

GES EN OFTALMOLOGÍA

OPHTHALMOLOGICAL PATHOLOGIES AT GES

DR. PATRICIO MEZA R. (1)

1. ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD VISUAL, SOCIEDAD CHILENA DE OFTALMOLOGÍA.

Email: patomeza@vtr.net

RESUMEN

La implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) el año 2005 y la incorporación de siete patologías oftalmológicas de alta prevalencia y o potencial riesgo de compromiso severo de la visión ha mejorado en forma significativa la cobertura de atención oftalmológica en nuestro país. Han disminuido los tiempos de espera para los diagnósticos y tratamientos de estas patologías ciñéndose a guías clínicas y protocolos de atención basados en la evidencia científica existente, confeccionados por la autoridad sanitaria con la colaboración de las sociedades científicas correspondientes, estableciendo normas de calidad.

De las patologías incluidas -retinopatía del prematuro, vicios de refracción en mayores de 65 años, estrabismo en menores de nueve años, desprendimiento de retina y trauma ocular grave- son la retinopatía diabética y el tratamiento quirúrgico de la catarata los que han tenido un mayor impacto.

Como estrategias para mejorar estas coberturas, además de continuar con los procesos de capacitación del recurso humano y la implementación con nuevos equipos e instrumental, se debe potenciar la resolutiveidad en la atención primaria hasta lograr en un 80% solucionar las consultas oftalmológicas a este nivel con el oftalmólogo, el tecnólogo médico con mención en oftalmología y el técnico paramédico.

SUMMARY

GES (Garantías Explícitas en Salud) implementation in 2005 and the incorporation of seven high - prevalence ophthalmological pathologies and / or its potential risk of severe vision compromise, have significantly improved the cover in the ophthalmic attention in our country; waiting times have diminished for diagnoses and treatments of these pathologies, attaining to clinical guidelines and attention protocols based in the present scientific evidence made by the medical authority with the cooperation of the corresponding scientific society, establishing quality rules. Among the pathologies that are included, premature retinopathy, refraction of vision habits in people older than 65 years-old, strabismus in children less than 9 years-old, detachment of the retina, severe ocular trauma, being diabetic retinopathy and cataract operation the ones that have had major impact.

Some of the strategies used to improve these covers, apart from continuing with people training programs and the implementation of new equipments and their instrumental, resolution in primary attention must be improved until achieving an 80% of solving ophthalmological consultations in this level with the ophthalmologist, the medical technologist specialized in ophthalmology and the technical paramedic.

INTRODUCCIÓN

Gobierno de Chile definió para la década 2000-2010 los siguientes objetivos sanitarios nacionales:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Corregir la inequidad en salud.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

El Decreto N°1 del 06 de enero de 2010, dice: "Que se hace necesario resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que causan mayor cantidad de muertes en el país o que generan mayor cantidad de años de vida saludables perdidos y que cuentan con tratamientos efectivos para su atención".

En el marco de La Reforma de La Salud, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), inicialmente conocido como Plan AUGE, vigente desde julio del 2005, tiene incorporadas hasta diciembre del 2009, cincuenta y seis patologías, siete de las cuales corresponden a problemas oftalmológicos específicos:

- Tratamiento quirúrgico de la catarata.
- Retinopatía del prematuro.
- Vicios de refracción en mayores de 65 años.
- Estrabismo en menores de 9 años.
- Retinopatía diabética.
- Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.
- Trauma ocular grave.

Si a lo anterior agregamos el retinoblastoma (cáncer en menores de 15 años) y otras patologías con potencial compromiso ocular y orbitario que también están en el GES (linfomas, leucemias, VIH-Sida), tenemos que el régimen de Garantías Explícitas en Salud incluye gran parte de las patologías oftalmológicas más prevalentes y de mayor riesgo de pérdida visual severa para las cuales existe tratamiento altamente costoefectivo.

Las garantías explícitas son cuatro:

- Acceso a la atención
- Calidad: con el registro de la Superintendencia de Salud de prestadores individuales certificados e institucionales acreditados.
- Oportunidad:
 - para la confirmación diagnóstica frente a la sospecha.
 - para el tratamiento luego de la confirmación diagnóstica.
- Protección financiera. Tramos A y B de Fonasa: 100% de financiamiento, al igual que los adultos mayores de 60 años. Tramos C y D de Fonasa: hasta un 20% de copago del costo total de la prestación de acuerdo al arancel de referencia.

Para tener derecho a las garantías, los beneficiarios de Fonasa deberán atenderse en la red de prestadores que les corresponda, accediendo a ésta a través de la Atención Primaria de Salud, salvo tratándose de

urgencias o emergencias certificadas oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

Para responder a la alta demanda de atención, los servicios de salud debieron tomar varias medidas.

