más evidente es la pérdida de capital humano. Formamos excelentes profesionales sanitarios que, debido a la precariedad laboral, ejercen en otros países de la Unión Europea.

LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA

Aunque tenemos un SNS, en España, conforme al principio de descentralización promulgado por la Constitución y tras la disolución del INSALUD en 2002, las competencias sanitarias están

transferidas a cada una de las comunidades autónomas. El Gobierno central tan solo presta este servicio directamente en Ceuta y Melilla, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y realiza labores de coordinación generales y básicas entre las distintas comunidades. En la práctica, tenemos 17 sistemas de salud independientes, bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad.

Cada Comunidad Autónoma asigna y distribuye recursos según sus propios criterios. Así, el rango o la dependencia de algunos servicios, son distintos según la autonomía (sanidad ambiental, vigilancia epidemiológica, sanidad alimentaria, etc.) Esto supone un beneficio a la hora de proporcionar asistencia adaptada a las necesidades reales de la población y un inconveniente cuando tenemos que dar una respuesta conjunta a un problema de salud pública, como ha ocurrido con la pandemia COVID-19.

### **CARTERA DE SERVICIOS COMUNES**

Con el fin de homogeneizar las prestaciones del sistema, se ha creado la cartera de servicios comunes, es decir, aquellas prestaciones que, como mínimo ha de prestar cualquier servicio regional de salud, dictando una norma para que el contenido de esta cartera pueda adecuarse a los avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de la población cubierta por el SNS. Este procedimiento deberá ser suficientemente ágil para evitar que la intervención pública constituya una barrera que dificulte que los usuarios se beneficien de los avances científicos y tecnológicos, y habrá de garantizar que ninguna nueva técnica, tecnología o procedimiento clínico relevante se generalice en el sistema sin una previa evaluación pública de su seguridad, eficacia, coste y utilidad.

De todo ello se desprende la importancia de esta norma que, recogiendo los principios establecidos en la Constitución Española y en diversas leyes, pretende garantizar la protección de la salud, la equidad

## **EL SNS SE ESTRUCTURA EN DOS ENTORNOS O NIVELES ASISTENCIALES: ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA**



y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria, a la que tienen derecho todos los ciudadanos independientemente de su lugar de residencia, haciendo efectivas las prestaciones a través de la cartera de servicios comunes del SNS, en la que se recogen las técnicas, tecnologías o procedimientos que en estos momentos cubre el citado Sistema.

### **ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA**

El SNS se estructura en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa.

La atención primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos que supuestamente dan respuesta al 80% de la demanda asistencial. Los dispositivos asistenciales principales son los Centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas.

Dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, llegando físicamente hasta el domicilio del ciudadano cuando es necesario.

La atención especializada se presta en Centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de atención primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global. Ello permite que la ↵



↪ continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente. Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre unas demarcaciones demo-geográficas delimitadas, las Áreas de Salud, que establece cada comunidad autónoma teniendo en cuenta factores de diversa índole pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios.

Las áreas de salud se subdividen, a su vez, en zonas básicas de salud que son el marco territorial de la atención primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Cada área dispone de un hospital general como referente para la atención especializada. En algunos servicios de salud existen estructuras organizativas intermedias entre el área de salud y la zona básica.

Sin embargo, esta estructura teórica tiene muchas excepciones, fundamentalmente porque muchos de sus servicios fueron creados antes que el SNS y es imposible hacerlos corresponder con zonas demo-geográficas lógicas. La Comunidad de Madrid tiene un área sanitaria única que comprende todo el territorio autonómico, con 286 zonas básicas de salud y siete direcciones asistenciales que comprenden un reducido número de calles.

En las grandes ciudades, las zonas básicas de salud son áreas geográficas confusas definidas por criterios demográficos para alcanzar una cobertura poblacional determinada. En los núcleos de población pequeños se corresponden con el municipio o con varios municipios.

### **ATENCIÓN PRIMARIA**

La atención primaria es la piedra angular del sistema. Con la excepción de la atención urgente o

el soporte vital, es la puerta de entrada a la atención sanitaria pública. Así pues, a la atención especializada únicamente se puede llegar a través de la atención primaria.

En nuestro país tenemos 3.055 centros de salud y 10.067 consultorios locales. Los consultorios locales son una estructura básica de atención primaria en las zonas especiales de salud (zonas de especial dificultad orográfica o de dispersión de la población). Nuestra atención primaria cuenta 86.641 profesionales, de ellos 29.086 son médicos de familia, 6.415 pediatras, 30.499 enfermeras y 20.641 personal no sanitario.

