



## **MÀSTER UNIVERSITARI EN OPTOMETRIA I CIÈNCIES DE LA VISIÓ**

### **TREBALL FINAL DE MÀSTER**

---

# GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE ÓPTICA: JUSTIFICACIÓN BIOÉTICA DE LA OPTOMETRÍA COMO PROFESIÓN SANITARIA

**ELISABETH COMPANYYO HERMO**

TUTOR: Ramón Solà i Parés

28-06-2012



## **MÀSTER UNIVERSITARI EN OPTOMETRIA I CIÈNCIES DE LA VISIÓ**

El Sr. Ramón Solà i Parés, com a tutor del treball,

CERTIFICA

que la Sra. ELISABETH COMPANYYO HERMO ha realitzat sota la seva supervisió el treball;

**GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE ÓPTICA:  
JUSTIFICACIÓN BIOÉTICA DE LA OPTOMETRÍA COMO PROFESIÓN SANITARIA,**

que es recull en aquesta memòria per optar al títol de màster en optometria i ciències de la visió.

I per a què consti, signo aquest certificat.

Sr. Ramón Solà i Parés .  
Tutor del treball

**Terrassa, 28 de juny del 2012**



## MÀSTER UNIVERSITARI EN OPTOMETRIA I CIÈNCIES DE LA VISIÓ

### GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DE ÓPTICA: JUSTIFICACIÓN BIOÉTICA DE LA OPTOMETRÍA COMO PROFESIÓN SANITARIA

#### RESUM

Los servicios de optometría que se desarrollan en establecimientos de óptica deben revisar su actividad como centros de salud visual en atención primaria, para alcanzar los objetivos según la organización sanitaria actual.

Estos servicios de optometría deben adaptarse en base a las transformaciones tecnológica, social y en política de salud que se están desarrollando en la actualidad en nuestro país.

Reconocer los principios de la bioética en la práctica profesional, permite la evaluación del compromiso al que los ópticos-optometristas deben responder como profesionales sanitarios. La actitud profesional permite posicionar los servicios de optometría según el nivel de atención clínica.

El 63.75% de la población considera los establecimientos de óptica como establecimientos sanitarios, sin embargo el 74% de los optometristas piensan que socialmente no se les reconoce como profesionales sanitarios, el 87%, considera desfavorable la gestión empresarial para su reconocimiento futuro y el 71%, se consideran apartados de la organización sanitaria.

Premiar la vocación y motivación profesionales favorece la actuación clínica de los ópticos-optometrista, en atención primaria. La elaboración de informes optométricos, derivación y consentimiento informado, o el soporte de un programa amplio en formación continua, dirigen a la optometría hacia el reconocimiento social e interprofesional como profesión sanitaria.

## **1. OBJETIVOS**

El trabajo pretende desarrollar la justificación bioética de un servicio de optometría en el contexto concreto de un establecimiento de óptica. Se expone la necesidad y la dificultad de adaptación de los servicios optométricos, de las nuevas expectativas impuestas por la reglamentación sanitaria, a un contexto por tradición eminentemente comercial.

La evaluación bioética de los servicios optométricos responde al compromiso, fundamentalmente sanitario, que debe adoptar el profesional en los establecimientos de óptica.

## **2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

### **Hipótesis inicial:**

La propuesta de este trabajo se debe a la impresión que la justificación bioética de un servicio optométrico, lleva intrínseco el posicionamiento de la profesión. El desarrollo de la bioética asociada obliga a valorar la actitud, la conducta, o la responsabilidad profesional en un sentido más amplio a las habilidades clínicas.

Actualmente, se encuentran referencias sobre bioética en enfermería, farmacia, biología o terapia génica entre otras, sin embargo son conceptos todavía alejados de nuestra divulgación en la práctica optométrica. El nuevo escenario de los sistemas de salud puede comprometer la situación del optometrista. El óptico-optometrista, no solo deberá esforzarse en adquirir nuevos conocimientos clínicos, sino que, también, deberá aplicarlos con una ética sanitaria.

En un establecimiento de óptica, la justificación bioética adquiere un mayor grado de dificultad porque el optometrista actúa en un contexto reconocido básicamente como comercial.

### **Exposición de Motivos:**

Estamos en un momento económico, político y social sin precedente histórico. La situación actual de la asistencia sanitaria en nuestro país no tiene precedentes. El sistema nacional sanitario presenta una grave situación económica, que lleva a cuestionar la sostenibilidad del sistema. El envejecimiento de la población, las innovaciones terapéuticas o la incorporación de nuevos fármacos, son causa de un incremento del gasto en la atención asistencial. *El “RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”* recoge con carácter de urgencia algunas modificaciones a aplicar en la organización sanitaria. Las medidas legislativas que se pretenden adoptar en concepto de salud, crean un clima de incertidumbre también entre los profesionales sanitarios. Las medidas en ajustes presupuestarios y en la optimización de recursos que requiere el sistema, dificulta la actuación de los profesionales sanitarios y cuestiona nuevas adaptaciones o modificaciones en la *ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*.

Por otro lado, el concepto actual de salud, representa no sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar, de forma física, mental y social. El entorno familiar, la educación para adoptar conductas saludables, el diseño y servicio de ciudades o barrios, la situación laboral, el entorno social y medioambiental, la alimentación...son realmente los puntos que condicionan el bienestar de las personas, y son competencias propias de la asistencia primaria.

La asistencia primaria adquiere directamente un papel más relevante en la nueva organización sanitaria, porque en sus funciones básicas de promoción, y prevención tiene la finalidad de reducir la incidencia o prevalencia de enfermedades. En consecuencia se evita el tratamiento, y se consigue una mejora de la eficiencia de la organización sanitaria.

La optometría forma parte de la asistencia primaria en sus funciones de prevención, promoción y rehabilitación visual. Es probable que esta nueva situación y atendiendo básicamente a la necesidad de optimizar recursos, exija a los departamentos de optometría en establecimientos ópticos que adquieran el compromiso de atención primaria que se debería esperar de ellos.

### **Marco teórico:**

Desde la elaboración de la Ley General de Sanidad en 1986, el contexto sanitario y en especial su regulación normativa no dejó de complicarse de forma progresiva. Sin embargo, una vez finalizado el proceso de transferencias de las competencias en materia de salud desde el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), a todas las Comunidades Autónomas, se está llevando a cabo un proceso de reforma y actualización de todas las leyes que rigen la sanidad española.

El reto de esta reforma ha sido siempre el de adaptar las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época para atender los problemas de salud de la población.

La ley general de sanidad es una norma de carácter predominantemente organizativo, cuyo objetivo primordial es establecer la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público, pero presenta un vacío normativo; falta definir el ejercicio de las profesiones sanitarias, el derecho a la intimidad del paciente y las regulaciones de la formación profesional. El desarrollo de la ley 44/2003, 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias, ofrece el marco legal para la mejora de la calidad asistencial específico de las competencias derivadas de cada profesión sanitaria.

Más importante que la consideración de los ópticos-optometristas como profesionales sanitarios es la consideración de la propia especialización; la optometría como profesión sanitaria. El reconocimiento docente y la estructura colegial de los titulados es realmente lo que ha asentado el concepto de profesión a la optometría.

De forma impuesta, el reconocimiento de la optometría como profesión sanitaria conlleva una serie de obligaciones de controvertida aplicación:

- En el ejercicio libre de la profesión, por cuenta propia o ajena, los ópticos como profesionales sanitarios desarrollarán sus funciones en el ámbito asistencial, investigación, docencia, gestión clínica, de prevención, de información y educación sanitaria a la población
- Deberán participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas.
- Realizarán una formación continuada que acreditarán regularmente y coordinará la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias
- Cumplirán sus funciones según la guía de su código deontológico
- En su ejercicio profesional; compartirá la historia clínica de sus pacientes con otros profesionales, se unificarán criterios de actuación basados en la evidencia científica y regulados en protocolos de práctica clínica.
- Deberán prestar especial atención en el uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos, tomando consciencia de sus decisiones, y evitando una inadecuada utilización de los mismos.

- Respetarán las decisiones del usuario después de informarle adecuadamente de sus opciones de tratamiento.
- Redactarán informes de valoración o resultado de los tratamientos realizados al usuario.

La norma exige a los ópticos-optometristas desarrollar 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”, pero también le exige la elaboración de informe de alta, la presentación de un consentimiento informado, una derivación responsable, un protocolo acertado y un respeto por la decisión del usuario. Los ópticos-optometristas también deberán mostrarse activos en campañas de prevención y educación sanitaria a la población.

En un contexto clínico, el optometrista va a ser considerado como un miembro más en el servicio de oftalmología. Recibirá los conocimientos y la información necesaria para su actuación en dicho servicio. Pero no adquirirá mayor responsabilidad que la impuesta al ejercicio según la “lex artis”. Difícilmente en este contexto, actuará de forma directa en la elaboración de protocolos de actuación o en la evaluación funcional del sistema visual, como tampoco va a responsabilizarse del coste del servicio o el gasto que promueva al usuario. Es decir, prescribirá o informará de su evaluación visual sin considerar la situación económica o las posibilidades del paciente. No es así en los establecimientos de óptica, donde, con la misma responsabilidad asistencial, el optometrista y en concreto el óptico director técnico, representa el máximo responsable de la atención en todos sus ámbitos. Los establecimientos ópticos muestran una clara tendencia al acercamiento en el cumplimiento de la norma, pero, todavía no se ha extendido de forma notoria a la sociedad. El profesional tiene que mediar como sanitario pero en un contexto básicamente comercial, donde la implicación y responsabilidad técnico-sanitaria está muy próxima a la actividad comercial del producto. En el establecimiento de óptica no va a ser fácil distinguir un paciente de un cliente; el mostrar un consentimiento informado puede comprometer la venta de un producto; un producto que está definido como sanitario, pero, responde a un concepto de marca y moda; además el compromiso y decisión del paciente queda afectado por su situación personal tanto económica como social. El óptico director técnico se convierte en el responsable clínico del servicio, incluso se responsabiliza o es consciente de cómo afecta la inadaptación o posible error de adaptación, prescripción o verificación en el coste global del servicio. Esta situación en establecimientos de óptica no es de reciente incorporación y no se ha visto incrementada tras la inclusión de la norma de ordenación de profesiones sanitarias. Pero, sí de forma reciente toma mayor interés el amplio soporte tecnológico necesario para seguimiento y diagnóstico. El optometrista está preparado para atender realmente los problemas o demandas visuales de las personas, pero precisa de un equipo adecuado, requiere un equipo excesivamente costoso y difícilmente se considera oportuno según la gestión financiera. En ocasiones debe plantear la derivación oportuna del usuario, y así de forma indirecta, el optometrista queda incluido en la inusual situación sanitaria actual. La conclusión es que, por determinados motivos, la decisión de derivar o no, desde la óptica al centro hospitalario, cada vez requiere mayor implicación, responsabilidad y respeto por la actuación profesional.

En la práctica solo algunos centros realizan consentimiento informado en ortoqueratología, ofrecen informes de seguimiento en terapia visual o realizan informes descriptivos para derivaciones concretas y solo en pacientes con patologías oculares de interés.

...¿Es simplemente una razón de tradición o es que el óptico-optometrista tiene dificultad en asumir la responsabilidad de su competencia profesional?.

El optometrista de establecimientos ópticos, intenta adaptarse a la norma sanitaria aunque según mi opinión sin la información, formación y soporte adecuados.

Esta realidad nos conduce a la necesidad de la justificación bioética del servicio de atención visual porque por la dificultad de gestionar un establecimiento de óptica como centro de atención primaria, el óptico-optometrista desconoce o no asume parte de sus competencias como profesional sanitario. El optometrista es consciente de la limitación de sus recursos profesionales para conseguir el equilibrio en la gestión técnico-sanitaria y que la percepción social del servicio no favorece al compromiso de actuación sanitaria.

Es posible asegurar que el optometrista deberá esforzarse y comprometerse para su reconocimiento; que este reconocimiento debe de conseguirse tanto de forma individual como a nivel de colectivo; que el respeto por la profesión se basa en el conocimiento, en la comunicación al usuario y en el desarrollo de un servicio ejemplar.

### **3. METODOLOGIA**

#### **Desarrollo del trabajo:**

El objetivo del trabajo responde a la justificación bioética de la optometría como profesión, pero no en el sentido ético basado en sus cuatro principios fundamentales; (beneficencia, no-maleficencia, justicia social y autonomía), sino, en la aplicación práctica a los casos concretos.

La bioética desde la casuística, exige a parte de conocimientos teóricos y de habilidades clínicas, la motivación personal que permita reconocer los principios morales implicados. En concreto, responde a la evaluación de una conducta o de una aptitud responsable hacia la excelencia profesional. Plantear el compromiso como criterio único no se corresponde con la realidad. La diferencia entre centros ópticos, por el perfil de los pacientes, su localización, su inversión en bienes de equipo, o su objetivo financiero excluyen un único criterio de evaluación. La justificación bioética debe asentarse en bases constantes y en concreto a: el conocimiento de las competencias profesionales, el grado de fiabilidad o credibilidad que tiene el mensaje profesional a la sociedad, la seguridad o valoración profesional y en el conocimiento básico de bioética sanitaria. Estas cuatro reglas cumplen como constantes de la "función de mérito" que evaluará la optometría como profesión sanitaria.

#### **Procedimiento:**

- Revisión legislativa; descripción de competencias profesionales
- Valoración social de la optometría como profesión sanitaria
- Valoración profesional de la optometría como profesión sanitaria
- Valoración bioética de la optometría como servicio de salud

### 3.1) REVISIÓN LEGISLATIVA: LEGISLACIÓN APLICABLE A UN SERVICIO DE OPTOMETRÍA EN UN ESTABLECIMIENTO DE ÓPTICA Y REFERIDA ESPECIALMENTE AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO.

Revisión de la legislación aplicable explícitamente a la profesión y en el contexto de un establecimiento de óptica, referida especialmente al óptico director técnico como máximo responsable legal del servicio.

Aunque históricamente ya había establecimientos con un solo óptico, la crisis financiera actual, también ha repercutido en la situación concreta de los establecimientos de óptica. La realidad financiera conduce a que actualmente en muchos establecimientos se encuentre un solo óptico a su cargo. El concepto de óptico director en estos casos, toma un papel más explícito porque recae en él toda la carga de responsabilidad legislativa. Por este motivo, la revisión de gestión de los servicios optométricos ha de converger en la figura del óptico director técnico.

La revisión legislativa se apoya en la lectura de las siguientes normas:

1. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*
2. *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*
3. *Ley 44/2003, 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*
4. *RD 1277/2003, 10 de octubre, bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios*
5. *Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios.*
6. *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*
7. *Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio,*
8. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y Documentación clínica*
9. *Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal*
10. *RD 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.*
11. *Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública.*
12. *RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*



### 3.2) VALORACIÓN SOCIAL DE LA OPTOMETRIA COMO PROFESIÓN SANITARIA:

Para la valoración de la percepción que tiene la sociedad acerca de la práctica profesional de la optometría se pretende realizar una encuesta de forma anónima a 100 personas. El único motivo de exclusión de la muestra es que el participante realice su actividad profesional dentro del ámbito sanitario. El objetivo de esta encuesta es determinar si la sociedad considera que el óptico optometrista está realizando una labor sanitaria y reconoce nuestra actividad como un servicio de salud.

Pocos estudios independientes pretenden evaluar la percepción social de la optometría y muchos menos de estos estudios se han llegado a publicar, por ello es difícil tener un punto de ayuda para la evaluación de este concepto. Podemos hacer referencia a un estudio que ha pretendido conocer la opinión social sobre el óptico optometrista [¿cuál es la opinión sobre el óptico optometrista? Estudio demográfico piloto, Herráez J... 2008]<sup>2</sup>. La metodología empleada en este estudio de la universidad de Valladolid fue también una encuesta a 167 personas de edad comprendida entre 18 y 35 años. El objetivo del estudio fue valorar que servicios conoce la sociedad que puede proporcionar el óptico-optometrista y las expectativas que tiene la sociedad sobre un centro óptico. De este estudio se concluyó que aproximadamente el 50% de los encuestados califica la óptica como establecimiento sanitario frente al resto que piensa que la óptica es un comercio. El principal motivo por el que se acude a la óptica es comprar gafas o lentes de contacto y se espera de un centro óptico buena atención frente a otras opciones como detectar alteraciones de la salud ocular.

Este cuestionario fue cumplimentado por clientes que acudían en ese momento a las ópticas por lo que no puede considerarse una muestra representativa de la población general. Sin embargo, el estudio también concluyó en la necesidad de promoción sobre los servicios de atención primaria en el cuidado de la visión y en la necesidad de informar a la población mayor de 35 años sobre la formación específica que ha recibido el óptico-optometrista.

El diseño que plantea el presente trabajo es un cuestionario de 12 preguntas cerradas a población arbitraria. La secuencia de las preguntas tiene un orden establecido con la intención de hacer reflexionar al participante. La secuencia de las mismas pretende que la persona encuestada aprecie ciertos aspectos de la actividad profesional y llegue a su conclusión de forma razonada. Su orden responde a detallar posteriormente el perfil del usuario, que expectativas tiene de la actuación profesional del optometrista, si conoce todas las terapias o funciones que puede ofrecer el profesional y la impresión final de la profesión.

Como hipótesis inicial para la redacción de las cuestiones es que la sociedad no conoce la diferencia entre salud ocular y salud visual. Se presenta entonces la gran limitación en este punto concreto del trabajo. Si las personas encuestadas piensan que la atención sanitaria que corresponde al centro óptico es el de diagnóstico de patología inicial, o tratamiento complementario de alguna de las patologías a nivel ocular..., evidentemente considerarán las ópticas como comercios destinados a la venta de gafas y lentes de contacto. Pero, si las personas encuestadas supieran la diferencia entre salud ocular y salud visual..., si conocieran las alternativas de compensación..., todas las terapias posibles de tratamiento... o la diferencia de actuación, (solo en atención primaria), entre óptico y oftalmólogo, el resultado de la encuesta nos permite una valoración mucho más amplia.

En consideración a todo lo expuesto anteriormente el modelo de cuestionario que se plantea es el siguiente:

1	Tienes algún problema de visión; Utilizas gafas o lentes de contacto?	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
2	Has acudido alguna vez a hacerte un examen visual a una óptica	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
3	Acudes a la óptica pensando que va a revisarte los ojos un médico.	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
4	Conoces la diferencia profesional entre óptico y oftalmólogo	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
5	Cuando has tenido de forma repentina algún problema de ojo rojo, sensación de que te ha entrado algo en el ojo, sensación de arenilla o cansancio....has ido a una óptica para que te revisaran los ojos y te solucionaran este problema.	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
6	Sabes que las ópticas se consideran establecimientos sanitarios	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
7	Sabes que en las ópticas no solo se adaptan lentillas o gafas sino que también se consideran otras alternativas; ortoqueratología, terapia visual, baja visión, visión al color, visión en 3D....	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
8	Sabes que hay lentillas que se usan solo para dormir y así reducen la miopía, o ejercicios oculares para evitar el estrabismo y mejorar el rendimiento escolar	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
9	Sabes que este tipo de terapias se realizan en ópticas	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
10	Sabes que las gafas graduadas, son productos sanitarios.	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
11	Consideras que las ópticas tienen buenos equipos de diagnóstico y están bien equipadas	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
12	Consideras que los ópticos son profesionales sanitarios	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>

### 3.3) VALORACIÓN PROFESIONAL DE LA OPTOMETRIA COMO PROFESIÓN SANITARIA

En este apartado se valora que percepción de la profesión tiene el propio optometrista. Para ello se efectúa un cuestionario de 18 preguntas cerradas de forma anónima a 100 ópticos-optometristas que ejerzan en centros ópticos.

