

PROPUESTA DE NUEVO NOMENCLÁTOR, CRITERIOS E INDICADORES DE BAREMACIÓN DE ACTOS MÉDICOS EN OFTALMOLOGÍA

APPROACH FOR A NEW CATALOGUE, CRITERIA, AND GRADING INDICATORS OF MEDICAL PROCEDURES IN OPHTHALMOLOGY

José A. Gegúndez Fernández, MD, PhD y Junta Permanente de la Sociedad Española de Oftalmología*

RESUMEN

Propósito: A petición de la Organización Médica Colegial (OMC), elaborar un nuevo nomenclátor de actos y procedimientos médicos en oftalmología basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC. Estipular los principios generales y definir criterios, indicadores cuantitativos y algoritmos de cómputo que puedan determinar el baremo y retribución de los facultativos.

Métodos: Sobre el nomenclátor vigente se eliminaron los procesos obsoletos, añadieron otros nuevos, modificaron descriptores, agruparon procedimientos con descripciones similares y trasladaron de grupo otros por razones de complejidad quirúrgica. Se definieron los criterios de baremación para el cálculo de las retribuciones médicas: formación y complejidad (F), responsabilidad profesional (R) y valor salud (V), con sus respectivos indicadores cuantitativos: periodo de formación necesario para dominar una técnica, frecuencia de complicaciones que agravan la situación preoperatoria, y días de incapacidad laboral que ocasiona el proceso. Fueron excluidos otros indicadores comunes profesionales como la demora en la respuesta, la duración o tiempo de trabajo, y los costes de material. Se definieron las Unidades Relativas de Valor (URV) como la suma de puntos de F, R y V. La tarifa final por acto médico se calculará como el producto del número de URV por su coste unitario y por el coeficiente de ponderación (CP).

Resultados: Se elaboró un nuevo nomenclátor con 161 actos médicos agrupados en consultas, procedimientos diagnósticos (PR.DX), procedimientos

terapéuticos (PR.TX) e intervenciones quirúrgicas (IQ) desde el grupo 0 hasta el grupo 8. Para cada uno de los actos se describieron los siguientes caracteres: códigos OMC y CIE-9-MC, término descriptor, grupo, modificación propuesta: sin cambios o mínimos en los descriptores, agrupación de actos por definiciones similares, cambio de grupo de origen, nuevos procedimientos y actos eliminados. Asimismo fueron puntuados los tres criterios de baremación: F entre 1-4, R entre 0-3 y V entre 0-3. Mediante su suma se calcularon el número de URV por acto médico (entre 1-10) que junto con el coste unitario de la URV y el CP (0.05-1) pueden determinar la tarifa final.

Conclusiones: El nuevo nomenclátor de Oftalmología propuesto por la SEO actualiza y mejora el catálogo antiguo, adecuando los procedimientos a los descriptores recogidos en la CIE-9-MC e incorporando las nuevas técnicas desarrolladas. Adicionalmente, mediante la declaración de los principios generales permite definir nuevos criterios de baremación, indicadores cuantitativos, escalas de valoración y algoritmos de cómputo de las tarifas por acto médico.

Palabras clave: Nomenclátor, criterios de baremación, actos médicos, oftalmología, unidades relativas de valor.

ABSTRACT

Purpose: At the request of the Collegiate Medical Organization (OMC), develop a new directory of medical codes and procedures for ophthalmology based on the International Classification Diseases ICD-9-CM. To establish the philosophy and general principles and define criteria, descriptors, quantitative indicators and computation algorithms that will rule the scale and payment to the doctors.

Methods: The out-of-date processes were eliminated on the list, new techniques were added, procedures with similar descriptions were modified or clustered, and others were relocated to other group according to surgical complexity conditions. The criteria to calculate the medical fees were defined: training and complexity (F), proficient responsibility (R) and health value (V), with their particular quantitative indicators: skill time needed to master a

technique, frequency of complications that worsen the preoperative health status, and work disability time caused by the process. Other common career indicators such as delay in response, length of work time, and material costs were excluded. The Relative Value Units (URV) was defined as the score sum of F, R and V. The final fee per medical act was calculated as the product of the number URVs by the unit cost and by the weighting coefficient (CP).

Results: A new catalogue was prepared with 160 medical acts grouped in consultations, diagnostic procedures (PR.DX), therapeutic procedures (PR.TX) and surgical interventions (IQ) from group 0 to group 8. For each of the acts the following characters were described: OMC and ICD-9-MC code, descriptor term, group, proposed modification: no changes or minimal in the descriptors, grouping of acts by similar definitions, change of beginning group, new procedures and acts removed. The indicators for assessment were also scored: F between 1-4 points, and R and V between 0-3 points. The sum of all fixed the number of URVs per medical act (between 1-10), which together with the unit cost of the URV and the CP (0.05-1) could determine the final rate.

Conclusions: The new ophthalmology catalogue proposed by the SEO updates and improves the old classification, adapting descriptors to the procedures included in the ICD-9-CM, and incorporating the new techniques developed. Additionally, through a statement of the general principles new criteria for assessment are defined, quantitative indicators, rating scales and algorithms to calculate medical acts fees.