El gasto medio que dedicado a la atención primaria es realmente bajo, 13,9 % del gasto sanitario total. El gasto por habitante, varía mucho de una Comunidad Autónoma a otra, a la cabeza están Cantabria (263 €), Extremadura (257 €) y Castilla y León (243 €) y en la cola, Madrid (144 €), Andalucía (1565 €) e Islas Baleares (168 €). Comparativamente, se dedica mucho dinero a la asistencia hospitalaria (56%). Recordemos que, de la atención primaria depende la atención comunitaria o de proximidad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, concebida como un muro de contención para impedir que la mayor parte de la demanda asistencial llegue directamente a la atención especializada.

Una organización adecuada de la atención primaria:

- Posibilita actuaciones en promoción de la salud y en prevención de la enfermedad al estar en contacto con la comunidad.
- Facilita el acceso de los ciudadanos a la sanidad pública.
- Permite adaptar la oferta de asistencia sanitaria a la demanda real de la población según sus características sociodemográficas.
- Minimiza el gasto en la atención especializada, cuyos costes de infraestructura, recursos humanos y tecnologías diagnósticas son infinitamente superiores.

En definitiva, queda claro que sin una correcta atención primaria, nuestro SNS funcionará de forma deficiente. Y la pregunta es ¿tenemos la atención primaria que necesitamos? La respuesta una negativa rotunda y sin paliativos, por los siguientes motivos:

- El gasto dedicado a este nivel de es muy reducido y se ha precarizado en los últimos años. Ya antes de la COVID-19, el Foro de Médicos de Atención Primaria exigía un aumento del 6%, con el fin de llegar al 2020 con un aumento del gasto hasta el 20% y del 25% para el 2025.
- El envejecimiento de la población junto con la falta de promoción de hábitos saludables, ha tenido como consecuencia un crecimiento exponencial de las enfermedades crónicas. Como su


nombre indica, son enfermedades de larga duración y evolución lenta que requieren un seguimiento continuo por parte de la Atención Primaria y saturan este nivel. Aproximadamente el 45% de la población española mayor de 16 años, sufre alguna enfermedad crónica.

- En 10 años, España perderá 16.000 médicos, según estimaciones de la Organización Médica Colegial (OMC). El déficit de médicos de familia y pediatras se multiplicará si se tiene en cuenta que un alto porcentaje de ellos están en edades próximas a la jubilación y que la tasa de reposición no está paliando la situación. Se estima que en los próximos cinco años se jubilará el 40% de los médicos de atención primaria. El 30% de las plazas de pediatras en atención primaria no está cubierta por especialistas en pediatría.
- Seguimos un modelo obsoleto, excesivamente medicalizado y corporativista que dificulta la incorporación de profesionales sanitarios no médicos al sistema, con la secular excepción de enfermería, aunque resulte obvio que su incorporación paliaría la falta de médicos y enfermeras, mejoraría la eficiencia y contribuiría a poder hacer frente a la demanda de las enfermedades crónicas.

## ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD VISUAL

La cartera de servicios comunes en atención primaria únicamente contempla la medición de la agudeza visual y el fondo de ojo, que se realizan con una gran precariedad de recursos por los médicos de familia y por los pediatras en centros de salud y consultorios locales.

Esto ocasiona que las derivaciones a atención especializada, oftalmología, sean las más frecuentes. Cada año, estos profesionales realizan más de un millón de derivaciones a oftalmología, siendo el 76% de ellas por trastornos de la agudeza visual, lo cual genera un coste de más de 70 millones de euros al sistema y una saturación de los servicios de atención especializada oftalmológica. El 93% de los médicos de familia considera que no tiene las herramientas adecuadas para valorar el estado de la visión de sus pacientes y el 79% que la cartera de servicios comunes en salud visual es insuficiente.

Para el Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas, la solución a esta caótica situación de la salud visual en nuestra atención primaria pasa por la integración de los ópticos-optometristas en los centros de salud o por acuerdos de colaboración con pago por capitación con los Establecimientos Sanitarios de Óptica. 

## PREGUNTAMOS AL EXPERTO



**JUAN CARLOS MARTÍNEZ MORAL**  
Presidente del CGCOO

### DESDE EL CGCOO ¿CÓMO VALORAN LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?

Desde el ámbito de la salud pública, tras la irrupción de la pandemia COVID-19, es evidente que necesitamos una reforma en profundidad del Sistema Nacional de Salud, potenciando la Atención Primaria y la prevención sobre la asistencia. Pero además, es necesario poner en valor la gran cantidad espacios que actualmente se están cubriendo desde la iniciativa sanitaria privada. En este sentido, los ópticos-optometristas estamos atendiendo desde nuestros establecimientos la mayor parte de la demanda salud visual de los ciudadanos, desatendida por el sistema público.