La secuencia del cuestionario pretende valorar si el óptico-optometrista conoce y es partícipe en su actividad, de todas las normas que debe aplicar de la legislación sanitaria, de su grado de responsabilidad sanitaria y su inclusión en el sistema sanitario general.

El principal contexto de actuación profesional del óptico-optometrista (en todo el territorio español) es en un establecimiento de óptica.<sup>1</sup> Anteriormente al reconocimiento de la optometría como profesión sanitaria, estos centros se gestionaban como comercios de bienes de consumo, así que, sin previa experiencia, el optometrista debe asimilar determinadas normas con carácter sanitario.

El análisis del cuestionario debe permitir una reflexión por parte del profesional acerca de la incorporación de principios éticos y legales a la práctica profesional, como el respeto a la autonomía del paciente, sus determinantes socio-económicos, contextualización sanitaria actual, confidencialidad en la documentación clínica, o respeto por la gestión eficiente de los recursos sanitarios.

El punto de máxima importancia es valorar el conocimiento y la aplicación de la norma por el óptico director técnico, como máximo responsable del servicio de optometría.

El modelo que se plantea es el siguiente:

1	Sabes que desde la publicación de la ley de ordenación de las profesiones sanitarias del año 2003, se considera a los ópticos como profesionales sanitarios.	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
2	conoces las competencias profesionales que derivan de la inclusión del óptico-optometrista como profesional sanitario en el ámbito de salud	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
3	conoces la responsabilidad legal del director técnico de un establecimiento de óptica	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
4	Te consideras preparado para aceptar la responsabilidad impuesta como profesional sanitario de atención primaria	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
5	crees que la sociedad valora a los establecimientos de óptica como establecimientos sanitarios	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
6	crees que la sociedad valora a las ópticas como comercios	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
7	consideras que la gestión empresarial en la óptica favorece la consideración de la optometría como servicio sanitario	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
8	Crees que en el futuro el servicio de optometría va a gestionarse en la óptica de forma distinta: cobro por servicio, formación por parte de la empresa o desde entidades oficiales, implicación de las autoridades corporativas (Colegio Profesional) y sanitarias (Ministerio de Salud)	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
9	Piensas que las autoridades sanitarias consideran a los profesionales de los establecimientos de óptica como parte del equipo de atención sanitaria	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
10	Redactas informes de derivación, consentimientos informados, diagnósticos tentativos.....	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
11	Haciendo referencia a la detección de defectos refractivos:crees que el instrumental técnico que utilizas es adecuado	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
12	En cuanto a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas prescritas : sigues protocolos de actuación?	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
13	Referente a la educación sanitaria: Explicas a tus pacientes la diferencia entre salud ocular y salud visual	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
14	¿Consideras la prevención e higiene visual como parte de tu responsabilidad como optometrista?	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
15	Ofreces alternativas a la compensación refractiva: TV, ortoK, Ergonomía?	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
16	crees que los conceptos teóricos explicados en la universidad sobre responsabilidad sanitaria se corresponden con la realidad	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
17	Consideras que la formación continua debería organizarse y ser acreditada por entidades oficiales?	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>
18	estás contento con tu trabajo o crees que deberías haber estudiado para otra profesión	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>

### 3.4) JUSTIFICACIÓN BIOÉTICA DE LA OPTOMETRIA COMO SERVICIO DE SALUD

En la valoración de la optometría como servicio de salud, se trata, desde un punto de vista teórico, todos los aspectos de los principios básicos de la bioética. La praxis optométrica debe aspirar al máximo conocimiento y habilidades clínicas según una conducta de ética sanitaria. En el desarrollo de este apartado convergen la deontología, la bioética, y la interpretación de la norma con la finalidad de definir la responsabilidad profesional. "Ser responsable es sencillamente tener capacidad de responder, pero no exclusivamente ser capaz de responder".<sup>3</sup>

La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana y por tanto con plena implicación en la actividad profesional. La respuesta de un servicio de optometría ha de ser responsable y moral<sup>3</sup>.

El óptico-optometrista es un elemento más dentro del programa sanitario, un programa complejo amenazado por dificultades económicas y estructurales. El profesional debe pues encontrar nuevas vías de adaptación y revisar su actividad orientada hacia los objetivos sanitarios actuales.

La búsqueda de una buena praxis puede ser controvertida en una empresa de servicios como es un establecimiento de óptica, donde se incentiva el ejercicio profesional que más se acerca a la producción y al ahorro o se invierte el balance coste-beneficio.

La profesión debe adaptarse para asegurar la calidad en la asistencia.

#### **4. LEGISLACIÓN APLICABLE A UN SERVICIO DE OPTOMETRIA EN UN ESTABLECIMIENTO ÓPTICO Y REFERIDA CONCRETAMENTE AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO**

##### **4.1 Introducción:**

Los establecimientos de óptica hasta el momento de su regulación legislativa como establecimientos sanitarios, siempre habían sido dirigidos exclusivamente como comercios de bienes de consumo. Realmente el optometrista desarrollaba en ellos funciones claramente clínicas pero no tenía la responsabilidad de integrar sus funciones en el ámbito sanitario general. Es decir, el óptico-optometrista no se implicaba en la responsabilidad asistencial porque no se consideraba parte de la organización sanitaria. A efectos del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se regulan las ópticas como establecimientos sanitarios, porque en ellas ejerce un profesional sanitario, reconocido por la Ley 44/2003, 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. La finalidad de la norma fue sentar las bases para las garantías de seguridad y calidad de la atención sanitaria, incluyendo el cuidado de la salud visual.

Los establecimientos de óptica tuvieron que adaptarse a la normativa. El colegio profesional supervisó e informó acerca de los requerimientos técnicos en la formalización de los centros (ligeramente distinta según cada comunidad autónoma). En el decreto 126/2003, de 13 de mayo por el que se establecen los requisitos técnico sanitarios de los establecimientos de óptica, en Catalunya, se estipula que ha de haber una placa identificativa que defina el establecimiento como óptica y otra placa en la entrada del local con el nombre completo del director técnico y su número de colegiado. Todas las dependencias del local han de quedar perfectamente separadas (incluyendo el almacén y el taller) y cumplir los mínimos reglamentarios definidos en la norma. En todo caso es condición obligatoria cumplir las condiciones higiénico-sanitarias especialmente en el área destinada a la práctica optométrica o contactológica. El equipo técnico en esta área está reglamentado en un mínimo de; foróptero o caja de pruebas con prismas y cilindros cruzados, retinoscopio o refractómetro, optotipo con duocromo, frontofocómetro, interpupímetro y caja de pruebas de lentes de contacto, queratómetro y biomicroscopio. Con respecto al taller de montaje, también se ha de cumplir un mínimo de stock de lentes oftálmicas además de los instrumentos para el montaje de las mismas, ajuste de gafas o verificación de los cristales.

No cabe ninguna duda que las ópticas responden a la exigencia estructural. La experiencia acumulada en cuanto a la gestión comercial y la iniciativa empresarial hace que las ópticas estén perfectamente equipadas a su condición o cumplan sin dificultad la normativa descrita por las entidades de consumo. Normas en el etiquetaje de producto, definición de espacio en la venta promocional, garantías post-venta, atención al usuario... A nivel social, las ópticas se reconocen en un ambiente comercial pero la norma sanitaria no las considera ajenas a la demanda asistencial. En decir, que aunque las ópticas sean servicios en entidades empresariales han de responder según los conceptos de gestión y actuación sanitarias. Es imprescindible que los centros ópticos se adapten a la norma general de sanidad. Esta adaptación requiere un esfuerzo especial por parte de los servicios optométricos que ejercen en las ópticas, porque, han de incorporar, ampliar y aplicarse en algunos conceptos de su actuación.

La responsabilidad legal del servicio recae íntegramente en el óptico director. La finalidad de esta responsabilidad es la de liderar una atención del cuidado de la visión de calidad.

La responsabilidad del óptico director técnico en concepto de salud, se presenta a un nivel superior a las indicaciones administrativas o empresariales, a las normas indicadas por laboratorios o fabricantes de productos, o a las exigencias del usuario.

El óptico director técnico debe estar al frente del servicio durante todo el horario de apertura del establecimiento y debe asesorar o dirigir todas las actuaciones del resto del equipo. Equipo entendido tanto técnico como humano. En referencia al equipo tecnológico, el mantenimiento y ajustes requeridos, forman parte de las múltiples competencias del óptico director técnico. En cuanto a las acciones o práctica profesional de los demás miembros del equipo de atención, deben ser reguladas, protocoladas y supervisadas por el mismo.

La responsabilidad en el servicio de optometría queda claramente descrita en la historia clínica.

La cumplimentación de la historia se define como instrumento de diagnóstico y para seguimiento de un paciente, incluso, puede presentarse en defensa de inconvenientes ocurridos. Ha de estructurarse y formatearse para una conservación según la norma de cada comunidad autónoma.

El historial clínico puede ser compartido con otros profesionales del ámbito sanitario en caso necesario, pero manteniendo su confidencialidad, e incluso entregarse una copia al paciente si lo solicitase.

El historial acude en defensa del profesional en caso de reclamaciones o actuaciones injustificadas por parte del usuario.

Estas son razones suficientes para aplicarse en la estructura y cumplimentación de la ficha clínica. El director técnico decide los campos de obligada anotación y define la estructura de la misma. En ella deben incluirse los datos de filiación del paciente, los antecedentes médicos de relevancia tanto sistémicos como oculares y los parámetros de conclusión optométrica. Debe guardarse en el informe los resultados de pruebas complementarias oftalmológicas así como el resultado de las pruebas optométricas específicas realizadas. En la actualidad aunque se observa una clara tendencia de acercamiento al comportamiento sanitario, las ópticas no cumplen de forma general la asistencia que se espera desde la organización sanitaria. La formalización esperada se refiere al informe de alta, al consentimiento informado, a la cumplimentación de historia clínica, o al protocolo de derivación. Es necesario desarrollar cada uno de estos conceptos para implicar la actuación optométrica de un establecimiento óptico al sistema asistencial en atención primaria.

#### **4.2 Las ópticas como centros de atención primaria:**

La legislación en concepto de sanidad ha perseguido desde su inicio una integración efectiva de todos sus recursos tanto tecnológicos como humanos. Su finalidad siempre ha sido adaptarse a las necesidades de salud de la población. Las organizaciones sanitarias españolas entienden y defienden la salud como un derecho humano fundamental, como un estado de completo bienestar de forma física, mental y social. El concepto actual de salud implica a todas las personas, incluso a normas en medio ambiente, alimentación, educación, entorno laboral, entorno social... así que la *ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud Pública*, condiciona a la atención primaria para que asuma un papel más relevante a la acción preventiva e informativa en la salud comunitaria.

La asistencia primaria es clave para conseguir esta promoción de salud. Representa el foco principal del sistema sanitario porque permite un máximo acercamiento de la atención sanitaria al

lugar donde viven o trabajan las personas. En base a las competencias de promoción, prevención y rehabilitación de la salud visual, la optometría forma parte de esta atención primaria. La organización general demanda o respeta el cuidado visual como imprescindible para el cumplimiento de los objetivos básicos de salud.

El objetivo de la norma es pues, integrar el cuidado de la visión desde la atención primaria y en beneficio de las personas tanto en el ámbito laboral, asistencial o social.

En el contexto actual, un establecimiento óptico se integra en el proceso de atención primaria. En cuanto a la promoción; los centros optométricos deberán centrarse en la información a los usuarios acerca de la ergonomía e higiene visual. Ofrecen la información necesaria para unos hábitos saludables en concepto de visión y ofrecen todas las opciones de tratamiento individual que requiere el usuario incluyendo programas de rehabilitación.

En cuanto a la prevención; el servicio de optometría deberá encontrar u optimizar sus recursos para reducir la incidencia o prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y/o discapacidades referidas a la visión.

Ambas competencias se dirigirán a todas las etapas de la vida y con mayor énfasis en la infancia o la vejez. De la norma general se debe deducir que las ópticas se preparan para ser puntos clave en la prevención de riesgos, tanto educacionales, como laborales y asistenciales, en base a la facilidad de acceso por parte de la población, las posibilidades de informar de forma clara y la opción de desarrollar campañas de divulgación o cribados.

En una de las publicaciones de *Gaceta Sanitaria en 2009*, MC. Davó at all,<sup>4</sup> exponen las competencias profesionales de cada especialidad sanitaria en el ámbito de Salud pública. El informe concluye que el optometrista toma un especial interés en la epidemiología de la salud visual. En este contexto el optometrista puede contribuir activamente en la recogida de historiales clínicos, participar en programas de investigación y estudiar como proponer mejoras ergonómicas en el entorno visual de la población. Su función primordial es la prevención de disfunciones visuales aunque puede participar en programas de formación para una correcta alimentación o hábitos saludables en general. Se considera a la visión como el sentido de máxima prioridad en el desarrollo intelectual en la etapa escolar, pero también es un índice de evaluación para grado de dependencia de nuestros mayores. Entonces,

...¿Por qué no se interioriza el concepto de salud pública en optometría?.

El Dr. Antoni Salvà en su publicación acerca del “impacto del envejecimiento poblacional en los profesionales sanitarios”,<sup>5</sup> alerta sobre los cambios que deben incorporarse al sistema sanitario y los retos a los que debe enfrentarse por la demanda asistencial especializada que requieren “nuestros mayores”.

Esta especialización asistencial debe aplicarse también a los servicios de optometría. La función de promoción y educación en salud visual de las personas de edad avanzada, toma especial interés en los establecimientos de óptica. Son centros fácilmente accesibles a este sector de la población donde confluye una necesidad de atención visual aunque también de conducta.

El optometrista no evaluará en este ámbito solo los aspectos refractivos sino también su rendimiento y eficacia visual. De forma indirecta el óptico empatiza con el paciente en su grado de dependencia, comportamiento, o la evolución decreciente de su eficiencia visual.

... ¿Debe el óptico ser más activo en estos programas de educación social, familiarizarse con la atención gerontológica y con terapeutas ocupacionales?.



La Ley General de Salud pública pretende una correcta organización y optimización de recursos para mejorar la Salud de la población en su más amplio concepto. Podemos deducir que esta norma estará abierta a un gran número de modificaciones y especificaciones de aplicación. Es muy probable que la norma dirija la salud visual como uno de los puntos clave en la prevención de riesgos, tanto educacionales, como laborales y asistenciales.

Para el cumplimiento de estas competencias en atención primaria los centros optométricos deben desarrollar sus habilidades profesionales en base a la comunicación, habilidades clínicas, habilidades instrumentales, y en la implicación docente o investigadora.

#### **4.3 Competencias y habilidades profesionales de los optometristas en los Establecimientos de óptica:**

En los establecimientos de óptica además de las funciones que la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias corresponde a los ópticos “...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. ”, se han de dirigir las actividades “... de evaluación, tallado, montaje, adaptación, suministro, venta,...”.

El óptico director técnico se hace responsable de la optimización global del servicio; estima el coste del mantenimiento o rentabilización del equipo tecnológico, ha de anticiparse a los problemas en distribución, reparaciones o garantías del producto de venta, estar pendiente de una farmacovigilancia, describir los protocolos de actuación, cumplir con todas las funciones a nivel empresarial y en especial indicar su opción de tratamiento referida a la situación social, laboral y económica del usuario.

La experiencia e intención empresarial constituye el único medio disponible para llevar a término sus objetivos. Por el momento los centros ópticos no reciben el soporte adecuado para realizar todas sus competencias desde la autorización sanitaria.

En la tabla 1, se clasifica cada uno de los conceptos.

<b>COMPETENCIAS del servicio de optometría en un establecimiento de óptica</b>	<b>HABILIDADES que necesita para cumplir los objetivos</b>	<b>MEDIOS disponibles</b>
Promoción y prevención de la salud visual	Comunicación	Soporte divulgativo
Valoración o afectación funcional de la visión	Comunicación	Experiencia profesional
Realización de exámenes visuales: eficacia	Habilidades clínicas Habilidades instrumentales	Instrumentación optométrica Soporte divulgativo
Orientar al paciente: opciones de tratamiento	Habilidades clínicas Comunicación	Soporte divulgativo
Derivación responsable	Comunicación	Instrumentación optométrica
Verificación del producto	Motivación	Instrumentación optométrica
Incorporación de mejoras tecnológicas	Habilidades instrumentales	Experiencia empresarial
Actividades de planificación y gestión laborales.	Motivación Habilidades clínicas	Experiencia empresarial
Formación continua	Motivación Habilidades clínicas	CNOO, fabricantes
Investigación/control/ docencia	Motivación docente e investigadora	CNOO, fabricantes

(Tabla, 1: competencias del optometrista, habilidades clínicas requeridas y medios disponibles)

#### 4.3.1 Promoción y prevención en salud visual:

La promoción y prevención en salud visual es una de las competencias de mayor importancia para el optometrista de óptica. Requiere habilidades de comunicación pero solo dispone de un soporte divulgativo en la entidad empresarial.

Aunque la *ley 14/1986, general de sanidad*, pretende una integración de todos los recursos sanitarios, sin embargo no se ha incluido a la optometría de forma mayoritaria en campañas de prevención de repercusión importante en salud visual u ocular. Para citar un ejemplo las ópticas no se han visto involucradas de forma mayoritaria en la campaña de DMAE 2010, como tampoco promueven el día 12 de marzo como día internacional del glaucoma, o en la campaña de prevención y alimentación saludable para la vista, referida a la DMAE y al edema macular diabético, en el día mundial de la visión del 13 de octubre del 2012. Las ópticas reciben soporte divulgativo para la exposición en los establecimientos y este mismo soporte se utiliza en la promoción de salud al usuario, pero los ópticos no definen nada en lo referente a la campaña. La iniciativa de estas campañas de promoción es totalmente de entidades privadas. Estas mismas entidades tienen gran experiencia en las acciones de promoción y lo preocupante es que no consideren necesario el soporte desde ópticas. De la misma forma, las empresas de ópticas también promueven sus

campañas de prevención; prevención del fracaso escolar, prevención de riesgos en el trabajo, prevención de las lesiones producidas por el sol.... más con finalidad económica que asistencial.

Podemos citar como ejemplo <sup>6'</sup> <sup>7'</sup> <sup>8'</sup> <sup>9'</sup> <sup>10'</sup> las realizadas por la Fundación Alain Afflelou; acerca de la salud visual infantil y del fracaso escolar, o la de prevención de los accidentes de tráfico por problemas visuales, por Solextrem Ópticos de prevención del riesgo de lesiones oculares producidas por el sol, de Vissum acerca de la prevención de la ceguera, o de Primera Ópticos para la prevención de problemas visuales en la infancia...