- Incrementar el recurso humano, oftalmólogos, tecnólogos médicos, anestesiastas, técnicos paramédicos, arsenaleras, etc.
- Adquisición de equipamiento: facoemulsificadores para cirugía de catarata, vitrectores para cirugías de desprendimiento de retina, retinopatía diabética y trauma ocular, fotocoaguladores, ecógrafos, autorefractómetros. Esta implementación se realizó a lo largo del país de acuerdo a las necesidades regionales aumentando su resolutivez logrando una descentralización progresiva de la atención oftalmológica con la consiguiente mejoría en la satisfacción usuaria. Como ejemplo, la cirugía vitreoretina sólo se realizaba en un hospital público, hoy por lo menos en 15 de ellos entre Antofagasta y Puerto Montt, a los que se suma desde septiembre de este año el Servicio de Salud del Maule que realizará 200 cirugías de este tipo, que normalmente debían derivar a otra región. La fotocoagulación para diabéticos se realiza en todas las regiones al igual que la cirugía de catarata.
- Aumentar el presupuesto para insumos quirúrgicos, compra de lentes, tratamientos farmacológicos, exámenes complementarios, etc.

Todo lo anterior se traduce en un significativo aumento en las atenciones oftalmológicas como se evidencia en los gráficos siguientes.

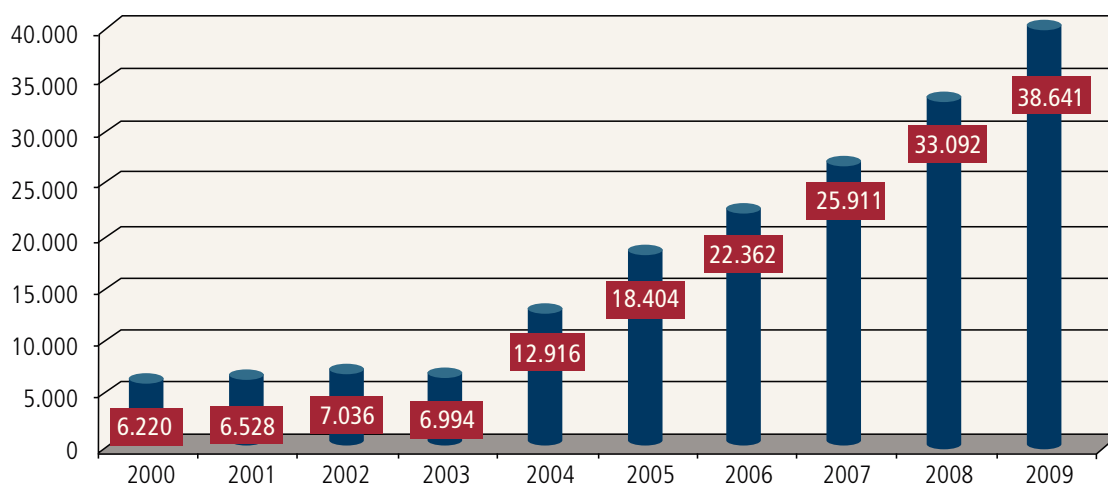
El número de pacientes operados de catarata ha tenido un incremento sostenido en la última década. Con 6620 cirugías el año 2000, aumentando a 18.404 durante el año 2005 en el que se incorporó en el GES para alcanzar los 38.641 pacientes operados el 2009, superando todas las estimaciones de demanda establecidas. Llama la atención, que en el mismo período no se produjo una disminución en el número de pacientes operados bajo la modalidad de libre elección (MLE), operándose por el PAD (pago asociado a diagnóstico) entre 10.000 y 11.000 pacientes por año.

Año	PAD de catarata
• 2001	11.358
• 2002	10.978
• 2003	10.395
• 2004	10.861
• 2005	11.159
• 2006	10.577
• 2007	10.547
• 2008	11.446
• 2009	10.490

**EVOLUCIÓN CIRUGÍAS
N° DE PRESTACIONES AÑOS 2000-2009**

PATOLOGÍAS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Catarátas	6.220	6.528	7.036	6.994	12.916	18.404	22.362	25.911	33.092	38.641