**Necesitamos una reforma en profundidad del SNS**

### ¿CONSIDERA QUE EL ÓPTICO-OPTOMETRISTA DEBERÍA INTEGRARSE EN LA SANIDAD PÚBLICA?

Estamos en el siglo XXI, frente a una gran complejidad en cuanto a la prevalencia de los problemas de salud y una gran capacidad de respuesta por parte de diversos profesionales sanitarios. Así que mi respuesta es contundente: el óptico-optometrista debe integrarse en la sanidad pública de forma inmediata.

### ¿CUÁL SERÍA EL SU ÁMBITO DE ACTUACIÓN?

El que llevamos ejerciendo desde hace años desde la iniciativa privada, la atención primaria. El óptico-optometrista es por definición un profesional sanitario de atención primaria, nivel desde el que puede mejorar la eficiencia del sistema. Aunque también sus competencias profesionales pueden mejorar la eficacia de la atención especializada oftalmológica.

### ¿CÓMO DEBERÍA REALIZARSE ESTA INTEGRACIÓN?

Nuestro país tiene 17 servicios regionales con total autonomía para su gestión. Por ello, nosotros hemos propuesto dos modelos de integración, un modelo de concertación a través de acuerdos con los Establecimientos Sanitarios de Óptica y un modelo de creación de Unidades de Optometría adscritas a los Centros de Salud. Ambos modelos son válidos y su elección depende de cuestiones relacionadas con la política sanitaria implementada por cada una de las Comunidades Autónomas.

### ¿QUÉ ACCIONES SE ESTÁN REALIZANDO PARA LLEVAR A CABO ESTE OBJETIVO?

Desde el CGCOO hemos realizado un estudio exhaustivo sobre el impacto que tendría la integración de los ópticos-optometristas en el Sistema Nacional de Salud, llegando incluso a cuantificar los recursos necesarios y el ahorro económico que supondría. Ahora, siguiendo nuestro modelo sanitario, las negociaciones con las distintas administraciones se realiza desde los Colegios Autonómicos y Delegaciones Regionales. El CGCOO coordinará las acciones e iniciará la interlocución con el Ministerio de Sanidad, Presidencia del Gobierno, Partidos Políticos y Sociedades Médicas.

## CUESTIONES A COLEGIOS AUTONÓMICOS DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS

**El CNOO cuenta con 7.505 colegiados ejercientes, de los cuales 189 trabajan en hospitales o clínicas del SNS.**

### > Desde el CNOO ¿Cómo se valora y cómo debería producirse la integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública?

En toda empresa, ya sea pública ó privada, se busca la rentabilidad y la eficacia. Los Servicios de oftalmología de la Sanidad Pública debieran contar con el profesional de la asistencia primaria de la visión, que es el óptico-optometrista. Nuestra formación, conocimientos y experiencia contribuyen a que los hospitales públicos y privados o las clínicas oftalmológicas, en las que realizamos funciones optométricas, mejoren la calidad de su servicio y esto garantiza una mayor satisfacción en todos nuestros pacientes mejorando la calidad asistencial. Es hora ya de que el óptico-optometrista ocupe el lugar que le corresponde en los Servicios Sanitarios Públicos y que estos les brinden el reconocimiento que durante los años se han ganado de la sociedad, quien no duda de su papel en la atención primaria de la salud visual.



**Ignacio Elias Pérez.**  
Vicedecano del Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas.



COLEGIO NACIONAL DE  
ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS

COLEGIO NACIONAL  
DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS

**El COOOC cuenta con 3.000 colegiados, de los cuales 165 trabajan en CAPS, hospitales y clínicas del SNS.**

### > Desde el COOOC ¿Cómo se valora y cómo debería producirse la integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública?

Desde el Col·legi sumamos casi 10 años colaborando activamente con la Sanidad Pública. El Plan de Salud 2011-2015 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, contempla la integración del óptico optometrista en la Sanidad Pública. Todo ello queda reflejado en el Modelo de atención en oftalmología y criterios de planificación elaborado por oftalmólogos, médicos de medicina familiar y comunitaria (MFC), ópticos-optometristas y con la representación de las organizaciones de servicios sanitarios de la red de utilización pública, sociedades científicas (oftalmología, medicina familiar y comunitaria) y Col·legi Oficial d'Òptics Optometristes de Catalunya. Actualmente, en Catalunya, prácticamente no existe ningún hospital o clínica públicos que no disponga de la figura del óptico-optometrista.