En absoluto es criticable que la empresa tenga una motivación financiera, es más, esta es su razón de existencia, como tampoco es criticable que el optometrista pretenda que esta campaña tenga mayor repercusión y apoyo suficiente para acceder al mayor número de población. El soporte divulgativo que precisa debe ser el apoyo a su habilidad de comunicación y debe expresar la información que merece el usuario. El optometrista deberá entender como competencia profesional la información de una correcta salud visual y deberá hacer especial énfasis en una conducta visual saludable.

Esta competencia debe desarrollarse en un ámbito colectivo y debe ser apoyada desde la entidad colegial porque es la entidad responsable que puede aventajar la integración o colaboración de la información prestada con otras entidades organizativas.

#### 4.3.2 Valoración o afectación funcional de la visión:

En lo referente a la afectación funcional por pérdida de visión, sea por lesión traumática o por enfermedad ocular, el optometrista en óptica adquiere un papel relevante. La habilidad comunicativa en esta competencia es lo más importante a nivel de asesoramiento para la integración social y laboral del afectado. La habilidad comunicativa en este ámbito no solo se encuentra en la derivación o consideración de otros recursos asistenciales sino en la habilidad de interpretar los signos o síntomas que describe el paciente. El óptico no solo expone sino que también escucha las demandas o sentimientos del paciente. El óptico, considera la mejora ergonómica o la habilitación del lugar de trabajo, la implicación de cuidadores o familiares y la derivación responsable a centros con recursos especializados. En ópticas, el profesional es muy consciente del motivo principal de la *ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, que reconoce los derechos del paciente, su principio de autonomía y la confidencialidad de la información. La responsabilidad del optometrista cobra especial interés en referencia al permiso de conducir, a posibles riesgos laborales, a las enfermedades oculares con componente hereditario y a las afectaciones sistémicas que con o sin repercusión ocular condicionan la vida y conducta de la persona. En esta competencia no existe soporte a parte de la experiencia profesional. La óptica se mantiene al margen de cualquier organización médica tanto de asistencia como de rehabilitación. La información que ofrece el optometrista tiene escasa validez en peritajes de valoración. En esta competencia el optometrista expone la información que estima oportuna acerca de entidades o asociaciones de afectados visuales; Puede recurrir a derivaciones a centros de rehabilitación de terapia ocupacional o de fisioterapia; Puede redactar informes para mutualidades laborales o comités de discapacidad, pero, su información se considera válida o suficiente en pocas ocasiones. Se requiere en la mayor parte de los casos de un comité de evaluación más amplio.

El alejamiento de este ámbito por parte del optometrista, es una causa más de la escasa implicación que la asistencia primaria destina a las ópticas.

La redacción correcta de un informe de valoración y utilizar los mismos parámetros que se utilizan en atención primaria puede modificar rápidamente la impresión de la optometría en determinados sectores de asistencia. La accesibilidad de los establecimientos de óptica a personas con problemas funcionales graves de visión puede modificar rápidamente las indicaciones de actuación en esta competencia específica. Estos pacientes requieren una atención más periódica y una responsabilidad o exigencia profesional más elevada.

El óptico y en concreto el óptico de establecimiento se implicará cada vez en mayor grado y es posible que ésta sea una forma de mejorar la percepción que la sociedad tiene de la profesión.

#### 4.3.3. Eficacia en la realización de exámenes visuales:

El optometrista requiere del desarrollo de las habilidades clínicas para ejercer esta competencia. El soporte que dispone es la instrumentación que permite el establecimiento.

El óptico director técnico define el protocolo para la realización del examen optométrico. Es el responsable de la calibración de la instrumentación según el criterio de los fabricantes y se compromete a que las áreas destinadas a la contactología y optometría tengan el mínimo regulado por el decreto de requerimientos técnicos de los establecimientos de óptica.

En la consideración de esta competencia se pone de manifiesto las diferencias en el equipo tecnológico de los diversos establecimientos. Existen centros con un equipo ejemplar y centros que realizan los exámenes visuales con el mínimo reglamentado. Esta es una reflexión que compete al profesional sobre si el decreto 126/2003 sobre el que se establecen los requisitos técnico sanitarios mínimos de equipamiento de una óptica, se corresponde con la exigencia asistencial actual. El profesional siempre demanda un equipamiento tecnológico de mayor eficacia diagnóstica. La figura del director técnico vuelve a ser de máxima relevancia porque es responsable de la gestión financiera. Comprende las posibilidades del servicio a la vez que es responsable del coste del mantenimiento y su rentabilidad. El usuario exige el servicio optométrico que por tradición ha recibido de forma gratuita y paga el servicio desde la compra de un producto de coste elevado. Este concepto representa el punto más débil de la actuación de los optometristas en establecimientos. El objetivo del examen visual es la adaptación de alguna ayuda óptica o de cualquier dispositivo de mejora visual. La dispensación de este producto hace que el reconocimiento social sobre las ópticas se centre en la actividad comercial. El soporte divulgativo en el establecimiento es uno de los medios de ayuda al optometrista porque crea la demanda al usuario. El examen optométrico persigue pues la adaptación de algún producto o el programa de una terapia rehabilitadora en función de la demanda del usuario. Se inicia una relación contractual defendida según el código deontológico de la profesión. El cumplimiento de la regulación legislativa en todo el servicio de optometría y en el funcionamiento del establecimiento en general, convierte el examen visual, en la base del reconocimiento profesional.

Durante la realización del examen, el optometrista desarrolla todas las funciones profesionales; previene un problema ocular, promociona una salud visual, adapta una solución, verifica su tratamiento, respeta la autonomía del paciente, ordena sus resultados de valoración, y participa en el ámbito asistencial.

#### 4.3.4. Orientar al paciente; opciones de tratamiento:

Con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y Documentación clínica, se reconoce el derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento, pero para que así se realice, el usuario debe conocer sus opciones. La competencia del optometrista tras la realización del examen clínico precisa de sus habilidades de comunicación.

La norma expone la necesidad de evitar los tecnicismos y asegurar que el paciente entiende o sea capaz de asimilar el contenido de la explicación. Aunque el profesional tenga que exponer el tratamiento de forma reiterada se prioriza la información verbal frente a la escrita.

El tratamiento optométrico puede clasificarse en: sensorial,  
refractivo  
y preventivo-terapéutico

##### I. *Tratamiento con finalidad de mejorar la coordinación o integración sensorial:*

El ejemplo básico en este grupo es la terapia visual y la rehabilitación para personas con baja visión. El objetivo del optometrista en este ámbito es la reeducación del sistema visual. Este tipo de tratamiento precisa del desarrollo de una unidad de asistencia. Requiere por tanto un equipo tecnológico adecuado y una actuación profesional de acuerdo con la *lex artis*. Por el momento ninguna norma define los criterios de asistencia como tampoco existe una norma que permita la regulación específica para los servicios que se proponen. Estos “servicios” deberían seguir unos códigos de conducta y normas de defensa de la competencia, promovidos por los colegios profesionales, y las sociedades profesionales específicas del tema. En la realidad actual el colegio de ópticos o las sociedades profesionales no defienden una regulación exigente en este ámbito. El código de conducta del profesional es el único medio que se considera en la responsabilidad de este tipo de servicios. Vuelve a ser clave en este apartado la responsabilidad y conducta ética del óptico director. El tratamiento sensorial del estrabismo o la reeducación del complejo sistema visual en unas habilidades de integración sensorial reducidas, por inmadurez o por lesión, requieren un elevado grado de adaptación en centros ópticos. La iniciativa y la motivación profesional de forma individual es lo que permite compartir estos servicios especializados a la actividad clásica de las ópticas. Esta intención individual conlleva una mayor responsabilidad profesional que debe ser regulada y controlada por el óptico director. En este ámbito se exige una cumplimentación amplia del historial clínico y una información específica al paciente. Esta información y el compartirla con otros profesionales sanitarios representan la máxima implicación del optometrista al sistema sanitario, como también lo representa la evaluación de sus resultados. Sin embargo a nivel profesional, no existe ninguna tendencia a regular estos servicios más que la que representa el factor económico. En todo caso, la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, permite a este “servicio” (como a todos los demás), la plena libertad de precio, no podrá estar tarifado ni en un valor mínimo ni en un valor máximo.

Cabe remarcar como punto favorable que en la práctica profesional, los servicios que se destinan a valorar las habilidades sensoriales en el proceso visual, cumplen con la responsabilidad que exige la norma Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias, ofreciendo una información detallada previa al tratamiento, un informe de alta en el que se muestra los resultados obtenidos después del ejercicio y unos amplios informes de derivación o de interés para

otros profesionales sanitarios. La actuación minuciosa en este punto, crea de forma indirecta la intención de ofrecer estos informes de alta o derivación desde actividades optométricas convencionales.

La gestión empresarial es consciente que la actitud de los servicios específicos promueve un cambio de tendencia en la relación optometrista-usuario o en la valoración de la profesión por parte de otros profesionales sanitarios. Esta consciencia está considerando la entrega de informes refractivos y el cobro de la visita optométrica de forma sistemática en muchas entidades ópticas. Parte del objetivo de la exposición es la valoración de si la actuación profesional se siente capacitada para asumir todo lo que esta intención implica desde el ámbito sanitario.

## *II. Tratamiento refractivo, con la finalidad de mejorar la agudeza visual*

Este es el tratamiento clásico en las ópticas. El optometrista se siente seguro en las explicaciones que ofrece al usuario. No cabe duda que el óptico conoce el producto que ofrece,...sus indicaciones, sus limitaciones, su coste, su garantía de reposición, y las posibilidades de adaptación del usuario. No cabe duda que el óptico sabe que maneja un producto sanitario. Pero, es probable que el óptico no conozca exactamente qué implica el asesoramiento o el control sobre un producto sanitario, más concretamente sobre un producto sanitario a medida. Es decir la adaptación de gafas y de lentes de contacto.

Según el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, las gafas y gafas de sol graduadas, las lentes de contacto, las soluciones de mantenimiento de estas lentes, lupas, lupas electrónicas, sistemas de iluminación para afectados de baja visión, programas informáticos de magnificación, material de terapia visual domiciliaria, gafas pre-montadas, gafas de protección 360º, gafas submarinas con prescripción, gafas de natación con prescripción, pantallas de protección ocular; son productos sanitarios. Se debe incorporar el concepto de accesorio”...«Accesorio»: un artículo que, sin ser un producto sanitario, es destinado específicamente por el fabricante a ser utilizado de forma conjunta con un producto para que este último pueda utilizarse de conformidad con la finalidad prevista para el producto por su fabricante” es el caso de las monturas, que son los accesorios o el soporte de las lentes oftálmicas.

Del análisis de estas definiciones, la Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Abad Luna; Subdirectora General de Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo de Productos Sanitarios.<sup>11</sup>, extrae las siguientes conclusiones: La naturaleza del producto no es relevante para identificarlo como producto sanitario, porque los productos sanitarios pueden realizar las mismas funciones que realizan los medicamentos (además de muchas más), por lo que la distinción entre medicamento y producto sanitario no puede basarse en la función que desempeñan, sino en los mecanismos a través de los cuales se produce esta función. Los mecanismos de acción farmacológicos, metabólicos e inmunológicos están reservados a los medicamentos.

Es difícil, a veces, delimitar la frontera entre medicamentos y productos sanitarios, ya que pueden darse casos en que existan los dos tipos de mecanismos de acción. En este caso ha de determinarse cual es la acción principal, y en función de ella realizar su catalogación. Pueden darse también casos dudosos de demarcación de los productos sanitarios con biocidas, cosméticos, productos de protección personal, ayudas técnicas para discapacitados, productos de consumo, o productos industriales. Lo importante, en casi todos estos casos, es valorar que el resultado de la acción de un producto tenga una utilidad médica o sanitaria, y no una finalidad estética o de confort social<sup>11</sup>.

En opinión de la Dra Abad, "La legislación de productos sanitarios es, pues, una regulación moderna susceptible de modificaciones y ampliaciones, que contribuyan a su consolidación"

Estos productos sanitarios son muy diferentes entre ellos, y no es lógico que se evalúen de la misma manera. Hay productos de mayor riesgo que requieren una evaluación de su diseño de fabricación, datos clínicos de eficacia y otros de bajo riesgo cuya responsabilidad recaerá exclusivamente al fabricante. Es fundamental clasificar los productos según categorías o "clases" de riesgo. La razón de clasificar los productos sanitarios es permitir una evaluación modular en función de la importancia para la salud que van a tener estos productos.

Se establecen cuatro clases de riesgo: clase I, clase IIa, clase IIb y clase III.

Los productos de la clase I se corresponden con el menor riesgo y los de clase III con el máximo riesgo. Las clases de riesgo se han establecido teniendo en cuenta la vulnerabilidad del cuerpo humano ante un potencial fallo o mal funcionamiento del producto. Los principales criterios que se valoran son:

- el tiempo de contacto,
- la parte del cuerpo con la que se produce el contacto y
- el grado de invasividad.

Los productos sanitarios destinados a un contacto superficial y poco duradero, generalmente entran en la clase de riesgo más baja, clase I.

En función del tiempo de contacto, los productos sanitarios pueden considerarse como de "uso pasajero" (destinados normalmente al contacto de forma continua durante menos de sesenta minutos); "uso a corto plazo" (destinados normalmente al contacto de forma continua durante un periodo de hasta treinta días) y "uso prolongado" (destinados normalmente a utilizarse de forma continua durante un periodo de más de treinta días).

Los productos para el cuidado de lentes de contacto corresponden a la clase IIb y los desinfectantes de productos sanitarios son actualmente IIa, pero se presenta la posibilidad de reclasificarlos como IIb. En el caso de productos de bajo riesgo la certificación recae bajo la responsabilidad exclusiva del fabricante, que declara la conformidad del producto con los requisitos esenciales y coloca el marcado CE sin la intervención de las autoridades sanitarias ni de ningún organismo externo. El marcado CE, se coloca de forma visible, legible e indeleble, en el producto, si es posible, o en el envase comercial y en el prospecto de instrucciones.

Estos productos son sometidos tras su fabricación a controles que afectan tanto al mismo producto como al fabricante. Dichos productos están obligados a las normas dispuestas por la C.E.N. (Comité Europeo de Normalización) y particularmente la norma del etiquetado permite seguir al producto en todas las etapas, desde su fabricación hasta su utilización.

Las lentes de contacto que no corrigen las ametropías (terapéuticas, cosméticas) se incluyen en el mismo apartado.

En nuestro contexto sanitario, los establecimientos de óptica son establecimientos de venta y adaptación de productos sanitarios, tienen que tener al frente un profesional cualificado y disponer de los medios adecuados para realizar las adaptaciones.

Según la norma los profesionales que utilicen productos sanitarios tienen que respetar lo siguiente:

- Utilizar sólo productos conformes con la legislación
- Ser manipulados exclusivamente por profesionales cualificados y adiestrados
- Utilizados en las condiciones y usos previstos por el fabricante
- Respetar que los productos de auto-diagnóstico sólo pueden venderse al público a través de las oficinas de farmacia.

Uno de los aspectos sanitarios más importantes que incorporan las directivas de productos sanitarios es el Sistema de Vigilancia. Este Sistema pretende cubrir objetivos similares al Sistema de Farmacovigilancia de medicamentos, encaminados a la detección de los efectos adversos.

Los fabricantes están obligados a investigar inmediatamente las causas de los incidentes para lo que deben establecer contacto con los usuarios involucrados, retirar los productos implicados, realizar los ensayos pertinentes, verificar las condiciones de fabricación y realizar cuantas otras acciones puedan resultar relevantes. El resultado de todo ello, es que la norma obliga la comunicación a las autoridades.

En resumen, las lentes oftálmicas, ayudas de baja visión, gafas de protección 360º, gafas de sol graduadas ... son productos sanitarios de naturaleza no invasiva y por tanto se incluyen en la categoría I. Las soluciones de mantenimiento (para la desinfección e hidratación) de las lentes de contacto se incluyen en la categoría de producto sanitario IIb. Las lentes de contacto son de categoría IIa: invasivo por estar en el ojo pero de corto plazo, pero, muchos diseños pueden considerarse de uso prolongado por adaptarse para un uso continuado mayor a 30 días o por sus efectos más prolongados como sería el caso de la ortoqueratología.

Atendiendo a esta clasificación por grado de riesgo podemos concretar que el óptico debe prestar máxima atención a las soluciones de mantenimiento, a la ortoqueratología y a las LC de uso prolongado, para colaborar en el sistema de farmacovigilancia. En la realidad cotidiana el optometrista está desprovisto de medios para alcanzar su propio criterio de verificación. El óptico-optometrista está a expensas de las indicaciones del fabricante con el que debe concretar muy bien las especificidades o características de sus productos. Por otra parte, el optometrista ha de tener presente los fármacos o productos sanitarios que se utilizan en consulta de optometría para prescripción y control. En concreto a la utilización de fluoresceína, verde de lisamina, hilo de fenol, test de Shirmer, lubricantes oculares, que podrían clasificarse como productos de uso pasajero por tener una limitación en el tiempo inferior a 60 minutos, pero, entonces

... ¿Por qué no se autoriza el uso de ciclopléjicos?.

En opinión de Jesús Pizarroso Pulido en su artículo Fármacos diagnósticos editado en Gaceta óptica,<sup>12</sup> “en España llegará el momento en que la legislación autorice a los optometristas el uso de determinados fármacos diagnósticos”.

El uso de estos fármacos obliga a la responsabilidad profesional por un mejor conocimiento de farmacología no solo ocular sino también sistémica y a la valoración de forma sistemática de la profundidad de cámara anterior entre otras. El uso de estos fármacos también obliga a prestar mayor interés a la información al paciente e incluso en algún caso a su consentimiento informado.

El manejo de este producto reconocido como sanitario incluye la responsabilidad profesional. Esta responsabilidad se presenta en mayor exigencia en función del grado de riesgo definido por el producto sanitario y va en función de la categoría a la que corresponde. El optometrista considera cada opción y la gestión óptica debe adaptarse en función de las demandas que exige el usuario. El servicio optométrico en la óptica debe adaptarse a la divulgación técnica propia de una entidad sanitaria. De forma explícita debe incorporar el soporte que requiere en base a honorarios profesionales si así considera, informar previamente al usuario sobre las especificidades del producto y en especial debe indicar el protocolo de su actuación.



- Para los productos sanitarios de naturaleza no-invasiva: categoría I,

La máxima responsabilidad recae en el fabricante. Las gafas graduadas, ayudas ópticas de baja visión, y gafas pre-montadas responden a esta categoría. La gestión óptica debe aplicarse básicamente en la cumplimentación del historial clínico y en el servicio post-venta. En la ficha clínica, el óptico, anota todas las especificidades del producto y el establecimiento de óptica se responsabiliza en función a la Ley 23/2003, de 10 de julio, de Garantías en la Venta de Bienes de Consumo. La relación de ambas funciones permite una atención correcta al usuario. El óptico director técnico ha de definir en esta competencia los campos de obligada cumplimentación en el historial del paciente porque estas indicaciones pueden acudir en defensa del profesional en caso de incidencias o inadaptaciones. La montura se considera un accesorio que debe cumplir todo el aval de garantías regulada por la ley de venta de bienes de consumo.