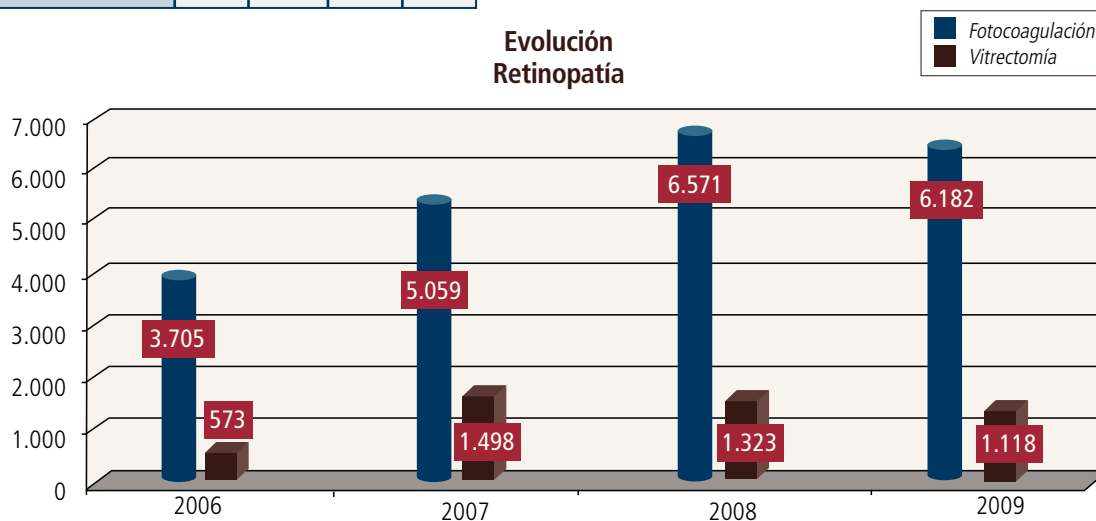
**Evolución
Número de Catarátas**



**EVOLUCIÓN CIRUGÍAS
N° DE PRESTACIONES AÑOS 2006-2009**

PATOLOGÍAS	2006	2007	2008	2009
Fotoregulación	3.705	5.059	6.571	6.182
Vitrectomía	573	1.498	1.323	1.118

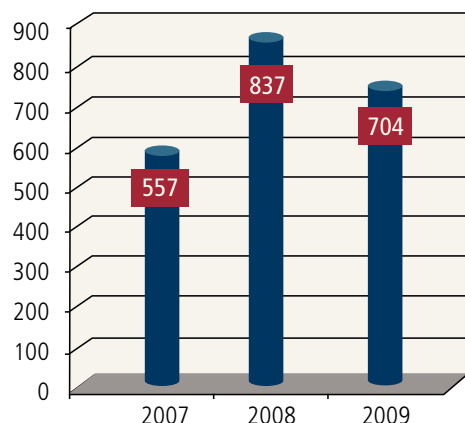
**Evolución
Retinopatía**



EVOLUCIÓN CIRUGÍAS Nº DE PRESTACIONES AÑOS 2007-2009

PATOLOGÍAS	2007	2008	2009
Trauma Ocular	557	837	704

**Evolución
Trauma Ocular**



Al sumar el número de pacientes operados por Modalidad de atención Institucional (GES) y por MLE, tenemos un total de 49.131 cirugías de catarata realizadas durante el año 2009, lo que nos da una tasa de más de 3.000 cirugías por millón de beneficiarios de Fonasa, tasa esperable para países desarrollados.

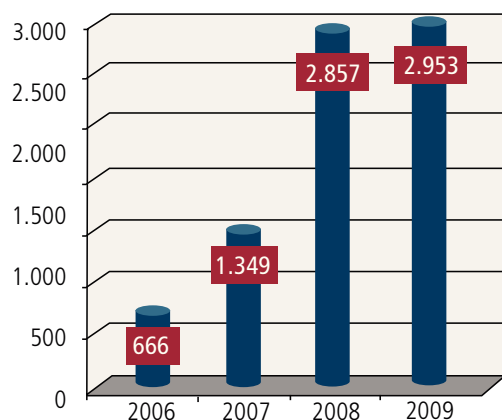
Estas cifras explican que en muchos hospitales se estén operando pacientes en plazos no mayores a tres o cuatro meses de confirmado el diagnóstico (siendo la garantía de oportunidad de seis meses). Pero esta situación no es similar en todos los Servicios de Salud, ya que existe incumplimiento de las garantías en algunos de ellos, situación que se espera mejorar implementando diferentes estrategias.

En cuanto al tratamiento de la retinopatía diabética, observamos que a partir de su incorporación al GES el año 2006 se presentó un aumento en el número de pacientes tratados con fotocoagulación y un aumento de pacientes tratados con cirugía vitreoretinal, y en la medida que aumentó la cantidad de pacientes tratados con láser ha ido disminuyendo la cantidad de cirugías vitreoretinales, lo que refleja una notoria mejoría en el tratamiento más precoz de la retinopatía diabética con láser (fotocoagulación) evitando la progresión a estadios más avanzados de la enfermedad cuyo tratamiento es la cirugía. Esta situación también se explica por la mejoría en el manejo metabólico de estos pacientes y de sus factores de riesgo. La disminución en el número de cirugías requeridas para el tratamiento de la retinopatía