Key words: Catalogue, grading indicators, medical procedures, ophthalmology, relative value units.

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años uno de los asuntos más debatidos en el sector sanitario privado es el de las bajas retribuciones por acto médico que por parte de las compañías aseguradoras perciben los facultativos. Durante el II Congreso Nacional del Ejercicio Privado de la Medicina celebrado recientemente en el Colegio de Médicos de Sevilla los expertos han alertado sobre la insostenible situación del sistema sanitario privado para profesionales y pacientes. Las causas que se han señalado como inductoras de esta realidad son las siguientes: *“Las bajas retribuciones apuntadas, la concentración de empresas sanitarias que propician el dominio de la competencia, o el hecho de que las compañías aseguradoras y empresas sanitarias crezcan cada año dejando al médico al margen de estos beneficios”*.¹

En este escenario de carestía resulta de extremada importancia que los colegios de médicos asuman y reafirmen su rol de liderazgo en la defensa de los profesionales, así como de configurar la plataforma principal que facilite el debate y el diálogo entre todos los agentes implicados del sector, de forma que se puedan alcanzar soluciones conjuntas y unánimes especialmente con los facultativos, que son actualmente quienes constituyen la parte más debilitada del sistema sanitario.

En relación con estos objetivos y fundamentalmente en respuesta a la demanda de médicos de ejercicio libre, colegios y asociaciones profesionales, la Organización Médica Colegial (OMC) ha iniciado un proyecto de renovación de la clasificación de términos y códigos de actos y procedimientos médicos en sus distintas especialidades, con la colaboración de las Sociedades Científicas y Profesionales. Concretamente, a la Sociedad Española de Oftalmología se nos ha solicitado hacer una propuesta de modificación del catálogo actual (<https://www.cgcom.es/sites/default/files/nomenclator.pdf>)² ya sea para anular los procesos obsoletos en desuso, modificar su descripción o distribución en los diferentes grupos, o para incluir nuevos actos, técnicas o procedimientos. Tras la elaboración de la propuesta de nomenclátor la OMC celebrará una sesión junto a los representantes médicos de las compañías aseguradoras, para hacer valoración y puesta en común del mismo, a fin de que todas ellas lo asuman y utilicen a partir de la fecha del acuerdo.

FILOSOFÍA Y PRINCIPIOS GENERALES DEL NUEVO NOMENCLÁTOR

La filosofía de este nuevo nomenclátor se recoge en los siguientes nueve principios:

1º No incluir procedimientos quirúrgicos que pudieran ser electivos como la cirugía oculoplástica estética (blefaroplastia, arrugas faciales, etc) o la cirugía refractiva (corneal o cristaliniána); tampoco quedarán dentro los implantes de cualquier tipo (lentes intraoculares, válvulas para glaucoma, dispositivos MIGS, anillos corneales, queratoprótesis, tapones lagrimales, prótesis orbitarias, etc), ni los nuevos procedimientos que requieran equipos muy costosos (láseres de excímero o femtosegundo, dacriocistorrinostomía con láser, blefaroplastia con láser de CO₂, cross-linking, luz pulsada intensa y otros tratamientos físico-térmicos de la disfunción de glándulas de Meibomio: termo-expresión Lipiflow®, microabrasión Blephex®, o calor Miboflow®).

2º Conforme a los criterios objetivos que cuantifican el acto médico en Unidades Relativas de Valor (URV), las tarifas correspondientes a la consulta básica y a los diferentes procedimientos quirúrgicos se verán incrementadas proporcionalmente a dichos criterios, al objeto de alcanzar unos honorarios más justos y coherentes con el nivel de formación y responsabilidad del médico oftalmólogo. De igual modo, las tarifas de las pruebas diagnósticas no incluidas en la consulta básica serán reducidas a valores más equilibrados con los nuevos precios al alza de las consultas. Este nuevo escenario prioriza la consulta como acto médico central mejor retribuido y relega las exploraciones complementarias a un segundo plano, evitando así la perversión ocasionada por el exceso de exploraciones en muchos casos injustificadas y cuya indicación pudiera obedecer, más a criterios mercantiles compensatorios de unas consultas infravaloradas que a motivos estrictamente médicos. Idéntico principio puede aplicarse a los procedimientos quirúrgicos combinados a fin de evitar este tipo de situaciones confusas.

3º Como norma general se facturará siempre al menos un procedimiento por cada sesión. En aquellos procedimientos que requieran varias sesiones se facturarán tantos como sean necesarios, todos al 100% de su tarifa, eliminándose el concepto "tratamiento completo" (p.e. fotocoagulación

panretiniana en la retinopatía diabética).

4º Para las exploraciones diagnósticas no se diferenciará entre uni- o bilateralidad puesto que habitualmente todas se hacen en los dos ojos dentro de la misma sesión.

5º Para los procedimientos terapéuticos e intervenciones quirúrgicas se facturará al menos uno por sesión y por ojo, puesto que habitualmente se realizan de esta forma. Si en una misma sesión se efectúa el mismo o distinto procedimiento terapéutico o intervención quirúrgica en ambos ojos, se facturarán como dos por separado al 100% de su tarifa (p.e. cirugía bilateral de catarata, cirugía de estrabismo en ambos ojos o inyección de toxina botulínica).