- Para los productos sanitarios de naturaleza invasiva: categoría IIa

Las lentes de contacto corresponden a esta categoría de producto. La responsabilidad sanitaria recae en hacer cumplir al usuario las indicaciones profesionales porque hay una posibilidad de comprometer la superficie ocular en caso de incumplir la recomendación. La adaptación que ha de seguir el servicio optométrico en esta competencia se especifica según la norma de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y Documentación clínica. El óptico director decidirá la extensión de la información al usuario, definida en un mínimo de indicaciones del material de la lente de contacto, mantenimiento, forma de uso, signos o síntomas durante el periodo de adaptación, y regímenes de seguimiento posterior.

El apoyo divulgativo toma mayor consolidación en esta competencia, el formato impreso posibilita una consulta continua.

- Para los productos de naturaleza invasiva que puedan producir cualquier cambio en la superficie ocular: categoría IIb,

La responsabilidad sanitaria del óptico se presenta en su más amplio aspecto porque el criterio según la evidencia científica que conoce el profesional es superior a las indicaciones de los laboratorios o a las necesidades empresariales.

El óptico director vuelve a presentarse como gestor sanitario. En esta competencia el consentimiento informado y el informe de alta o de resultados se presenta como adaptación al comportamiento sanitario. Las indicaciones en esta competencia quedan claramente identificadas en la norma de la ley 41/2002, de... Obligaciones en materia de información y Documentación clínica.

El apoyo divulgativo al profesional deberá realizarse de forma sistemática. En esta categoría de producto se consideran las adaptaciones de lentes de contacto para ortoqueratología, queratoplastia, adaptaciones en post-cirugía refractiva, lentes de contacto de uso continuo hasta 30 días, los productos de conservación de las lentes y los preparados de diagnóstico clínico. El óptico director técnico sigue la norma ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en lo referente a las indicaciones de almacenamiento, información y publicidad, o seguimiento de la relación beneficio-riesgo. La venta de productos humectantes o lubricantes de la superficie ocular no están sujetos a prescripción médica y pueden

comprarse en oficinas de farmacia. Estos productos corresponden también a la categoría IIb pero en la mayoría de entidades ópticas se presentan como “marcas blancas”. La finalidad que persigue la óptica en esta exposición es la fidelización del cliente. El óptico director ha de implicarse en las indicaciones específicas de este producto, porque aunque la sociedad reconoce la denominación propia como opción de menor coste no por ello se exime la responsabilidad. Estas soluciones conservantes, desinfectantes o lubricantes están reguladas por la inspección sanitaria y deben incorporar sus especificaciones de uso en los prospectos, asegurar las condiciones de almacenamiento, controlar los límites de caducidad, concretar su función y eficacia.

### *III. Tratamiento preventivo-terapéutico*

El optometrista dirige sus conocimientos clínicos en base a la prevención de riesgos oculares. La opción de tratamiento corresponde a factores añadidos a la lente oftálmica, de contacto, gafa deportiva y de sol. La finalidad es evitar los riesgos de pérdida de integridad de la superficie ocular, por causa traumática, o de estructuras oculares por radiaciones. La responsabilidad profesional en este punto es informativa, argumentando al usuario las indicaciones de un material concreto como gafa de protección, filtro UV o cualquier otro filtro indicado por la actividad laboral o enfermedad ocular. En cuanto a las indicaciones terapéuticas, el optometrista deberá conocer los estudios clínicos que avalan el reconocimiento de las propiedades de la lente así como su indicación en enfermedades oculares, en especial para enfermedades retinianas degenerativas. Para la indicación preventiva, el optometrista buscará su aval en las normas ISO.

La responsabilidad del óptico director en esta competencia es la justificación y las recomendaciones al fabricante. Esta competencia no requiere una adaptación del servicio de optometría a la gestión sanitaria. Es una práctica por tradición consolidada en la gestión interna del establecimiento, sin embargo, la acreditación del producto al usuario y la consiguiente información desarrollada favorece en gran medida la valoración asistencial del servicio.

#### 4.3.5 Derivación responsable:

La norma para la derivación responsable ya quedaba implícita en la ley 14/1986, ..., general de sanidad y queda perfectamente definida según la Ley 44/2003, ... de ordenación de profesiones sanitarias y la ley 41/2002, ....de Documentación clínica.

El optometrista de tienda ha derivado siempre de forma responsable al observar o sospechar de afectación ocular. No se excede de sus competencias y respeta la prescripción óptica de otros profesionales incluidos oftalmólogos.

La adaptación del servicio de optometría a la norma sanitaria en esta competencia es importante. La responsabilidad del óptico director es la de control en el registro de prescripciones y en consecuencia también en los informes de derivación o de exposición de resultados. Desde la inclusión de la optometría como profesión sanitaria, esta responsabilidad ha pasado de considerarse un mero formulismo a considerarse como una de las bases de planificación en la organización sanitaria del área de oftalmología.

La necesidad de optimizar recursos en el ámbito asistencial, coloca a los establecimientos ópticos como objetivos de evaluación o clasificación. La medida de la presión intraocular, la valoración de la visión central con la rejilla de Amsler, la facilidad de adicionar prismas press-on en

paresias oculomotoras, lentes de contacto terapéuticas para favorecer la epitelización... son algunos de los ejemplos de la práctica convencional que se deben destacar.

A nivel docente, en las universidades de optometría, se expone la exigencia de una derivación cuando hay una razón y esa derivación debe especificar el motivo. La definición del diagnóstico tentativo es de gran dificultad de adaptación en los servicios de optometría, porque requiere un cambio de conducta. Muchos optometristas y en su mayoría con experiencia, son reticentes a exponer los motivos de la derivación. Se muestran inseguros ante el manejo de la patología y se retiran de su actuación excusándose en falta de medios y especialmente en que el usuario no solicita información escrita. En realidad muestran la inseguridad en el límite de sus competencias.

La tradición impuesta en base a sus competencias estrictamente en el ámbito refractivo no posiciona a los servicios de optometría de las ópticas en una posición favorable a este respecto. Una unificación de criterios de actuación definida por la organización asistencial general permitiría la mejora en esta competencia.

#### 4.3.6 Verificación de producto:

Para la verificación de producto el óptico director requiere de la instrumentación optométrica adecuada y en especial la motivación para regular si las indicaciones del producto solicitado cumplen con las anotaciones de los fabricantes. En esta competencia vuelve a cobrar importancia la marca con denominación propia.

La responsabilidad del profesional no permite la confianza con el laboratorio o con el fabricante sino que ha de corroborar todas las características propias del producto. Sin embargo hay propiedades o tratamientos que el óptico no puede verificar sin un equipo especializado y este equipo normalmente no es el que se encuentra en el establecimiento.

En la verificación de tratamientos añadidos a las lentes el gestor de producto confía en las indicaciones del fabricante. La adaptación que debe asimilar el servicio de optometría en estos casos es la indicación del aval de garantía del producto según lo expuesto en la norma 23/2003, sobre Garantías en la Venta de Bienes de Consumo. La normativa CE que debe cumplir el fabricante informa a su vez de la indicación propia del producto.

Para la adaptación de productos especiales o en caso de adaptar productos con denominación propia, sería favorable para la valoración del servicio optométrico mostrar al cliente la indicación del etiquetaje. En los expedientes e informes a los pacientes, es suficiente con la denominación del material, especialmente para lentes de contacto o sus soluciones de conservación y desinfección.

#### 4.3.7 Incorporación de mejoras tecnológicas:

La incorporación de instrumentos tecnológicos en la óptica se presenta como una necesidad. La inversión en bienes de equipo nunca es oportuna según la gestión financiera. El instrumental tiene un coste elevado y una difícil amortización. El óptico director presentará grandes dificultades en justificar la adquisición de instrumentos ópticos. Por otro lado la norma de acreditación de centros ópticos considera unos mínimos instrumentales básicos pero no ha tenido en cuenta la gran revolución tecnológica.

La indicación de la norma deja a las ópticas en condición de desamparo frente al diagnóstico y seguimiento de una cuantía de casos. Dificulta la derivación responsable y deja a los

servicios de optometría en condición desfavorable. La adaptación a la norma sanitaria no puede producirse sin inversión.

La responsabilidad del óptico director se dirige básicamente en la optimización del equipo ya existente y en protocolar la interpretación de los registros obtenidos.

#### 4.3.8 Actividades de planificación y gestión:

El óptico director debe planificar y priorizar la gestión. El horario de apertura del establecimiento exige mayor contratación laboral. Se requiere un óptico director en funciones por ausencia del director titular. La planificación debe permitir además la formación del profesional.

#### 4.3.9 Formación continua:

La formación continua es una obligación y un derecho descrito en la Ley General de Sanidad “... *toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pre-graduada, post-graduada y continuada de los profesionales*”.

La Ley recoge la responsabilidad de las administraciones públicas sanitarias para conseguir una colaboración permanente con la finalidad en favorecer la formación interdisciplinar en todas las ciencias de salud y la actualización permanente de conocimientos.

Los ópticos de tienda tienen acceso a la formación propuesta por la Universidad y por la entidad colegial, pero presentan una gran dificultad en formación preventiva en afectación visual. La necesidad empresarial traslada la implicación en concepto de formación y docencia a laboratorios o empresas de distribución, pero, aunque estos cursos sigan los criterios correctos de formación continua, el óptico no recibe una formación práctica. Sin embargo esta formación práctica queda enmarcada en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

El concierto entre universidades y centros sanitarios se realiza en el periodo de formación de los estudiantes de grado pero una vez se ha finalizado este período, el óptico de tienda pierde este acceso.

En este ámbito y descrito en la norma, el óptico precisa formación en actualización de metodología o en evolución científica y técnica incluso en investigación.

La disponibilidad presupuestaria a esta disposición debe de identificarse.

El óptico en tienda no puede verse involucrado en este ámbito.

El esfuerzo del óptico director técnico en la adaptación de la formación continua al servicio de optometría se basa principalmente en tres conceptos:

- habilidad o especificidad clínica que observa que debe mejorar o actualizar,
- valoración integrativa de los recursos existentes entre el CNNO y la formación que avalan los laboratorios o fabricantes,
- gestión de formación con acuerdos propios o utilizando sus propios recursos.

La planificación horaria de los establecimientos dificulta la asistencia a la formación del equipo de optometrista, el criterio de especificidad clínica a desarrollar del óptico director no coincide en muchos casos con el criterio de otros profesionales, así que, finalmente, el óptico director considera la gestión formativa basada en acuerdos propios como la única opción a esta competencia. Llegado a esta justificación, debe defenderla ante la gestión empresarial. En muchas ocasiones la formación continua termina por no completarse o en convertirse en una formación de carácter básicamente acreditativo que no aporta cambios sustanciales al servicio.

La dificultad en conseguir una formación continua de consistente acercamiento a la conducta sanitaria, provoca una dificultad en la adaptación de todas las competencias descritas anteriormente. Esta dificultad para acceder a la formación especializada, ralentiza la adaptación de los servicios de optometría a la gestión sanitaria. El óptico-optometrista presenta dificultad en la derivación porque no conoce la planificación adecuada, presenta dificultad en la promoción de salud al no conocer exactamente las opciones actuales de tratamientos, presenta dificultad en interpretación de registros, y por ello está en una situación desfavorable ante el reconocimiento profesional.

#### 4.3.10 Investigación/docencia:

El óptico en tienda también realiza acciones en investigación. Determinados estudios en lentes oftálmicas, lentes de contacto y su conservación, con la finalidad de conocer las ventajas en la adaptación o el grado de satisfacción del usuario se realizan en ópticas. Distinguir entre la valoración de un producto óptico como estudio de mercado de un estudio de investigación, es la adaptación a la organización sanitaria que debe considerar el óptico director en esta competencia. En el primer caso la información es compartida entre la óptica y el fabricante. En el segundo caso, en situación de investigación, el óptico director debe informar al usuario. Debe solicitar su conformidad a participar y debe especificar el grado de implicación requerido. El centro óptico colabora en el estudio clínico pero no presenta responsabilidad máxima. Es el fabricante o el laboratorio quien solicita su colaboración pero, el óptico director debe exponer claramente la actitud que dirigirá al usuario.

En esta competencia es importante referirse a la actitud que debe tomar el óptico de tienda en los casos en que el usuario pregunta sobre algunos conceptos concretos acerca de algún estudio clínico ofrecido por su condición ocular. El envejecimiento de la población y el cambio en el concepto de familia que muestra la sociedad, condiciona al usuario, porque acude sólo a los servicios asistenciales. Este paciente olvida o no asimila todos los conceptos claves del estudio clínico. Debe decidir su consentimiento. La accesibilidad del centro óptico permite la comunicación con el optometrista y expone su ayuda. El óptico muestra una actitud responsable. Se mantiene al margen en términos médicos e instrumentales pero debe ayudar al usuario a solventar sus dudas.

La implicación más correcta es indicar que exponga sus dudas al centro promotor del estudio aunque ayuda al usuario a formular sus preguntas.

## 5. VALORACIÓN SOCIAL DE LA OPTOMETRIA COMO PROFESIÓN SANITARIA

### Material y método

Se realizaron 110 encuestas durante cuatro meses (de febrero a abril de 2012) de forma anónima y voluntaria, a personas mayores de 18 años. El criterio de exclusión era que los participantes no podían ser profesionales sanitarios. Se desestimaron 20 cuestionarios por haber sido contestados por estudiantes de enfermería y de terapia ocupacional. Como estudiantes del campus de Terrassa conocían la universidad de óptica y las competencias profesionales que se derivan. También se desestimaron 10 encuestas por contestar sin ningún criterio aparente y de forma ilógica. Contestaban a todas las preguntas de forma negativa o sin mostrar interés.

El análisis se realizó con 80 encuestas.

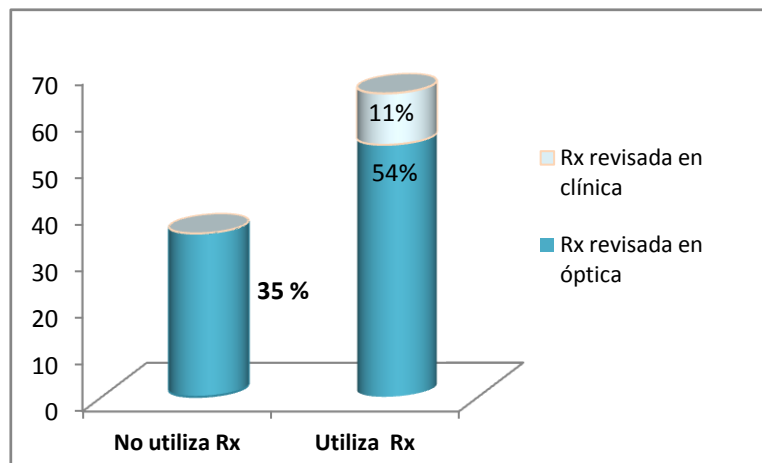
### **Cuestionario:**

El cuestionario era cumplimentado por el participante. Se elaboró con 12 preguntas cerradas de rápida contestación. La secuencia de las preguntas pretende que el participante aprecie ciertos aspectos de la actividad profesional de la optometría y llegue de forma razonada a la conclusión final; si considera la optometría como profesión sanitaria.

### **Resultados:**

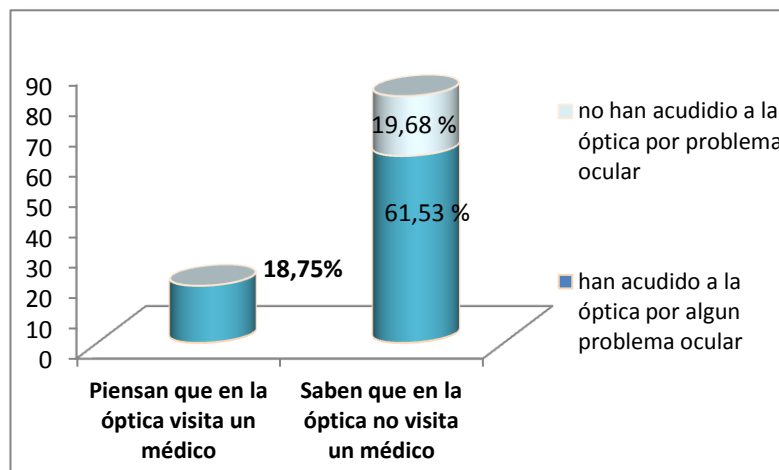
#### **Perfil de los participantes**

52 participantes admiten utilizar gafas o lentes de contacto frente a 28 que no utilizan ningún sistema compensatorio. De los usuarios de ayudas ópticas 43 realizaron el examen visual (en alguna ocasión) en un establecimiento de óptica mientras que solo 9 habían entregado su receta para comprar las gafas.



#### **Expectativas del óptico optometrista en un establecimiento óptico**

15 de las personas encuestadas piensan que en la óptica realiza el examen visual un médico. De estas 15 personas, 13, reconocen saber la diferencia entre óptico y oftalmólogo. De las 65 personas que saben que en una óptica no visita un oftalmólogo, 40 reconocen haber ido a una óptica cuando han tenido de forma repentina algún problema ocular, sea sensación de arenilla, ojo rojo o sensación de molestias.

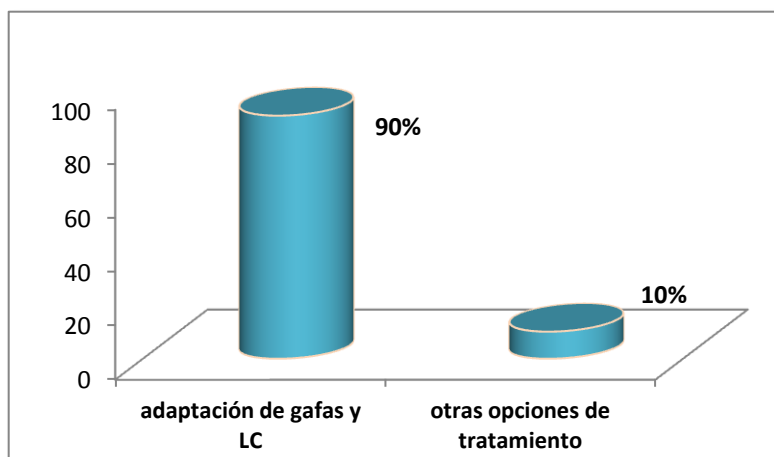


### Conocimiento de las funciones o actividades del óptico en el establecimiento

20 personas de las 80 cuestionadas saben que en las ópticas no solo se adaptan lentes de contacto o gafas sino que se realizan otras terapias especialmente baja visión y visión en 3D. Es importante apuntar que en este periodo en el que se ha realizado este trabajo, en las ópticas se presentaba mucha información al respecto.

Sin embargo 73 encuestados desconocen la ortoqueratología nocturna o todas las indicaciones de la terapia visual.