EVOLUCIÓN CIRUGÍAS Nº DE PRESTACIONES AÑOS 2006-2009

PATOLOGÍAS	2006	2007	2008	2009
Estrabismo	666	1.349	2.857	2.953

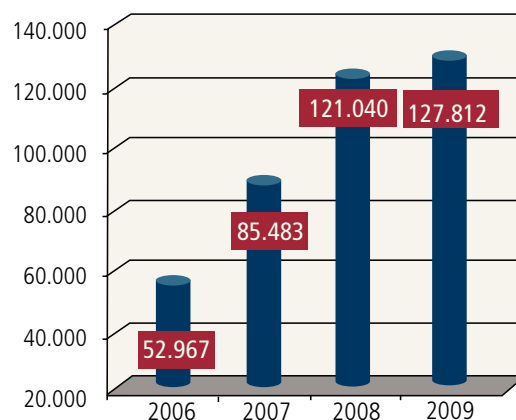
**Evolución
Estrabismo**



EVOLUCIÓN CIRUGÍAS Nº DE PRESTACIONES AÑOS 2006-2009

PATOLOGÍAS	2006	2007	2008	2009
Vicio Refracción	52.967	85.483	121.040	127.812

**Evolución
Vicio Refracción**



diabética avanzada como consecuencia del aumento y precocidad de pacientes tratados con láser (panfotocoagulación) es lo que se observó en países desarrollados cuando aumentaron su cobertura de tratamiento precoz de pacientes diabéticos.

ASPECTOS MÁS IMPORTANTES DE LOS DECRETOS GES EN OFTALMOLOGÍA

Desprendimiento de Retina:

Decreto GES

Separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario, que produce una rápida pérdida de la agudeza visual sin presencia de dolor.

Sospecha: presencia de entopsias, fotopsias, reducción indolora del campo visual, especialmente en pacientes con factores de riesgo: alta miopía, cirugía intraocular previa, trauma ocular, desprendimiento retina ojo contralateral.

Confirmación diagnóstica: dentro de 5 días desde sospecha.

Tratamiento: Vitrectomía o cirugía convencional. Dentro de 7 días desde confirmación diagnóstica.

El desprendimiento de retina regmatógeno se presenta en 10 pacientes por cada 100.000 habitantes en un año, afecta en cualquier edad aumentando su frecuencia en adultos de edad media. Su pronóstico visual es bueno si no compromete la mácula, puede ser bilateral en un 15% de los pacientes. El 40% de los desprendimientos de retina tienen el antecedente de miopía. Con el tratamiento se logra más de un 90% de éxito anatómico y en un 50% de los pacientes se alcanza una visión de 20/50 ó más.

El desprendimiento de retina es una patología cuyo pronóstico visual está estrechamente relacionado con la precocidad del tratamiento por lo que adquiere especial importancia el cumplimiento de la garantía de oportunidad. Frente a la sospecha, asegurarse de confirmar o descartar el diagnóstico, derivando a la brevedad (durante el día o al día siguiente) al oftalmólogo.

Retinopatía Diabética:

Decreto GES

Es una complicación de la diabetes, que consiste en un daño progresivo de la retina, asociado a la duración de la diabetes y al mal control metabólico. Es la primera causa de ceguera en edad laboral.

Confirmación diagnóstica: dentro de 90 días desde sospecha.

Tratamiento: Fotocoagulación o Vitrectomía dentro de 60 días desde confirmación según indicación médica.

Guía Clínica

La retinopatía diabética es una microangiopatía progresiva que se

caracteriza por lesiones y oclusión de vasos retinales pequeños en personas con DM. Las alteraciones patológicas más tempranas son el engrosamiento de la membrana basal endotelial capilar y alteración del endotelio retinal, que producen filtración de líquido y lípidos, asociado a isquemia retinal que puede desencadenar neovascularización, sangrado y desprendimiento de retina traccional.

La Retinopatía Diabética se clasifica:

a) RD no proliferante:

- leve
- moderada
- severa

b) RD proliferante: presencia de neovascularización retinal.

Tanto en RDNP y RDP se puede presentar Edema Macular.

La retinopatía diabética puede progresar con el mal control metabólico, embarazo, pubertad, HTA, cirugía de catarata y es la principal causa de ceguera en menores de 60 años. Su progresión es asintomática hasta estadios avanzados en los que puede debutar con disminución de agudeza visual. Con 20 años de evolución en DM 1 tenemos casi un 100% de RD y en DM 2 alrededor de un 80%. Tercera causa de ceguera adquirida en Chile.

Al momento del diagnóstico de DM 2 se encuentra entre un 15 y 20% de RD a diferencia de DM 1 en la que no se encuentra RD al momento del diagnóstico, ya que se requieren por lo menos cinco años de evolución de la diabetes para la aparición de retinopatía. A los 15 años del diagnóstico de DM tenemos un 8 a 10% de retinopatía diabética proliferante en los tipo 2 y un 25 a 30% en pacientes con DM 1.