6º De forma análoga al punto 5º en intervenciones quirúrgicas que incluyan diferentes procedimientos combinados en la misma sesión, cada uno de ellos se facturará independientemente al 100% de su tarifa (p.e. facovitrectomía o facotrabeculectomía).

7º En las negociaciones que sobre este nomenclátor se lleven a cabo entre la OMC y las compañías aseguradoras, deberán estar presentes representantes tanto de la Sociedad Española de Oftalmología como de otras asociaciones, sindicatos, sociedades de subespecialidad, sociedades autonómicas, grupos y federaciones de ejercicio privado.

8º La consulta oftalmológica, ya sea 1ª visita o revisión, se define como el acto médico que incluye la anamnesis y exploración oftalmológica básica compuesta exclusivamente por: agudeza visual, refracción, motilidad ocular extrínseca e intrínseca, biomicroscopía anterior, presión intraocular y examen del fondo de ojo. El resto de exploraciones complementarias que se puedan indicar y realizar dispondrán de un código y tarifa de facturación aparte de la consulta, no incluyéndose dentro de ésta en ningún caso.

9º Los procedimientos realizados a la edad infantil por lo general tienen mayor complejidad, requieren un mayor tiempo intraoperatorio y un seguimiento continuado hasta la edad adulta, y además, dada la esperanza de vida de un niño, implican una mayor responsabilidad para el cirujano y también una mayor trascendencia o valor salud para la comunidad. Para compensar estas diferencias se plantean tres posibles soluciones: 1ª Incrementar un punto - sobre el valor del procedimiento en adultos - los valores de Formación-complejidad (F), Responsabilidad profesional (R) y Valor salud (V), de forma

que todos los procedimientos tendrán tres URV adicionales. 2ª Aumentar el coeficiente de ponderación (CP) al del grupo quirúrgico (IQ) inmediatamente superior; este método de cálculo predice un incremento exponencial de las tarifas, desde la menor para los procedimientos más complejos (IQ Gr.8 = 10%) hasta la mayor para los procedimientos más simples (IQ Gr.0 = 50%). 3ª Fijar para todos los actos médicos un incremento lineal del 50%.

MÉTODOS

Hemos distribuido el proyecto de la sección de oftalmología a lo largo de dos fases: En una 1ª fase (hasta septiembre de 2019), sobre el nomenclátor actual se modificaron o eliminaron los procesos obsoletos ya en desuso, se incorporaron nuevas técnicas y procedimientos comúnmente utilizados pero que no figuraban en el antiguo, se agruparon procedimientos con descriptores equivalentes o similares, se modificaron descripciones, y finalmente se hizo una primera valoración y traslación efectiva de grupo a un amplio número de procesos, principalmente en base a criterios de complejidad o dificultad quirúrgica. La totalidad de los códigos y descripciones de los actos médicos incluidos fueron actualizados y adaptados a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC. Este primer borrador desarrollado por los autores durante junio y julio de 2019, fue difundido entre alrededor de 400 oftalmólogos de la Sociedad Española de Oftalmología (SEO), representantes de las diferentes sociedades oftalmológicas autonómicas y de subespecialidad, pertenecientes al ámbito académico y universitario, jefes de servicio o sección de los hospitales tanto de la red sanitaria pública como de grupos hospitalarios y clínicas privadas, miembros de colegios y asociaciones profesionales, federaciones y empresas del sector, o profesionales de la gestión y administración sanitaria. Una vez analizadas la totalidad de las enmiendas propuestas el documento fue rectificado y actualizado, remitiendo a sus respectivos autores la justificación a la decisión de aceptación o denegación. Esta 1ª fase culminó tras el 95 Congreso de la SEO celebrado en Madrid a finales de septiembre de 2019.

Paralelamente a esta etapa los autores iniciábamos la 2ª fase del proyecto consistente en conceptualizar y desarrollar los fundamentos del nuevo catálogo de procedimientos a través de los siguientes elementos:

1º Declaración de los **principios generales y filosofía**: Exposición de un conjunto de preceptos o normas que permitan valorar adecuadamente el trabajo médico y en consecuencia su justa retribución, la cual debe basarse principalmente en el valor añadido o diferencial, intrínseco del acto médico, con respecto a otros actos profesionales. Se trata de medir el trabajo médico para fijar unos honorarios en base a criterios definidos que puedan ser evaluados mediante indicadores cuantificables y tangibles.

2º Definición de **criterios de baremación, indicadores cuantitativos y escalas de valoración**. Se indican en la Tabla 1 y son tres:

- *Formación y complejidad*: El indicador es el periodo de tiempo necesario para dominar una técnica con destreza y seguridad. Su valor puede oscilar entre 1 y 4.
- *Responsabilidad profesional*: El indicador es la frecuencia media de complicaciones graves o muy graves que empeorarían la situación preoperatoria. Comprende valores de 0 a 3.
- *Valor salud o repercusión social*: Días de Incapacidad Laboral (IT) que ocasiona el procedimiento. Su valor oscila entre 0 y 3.