**Alfons Bielsa Elies.**  
Presidente del Col·legi Oficial d'Òptics i Òptiques Optometristes de Catalunya.



COL·LEGI OFICIAL D'ÒPTICS I ÒPTIQUES  
OPTOMETRISTES DE CATALUNYA

**El COOCyL cuenta con 839 colegiados, de los cuales ninguno trabaja en la actualidad en hospitales y clínicas del SNS.**

### > Desde el COOCyL ¿Cómo se valora y cómo debería producirse la integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública?

En las sucesivas reuniones que vamos manteniendo en el Colegio con altos cargos del Sacyl nos manifiestan que están de acuerdo en la necesidad de la inclusión del óptico-optometrista en el Sistema Nacional de Salud (SNS) siendo, además, una demanda de un gran número de profesionales de diversas especialidades que buscan trabajar en colaboración, si bien comentan que habría que salvar una serie de dificultades. Pero a día de hoy, en la Comunidad de Castilla y León, únicamente contamos con ópticos-optometristas que trabajan en el ámbito privado en clínicas oftalmológicas. Confiamos y esperamos que, en un plazo no muy largo, tengamos las puertas abiertas para poder desarrollar también nuestra actividad con el conjunto de profesiones sanitarias en el SNS.



**Inmaculada Aparicio Rodrigo.**  
Presidenta del Colegio de Ópticos-Optometristas de Castilla y León.



COLEGIO DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS  
DE CASTILLA Y LEÓN

## SOBRE LA INTEGRACIÓN PROFESIONAL EN LA SANIDAD PÚBLICA



**Andrés Gené Sampedro.**  
Presidente del Colegio de Ópticos-Optometristas de la Comunidad Valenciana.



COLEGIO DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS  
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

El COOCV cuenta con 2.244 colegiados ejercientes, de los cuales 35 trabajan en hospitales o clínicas del SNS.

### > Desde el COOCV ¿Cómo se valora y cómo debería producirse la integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública?

La integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública se valora como una aspiración colegial justa, lógica y merecida.

- Justa porque nos han preparado al más alto nivel y capacitación durante nuestra formación universitaria, tanto de grado como de postgrado.
- Lógica porque la mayor parte de nuestra atención asistencial está encaminada a solucionar deficiencias refractivas y binoculares altamente prevalentes, así como a la prevención de la salud visual.
- Merecida, porque además de hacerlo muy bien durante muchos años esta labor profesional en la sanidad privada, somos un colectivo que basamos la práctica clínica en la evidencia científica y la realidad muestra el importante papel que podemos desarrollar en la Sanidad Pública.



**Mª Dolores Villaescusa López.**  
Colegio Oficial de Ópticos-Optometristas de la Región de Murcia



COLEGIO OFICIAL ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS  
REGIÓN DE MURCIA

El COORM cuenta con 797 colegiados. Actualmente, los grupos de ópticos-optometristas que desarrollan su labor en el Servicio Murciano de Salud, lo hacen a través de planes de estudios o bien por proyectos de investigación por parte de la Universidad de Murcia.

### > Desde el COORM ¿Cómo se valora y cómo debería producirse la integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública?

Desde el COORM, se valora de forma muy positiva la integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública, ya que aportaríamos nuevas metodologías de trabajo que, sin duda, ayudarían a mejorar la calidad de los servicios y agilizar las listas de espera.

La incorporación del óptico-optometrista debería de producirse de forma paulatina, desde la atención primaria y, de ahí, ampliándose al resto de grupos de trabajo de la atención especializada.



**Blanca Fernández Pino.**  
Presidenta del Colegio Oficial de Ópticos-Optometristas de Andalucía.



COLEGIO OFICIAL DE  
ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS  
DE ANDALUCÍA

El COOOA cuenta con 2.868 colegiados, de los cuales 7 trabajan en hospitales y clínicas del SNS.

### > Desde el COOOA ¿Cómo se valora y cómo debería producirse la integración del óptico-optometrista en la Sanidad Pública?

La incorporación del óptico-optometrista a la sanidad pública es algo imprescindible que debe llevarse a cabo de forma inmediata, con el fin de trasladar al sistema público de salud lo que lleva dando resultados muy positivos desde hace tiempo en la sanidad privada.

El objetivo es doble: reducir las listas de espera, agilizando la atención de problemas visuales que pueden ser resueltos por un óptico-optometrista; y ahorrar costes, ya que la integración del óptico-optometristas dentro de las unidades o servicios de Oftalmología permite que este profesional sanitario se encargue de la detección de disfunciones visuales, dedicando al oftalmólogo solo la atención de patologías y problemas oftalmológicos más severos.