En Chile existirían 125000 pacientes con RD, de los cuales 2500 tendrían una RD avanzada (Olmos y colaboradores).

Factores de riesgo

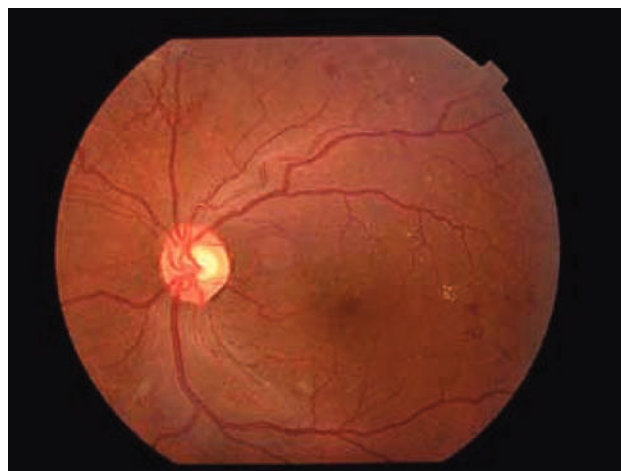
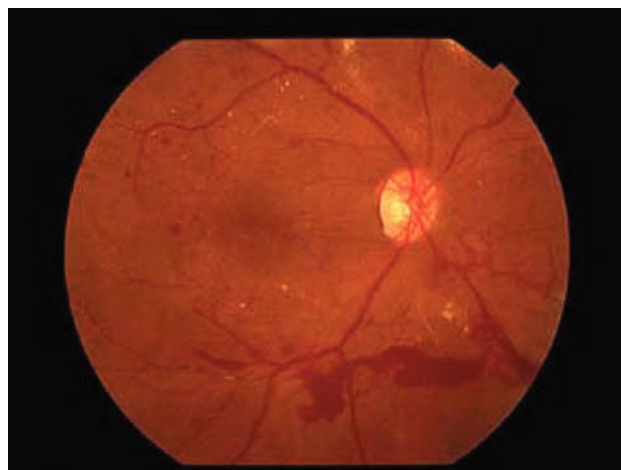
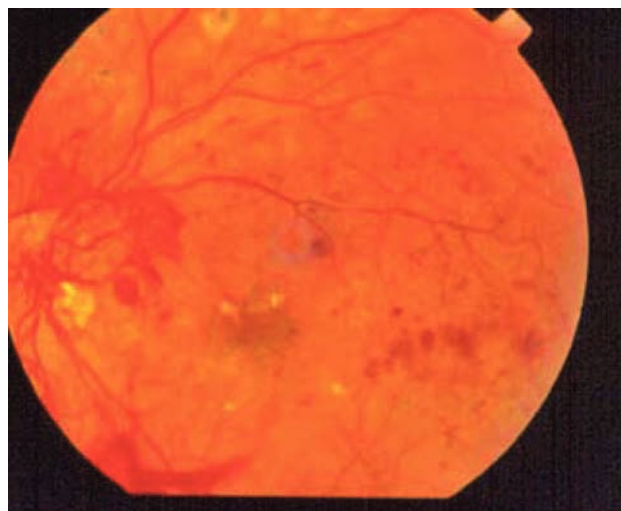
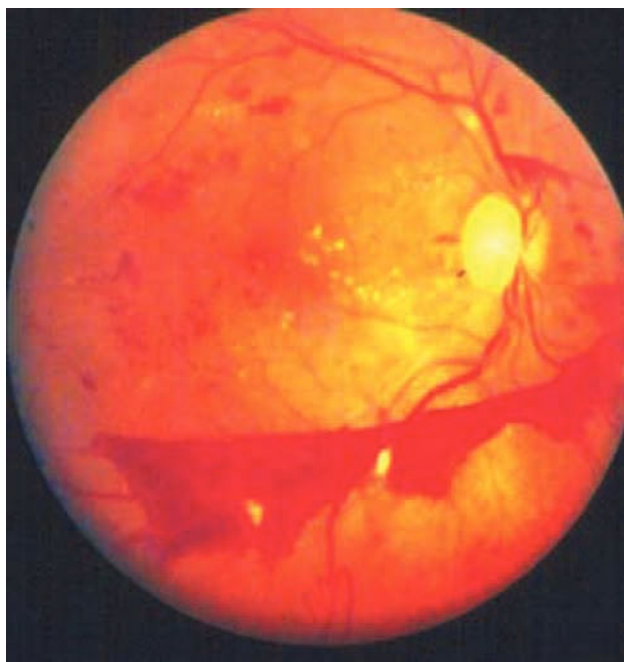
- Duración de la diabetes.
- Mal control metabólico.
- Hipertensión arterial no controlada
- Embarazo
- Inicio de la pubertad
- Obesidad
- Insuficiencia renal
- Hiperlipidemia
- Anemia.