3º Exposición de los **motivos de exclusión de criterios** habitualmente empleados en otros baremos y notas de facturación. En esencia se refieren a factores comunes a cualquier tipo de acto profesional, no computables en nuestro caso puesto que no confieren un valor añadido al trabajo del médico:

- *Tiempo de respuesta*: La demora en la prestación de un servicio es un factor común en cualquier profesión y no constituye un valor añadido.
- *Tiempo de trabajo*: En este nuevo baremo se concede al trabajo médico prioridad de resultado sobre el tiempo utilizado. Lo contrario trivializa y penaliza un determinado procedimiento que puede ser muy complejo y sofisticado, pero rápido en su ejecución (p.e. facoemulsificación).
- *Costes de material*: Se repercutirán aparte de la tarifa por acto médico,

por parte de quién aporte el material: médico, clínica o hospital.

4º Desarrollo de las **fórmulas de cálculo** de las tarifas (Tabla 2). La dificultad reside en ponderar adecuadamente los indicadores, que han de ser objetivos y cuantificables (Tabla 1),

Tabla 1. Criterios de Baremación, Indicadores Cuantitativos y Escalas.

Criterio	Definición	Indicador	Escala	Valor
Formación y complejidad	Tiempo, dificultad (esfuerzo) y recursos (inversiones) empleados para obtener la capacitación y el nivel de desarrollo profesional necesarios que permitan realizar con destreza, agilidad y seguridad el acto profesional. Lleva implícitos el grado de complejidad / dificultad del acto médico (tanto técnica como intelectual), así como el nivel de aprendizaje y experiencia requeridos. A su vez, la duración media de la intervención será proporcional a la dificultad.	Tiempo de formación continua y experiencia requerido para realizar una técnica o procedimiento quirúrgico habitualmente de forma satisfactoria y sin complicaciones. 3-5	MIR 1-2 MIR 3-4 OFT < 5 años OFT > 5 años	1 2 3 4
Responsabilidad profesional	Grado en el que una complicación del acto quirúrgico puede repercutir en la pérdida de estructura y/o función de un ojo, es decir, los riesgos potenciales graves o muy graves para el paciente.	Frecuencia media de complicaciones graves o muy graves que habitualmente empeorarán la situación preoperatoria.	<1% 1-5% 6-10% >10%	0 1 2 3
Valor salud o repercusión social	Grado en el que el acto médico contribuye a la mejora de la salud ocular, calidad de vida y bienestar de la sociedad. Inversamente puede expresarse como la medida en que la intervención separa al paciente de su entorno socio-laboral, cuantificable en días de incapacidad laboral; ello es porque cuanto más contribuyan los avances de una técnica quirúrgica a acortar el periodo de incapacidad, en mayor medida mejorarán la salud ocular y calidad de vida de los pacientes.	Días de Incapacidad Transitoria (IT) que ocasiona el procedimiento, siguiendo las tablas del INSS según la duración del proceso. ⁶	Muy corto < 5 días Corto 5-30 días Medio 31-60 días Largo >60 días	0 1 2 3

MIR = Médico interno residente. OFT = Oftalmólogo. INSS = Instituto Nacional de la Seguridad Social

Tabla 2. Fórmulas para el cálculo de tarifas por acto médico

Unidades Relativas de Valor (URV)	Valores de la escala para la suma de los indicadores que cuantifican la Formación y complejidad quirúrgica (F), Responsabilidad (R) y Valor salud (V). El número de URV de un determinado procedimiento será la suma total de puntuación de F+R+V y puede variar entre 1 y 10. F+R+V = n° de URV
Coste unitario de la URV (CU)	Valor proporcional derivado de la tarifa máxima aceptada para un procedimiento complejo del grupo 8 (p.e. queratoplastia) que obtenga 10 URV.
Coefficiente de ponderación (CP)	Sobre el producto del coste unitario por el número de URV se aplicará un coeficiente de ponderación, con el fin de ajustar la tarifa final en función del tipo de acto médico, de manera que cuanto mayor sea este coeficiente mayor será el importe de la tarifa a satisfacer. CP varía entre 0,05 – 1
Tarifa final por acto médico (TF)	Resultado del producto del número de URV por el coste unitario de la URV ajustado por el coeficiente de ponderación TF = URV x CU x CP

RESULTADOS

En la Tabla 3 se presenta el nuevo nomenclátor con sus 161 actos médicos agrupados en consultas, procedimientos diagnósticos (PR.DX), procedimientos terapéuticos (PR.TX) e intervenciones quirúrgicas (IQ) desde el grupo 0 hasta el 8. Habitualmente la mayoría de las IQ del grupo 0 y algunas del grupo 1 pueden ser realizadas en consultas, salas técnicas o quirofanillos, y el resto (IQ grupos 2 al 8) en las salas de operaciones del área quirúrgica.

Para cada uno de los actos médicos distribuidos en las filas se muestran en las columnas de izquierda a derecha las siguientes características:

- Código OMC
- Código CIE-9-MC
- Término descriptor
- Grupo
- Modificación propuesta por la SEO: Sin cambios o cambios mínimos en los descriptores, agrupación de actos por definiciones similares, cambio

de grupo especificando el de origen, y actos nuevos. En la tabla 4 se muestran aparte los 16 procedimientos que fueron eliminados.