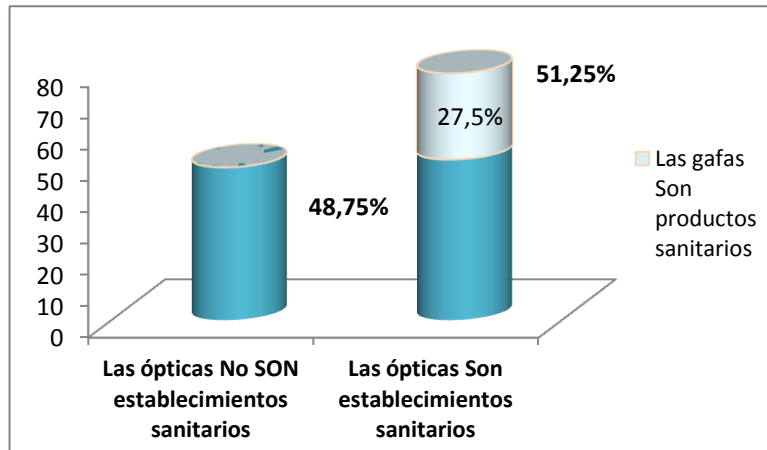
68 personas del total de cuestionados, no saben que estas terapias se realizan en ópticas. Es decir que hay 12 personas que han contestado afirmativamente a la pregunta, en realidad conocían estas alternativas pero posiblemente no las relacionaban en el contexto del establecimiento de óptica.



### Impresión del concepto de profesión sanitaria

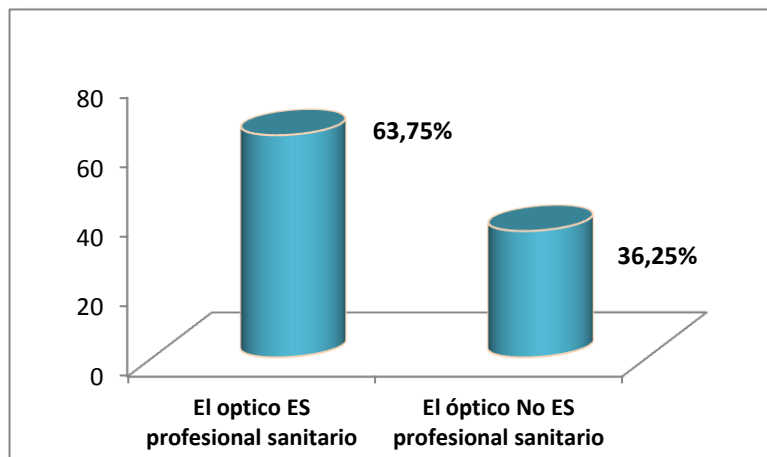
41 personas entienden que los establecimientos de óptica son establecimientos sanitarios pero solo 29 personas saben que las gafas graduadas son productos sanitarios.

Solo 22 personas de los 41 participantes que reconocían a las ópticas como establecimientos sanitarios consideran las gafas graduadas como producto sanitario. Este resultado puede deberse a que mucha parte de la población entiende un producto sanitario como el producto con prestación desde seguridad social.



### Valoración del óptico como profesional sanitario

51 personas piensan que los ópticos son profesionales sanitarios y 56 de todas las personas entrevistadas consideran que en las ópticas hay buenos equipos de diagnóstico.





## **6. VALORACIÓN PROFESIONAL DE LA OPTOMETRÍA COMO PROFESIÓN SANITARIA**

### **Material y método**

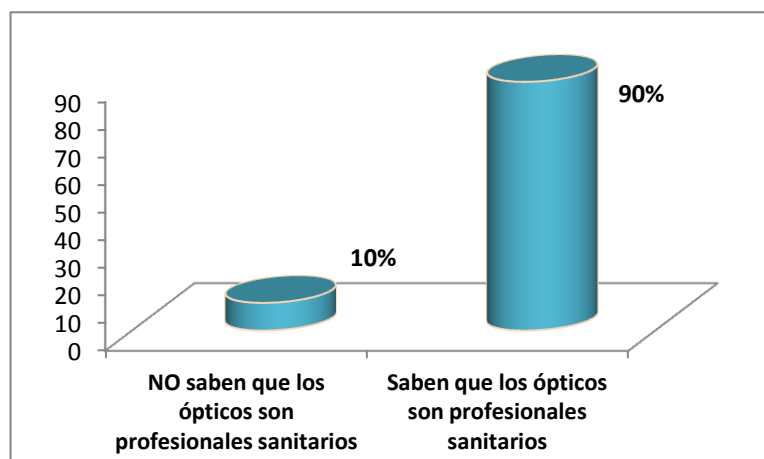
Se realizaron 100 encuestas durante cinco meses (de febrero a mayo de 2012) a compañeros optometristas que trabajan en centros ópticos. El cuestionario se envió por correo electrónico y las respuestas eran reenviadas incluyendo en algunos casos la cumplimentación por otros compañeros del centro o por amigos de la misma profesión y ejercientes en ópticas. El único criterio de exclusión era que los ópticos trabajasen en servicios oftalmológicos, laboratorios o empresas de distribución.

### **Cuestionario:**

El cuestionario era cumplimentado por el participante. El cuestionario se elaboró con 18 preguntas cerradas de rápida contestación. La secuencia de las preguntas pretende que el participante aprecie ciertos aspectos de la actividad profesional de la optometría y permita la reflexión acerca del cumplimiento de las competencias profesionales exigidas en la norma sanitaria.

### **Resultados:**

De los 100 ópticos participantes, sólo 10 reconoce no saber que la ley de ordenación de profesiones sanitarias del 2003 reconoce a los ópticos como profesionales sanitarios.



### **Conocimiento de las competencias profesionales**

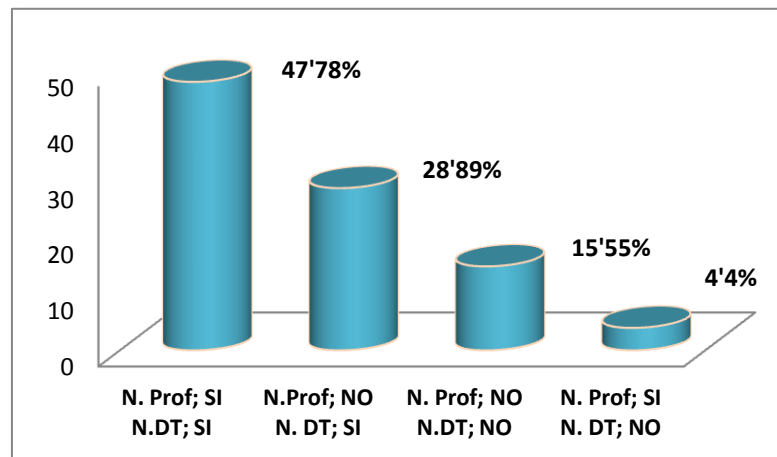
De los 90 ópticos que saben que la profesión de optometría está regulada como profesión sanitaria;

43 ópticos (47.78%) reconoce saber tanto las competencias profesionales que derivan de la inclusión en la norma como también la responsabilidad legal del director técnico de un establecimiento de óptica.

27 ópticos (28.89%) conocen la responsabilidad legal del óptico director técnico pero no conocen las competencias del óptico en el ámbito general de salud.

14 ópticos (15.55%) no saben ni las competencias de la optometría en el ámbito sanitario ni las competencias legales del óptico director.

4 ópticos (4.44%) saben las competencias que deben seguir como profesionales sanitarios pero no conocen las competencias del óptico director.



#### **Consideración de las ópticas como comercios o como establecimientos sanitarios**

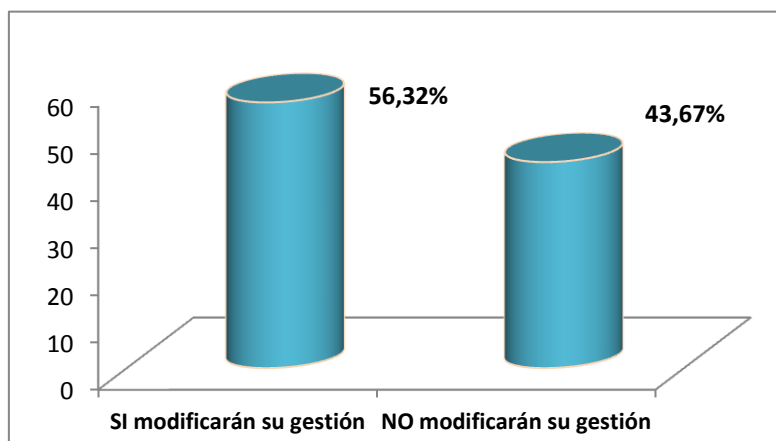
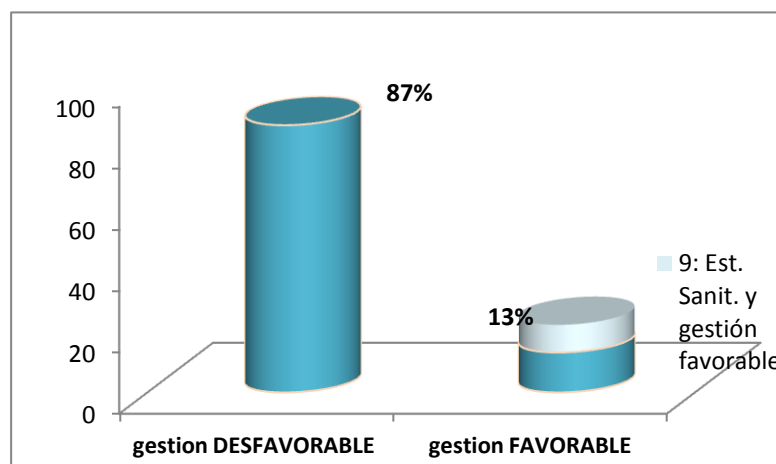
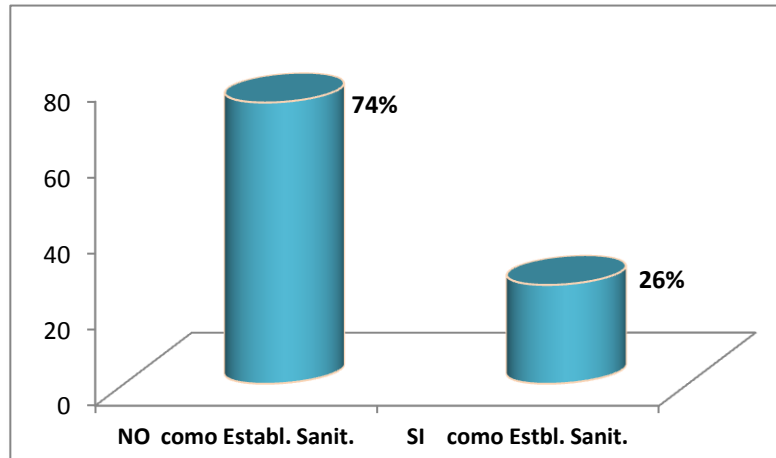
26 ópticos participantes consideran que la sociedad valora a las ópticas como establecimientos sanitarios frente a 74 que piensan que no son considerados establecimientos sanitarios.

16 ópticos piensan que las ópticas se valoran como establecimientos sanitarios y a la vez como comercios.

86 participantes consideran que la sociedad valora a los centros ópticos como comercios y de éstos 82 consideran la gestión empresarial como desfavorable para la consideración del establecimiento como sanitario.

De la totalidad de las encuestas 87 ópticos (87%) consideran que la gestión empresarial no favorece la consideración social de la optometría como servicio sanitario. Sólo 9 ópticos consideran que la población considera a las ópticas como establecimientos sanitarios y que la gestión empresarial facilita esta consideración.

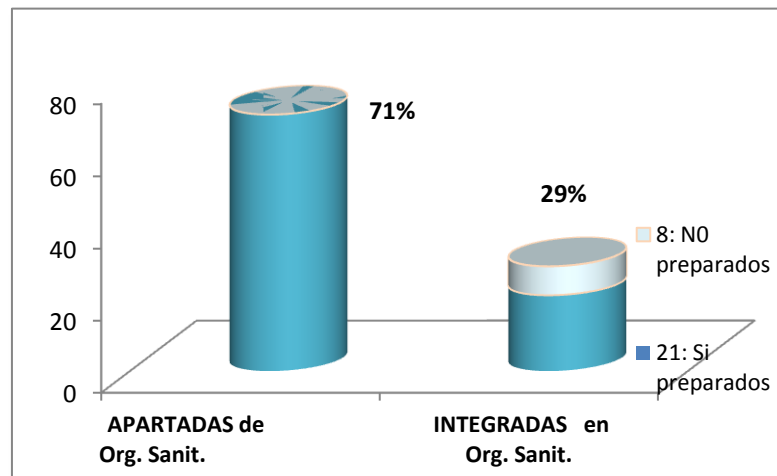
De los 87 ópticos que consideran que la gestión empresarial no es favorable para la consideración sanitaria de los centros ópticos, 49 consideran que esta gestión va a modificar sus preferencias, frente a 38 participantes que consideran que las ópticas no van a incorporar ninguna modificación.



### Consideración del optometrista en el ámbito sanitario general

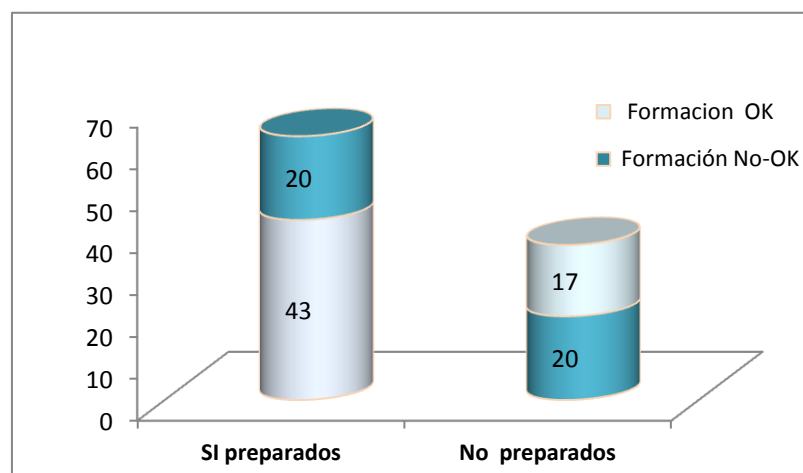
71 ópticos de los 100 participantes consideran que las autoridades sanitarias no consideran a los ópticos optometristas de centros ópticos como parte del equipo de atención.

Sin embargo 29 piensan que sí. 21 de estos 29, se consideran preparados para aceptar la responsabilidad sanitaria e involucrarse en el equipo asistencial frente a 8 que no se consideran preparados.



#### Apreciación subjetiva del optometrista acerca de su formación como profesionales sanitarios

Del total de participantes 63 ópticos se consideran preparados para responder como profesionales sanitarios de atención primaria. 43 de los optometristas se consideran preparados para aceptar la responsabilidad sanitaria aunque afirman que los conceptos teóricos explicados durante la formación universitaria no se corresponde con la realidad a la que posteriormente se enfrentan. 20 optometristas consideran que la formación recibida se corresponde con la práctica diaria. Del grupo de los 37 profesionales que no se encuentran preparados para afrontar la responsabilidad impuesta sanitaria, 20 reconocen que la formación recibida no se corresponde con la realidad y 17 aseguran que si hay correlación. De los 37 que no se consideran preparados, 24 consideran que el equipo técnico que utilizan no es adecuado.

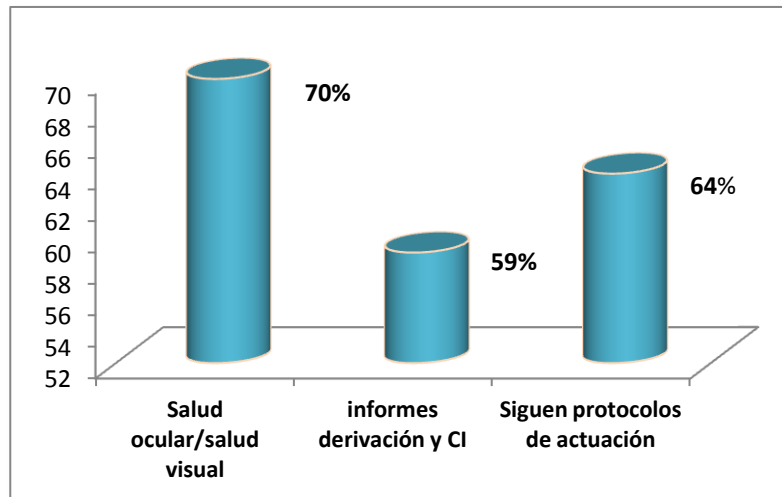


### Competencias profesionales

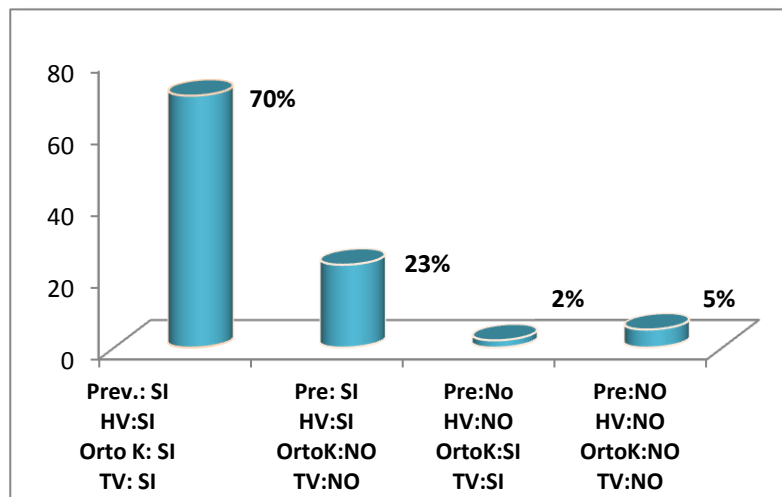
72 ópticos participantes explican a sus pacientes la diferencia entre salud ocular y salud visual.

59 ópticos del total de encuestados realizan informes de derivación, consentimientos informados, e informes de diagnósticos tentativos.

64 siguen protocolos de actuación en la adaptación, verificación y control de ayudas ópticas.