Se sospecha RD en todo paciente con DM 2 desde el momento del diagnóstico, y en DM 1 a los 5 años de evolución de la diabetes.

El tamizaje es con fondo de ojo con dilatación pupilar, y se está estudiando en Chile la utilidad de la fotografía retinal, especialmente para pacientes de comunidades rurales.

La progresión de la RD puede hacerse más lenta con un buen manejo de los factores de riesgo y con tratamiento oportuno con panfotocoagulación (disminuye en un 50% el riesgo de pérdida severa de agudeza visual), y con cirugía vitreoretinal (vitrectomía). Mientras más oportuno sea el tratamiento con láser, menos frecuente será

necesaria la cirugía. La panfotocoagulación por sí misma no mejora la agudeza visual, e incluso la puede empeorar transitoriamente por edema macular secundario a la inflamación generada por el procedimiento, produce disminución de visión periférica y de visión nocturna.



Paciente portador de diabetes mellitus de larga data (30 años) que consulta por examen de fondo de ojo. Tiene buena visión, pero al examen presenta una retinopatía diabética proliferante severa que a pesar de tener buena agudeza visual tiene grave riesgo de quedar ciego a consecuencia de su patología.

El éxito del tratamiento de la retinopatía diabética por parte del oftalmólogo depende del tratamiento integral del paciente diabético, del buen manejo metabólico y del adecuado manejo de los factores de riesgo. Es muy importante también eliminar la idea que existe entre algunos pacientes diabéticos y sus familias que el tratamiento con láser produce ceguera. Esta creencia nace de aquellos pacientes con pésimo apego a las indicaciones y que consultan tardíamente, ya en presencia de una retinopatía diabética muy avanzada en los cuales el láser no alcanzó a detener la ceguera inevitable atribuyendo ésta al tratamiento y no a la enfermedad de base. Aquí adquiere especial importancia la educación al paciente y el consentimiento informado.

Trauma Ocular Grave:

Lesión aguda sobre el globo ocular y sus estructuras anexas que ocasiona un daño tisular grave con riesgo de compromiso de la función visual permanente.

Diagnóstico: dentro de 12 horas desde la sospecha.

Tratamiento: por especialista dentro de 60 horas desde la confirmación diagnóstica.

Para la Región Metropolitana existe el CENTOC (centro de trauma ocular) conocido con anterioridad como UTO (unidad de trauma ocular) que funciona en el Hospital del Salvador todos los días del año, incluyendo fines de semana y festivos. En él se atienden los pacientes con trauma ocular grave. En presencia de un paciente con sospecha o evidencia de trauma ocular con potencial resolución quirúrgica en centros de salud que no cuentan con servicio de oftalmología se sugiere contactarse telefónicamente con este centro para definir el momento del traslado.

Signos que sugieren patología ocular grave:

- Disminución de agudeza visual.
- Inyección periquerática.
- Opacidad corneal, edema.
- Tamaño y forma pupilar anormal.
- Tinción corneal.
- Exoftalmo.

Ante la sospecha de un trauma ocular que requiera cirugía (herida penetrante, estallido ocular, cuerpo extraño intraocular, etc.).

- Sello ocular no compresivo.
- Régimen cero.
- Reposo absoluto semisentado.
- Evitar vómitos y maniobras de valsava.
- Sedación.
- Analgesia endovenosa.
- Antibióticos endovenosos.
- No usar tratamientos tópicos.

En presencia de causticación: Lavado ocular con solución fisiológica en forma inmediata y por 15 a 20 minutos con abundante cantidad de líquido.

Retinopatía del Prematuro:

En un trastorno retinal que se presenta con mayor frecuencia en prematuros de menos de 1.500 gramos o menores de 32 semanas al nacer, que puede provocar ceguera.

Todo prematuro, de menor de 1.500 grs. o menores de 32 semanas de gestación al nacer:

- Tendrá acceso a screening con fondo de ojo dentro de las 6 semanas desde el nacimiento y control con oftalmólogo hasta alcanzar la madurez retinal.
- **Confirmación diagnóstica** dentro 48 horas desde la sospecha.
- **Tratamiento** dentro de las 24 horas desde confirmación diagnóstica.

Tratamiento Quirúrgico de Cataratas:

Decreto GES

Opacidad del cristalino que disminuya o perturbe la visión y que no mejora con lentes.

El criterio de inclusión: agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica (lentes).

Diagnóstico: dentro de 180 días desde la sospecha.

Tratamiento:

- Agudeza visual igual o inferior a 0.1 con corrección óptica en el mejor ojo: dentro de 90 días desde confirmación.
- Agudeza visual igual o inferior a 0,30 con corrección óptica dentro de 180 días desde la confirmación.