- F = 1-4 puntos posibles
- R = 0-3 puntos posibles
- V = 0-3 puntos posibles
- URV = suma F+R+V = 1-10 URV posibles
- CP = se aplica sobre el producto del coste unitario por el número de URV, con el fin de ajustar la tarifa final al tipo de acto médico. Cuanto mayor sea este coeficiente mayor será la tarifa a satisfacer. Comprende valores entre 0,05 y 1.

Tabla 4. Actos médicos eliminados del nomenclátor

Cód. OMC	Cód. CIE-9	Descripción	Grupo
1750	12.01	ELECTROIMÁN	PR. TX.
1754	12.41	FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER EN DESVIACIONES PUPILARES	PR. TX.
2464	11.79	FOTOQUERATECTOMÍA REFRACTIVA (PRK POR LÁSER EXCÍMER)	PR. TX.
3228	12.41	FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER EN TUMORES O QUISTES DEL IRIS	PR. TX.
1769	11.49	ECTASIAS CORNEALES, EXTIRPACIÓN	IQ GR. 0
1780	12.89	ESCLEROTOMÍA POSTERIOR	IQ GR. 2
2706	08.31	FASCIA ORBITARIA. SUTURA	IQ GR. 2
1791		AUSENCIA SACO LAGRIMAL, CREACIÓN VÍA EXCRETORA	IQ GR. 3
3229	09.23	GLÁNDULA LAGRIMAL. EXTIRPACIÓN (DACRIOADENECTOMÍA)	IQ GR. 3
1805	12.61	ESCLERO-IRIDECTOMÍA (LEGRANGE, ELLIOT, ETC)	IQ GR. 4
2307		DACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON LÁSER	IQ GR. 4
3234	13.72	LENTE INTRAOCULAR. IMPLANTE SEGUNDA LENTE	IQ GR. 4
3246	12.84	TUMOR DE ESCLERÓTICA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	IQ GR. 4
1816	11.75	MICROCIRUGÍA DE LA MIOPIA, QUERATOTOMÍA RADIADA	IQ GR. 5
3238	11.71	QUERATOMILEUSIS IN SITU ASISTIDA POR LÁSER (LASIK)	IQ GR. 5
1823	11.73	QUERATOPRÓTESIS Y/O QUERATOPLASTIA	IQ GR. 8

DISCUSIÓN

El nuevo nomenclátor de consultas, procedimientos diagnósticos, terapéuticos e intervenciones quirúrgicas constituye una excelente herramienta de gestión para dar a conocer de forma actualizada, sistematizada y consensuada la cartera de servicios en oftalmología, y adicionalmente sirve de

base para definir los indicadores de actividad, calidad, rendimiento, y a través de la contabilidad analítica, determinar los costes por proceso.⁷

La URV representa el coste para cada procedimiento a partir de otro procedimiento que se toma como referencia, por lo que los costes obtenidos siempre serán aproximados, pero a cambio permite la comparación de procesos completamente distintos.⁷⁻⁸ En nuestro baremo hemos tomado como referencia la *queratoplastia penetrante* por alcanzar 10 URV que es el máxima puntuación posible sumando los tres indicadores cuantitativos (F+R+V) que manejamos. Fijando una tarifa máxima para dicho procedimiento ya podríamos calcular el coste unitario de la URV y aplicarlo a los restantes actos médicos del catálogo, ajustando el resultado por un coeficiente de ponderación variable según el grupo al que pertenezcan, y que tendría el valor más alto (CP=1) en el grupo de mayor complejidad del catálogo (IQ8) que incluye al mencionado procedimiento. Las tarifas presentarán una correlación exponencial positiva con el número de URV las cuales son, por tanto, factores de distribución que permiten convertir los elementos sumatorios de valoración de un procedimiento en coste económico imputable a ese procedimiento.

A diferencia del nomenclátor de oftalmología, otros como el de la Sociedad Española de Medicina Nuclear (SEMNUM) asigna valores ponderados a cada técnica o procedimiento, en función de los costes de personal y de material por exploración.⁹ Anteriormente ya hemos comentado que la filosofía de nuestro nuevo baremo tenía como objetivo principal cuantificar exclusivamente el trabajo propio del médico; el tiempo, los costes de personal (capítulo I) y de material (capítulo II) son comunes a otros actos profesionales y por consiguiente no aportan valor añadido: por ello deben repercutirse separadamente del baremo por parte de quién contraiga dichos gastos. Ciertamente el no haberlo hecho históricamente así, puede haber supuesto la principal causa de minusvaloración de la retribución que le correspondería al médico únicamente por su acción exclusiva e individual, intrínseca al procedimiento e independiente de otros elementos colaterales; y no justamente al contrario, es decir, aplicando al procedimiento una tarifa global ajustada de la cual se van detrayendo los costes por los diferentes conceptos, de manera que la cuota médica taxativa queda relegada al valor residual.