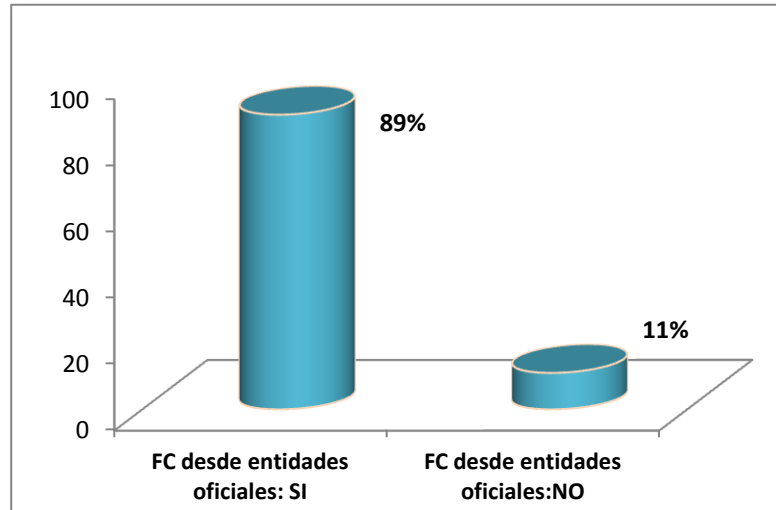


70 consideran la prevención y la higiene visual como responsabilidad profesional y ofrecen tratamiento de orto-K, terapia visual, ergonomía. 23 reconocen la prevención y la higiene visual como competencia profesional pero no ofrecen alternativas de tratamiento a parte del refractivo, 5 no ofrecen tratamientos no refractivos y tampoco consideran que la prevención e higiene visual sea parte de su responsabilidad, 2 ópticos si que ofrecen tratamiento de orto-k o terapia visual... pero no consideran que la prevención sea de su responsabilidad



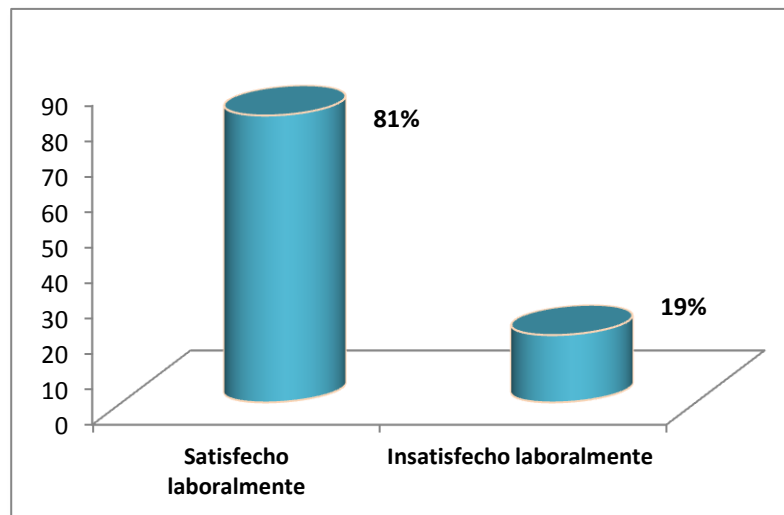
### Preferencia en formación continua

89 ópticos del total de participantes consideran que la formación continua debería organizarse desde entidades oficiales.



### Satisfacción laboral

19 reconocen estar descontentos en su trabajo



## **7. JUSTIFICACIÓN BIOÉTICA DE LA OPTOMETRIA COMO SERVICIO DE SALUD**

### **¿Debemos sentirnos orgullosos?**

Si.

Debemos sentirnos orgullosos; porque, aunque los orígenes del término de optometría se consideran de EEUU, fue Benito Daza de Valdés el primer autor de una obra sistemática sobre optometría en 1623. Las bases de la optometría descansan sobre conceptos de óptica y física clásica. De hecho, la tarea del óptico se centraba sobre todo en el tallado de lentes oftálmicas y en instrumentos ópticos de la época, en última instancia en la graduación de la vista. A partir del S. XIX, los ópticos ya empezaron a practicar exámenes de refracción ocular<sup>14</sup>. Eso son muchos años, muchos días y muchos casos. Debemos sentirnos orgullosos porque, el alcance y la calidad adquirida de cada uno de estos casos reflejan la madurez de “nuestra optometría”. Hemos asumido nuestra optometría como especialidad y, como profesión independiente y responsable.

Debemos sentirnos orgullosos; pero debemos sentirnos orgullosos hasta cierto punto. Porque aunque en su origen se actuaba sobre el tallado y diseño de lentes oftálmicas, y sobre la realización de instrumentos ópticos, la optometría de las últimas décadas se ha orientado claramente hacia la asistencia sanitaria. El optometrista tiene una mejor comprensión de la óptica ocular y un conocimiento más exacto del sistema visual. Contribuye al examen optométrico y a nuevas estrategias terapéuticas, gracias, al desarrollo tecnológico o a su aplicación. Pero, debemos sentirnos orgullosos hasta cierto punto; porque a pesar de la experiencia, la optometría se ha aplicado poco en la gestión sanitaria. No se ha implicado ni posicionado hasta el imperativo de la gestión sanitaria general. Ahora, con una situación en la asistencia sanitaria sin precedente histórico, en un mundo globalizado, y con unas demandas asistenciales incrementadas, la optometría debe posicionarse y respetarse.

Debemos sentirnos orgullosos; porque a este respeto se llega de forma individual y como colectivo. Debemos sentirnos orgullosos porque como apunta Norbert Bilbeny en su libro bioética, sujeto y cultura, “quien tiene una educación humanística, sea cual sea su profesión está preparado para pensar”<sup>15</sup>. Y ahora, estamos preparados para pensar, pensar en la autonomía de nuestros pacientes con todas sus repercusiones, pensar en el proceder clínico en nuestra práctica diaria, pensar en definitiva en nuestra responsabilidad profesional.

### **Bioética: la ciencia de la vida**

En la segunda mitad del S. XX, los países desarrollados han vibrado con el progreso científico. Se ha desarrollado un fenómeno científico sin precedentes, un progreso acelerado en el campo de la biomedicina o biotecnología, y esto ha provocado un profundo cambio en el concepto del hombre, de la enfermedad y de la salud, de la vida y de la muerte.

Fue Van Rensselaer Potter quién en 1971 utilizó por primera vez el término bioética en su obra; “bioética: un puente al futuro”.<sup>16-19</sup> Para este oncólogo estadounidense la bioética es la ética de la vida, es un puente que acerca la biotecnología y las humanidades. La bioética ha surgido de la ética médica, en concreto de la relación médico-paciente.

Muchas son las definiciones que entrelazan el marco de reflexión y la investigación sistemática de la ética que plantea el progreso biomédico.

En optometría nos es válida la reflexión de Fernando Hidalgo; “es la comunicación sensible entre paciente y optometrista”<sup>17</sup>. Porque desde la optometría no nos situamos en el contexto de la alta tecnología nos situamos en el primer nivel de la asistencia sanitaria; en la prevención e información cotidianas, donde hay sanos y enfermos, donde las personas sufren sus limitaciones visuales, y donde las personas buscan soluciones. En este contexto el eje principal es la relación clínica, por ello es necesario recuperar el código deontológico que nos ayude a tratar a nuestros pacientes con más compasión y respeto. Las cuestiones de la bioética nos quedan muy lejos de nuestra práctica diaria, sin embargo, la atención primaria necesita de esta disciplina para garantizar la calidad y la excelencia del servicio. La atención primaria también necesita conocer su entorno y su campo de aplicación. Solo así conseguirá su completo desarrollo.

Los optometristas, al igual que los demás profesionales en atención primaria tienen un modo propio de ver la salud diferentes de otras especialidades tiene un perfil propio de responsabilidad y de compromiso moral con las personas que reciben la atención.

Está plenamente justificado el desarrollo de una bioética con personalidad propia en el ámbito de la asistencia primaria.

Está plenamente justificado el desarrollo de una bioética en el ámbito de la asistencia en salud visual.

### **Bioética de cuestiones cotidianas; el método de los cuatro parámetros**

Los dilemas éticos reales se presentan en los casos concretos y particulares.

Mientras que desde la perspectiva teórica de Bauchamps y Childress, los principios de la bioética son beneficencia, no-maleficencia, justicia social y autonomía, los problemas éticos se plantean en las situaciones concretas. Albert R. Jonsen, Mark Siegler y William J. Winslade<sup>15</sup>, proponen un nuevo procedimiento de análisis de conflictos éticos que se parece a la manera como los médicos analizan y deciden sobre los casos clínicos. Este método de análisis de casos, inspirado en la casuística, se conoce como el método de Galveston o el método de los cuatro parámetros. Este método parte de la base de que la ética es un aspecto inherente a la buena práctica clínica y propone cuatro preguntas básicas:

1. ¿Cuáles son las indicaciones clínicas?
2. ¿Cuáles son las preferencias del paciente?
3. ¿Cuáles son las expectativas sobre la calidad de vida?
4. ¿Cuáles son los aspectos contextuales relevantes?

Las circunstancias del caso resultan relevantes en su valoración ética. La aplicación práctica de la bioética a los casos concretos exige, a parte de conocimientos teóricos, una habilidad personal que permita reconocer los principios morales implicados.

Cuando nos preguntamos sobre las indicaciones médicas, sobre como ayudar al paciente y sus alternativas, estamos orientando la decisión hacia el principio de beneficencia.

Cuando tenemos en cuenta las preferencias del paciente, nos volvemos respetuosos con la persona según el principio de autonomía.

Nuestra decisión que tiene presente la calidad de vida del paciente y siempre de acuerdo con su propia interpretación de la misma, tomamos una actitud no-maleficente.



Y finalmente, nuestra decisión final, cuando tenemos en cuenta los intereses de terceras personas, cuando tomamos conciencia del uso eficiente de todos los recursos sanitarios, orientamos el caso según el principio de justicia.

La bioética hoy en día va mucho más allá de las reflexiones filosóficas y del análisis de normas o códigos de conducta de los profesionales sanitarios. Es un debate en el que participan los derechos humanos, los derechos de salud, la educación..., en definitiva la dignidad humana. Para vivir dignamente la persona debe satisfacer sus necesidades humanas fundamentales. Una necesidad fundamental es la visión,...el sentido estrellita, el sentido principal para desenvolvemos en el mundo actual. Un mundo de carácter plenamente tecnológico, informatizado, de continua y rápida evolución.

### **Bioética en optometría: Justificación bioética de la salud visual**

Victoria Camps en su artículo "la excelencia de las profesiones sanitarias"<sup>20</sup> explica que hoy en día las profesiones son en definitiva "carreras", mejor o peor ejecutadas pero "carreras". Hoy en día, hacer una buena carrera es sinónimo de triunfo en la profesión y, sinónimo a haberse enriquecido. El triunfo tiene que ver más con el dinero, con la fama y el éxito material que con la excelencia. Porque un profesional excelente es ante todo un experto, un experto que aporta una buena práctica y que no siempre recibe el reconocimiento de la sociedad o de la misma profesión<sup>21</sup>. En todo caso se puede añadir una idea más al concepto que apunta esta catedrática de Filosofía Moral y política, cuando hablamos de carrera lo hacemos pensando de forma individual, se piensa en un solo profesional y en su realidad concreta. En el contexto actual, la optometría se ha de valorar y posicionar como colectivo; se ha de valorar según el grado de excelencia y con el objetivo de determinar los valores prioritarios que debe referir como profesión. El cuidado, la sinceridad, la amabilidad, la empatía, la compasión, la confianza, el respeto, y sobre todo la prudencia. No son normas que puedan obligarse a cumplir desde la entidad colegial o desde las autoridades competentes, sino que, son actitudes o disposiciones espontáneas del profesional. No cabe duda que de forma espontánea el optometrista es sincero, amable, compasivo, cuidadoso... y prudente. ¿Cómo no va a ser amable o cuidadoso con sus clientes?, ¿Cómo no va a ser compasivo o sincero si conoce la necesidad visual del paciente y la dificultad económica de éste para su satisfacción?, ¿Cómo no va a ser prudente...si debe compaginar su preparación sanitaria con la gestión comercial?. Al igual que los demás profesionales sanitarios, el optometrista tiene una buena preparación técnico-sanitaria y humanista, goza de una larga historia y madurez profesional, tiene capacidad y motivación por aprender, pero, todavía no tiene un fuerte reconocimiento social ni asistencial.

#### Consideraciones generales de la Bioética en Optometría:

La optometría actual se enfrenta a cambios propios de la transformación en el ámbito sanitario general que se están produciendo tanto en el país como en el resto del mundo.

Estos cambios responden básicamente a tres conceptos:

1. Transformación tecnocientífica
2. Transformación social en el modelo de relación médico-paciente
3. Transformación de las políticas de salud

## 1. LA TRANSFORMACIÓN TECNOCIENTÍFICA EN LAS ÓPTICAS:

“No cabe ninguna duda de que la tecnología es bella y útil”<sup>22</sup>, como tampoco cabe ninguna duda que el avance tecnológico en sanidad, de estas últimas décadas, ha producido un avance en la detección, prevención, diagnóstico, tratamiento y curación de las enfermedades. Sin embargo este número importante de posibilidades tecnológicas empieza a superar la posibilidad de pago por parte de los servicios sanitarios y como no, de las ópticas. No solo es preciso contar con un adecuado equipo técnico para la práctica profesional sino que también se precisa este equipo de forma defensiva. Pongamos el ejemplo de un usuario de lentes de contacto permeable a los gases que insiste en decir que nota los bordes de la lente. El fluorograma parece correcto y la agudeza visual es de unidad. La evolución del caso no muestra ningún signo que pueda explicar su molestia. Por otro lado, el paciente asegura que ha seguido las indicaciones del experto durante la adaptación, y reconoce una visión perfecta. El optometrista muestra el registro topográfico y la reconstrucción de la imagen con su lente de contacto. Demuestra así que no hay roce. No explica que esta imagen es con la lente estática, que no muestra la lente en posición de uso, que no hay registro del juego del parpadeo, como tampoco muestra el párpado evertido. Pero ha sido suficiente para el paciente. Si las molestias disminuyen poco a poco y no son suficientes para que el usuario piense en abandonar el uso de las lentes, ese topógrafo no solo ha servido como instrumento de tratamiento sino que también ha acudido como defensa al profesional. Es decir que la tecnología no solo se necesita para iniciar o seguir la evolución en adaptaciones sino que objetiva el caso y avala su actuación. Actualmente el perfil de usuario es el de una persona con fácil acceso a la información y por tanto exigente. Este mismo usuario ve en la tecnología la diferenciación en la actuación profesional. El usuario termina creyendo más en la tecnología que en la práctica individual y se muestra cada vez más desconfiado, y menos tolerante. El topógrafo que se usa en el ejemplo tiene un coste elevado. No solo en el momento de su adquisición sino también en su mantenimiento y amortización.

Si se considera la nueva instrumentación como imprescindible y necesaria en todas las adaptaciones o acciones optométricas, la inversión del equipo se muestra en balance positivo. Sin embargo es posible que el profesional muestre una “tecnodependencia” y busque la seguridad de su actividad profesional en la instrumentación. En este caso, el equipo tecnológico siempre va a ser insuficiente porque el profesional valorará múltiples opciones de tratamiento y cada vez de más difícil resolución. El coste del servicio sería en este caso muy elevado.

Se debe considerar también la posible “tecnodependencia” por parte del usuario. Pongamos otro nuevo ejemplo: llega a la óptica un usuario de lentes. Es miope y se siente avergonzado con el grosor del borde. Es usuario de gafas desde hace años y sabe elegir bien su montura. Insiste en varias ocasiones con el aspecto final de su gafa. El óptico muestra el programa del fabricante que define los espesores de la lente elegida con su graduación. El usuario acepta los 4mm que el programa ha definido como espesor máximo, pero cuando viene a recoger sus gafas esos 4 mm le parecen excesivos. En este caso tan habitual en ópticas, el usuario ha confiado en el profesional y reconoce sus consejos. El espesor de borde le parece excesivo por dos motivos; el primero es que aunque sabía cuanto iba a medir su lente, no visualiza el aspecto del producto; el segundo, es que no acepta que su lente sea tan gruesa, posiblemente piensa que si la tecnología hace milagros... como no los va a hacer con sus gafas. El usuario necesita no solo saber sino también entender lo que compra. Se vuelve cada vez más escéptico con el producto porque se deben cumplir todas y cada una de sus expectativas.

Estos ejemplos tan cotidianos en la práctica, despiertan el círculo;  
*recursos económicos - desarrollo asistencial - excelencia del servicio.*

El usuario exige un servicio de excelencia, a un coste asequible o gratuito. Exige por tanto un amplio desarrollo tecnológico. Un amplio equipo técnico que objetiva su tratamiento y le ofrece confianza. Por lo tanto este equipo se vuelve muy necesario. Pero este equipo no solo se ha de pagar sino que se ha de amortizar y actualizar de forma constante. La actualización de este equipo en muchas ocasiones no hace referencia a su indicación de uso sino en hacerlo más atractivo al cliente. En consecuencia se añade a este equipo pantallas de visualización, colores atractivos, y especialmente soportes informativos o de divulgación, pensados más para el cliente que para el profesional.

En una entidad privada, y en concreto en un establecimiento óptico este equipo asistencial es extremadamente costoso según su rango financiero. Y además presenta una característica muy especial, solo es necesaria su indicación en casos concretos, por lo que hay pocos clientes que puedan hacer rentable la incorporación de este nuevo equipo. Con la actual crisis financiera general esta incorporación tecnológica parece no ser oportuna.

Se cierra el círculo *recursos – asistencia – excelencia*, de forma negativa.

Las ópticas van quedando atrás con sus equipos de atención porque en general la incorporación de nuevos instrumentos se ha paralizado. Es posible que para muchos usuarios no sea del todo importante porque está recibiendo las lentes de contacto de prueba, piensa que la experiencia del optometrista puede suplir en ocasiones el soporte técnico, o su situación visual no precisa de tanta especialización. Sin embargo, el óptico si debe exigir este equipo para asegurar su actuación. ¿Cómo podrá valorar una pérdida de espesor del anillo neuroretiniano con seguridad?, o ¿Cómo identificará determinadas lesiones paramaculares?, ¿Cómo registra o clasifica un estrechamiento arteriolar?... la respuesta es clara, el óptico deriva siempre ante la sospecha de cualquier problema ocular y esta derivación es de correcta actuación. Pero esta derivación sistemática puede conllevar aspectos negativos no solo por la implicación ética de responsabilidad profesional sino por mantenerse apartada de toda la organización sanitaria. Es importante seguir con la derivación responsable realizada hasta ahora, pero además, se deben introducir aspectos indicativos complementarios. La ley contempla estas indicaciones, en la derivación se ha de especificar porque se deriva y bajo que criterio. En consecuencia, la tecnología vuelve a presentarse como eje principal, como eje de seguridad porque es una consideración objetiva.

En octubre de 2011, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, editó “el Model d’atenció en oftalmologia i criteris de planificació”,<sup>23</sup> haciendo referencia a la oftalmología como una de las especialidades médicas con mayor necesidad de organización para incrementar su capacidad resolutive. En esta publicación se considera esencial la figura del optometrista y la del médico de familia, pero en ningún momento contempla la figura del optometrista en establecimiento de óptica. Los motivos de derivación que define la publicación, siguen siendo los clásicos; disminución de la visión, miodesopsias, ojo rojo, traumatismo, hipertensión ocular, sequedad, pérdida visual transitoria... el optometrista no tiene y nunca ha tenido dificultad en considerar esta derivación, en el contexto actual tiene problema en la derivación responsable cuando un paciente en tratamiento oftalmológico acude a la óptica y refiere algún síntoma mencionado anteriormente. En ocasiones este cliente ha acudido a sus controles oftalmológicos

recientemente, tiene una patología causal de los síntomas que refiere, y factores contextuales a considerar. Es en estos casos cuando el servicio de optometría de la óptica debe aplicarse.

El saber diferenciar una complicación en un proceso degenerativo, un problema ocular derivado de la farmacología, o una reducción de la eficiencia visual, diferencian claramente la actuación en salud visual respecto de la actuación en salud ocular.

Como optometristas, nuestra competencia exclusiva es la responsabilidad en salud visual y así se ha de exponer claramente al usuario. La relación optometrista-paciente, usuario, cliente es clave para este punto.