La prevalencia de catarata aumenta con la edad, desde un 10% en menores de 64 años a un 70% en mayores de 85 años. Se manifiesta en una disminución gradual de la agudeza visual, que no mejora con lentes y que puede en algunos casos producir dificultad visual nocturna, visión de halos, encandilamiento, alteración de la intensidad de los colores, diplopía monocular y miopía transitoria. Esto último se ve en cataratas que comprometen el núcleo del cristalino, el que cambia su índice de refracción aumentando su potencia (miopización), y en consecuencia disminuye la visión de lejos pero mejora la visión de cerca. Esto explica por qué muchos adultos mayores afirman -y con mucho orgullo- que ya no necesitan lentes para leer o para enhebrar una aguja.

El tratamiento de la catarata es la cirugía, la que se indica cuando el paciente considera que su nivel de visión con lentes no satisface sus requerimientos (laborales, deportivos, recreativos), no es una urgencia y el pronóstico visual no depende del tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento. Habitualmente es una cirugía ambulatoria con anestesia local (gotas de anestésicos de uso tópico, o inyección peribulbar) ambos con sedación dada por el médico anestesista. Excepcionalmente se realiza con anestesia general (niños, trastornos psiquiátricos, entre otros). En la cirugía se extrae el cristalino cataratoso y en su remplazo se implanta un

lente intraocular cuya potencia se calcula para cada paciente pensando en la emetropía, es decir, que no requiera usar lentes de lejos (así se corrige la miopía o hipermetropía previa del paciente). Necesariamente se requerirán lentes de lectura luego de la cirugía en los pacientes en que se buscó la emetropía al calcular la potencia del lente intraocular. Es una cirugía muy segura con cirujanos con experiencia, con un porcentaje de complicaciones graves muy bajo (infección, desprendimiento de retina) siendo un tratamiento altamente costoefectivo.

Vicios de refracción en personas de 65 años y más:

Incluye miopía, hipermetropía y astigmatismo.

- *Presbicia*: disminución normal de la visión de cerca, que comienza a los 40 años y progresa hasta los 60, y que se corrige con lentes.
- *Sólo con Presbicia*: tendrá acceso a lentes.
- **Con sospecha de miopía, astigmatismo o hipermetropía: confirmación diagnóstica:** dentro de 180 días.
- **Tratamiento:** entrega de lentes.
- *Presbicia*: dentro de 30 días.
- Miopía, astigmatismo o hipermetropía: dentro de 30 días.

Desde el año 2005, la ley n° 20029 publicada en el diario oficial de 13.07.05 autoriza la fabricación, venta y entrega, sin receta médica, de lentes con fuerza dióptrica sólo esférica e igual en ambos ojos, sin rectificación de astigmatismo, destinados a corregir problemas de presbicia en personas mayores de 40 años. Acompañándose de una advertencia sobre la conveniencia de una evaluación oftalmológica que permita prevenir riesgos para la salud ocular. Esta ley autoriza la entrega de lentes de cerca en la Atención Primaria sin mediar indicación médica, lo que ha permitido en varios Servicios de Salud la distribución de este tipo de lentes en personas que teniendo buena visión de lejos requieren de lentes de presbicia, cuyo costo es muy reducido y están con disposición de entrega inmediata al momento de solicitarlos.

Estrabismo en menores de 9 años:

Desviación ocular manifiesta y permanente. Su diagnóstico precoz y manejo oportuno, aseguran el mejor desarrollo de la visión de ambos ojos, aumentando la probabilidad de una visión binocular normal, evitando la ambliopía.

Diagnóstico: dentro de 90 días desde sospecha.

Tratamiento:

- *médico*: dentro de 30 días desde confirmación.
- *quirúrgico*: dentro de 90 días desde indicación médica.

¿QUÉ HACER FRENTE AL INCUMPLIMIENTO DE LA GARANTÍA DE OPORTUNIDAD?

Para los efectos de la garantía de oportunidad, los plazos de días que se establecen son de días corridos. En caso que el vencimiento del plazo

se produzca en día sábado, domingo o festivo, el término se prorrogará hasta el día siguiente hábil, salvo situación de urgencia o emergencia.

En los casos en que el prestador designado por Fonasa o la Isapre no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El beneficiario deberá concurrir, por sí o por tercero, ante Fonasa o la Isapre, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el décimo quinto día de vencido el plazo que corresponda de acuerdo al artículo 1° precedente, para que se le designe un nuevo prestador.
2. La designación antes indicada se deberá efectuar dentro de segundo día, y el nuevo prestador deberá cumplir con similares características a las del prestador designado originalmente.
3. Para efectos de la nueva designación, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de 10 días, plazo que se contará desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1° fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.
4. Si Fonasa o la Isapre no designare un nuevo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia o hasta el décimo quinto día posterior al plazo señalado en los N° 2 ó 3 precedentes, según corresponda.
5. En el caso expuesto en el numeral anterior, la Superintendencia procederá a designar un nuevo prestador dentro de segundo día, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario.
6. Una vez designado el prestador por la Superintendencia, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de cinco días contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1° fuese inferior, caso en el que este nuevo plazo será el que allí se establece.