En el caso de la SEMNUM⁹ para medir la complejidad de cada técnica o

prueba definen el índice de complejidad, que a diferencia de lo que nosotros hemos propuesto como Formación-Complejidad (F), permite interpretar cualitativa y cuantitativamente la actividad realizada, ya que considera el tiempo de trabajo (médico y resto de plantilla) así como los costes de personal y material, no así los costes estructurales propios del servicio y comunes del hospital. Ya hemos expuesto que una limitación de registrar el tiempo es la posibilidad de penalizar determinados procedimientos complejos y sofisticados, pero rápidos en su ejecución.

En este nuevo nomenclátor y de acuerdo con sus principios generales se eliminan de las descripciones determinadas cualidades, como por ejemplo la condición de *unilateralidad o bilateralidad* de un proceso, técnica o exploración, o la de *“tratamiento completo”* para agrupar en una sola cuota un procedimiento que precisa de varias sesiones. En el primer caso no es necesario el adjetivo puesto que aunque una intervención quirúrgica o procedimiento terapéutico se realice dentro de la misma sesión en ambos ojos, de conformidad con el punto 5º se facturarán por separado cada uno al 100% de su tarifa. Sin embargo esta medida no se aplicará en las exploraciones diagnósticas, facturándose una sola vez ya sean uni- o bilaterales (4º principio), puesto que habitualmente se hacen en los dos ojos dentro de un tiempo que aunque siendo casi el doble, por lo general no es trascendente al tratarse de técnicas dinámicas y automatizadas. En el segundo caso (p.e. fotocoagulación panretiniana en la retinopatía diabética) se facturarán tantos actos como sean necesarios, todos al 100% de su tarifa, tal y como dicta el punto 3º.

Asimismo las intervenciones quirúrgicas que incluyan diferentes procedimientos combinados en la misma sesión, cada uno de ellos se facturará por separado al 100% de su tarifa tal y como se indica en el punto 6º (p.e. facovitrectomía o facotrabeculectomía). Esta medida evitaría debatir algunas propuestas realizadas consistentes en elevar de grupo y tarifa determinados procedimientos que suelen realizarse junto a otros (p.e. vitrectomía anterior durante la cirugía de catarata) y que actualmente se remuneran al 50% ó 33% al considerarse procedimientos secundarios o terciarios.

Otro aspecto clave a deliberar y puntualizar correctamente es la consulta oftalmológica, ya sea 1ª visita o revisión. En el punto 8º queda definida como el acto médico que incluye la anamnesis y exploración oftalmológica básica

compuesta exclusivamente por: agudeza visual, refracción, motilidad ocular extrínseca e intrínseca, biomicroscopía del segmento anterior, presión intraocular y estudio del fondo de ojo. El resto de las exploraciones complementarias dispondrán de un código y tarifa de facturación aparte de la consulta no incluyéndose en ésta en ningún caso.

En este sentido una de las cuestiones planteadas que mayor controversia ha generado fue la posibilidad de incluir en el nomenclátor el descriptor: *“Tratamiento con adaptación de lente de contacto en defectos refractivos, patología corneal o como cura oclusiva”*. El argumento a favor se sostiene sobre la base de que cualquiera de las pruebas diagnósticas, terapéuticas o intervenciones quirúrgicas incluyen un material para su realización (p.e. lámpara de hendidura, refractómetro, facoemulsificador, suturas, etc) que de otra forma no sería posible llevarlas a cabo. Como por la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios (LGURMPS 29/2006) no sería posible facturar material sanitario por parte de los médicos, se manejaría el argumento del reconocimiento de una tarifa por el acto médico intrínseco de la adaptación de lentes de contacto en los tres supuestos especificados, cuantificado como el resto en URV. Por otra parte, este hecho tendría también la finalidad de reivindicar el procedimiento como un acto médico que debiera ser de la competencia de los oftalmólogos en su lucha contra el intrusismo de otros colectivos profesionales, como son los ópticos-optometristas. Por contra hay que resaltar nuevamente que los criterios de valoración de los actos médicos de este nuevo catálogo no consideran los gastos de material para el cálculo de las tarifas.

Al igual que para los restantes procedimientos, la tarifa por adaptación de lentes de contacto tendría que fijarse únicamente en función de los criterios de formación-complejidad (F), responsabilidad (R) y valor salud (V), en cada uno de los tres supuestos que se han planteados: 1º *Como tratamiento de los defectos de refracción ocular* podría incorporarse al catálogo al no disponer de otro procedimiento similar. 2º *Como cura oclusiva*, para proteger la córnea con una lente de contacto terapéutica (LCT) en abrasiones y defectos epiteliales o tras cirugías del segmento anterior, el catálogo incorpora el procedimiento terapéutico “Curas” (Cód. CIE-9-MC 93.57) que tiene un valor de 1 URV y un CP de 0,05. 3º *Como tratamiento de patología corneal* ya existen otros

procedimientos en el grupo IQ0 que abarcan las distintas posibilidades que pueden precisar una LCT como son el 9.42 (dacriolitos, concreciones, membranas conjuntivales), 10.00 (cuerpo extraño corneal, conjuntival o escleral), 11.41 (desbridamiento, micropunciones, y pulido de úlceras o degeneraciones corneales) y 11.50 (retirada de suturas).