## 2. TRANSFORMACIÓN SOCIAL EN LA RELACIÓN OPTOMETRISTA-CLIENTE;

En la actualidad, el sistema sanitario se enfrenta a cambios importantes provocados por la evolución tecnológica, el cambio en la relación médico-paciente e incluso el envejecimiento de la población.<sup>5</sup>

España es uno de los países del mundo con mayor tasa de personas de edad avanzada. Se estima que alrededor del 2030 aumentará en gran medida la población de mayores de 80 años. El envejecimiento de la población provoca una mayor demanda del uso de servicios y mayor necesidad de recursos humanos.

El envejecimiento plantea nuevos retos, especialmente en relación con todos los profesionales de la salud. De forma más concreta, en los servicios de oftalmología el envejecimiento poblacional conlleva el tratamiento de procesos degenerativos a nivel ocular. La DMAE, atrofas ópticas, cataratas, afectaciones vasculares..... pueden saturar los servicios sanitarios. La atención requiere personal especializado en atender a los “mayores” y en adecuar la instrumentación necesaria. Este perfil de usuario no se siente incómodo en una relación médico-paciente de tipo paternalista, en la que el médico adquiere una actuación dominante y toma las decisiones que considera más adecuadas para el paciente. Este modelo de relación es predominante en nuestro país.

La evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas. En otras palabras, el tipo de relación que se establece con los pacientes, ejerce, una influencia directa, en la efectividad misma de la asistencia médica. Los familiares de nuestros mayores o pacientes más jóvenes, con correctos niveles culturales y un correcto conocimiento de los recursos de asistencia, son los que han provocado un cambio de estilo en la relación médico-paciente.

Muchos médicos ya están trabajando bajo parámetros de modelos mutualistas, centrados en el paciente, donde médico y paciente se esfuerzan en aportar y responsabilizarse en la medida de sus posibilidades.

Hoy en día estos modelos están abriendo paso al modelo sistémico, es decir que la relación médico-paciente considera el ámbito social del enfermo, la familia y la comunidad. La tendencia hacia este modelo también se debe al concepto actual de Salud, como estado de bienestar y no exclusivamente a la ausencia de enfermedad. El concepto de Salud está extendiéndose en la sociedad como un derecho de todos aunque también como una responsabilidad de todos.

Considerar que la relación médico-paciente, el envejecimiento de la población y la tendencia de considerar la salud como una responsabilidad de toda la sociedad, no afecta a los servicios de optometría, no es profundizar en el posicionamiento social de la profesión.

En opinión de R. Solà i Parés “Nuestros pacientes sufren un problema visual pero somos nosotros los que debemos ayudarles a integrarse en el modelo social de forma adecuada”<sup>26</sup>.

En el ámbito de la Salud, y bajo el concepto actual de Salud, no entendido como estar exento de enfermedad sino de completo bienestar, tanto física como psicológicamente, la visión recibe un peso especial.

No debemos olvidar que la pérdida de visión o los problemas visuales en general conllevan un cambio de comportamiento importante. Todas las personas cuando enferman, se asustan, y ese temor provoca un cambio de conducta. Sin embargo, “el hecho de padecer un defecto visual no condiciona una enfermedad ocular”<sup>26</sup>, en todo caso, la actividad y la integración en el contexto social, laboral, e instrumental, queda totalmente limitado según la eficiencia visual.

La evolución hacia modelos sistémicos o interaccionales en las relaciones médico-paciente requiere un cambio de actitud tanto de los profesionales sanitarios, como del propio paciente, tanto en las relaciones entre profesionales, como de éstos con los familiares. La forma en que se comportan los pacientes y el grado de adhesión a las indicaciones que se les formulan puede modificar en extremo las demandas de asistencia en un departamento de optometría. En nuestra cultura actual, el médico sigue siendo el miembro más jerarquizado del equipo de salud, y el miembro con máxima responsabilidad asistencial. En un modelo de relación paternalista ante un paciente con edad avanzada, éste último seguirá las indicaciones propuestas sin dilación. Acudirá a las ópticas por indicación terapéutica y con la formulación propuesta. El usuario solicitará la solución indicada a su defecto visual y aceptará o no sus limitaciones. Lo que está claro es que en muchas ocasiones el usuario desconocerá todas las opciones de atención e incluso todas sus posibilidades de compensación si no recibe una correcta información del optometrista. En este caso, las competencias del optometrista acerca de la prevención, promoción, rehabilitación, protección y verificación se verán condicionadas.

La evolución en la relación médico-paciente de modelos paternalistas a modelos sistémicos supone una relación entre dos personas con necesidades complementarias, el paciente tiene su necesidad reducida y el profesional cuenta con los recursos que atenuarán la carencia. Según Robert Veatch desde el Instituto Kennedy de ética médica, expone que esta relación no implica desigualdad ni inequidad en la relación porque ambos miembros poseen derechos y obligaciones<sup>28</sup>. Esta relación así comprendida, se desenvuelve con las características propias del caso en función de la situación social y de su contextualización familiar o ambiental. La implicación de los servicios de optometría adquiere su máximo exponente. Actúa con veracidad y confidencialidad. Esta actuación según normas morales básicas sustenta la confianza del paciente que lleva a exponer su situación en su amplio aspecto.

La incorporación progresiva de mujeres a profesiones sanitarias está generando mucho debate que se expone en el libro de P. Vazquez “la feminización de las profesiones sanitarias”<sup>29</sup>. Por tradición social la mujer ha capitaneado el cuidado de los hijos o de sus mayores, es por tanto, eje de organización familiar en la gestión de recursos. Empatiza con mayor facilidad a las dificultades que presenta una discapacidad o carencia, y actúa con cautela. Va en busca de un trato asistencial resolutivo, sincero, y ágil porque prioriza la seguridad. La composición del alumnado en óptica no es diferente de las demás carreras sanitarias.

La relación que se establece entre mujer y profesional mujer, puede ser uno de los factores clave en la transformación social de los modelos de relación entre médico-paciente y de forma indirecta optometrista-paciente.

Si consideramos válida esta idea, ambas mujeres buscan casi por indicación cultural máximo cumplimiento. Las ópticas-optometristas informarán con mayor tesón, porque advierten de complicaciones, enfatizan las soluciones, y consideran otras opciones. En el contexto de una óptica, esta habilidad lleva a una promoción del cuidado de la salud e incluso a derivaciones más responsables. Expone con mayor facilidad sus resultados y se muestra más servicial. Estos conceptos son los que más demanda un servicio de optometría en un establecimiento de óptica. No debemos olvidar que es un establecimiento sanitario y a "pie de calle", de fácil acceso para mayores, para niños y demás miembros de la familia. El horario comercial facilita aún más el acceso. La conducta y la actitud tanto de los profesionales como de los usuarios empiezan a canalizar estas nuevas relaciones. La tendencia a un modelo de asistencia sanitaria en las ópticas se está imponiendo aunque de forma lenta. El antiguo por tradición cliente, pasa en un primer estadio a paciente y de forma gratuita a usuario.

De forma esporádica esta nueva relación está aumentando las posibilidades de conseguir el respeto social de la profesión. En la actualidad las ópticas deben afianzarse en esta aptitud y alcanzar el mismo reconocimiento en los sistemas generales de salud.

### 3. TRANSFORMACIÓN EN LA POLÍTICA DE SALUD.

Para el desarrollo de este apartado podemos referirnos de nuevo a la ley General de Salud Pública de reciente redacción. El carácter general de la norma es necesario para las organizaciones sanitarias, esto demuestra el concepto de salud que defienden. No se pretende con la misma, únicamente una mejora organizativa basada en la optimización de recursos tecnológicos y humanos, sino que persigue además, la prevención de riesgos, tanto educacionales como laborales y asistenciales.

Su estrategia será pues la integración de todos los servicios.

La responsabilidad de los servicios sanitarios adquiere máxima relevancia al considerar los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia. La eficacia responde a una valoración experimental. Pero la efectividad y la eficiencia dan valor al resultado de la aplicación. El concepto más importante para las instituciones sanitarias es la eficiencia. La eficiencia es en realidad el resultado alcanzado con la actuación pero en relación con los recursos que se han necesitado para conseguirlo. Así que debe valorarse de forma comparativa con otras organizaciones posibles de igual efectividad. En la gestión sanitaria es importante incorporar una ética basada en la eficiencia. Esta incorporación es importante para obtener un resultado correcto al menor coste y para asegurar que con los recursos de que se disponen se obtiene el mejor resultado. Esta optimización en todo el sistema mantiene el concepto más ético de equidad, o el de igualdad en la atención: para y por todos los ciudadanos.

Sabemos que estamos en un momento sin precedente. Los recursos son limitados y puede resultar muy difícil mantener la igualdad distributiva de los mismos. Hasta el momento, la organización sanitaria en nuestro país se ha mantenido fiel a un modelo social libre, en el que ha coexistido la financiación pública con la iniciativa privada. Este modelo y el nivel alcanzado ha sido admirado a nivel mundial. El usuario por tradición se ha sentido protegido por este modelo asistencial y se ha vuelto exigente. Exigente con la atención profesional, exigente con la prestación gratuita, y exigente con la gestión. El usuario considera que es un servicio público por previo pago así que lo considera un derecho y un bien particular, es decir, lo considera suyo.

Este comportamiento generalizado dificulta la gestión sanitaria en cuanto pretende la racionalización en el uso de los cuidados asistenciales.

Los cambios socioeconómicos y la realidad financiera ha modificado plenamente el modelo sanitario de nuestro país.

La privatización en determinados sectores y la financiación del sistema desde la recaudación contributiva de la seguridad social son los cambios más notorios que todavía la sociedad no ha podido interpretar correctamente.

“No hay recortes, Hay un cambio de sistema”.

Conocer la repercusión de esta realidad actual en los establecimientos de óptica y en concreto en su gestión optométrica es muy difícil. Un análisis histórico de los servicios optométricos en una óptica concluye que las ópticas se han mantenido al margen de las cuestiones realmente importantes en la gestión sanitaria pero tal como apunta, Sola Reche, E. en una publicación para la Sociedad Canaria de Oftalmología después de la inclusión del optometrista como profesional sanitario<sup>21</sup> “... *el buen entendimiento de los términos de la Ley en cierto modo despeja dudas acerca del alcance de las funciones de unos y otros, y apunta a la necesaria complementación y hasta interdependencia. Sus cometidos son no poco importantes para alcanzar las cotas exigibles de calidad asistencial. Pero en nada pueden responsablemente suplir las funciones diagnósticos y terapéuticas que a los Oftalmólogos competen...*”. Las ópticas no se han excedido de sus competencias profesionales, respetan la actuación médica y se aplican de forma responsable. Simplemente están en desventaja ante el nuevo escenario sanitario por su inmadura relación integral con el sistema. Sin embargo la sensación es que sigue estando desvinculada la óptica de atención primaria de las organizaciones u organismos sanitarios. En el momento en que se la vincule a campañas de prevención, o se la tenga presente en programas de formación, la óptica desarrollará sin duda todo su potencial. La LOPS atiende al derecho y obligaciones de la formación continuada a los profesionales sanitarios. Esta formación principalmente se está solicitando por los colegios profesionales o por organizaciones empresariales, pero no consiguen un impulso de acercamiento de las ópticas al sistema general. Sea esta, o no, una vía de acercamiento el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya , editó un estudio en el marco del libro blanco de las profesiones sanitarias<sup>23</sup>, analizando la tendencia en la evolución de las profesiones sanitarias en Catalunya . La Conselleria de Salut, apunta como el envejecimiento poblacional conduce las patologías severas hacia la cronicidad y la dependencia. En este grado de dependencia cobra un interés importante la discapacidad visual. Señala conceptos de ergonomía visual y protección ocular en el ámbito laboral, así como el incremento de las actividades deportivas que potencian nuevos criterios de compensación óptica.

En definitiva, la demanda en la calidad de vida reclama la implicación de los servicios de optometría. La perspectiva incluye la necesidad de potenciar la cooperación general y específica de las ópticas al marco de política sanitaria de Catalunya.

El colegio de ópticos y asociaciones profesionales serian los responsables de ofrecerse al marco asistencial mostrando así, con esta iniciativa, su comprensión a las demandas de la población.

## **8. DISCUSIÓN ANALISIS Y CONCLUSIONES:**

### **CONSIDERACION DE LA OPTOMETRÍA COMO PROFESIÓN SANITARIA.**

#### **1. DISCUSIÓN**

Los aspectos científicos y reglamentarios que rigen la práctica profesional se dispersan y se desarrollan en la propia casuística. Una casuística a veces complicada por su especificidad, a veces, automatizable por su reiterada resolución. La incertidumbre en la que nos encontramos en el momento actual como profesionales sanitarios no difiere en gran medida de la incertidumbre propia de los usuarios. Usuarios que acuden a los centros ópticos en base a sus necesidades visuales y en busca de una resolución ágil, asequible y respetuosa. Un 63'75% de estos usuarios consideran los centros ópticos como establecimientos de salud. Personas que presuponen una atención responsable y que esperan una información amplia acerca de sus opciones de tratamiento. Sin embargo un 90% de estos usuarios desconocen la actuación del optometrista. Acuden a las ópticas para adquirir gafas o lentes de contacto pero desconocen la terapia visual, la rehabilitación visual, la ortoqueratología, o como evitar la fatiga visual. El 74% de los optometristas de óptica, no consideran su reconocimiento social como profesionales sanitarios y en un 87% no valora la gestión de los centros ópticos como favorable a un reconocimiento futuro. El 71% se consideran apartados de la organización sanitaria general, en especial por la dificultad en conseguir una formación continua de interés, por la falta de implicación en campañas de prevención, y en la dificultad por adquirir unos instrumentos de registro específicos. A pesar de las dificultades, el 63% se siente preparado para asumir la responsabilidad de actuación sanitaria aunque desconozcan la norma legislativa que se les asigna. Un punto a considerar es que el 81% se considera satisfecho con su situación laboral. Una situación laboral que puede presentarse inestable ante la dificultad de adaptación de los servicios de optometría al nuevo escenario sanitario en el país. Un país que envejece, que exige unas demandas asistenciales de integración mayores y que requiere para ello un gran despliegue de medios tecnológicos y humanos.

#### ***Business ethics***

Parece absurdo evaluar el comportamiento ético del óptico-optometrista como profesional sanitario sin evaluar los criterios éticos del establecimiento óptico como institución sanitaria. La reflexión de Ana M<sup>a</sup> Costa en su artículo “ética de las empresas sanitarias”<sup>33</sup> es válida también para el optometrista: el profesional que pertenece a una empresa tiene una capacidad de actuación limitada a la hora de actuar con criterios éticos si estos no son compartidos por la propia institución sanitaria.

Hace más de una década surgió la reflexión sobre ética de las organizaciones, a partir de la competitividad entre grandes empresas. La gestión buscaba algo que a igualdad de calidad y de precio hiciera más atractivos sus productos, y así llegaron al convencimiento de que la identificación explícita con valores éticos podía ser el punto que marcaría la diferencia. Empezó con ello lo que ahora se denomina la dirección por valores, dentro de la ética de la empresa (business ethics)<sup>34</sup>.

Todos los servicios sanitarios no siempre se planifican con criterios éticos. En ocasiones los propios profesionales se encuentran en tensión frente a 2 estilos distintos de actuación. Por un lado



el compromiso hacia el paciente según el criterio de valores y por el otro el criterio economicista concreto en normas de gestión empresarial. La gestión sanitaria y la práctica clínica, en optometría, tendrían que verse siempre como dos niveles complementarios de actuación. El nexo de unión es el facilitar el desarrollo formativo, apoyar la motivación personal del profesional y rechazar las normas de control e imposición.

En el escenario actual no se pone en duda la realidad del mundo de valores también en las empresas de óptica. Sin embargo este trabajo plantea la necesidad de reflexión de cómo orientar estos valores en la actividad optométrica.

Al reflexionar en estas cuestiones aparece una paradoja importante. Los profesionales con motivación por una resolución eficaz y compromiso profesional mayor, son los que más se esfuerzan, preguntan, y requieren más formación. El óptico optometrista que más se esfuerza por “hacerlo bien”, mejora la eficiencia del servicio pero satura su propia actividad<sup>33</sup>. Actúa de forma responsable y con compromiso claramente clínico pero invierte mucho tiempo, esfuerzo, y dinero en ampliar sus conocimientos e incluso en buscar la fórmula de aplicación de los mismos. Este esfuerzo en lugar de tener un retorno cualitativo importante a nivel profesional adquiere un efecto rebote contrario, provocando una saturación o una desidia en determinados procesos de gestión. El propósito por evitar el agotamiento concreto del profesional requiere que el esfuerzo no debe valorarse exclusivamente de forma individual sino de forma colectiva; desde la normopraxis.<sup>35</sup> Se define normopraxis como la relación ente aspectos científicos y reglamentarios que rigen la práctica profesional. Su norma escrita es la deontología profesional que articula ciencia, conciencia y compromiso, pero, con carácter obligatorio. Su finalidad es garantizar el derecho de salud visual mediante la calidad asistencial y la competencia profesional reglada en principios humanísticos y éticos. La Ley de Ordenación de profesiones sanitarias complementada con la Ley de Colegios profesionales y el estatuto general de la profesión confirman el marco ético y legal para los servicios de optometría,<sup>36</sup> pero no solo ofrecen este marco reglamentario en la práctica clínica, sino que, definen la transformación y adaptación que deben aplicar las empresas de óptica al mercado sanitario actual<sup>37</sup>.

El sector sanitario en España está en plena efervescencia. La crisis económica, ha motivado la reestructuración<sup>38</sup> en la empresa privada y en la organización asistencial general. En la empresa pública la reestructuración responde a un problema organizativo y asistencial pero en la empresa privada crea un problema de supervivencia. En centros ópticos la supervivencia solo puede apoyarse en innovación<sup>39</sup>, no en una innovación tecnológica o de habilidad clínica, sino en estrategias de promociones, de proliferación de productos o desde la mejora en segmentaciones. Las estrategias de gestión basadas en promociones o descuentos, reconocimiento de marcas y en la proliferación en variedad de artículos difícilmente implica al óptico en la bioética clínica casuística. Estrategias de gestión basadas en mejoras de segmentación o especialización asistencial, si requieren un compromiso más amplio por parte del profesional. La ética en las organizaciones empresariales se considera el segundo estadio de la bioética porque busca superar la ética centrada en el paciente para llegar a la ética de la estructura empresarial.<sup>40</sup> En este punto es donde el profesional responde a una actuación según la norma deontológica. Si de verdad se considera obligatorio el hacer respetar el consentimiento informado, el informe de alta o la derivación responsable, las competencias de promoción de salud, cribados, verificación de productos... no va a lograrse solo con la motivación profesional sino que la dirección empresarial debe favorecer el objetivo. La planificación que es necesaria para ello, no puede responder solo a la consideración

ética del equipo directivo de la óptica sino también a los evaluadores que integran los procesos de acreditación de sistemas sanitarios.<sup>41</sup>

Este es el principal problema en la aplicación ética al sector óptico. Las organizaciones sanitarias, los profesionales y la sociedad en general, todavía no reconocen la importancia de desarrollar adecuadamente la bioética clínica en los servicios de optometría.