De la misma manera, en otras intervenciones sobre la córnea pertenecientes a grupos quirúrgicos más elevados y efectuados en quirófano (p.e. cirugía incisional astigmática, PTK, queratoplastia lamelar, autotrasplante de limbo), que puedan requerir al final de la cirugía una LCT, se factura el acto médico conforme a las URV y CP indicados en el catálogo y no con un código adicional que enuncie “adaptación de lente de contacto”, como tampoco se añadiría “sutura de la incisión” o “antibiótico intracameral”. En resumen, el nuevo catálogo incorporará “adaptación de lente de contacto” (95.32. CIE-9) únicamente *como tratamiento de los defectos de refracción ocular*.

Siguiendo con los cambios formulados por los participantes en el análisis del nomenclátor, a continuación exponemos algunos de los más debatidos. La totalidad de las variaciones efectuadas se documentan en la Tabla 3:

1. Modificación de las descripciones de los procedimientos:

En consultas se adjuntan las interconsultas de otros especialistas para pacientes ingresados dentro del código visitas de hospitalización. Se añaden retinografía de campo amplio en retinografía, OCT del segmento anterior en OCT, y angiografía con verde de indocianina en angiografía. En IQ0 al desbridamiento y/o pulido de úlceras y degeneraciones corneales (11.41) se le añaden las micropunciones estromales. Solo se mantiene la blefaroplastia por motivos no primariamente estéticos en el grupo IQ3 para los casos de blefarocalasia o dermatocalasia que comprometen la agudeza visual. En IQ4 se eliminaron los implantes valvulares y solo se ha mantenido la “recolocación del tubo valvular” (12.59). También se ha diferenciado la cirugía del estrabismo en función de los músculos intervenidos y no de los ojos, en simple, cuando se intervienen de uno a tres músculos (grupo IQ4), y complejo, que incluye la cirugía de más de tres músculos (IQ5) y/o trasposiciones. En el grupo IQ5 se ha modificado la descripción del implante secundario de lentes intraoculares a “LIO (afáquica o pseudofáquica), implante secundario, reimplante o reposición”.

2. Adición de nuevos procedimientos:

En la Tabla 3 pueden reconocerse todos ellos. Algunos destacables serían las consultas urgentes y consultas telemáticas; procedimientos diagnósticos como la biometría ocular (por interferometría óptica, ultrasónica o inmersión), microscopía confocal corneal, video-oculografía, electroretinograma multifocal, autofluorescencia o angio-OCT; y procedimientos terapéuticos como la adaptación de lentes de contacto como tratamiento de los defectos de refracción ocular. Dentro de los procedimientos quirúrgicos del grupo IQ3 la toxina botulínica para el nistagmus y distonías faciales. En IQ4 la queratectomía fototerapéutica (PTK), la cual sería la única excepción de tratamiento con láser excímer puesto que puede ser insustituible en algunos casos, pero nunca con fines refractivos. También en IQ4 el giro o reposición del eje de LIO tóricas, cada vez de uso más frecuente. La cirugía corneal incisional astigmática (sin láser) en IQ5 es la única excepción a la cirugía refractiva que se incluye en el baremo, con el fin de poder efectuar incisiones arcuatas o limbares relajantes en astigmatismos elevados originados por patología corneal (p.e. post-queratoplastia). En IQ6 la esclerectomía profunda no perforante (EPNP) y la extracción de fragmentos cristalinos o LIO luxadas a vítreo (14.60). En el grupo IQ7 la catarata complicada exclusivamente en los supuestos de microftalmos o nanofthalmos, catarata negra brunesciente, hipermadura o membranosa, catarata blanca intumesciente con riesgo de desgarro capsular en “bandera argentina”, catarata polar posterior, subluxación o luxación del cristalino, opacidad corneal significativa o severa que considerablemente dificulte la visualización del cristalino, y finalmente pupilas estrechas o sinequiadas que requieran el empleo de retractores u otros dispositivos de dilatación mecánica. También en el grupo IQ7 el autotrasplante limbo-conjuntival (CLAU) y autotrasplante simple del epitelio limbar (SLET). En IQ8 se han añadido procedimientos de alta complejidad como son el trasplante de células madre limbares o mesenquimales a la superficie ocular por el síndrome de insuficiencia limbar (SIL); la vitrectomía pars plana (VPP) complicada por desprendimiento traccional con proliferación vítreo-retiniana (PVR), traumatismos o cuerpos extraños intraoculares; o la fenestración de la vaina del nervio óptico en

hipertensión intracraneal.

3º Cambios de grupo:

En la Tabla 3 se encuentran especificados los cambios. Algunos más representativos son: estrabismo con toxina botulínica y crioterapia suben a grupo IQ3, ectropión y entropión ascienden a IQ4, se eleva ectropión y entropión con colgajo a IQ5, técnicas de reconstrucción del iris sube a IQ5, tumor de órbita por vía anterior a IQ6, VPP simple a IQ7 y VPP compleja a IQ8; tumores de coroides, retina y cuerpo ciliar pasan a IQ8; y queratoplastia laminar a IQ8.

4º Supresión de procedimientos:

La Tabla 4 muestra los procesos eliminados. La mayoría obedecen a motivos de desuso clínico y obsolescencia, descripciones inapropiadas, duplicidades, cirugía de implantes, cirugía refractiva con láser o causas mixtas.