La bioética casuística engloba las relaciones humanas con las decisiones clínicas en torno al usuario y en todos los servicios sanitarios.<sup>42·43</sup>

En concreto en los centros ópticos confluyen las consideraciones básicas de la bioética asistencial;

- La necesidad de una transformación tecnológica,
- la consideración contractual y formación profesional a las nuevas demandas del usuario o a la relación profesional con él,
- y conseguir la implementación de políticas de salud a los centros ópticos.

Estos tres puntos ya han sido desarrollados en la justificación bioética de los servicios optométricos como servicios de salud y su difícil resolución radica en un problema de orden económico<sup>45</sup>. Inversión en bienes de equipo, inversión en formación y en contratación profesional para favorecer la asistencia según el envejecimiento de la población, y una serie de imposiciones normativas sanitarias que deben aplicarse sin previa experiencia.

...¿En qué posición deja a los servicios de optometría de las ópticas?

## **2. ANÁLISIS**

### ***Posición de la optometría como profesión sanitaria***

No cabe ninguna duda que la optometría es una ciencia amplia, clínica, necesaria, de continua evolución y desarrollo. El concepto sanitario se demuestra con el reconocimiento de los cuatro principios de la bioética.

El posicionamiento sanitario requiere una valoración en los casos particulares.<sup>34·35</sup>

#### Competencias profesionales en defensa de la salud visual;

responde a las indicaciones clínicas del paciente y se reconoce el principio de beneficencia.

#### Competencias de comunicación sobre la información visual del paciente;

responde a las preferencias del paciente y se reconoce el principio de autonomía.

#### Protocolización de la actuación optométrica y verificación;

Responde a las expectativas sobre la calidad de vida y reconoce el principio de no-maleficencia.

#### Implicación en el reconocimiento colectivo profesional;

Responde a la valoración de aspectos contextuales relevantes y reconoce el principio de justicia social.

## **2.1. En defensa de la salud visual**

El concepto de salud visual se confunde con el concepto de salud ocular.

Para la mayoría de personas un problema visual se produce por una afectación ocular, así que para estas personas no será necesario evaluar la visión si está exento de enfermedad. Por otro lado la salud visual y la salud ocular vuelven a entrelazarse aún tratándose de una descompensación refractiva.

Es el óptico quien debe decidir la diferencia y quién debe sentirse seguro y preparado para marcar los límites a veces sutiles entre conceptos. El óptico informa de la diferencia entre salud visual y salud ocular simplemente al presentarse, y marca su límite profesional al centrarse en una valoración funcional de la visión. Si el óptico se afirma en la eficiencia visual el concepto de salud ocular se aleja de su ámbito.

El objetivo es pues, defender la evaluación funcional del sistema visual. Un proceso visual compuesto por un órgano, una vía de conducción y un proceso de percepción. El análisis individual de las secuencias del proceso desarrolla la calidad del sistema con un árbitro absoluto; el usuario.

El objetivo de este trabajo no es el de evaluar los criterios de verificación que el optometrista otorga a cada uno de las partes del proceso, sin embargo si lo es la reflexión sobre si actúa en cada una de estas partes de forma resolutive. La adaptación a la norma sanitaria es la formación continua. Una formación basada en casos prácticos y en la instrumentación. El beneficio es la defensa de la salud visual y el desarrollo profesional con intención de máxima excelencia. El esfuerzo profesional crea un correcto posicionamiento de la profesión en base a su reconocimiento social y de los demás profesionales sanitarios.

## **2.2. Comunicación de la información sobre la salud visual**

Se presenta como la herramienta principal de adaptación a la normativa sanitaria.

La cumplimentación correcta de la historia clínica, la redacción de informes optométricos o la concreción en informes de derivación, representan un acercamiento importante a la norma sanitaria sin presentar una dificultad de adaptación importante para el profesional.

El óptico está preparado para cumplir esta competencia y su realización no influye en la gestión empresarial.

## **2.3. Protocolización en la verificación**

En el ámbito sanitario la gestión por procesos se considera la herramienta de complemento en la gestión clínica, porque permite centrar los recursos hacia la atención al paciente, dar respuestas a sus expectativas, tanto a las planteadas por el profesional como por el propio usuario. Este modelo de gestión se apoya en el propio conocimiento.<sup>37</sup>

La verificación del producto óptico y la información amplia de las características concretas de adaptación, contribuye al reconocimiento social de la profesión.

El comportamiento ético en base a la consideración normativa del producto sanitario es clave para conseguir que la sociedad valore a los servicios de optometría de los establecimientos de

óptica como centros de salud. El protocolo de verificación representa al optometrista la confianza en sí mismo como profesional porque asegura su propio criterio como experto.

La iniciativa crítica del profesional hacia el fabricante o al laboratorio de distribución construye una necesidad o de motivación por el estudio que benefician la actuación general de los centros ópticos. De este reconocimiento o de intención responsable se proyectará en la inclusión de las ópticas como promotores de salud visual.

#### **2.4. Reconocimiento colectivo**

Acredita la calidad de los servicios optométricos ante la sociedad

El colegio profesional y el código deontológico forman la base para el seguimiento de la profesión y del contexto de aplicación de la misma. Regulan su práctica y unifican criterios de actuación profesional. Pero el verdadero sustento de la profesión es el óptico-optometrista como persona individual.<sup>35</sup>

La adaptación a la norma sanitaria se encamina cuando se consigue la vocación profesional, la disposición personal a realizar la labor profesional un poco mejor y cada día.

### **3. CONCLUSIONES**

#### **Hay que seguir...**

La hipótesis inicial del trabajo respondía a la dificultad de adaptación y gestión a la reglamentación sanitaria de los centros de optometría en establecimientos ópticos. Esta hipótesis se correspondía por la impresión del reconocimiento social de las ópticas a un contexto comercial, a una actividad profesional por tradición regulada desde entidades de comercio de bienes de consumo y sin soporte desde las organizaciones sanitarias.

Es importante reconocer dos conceptos nuevos en nuestra profesión;

- la **excelencia** profesional
- y considerar a los establecimientos de óptica no en un ámbito comercial sino en el **mercado sanitario**.

La excelencia, es un concepto ya interiorizado en otras profesiones sanitarias pero todavía alejado en nuestra actividad. Responde básicamente al compromiso del ejercicio profesional con la máxima corrección y en beneficio de otros.

Reconocer a los establecimientos de óptica en el mercado sanitario actual, evita la connotación "comercial" desfavorable para el desarrollo de la profesión.

Una vez considerados los aspectos de ética sanitaria y revisadas las competencias profesionales propias de la optometría, la adaptación a la estructura sanitaria parece asumible con pocas modificaciones;

- La defensa de la salud visual por el propio profesional,
- La vocación o actitud informativa sobre las opciones de tratamiento,
- La verificación responsable del producto sanitario
- La motivación y exigencia de formación a nivel general.

El optometrista en ópticas está preparado para asumir su rol en atención primaria pero debe conseguir el reconocimiento interprofesional necesario para asegurar su posición en la estructura sanitaria general.

El comportamiento ético en su actuación profesional y en cada uno de los procesos de asistencia marca la diferencia en el futuro que espera a la profesión.

En el contexto actual y en plena crisis financiera y de valores, las entidades ópticas se apoyan en estrategias que fomentan la competencia en servicio, versatilidad de productos, y en ampliación de garantías, sin embargo el optometrista se mantiene con intención de actuar de forma responsable porque demuestra respeto por la formación, respeto por el paciente y exige una consideración social a su esfuerzo.

### **Hay que seguir y esperar ...**

Seguir en beneficio de la mejora de actuación profesional y esperar a que el retorno de la actuación represente un cambio cualitativo al profesional.

La demanda tecnológica que exige el profesional se irá implantando de forma progresiva.

La relación con otros profesionales sanitarios también se irá consolidando en cuanto el envejecimiento de la población y los cambios sociales a nivel de familia obliguen a los “mayores” a buscar asistencia primaria específica de forma más accesible.

La redacción de informes o la información personalizada también se irá cumpliendo cuando el usuario despliegue toda su exigencia en servicios y conozca sus derechos o la importancia de la información clínica.

Y la necesidad formativa del profesional, va a dirigirse de forma más objetiva, crítica y práctica. Esta formación se dirigirá en función se desarrolle la integración de los establecimientos de óptica a la organización sanitaria en atención primaria.

Las consideraciones de la bioética clínica focalizadas en los servicios optométricos han favorecido una valoración más objetiva de las conclusiones del presente trabajo.

Reconocer los principios básicos de la bioética desde la casuística o desde la práctica diaria profesional ayudarán al óptico a responder en una conducta o aptitud sanitaria actual, correcta y responsable.

Autor: Elisabet Companyo Hermo  
Tutoriado por Ramón Solà i Parés

#### BIBLIOGRAFIA: REVISIÓN LEGISLATIVA

1. LIBRO BLANCO. TÍTULO DE GRADO EN ÓPTICA Y OPTOMETRÍA. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Junio 2004
2. De Juan Herráez, V. / Cisneros del Río, A.B. / Martín Herranz, R. / Mayo Íscar, A. ¿CUÁL ES LA OPINIÓN SOBRE EL ÓPTICO-OPTOMETRISTA? Estudio demográfico piloto Ver y Oír, 2008 SEP; 25 (228)
3. Moure Gonzalez, Eugenio. EL FUNDAMENTO ÉTICO DE LA RESPONSABILIDAD SANITARIA. Revista de responsabilidad civil y seguro, "doctrina"2004 pag111-130
4. Mari Carmen Davó a, Diana Gil-González a, b , CarmenVives-Cases a,c, Carlos Álvarez-Dardet a,b,c, Elena Ronda a, Rocío Ortiz-Moncada a,b y María TeresaRuiz-Cantero. ¿QUIENES Y QUÉ PUEDEN HACER EN SALUD PÚBLICA? LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES COMO BASE PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR. Gaceta sanitaria 2009,23 (1):5-12.
5. Dr Antoni Salvà i Joan Carles Rovira. EL IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS. Revista Humanitas, Humanidades médicas nº 19, Septiembre del 2007. ISSN:1886-1601
6. 10º CAMPAÑA DE SALUD VISUAL INFANTIL Y PREVENCIÓN DEL FRACASO ESCOLAR, Oct-2009.Fundación Alain Afflelou.[www.alinafflelou.es](http://www.alinafflelou.es)
7. CAMPAÑA PARA PREVENIR LOS ACCIDENTES POR PROBLEMAS VISUALES, RACE y la Fundación Alain Afflelou. Jul-2010
8. CAMPAÑA DE SALUD VISUAL INFANTIL GRATUITA PARA DETECTAR EL OJO VAGO. [www.portalesmedicos.com/noticias/salud\\_visual\\_infantil\\_071018.htm](http://www.portalesmedicos.com/noticias/salud_visual_infantil_071018.htm). Fundación Alain Afflelou Oct-2007
9. Vissum CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA CEGUERA EN CIENPOZUELOS. Jul-2009
10. IV CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA SALUD VISUAL. Solextrem ópticos.
11. Dra. Mª del Carmen Abad Luna, "PRODUCTOS SANITARIOS:ASPECTOS LEGALES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO. Formación continuada para farmacéuticos de hospital
12. Pizarro Puliod, Jesus,, enelas Écua, Clara. FARMACOS DIAGNÓSTICOS. Gaceta óptica nº 388. Dic- 2004

#### BIBLIOGRAFIA: BIOETICA

13. Robert Montes-Micó OPTOMETRÍA. PRINCIPIOS BÁSICOS Y APLICACIÓN CLÍNICA.
14. Ana Mª Rueda Sanchez CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA HISTORIA DE LA OPTOMETRÍA EN ESPAÑA. Tesis doctoral Fac. Farmacia. UCM, 1993
15. Norbert Bilbeny. Margarita Boladeras. Marcel Cano. Gonçal Mayos. Màrius Morlans, Begoña Román. Ursula Wolf. BIOETICA, SUJETO Y CULTURA. Cuadernos para el análisis, 31. Horsori 2011.
16. Francisco Javier Leon Correa. LA ÉTICA DE LA VIDA EN LA SOCIEDAD ACTUAL .Marz-2004 [Bioeticaweb.com/conten/view/26-40](http://Bioeticaweb.com/conten/view/26-40)
17. Fernando Hidalgo.SENTIMIENTOS ETICA Y OPTOMETRIA.Ciencias de la Optometria 1998
18. Altisent R. BIOÉTICA Y ATENCIÓN PRIMARIA: UNA RELACIÓN DE MUTUAS APORTACIONES Bioethics and Primary Care: Mutual Benefits. *Universidad de Zaragoza. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, España.* Conferencia pronunciada en el Hospital General de México, en la ciudad de México, el 29 de noviembre de 2005.III Simposium Internacional de Bioética: "Bioética en Latinoamérica". (Bajo la dirección del Dr. Eduardo De AndaBecerril – Director de Enseñanza, Hospital General de México y Tech Palewi, S.C)
19. Rosalba Durán Forero . BIOÉTICA: UNA ÉTICA PARA LA VIDA? Doctora en Filosofía Universidad de Barcelona Profesora Titular Instituto de Filosofía Universidad de Antioquia
20. Victoria Camps. Catedrática de Filosofía Moral y Política. Universidad autónoma de Barcelona LA EXCELENCIA EN LAS PROFESIONES SANITARIAS. Humanidades médicas. Revista Humanitas. Nº 21 Nov 2007.
21. Sola reche. E ¿UN NUEVO ESCENARIO PARA LA OFTALMOLOGÍA TRAS LA LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS?.. Arch. So.Canar. Oftal.2004- nº15.
22. Jovell, Albert J. MEDICINA BASADA EN LA AFECTIVIDAD Publicado en Med Clin (Barc). 1999;113:173-5. - vol.113 núm 5
23. "EL MODEL D'ATENCIÓ EN OFTALMOLOGIA I CRITERIS DE PLANIFICACIÓ" Àmbit d'atenció primaria i d'atenció especialitzada ambulatoria. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Oct. 2011.
24. Ruiz Moral, R; Rodriguez J.J.; Epstein, R. ¿QUÉ ESTILO DE CONSULTA DEBERÍA EMPLEAR CON MIS PACIENTES?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Revista Atención primaria. 2003; 32:594-602. Vol 32 núm10.
25. Torío Durántez J, Garcia Tirado M.. RELACIÓN MEDICO-PACIENTE Y ENTREVISTA CLÍNICA: OPINIÓN Y PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS. Rev atención primaria 1997; 19:18-26
26. Ramon Solà i Parés EL COMPORTAMIENTO ÉTICO EN LA PROFESIÓN DE ÓPTICO-OPTOMETRISTA. Ver i Oír 2005, pag 542-544
27. Macario Alemany LAS ESTRATEGIAS DE LA BENEVOLENCIA (SOBRE LAS RELACIONES ENTRE EL PATERNALISMO Y LA BIOÉTICA). Universidad de Alicante

28. Robert Veatch. MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. Libros virtuales intramed. www.intramed.net. 2006
29. Vazquez, Pablo. Belén Gill de Albornoz Noguera, Pilar Chorén Rodríguez. LA FEMINIZACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS. Ed Fundación BBVA. Sociología 2010. ISBN:978-84-96515-88-8
30. Juan del Llano Señarís, Jesús Millán Núñez-Cortés. ETICA Y GESTIÓN SANITARIA. Fundación Gaspar Casal. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Med Clin 2002;118(9):337-8. Art. 42.063
31. Montserrat Castejon Casado, Antonio Curieses Asensio Jose Perez Arévalo. CARACTERÍSTICAS DE LAS SOLICITUDES DE ACREDITACIÓN DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. Unidad de acreditación y Formación continuada de las profesiones sanitarias de la comunidad de Madrid. Rev Adm Sanit. 2007; 5(4):673-91
32. TENDÈNCIES EN L'EVOLUCIÓ DE LES PROFESSIONS SANITÀRIES A CATALUNYA. Estudi realitzat en el marc del desenvolupament del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya. Direcció de l'estudi: Amando Martín Zurro i Enric Mauri i Clua. Coordinació i redacció: Anna Revuelta de la Poza Barcelona, setembre 2007.

#### BIBLIOGRAFIA: DISCUSIÓN

33. Ana Mª Costa Alcaraz, Carlos Almendro Padilla, "ÉTICA DE LAS EMPRESAS SANITARIAS" Rev. Bioética Tema VI. www.finisterra.com. (14-2-2008)
34. Manuel Guillen. LA ÉTICA EMPRESARIAL: UNA APROXIMACIÓN AL FENÓMENO. Cuadernos empresa y humanismo nº 58. (acceso el 03-03-2005). <http://www.unav.es/empresayhumanismo/publicaciones/cuadernos/catalogos05.htm>.
35. Gonzalez Jurado, Máximo A LA DEODONTOLOGIA DE LAS CORPORACIONES SANITARIAS.. Cuadernos de bioética vol XVI nº2 2005 pag:221-229 ISSN:1132-1989. Asociación Española de bioética y ética médica Murcia (España).
36. CÓDIGO DEONTOLÓGICO Y MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL ÓPTICO OPTOMETRISTA. 2006
37. J.R: Zaratiegui LA GESTIÓN POR PROCESOS: SU PAPEL E IMPORTANCIA EN LA EMPRESA. Rev. economía industrial nº330 vol. VI, 1999.
38. E Calatrava EL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL DESATA UNA GUERRA DE OFERTAS EN EL CAPITAL RIESGO. 21.04.2011. Rev Expansion. <http://www.expansion.com/2011/04/21/mercados/fondos/1303340183.html>
39. Jacinto Santodomingo ¿CÓMO CAPTAR PACIENTES Y CLIENTES DE LA COMPETENCIA?. Gaceta óptica. Gac Business nº433 feb-2009.
40. Pablo Simon LA ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: EL SEGUNDO ESTADIO DE DESARROLLO DE LA BIOÉTICA. Rev Calidad asistencial 2002; Vol 17 nº4:247-59
41. Antonio Torres, Elvira Fernández, Pilar Paneque, Rafael Carretero y Ángel Garijo. GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ANDALUCÍA. *Secretaría General de Calidad y Eficiencia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. España.* Correspondencia: Secretaría General de Calidad y Eficiencia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Avda. De la Innovación, s/n. Ed. Arena, 1.41020 Sevilla. España
42. Florencia Luna. Dra en filosofía UBA Master of arts. Universidad e Columbia. REFLEXIONES SOBRE LOS CASOS Y LA CASUÍSTICA EN BIOÉTICA. Rev jurídica de la Universidad de Palermo
43. P. Hernando, M. Marijuan MÉTODO DE ANÁLISIS DE CONFLICTOS ÉTICOS EN LA PRACTICA ASISTENCIAL.. An Sisr.Sanit.Navarra 2006. Vol 29 Suplemento3
44. Albert R. Jonsen, Mark Sieglar, Williams J. Winslade CLINICAL ETHICS, A PRACTICAL APPROACH TO ETHICAL DECISIONS IN CLINICAL MEDICINE.
45. Argandoña A. PORQUE LAS EMPRESAS HAN DE SER ÉTICAS ...Y POR QUÉ MUCHAS VECES NO LO SON. occasional paper, nº 5. Business School. Universidad de Navarra. 2004
46. Dr Jorge Ferre Jorge. METODO DE GALVESTON O EL MÉTODO DE LOS 4 PARÁMETROS. Deontología deontológica. ACEB asociación catalana d'estudis bioètics.