Para finalizar conviene reseñar que en función de las URV obtenidas para cada procedimiento, en algunos cuyos valores eran discordantes con los restantes del grupo original al que pertenecían, fue necesario efectuarles un cambio de grupo, ya fuera al alza o a la baja.

En conclusión, el nomenclátor resulta una herramienta muy útil para utilizar una terminología común, ofertar la cartera de servicios, medir y conocer el valor relativo de nuestra actividad y de los costes aproximados de los procedimientos, así como para realizar estudios comparativos longitudinales. Fundamentalmente porque el catálogo ha surgido del consenso, debe constituir un instrumento básico para progresar y mejorar en nuestra práctica asistencial.

AGRADECIMIENTOS

La Junta Directiva de la SEO desea expresar su agradecimiento a todos aquellos socios que han participado en la revisión o elaboración de propuestas y enmiendas a este documento (listados por orden alfabético de apellidos): Jesús Araiz Iribarren, Francisco Arnalich Montiel, Félix Armadá Maresca, Pedro Beneyto Martín, Alvaro Bengoa González, Carmelina Brito Mugerza, Margarita Calonge Cano, Juan Antonio Cárceles Cárceles, Alfredo Castillo Gómez, Manel Dolcet Cort, Susana Duch Cuesta, Antonio Duch Samper, Carlos Fernández Cid, Gonzaga Garay Aramburu, Salvador García Delpech, Carmina García Franco, Marcos Gómez García, M^a Rosario Gómez de Liaño, Juan Jacobo González Guijarro, Julio González López, M^a Mar González Manrique, Carlos Grande Baos, Ignacio Guerrero Ramírez, Miguel Harto Castaño, Iñigo Jiménez Alfaro, Jerónimo Lajara Blesa, Carlos Laria Ochaita, Fernando Llovet Osuna, Consuelo López Abad, Félix Martín Oses, José María Martínez de la Casa, Gorka Martínez Grau, Jesús Merayo Lloves, Pilar Merino Sanz, Amparo Návea Tejerina, Susana Noval Martín, Julio Ortega Usobiaga, Marco Sales Sanz, Bernardo Sánchez Dalmau, Ramón Torres Imaz, José Luis Urcelay Segura, Alicia Valverde Megías, Joaquín Vázquez de la Torre.

BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.comsevilla.es/contenido/1/noticias_colegiales/17394/los-medicos-alertan-de-la-insostenible-situacion-del-sistema-sanitario-privado-espanol-para-profesionales-y-pacientes. 2019 [consultada 24.10.2019].
2. OMC. Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas <https://www.cgcom.es/sites/default/files/nomenclator.pdf>. 2019 [consultada 17.6.2019].
3. BOE. Orden SAS/3072/2009, de 2 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oftalmología. Núm. 276 Lunes 16 de noviembre de 2009 Sec. III. Pág. 97529
4. Jiménez-Alfaro I, Alejandre N, Cabrejas-Martinez L, et al. Guía Docente o Itinerario

Formativo Tipo de la Especialidad de Oftalmología. Madrid: Fundación Jiménez Díaz. 2018

5. Del Barrio J. Guía formativa de oftalmología. Navarra: Clínica Universitaria. 2016.

6. Herreros-Portolés G, Gegúndez-Fernández JA y Sociedad Española de Oftalmología. Tiempos óptimos de Incapacidad Laboral en Oftalmología. En: Instituto Nacional de la Seguridad Social. SGC de Unidades Médicas. Manual de Tiempos óptimos de Incapacidad Laboral 4ª Ed. Madrid: INSS. Catálogo General de Publicaciones Oficiales. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Gobierno de España; 2017. NIPO: 271-17-091-8.
http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb8fc00a32a7/Manual+Tiempos+Óptimos+IT_Castellanov_4.0_+Accesibilidad.pdf?MOD=AJPERES&CVID= 2019 [consultado 1.8.2019]

7. Sociedad Española de Radiología Médica. Catálogo de procedimientos radiológicos, diagnósticos y terapéuticos. Unidades relativas de valor.
https://www.seram.es/images/site/catalogo/122_catalogo_exp_radio2004.pdf. 2019 [consultado 2.11.2019]

8. J. L. Poveda Andrés, C. García Gómez, A. Valladolid Walsh, M. Garrigues Sebastián, M. Rubio Fernández. Análisis de la evolución de un Servicio de Farmacia a través del sistema de unidades relativas de valor. Farm Hosp. 2004; 28 (5):321-326.

9. Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNUM). Nomenclátor, índices de complejidad y unidades relativas de valor (URV) de las exploraciones de Medicina Nuclear. <https://www.semnum.es/media/getAnnex/121>. 2019 [consultado 2.11.2019].

*** Autores: Junta Permanente de la Sociedad Española de Oftalmología**

Antonio Piñero Bustamante MD, PhD, José Manuel Benítez del Castillo Sánchez MD, PhD, Julián García Feijóo MD, PhD, Francisco José Muñoz Negrete MD, PhD, José Antonio Gegúndez Fernández MD, PhD, Marta Suárez de Figueroa MD, PhD, José Luis Encinas Martín MD, PhD.