En resumen, producido el incumplimiento:

- Acudir a FONASA para la designación de un nuevo prestador.
- Si en un plazo de 10 días no se cumple la garantía, se debe concurrir a la Superintendencia de Salud la que designará un nuevo prestador que tendrá 5 días para dar cumplimiento al problema GES correspondiente.

Las prestaciones que se otorguen con ocasión de las situaciones a que alude este artículo, deberán ser financiadas por Fonasa o las Isapres sin alterar la garantía de protección financiera establecida en el artículo 1°.

No se entenderá que hay incumplimiento de la Garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa

imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o la Isapre.

La oportunidad del tratamiento es de suma importancia para el pronóstico visual de la retinopatía del prematuro, del trauma ocular grave y del desprendimiento de retina, el no cumplimiento de los plazos establecidos puede traducirse en un compromiso severo e irrecuperable de la función visual.

La garantía de calidad, se aplicará con el cumplimiento de que los prestadores estén debidamente certificados e incorporados en el listado de prestadores de la Superintendencia de Salud, y con la acreditación de los centros y servicios de oftalmología. Además se han establecido los criterios de calidad exigibles para cada prestación, incorporados en las guías clínicas y protocolos de atención correspondientes.

DISCUSIÓN

La incorporación de siete patologías oftalmológicas en el GES ha incrementado en forma considerable y creciente la cobertura de la especialidad en la red pública de atención, la que a su vez ha ido respondiendo adecuadamente y cada vez en forma más oportuna a la gran demanda asistencial desencadenada por esta situación.

Este aumento de la cobertura se ha producido en gran medida por el aumento de las atenciones en los niveles secundarios de la red asistencial, hospitales, CRS y CDT; ya sea en exámenes, evaluaciones de subespecialidad (retina, cornea y cristalino, estrabismo, etc.), procedimientos y cirugías, los que podrían incrementarse aún más al ocupar toda la infraestructura y equipamiento existentes en extensiones horarias de funcionamiento de pabellones, exámenes y procedimientos, con el adecuado financiamiento del recurso humano en la medida que se cumplan las metas establecidas durante el horario funcionario normal.

Las nuevas estrategias deben estar destinadas a mejorar la resolutiveidad y cobertura en la atención primaria, donde se están implementando algunas estrategias que han demostrado ser exitosas en este sentido.

- Las Unidades de atención primaria de oftalmología (UAPO) que son unidades de atención oftalmológicas instaladas en la APS, con implementación y equipamiento necesarios, con un equipo de trabajo conformado por un técnico paramédico, un tecnólogo médico con mención en oftalmología y un oftalmólogo destinados a satisfacer la demanda de atención de una población de 50.000 habitantes con una resolutiveidad de un 70 – 80%. Si este equipo de salud tuviese también horario de trabajo en el centro derivador podría autoderivarse para exámenes y tratamientos a los pacientes que lo requieran (atención en red), mejorando la eficiencia del sistema y la satisfacción usuaria. Existen 37 UAPO funcionando y se proyecta para este año llegar a las 50, algunas de las cuales son itinerantes.

- Rondas oftalmológicas, conocidas tradicionalmente como operativos, han demostrado su utilidad para satisfacer la atención a comunidades de difícil acceso, extrema ruralidad y pobreza. Estas rondas deben ser programadas y tener una periodicidad establecida, ejemplo de esto son las rondas que se realizan en la XI Región dos veces al año donde grupos de tecnólogos médicos y oftalmólogos se trasladan desde La Junta a Chile Chico. También esta estrategia sanitaria en forma especial debe estar orientada a comunidades de pueblos originarios de sectores muy rurales respetando sus creencias y cosmovisión.

El GES junto a la participación del equipo de salud oftalmológico ha permitido que la oftalmología ya no sea la especialidad más en falencia en nuestro país, como lo fue por mucho tiempo, ocupando hoy el sexto lugar. Son muchos los desafíos y muchas las metas que lograr, optimizar los recursos para llegar antes y mejor a los pacientes que más lo necesiten.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez L., Barría F., Saavedra A., Leal A. Funcionamiento de unidad de atención primaria de la VII Región.
2. Serie de Documentos de trabajo N°5 . Fonasa Abril 2009
3. Estudio de Brechas de oferta y demanda de Médicos Especialistas en Chile: Subsecretaría de Redes asistenciales. Enero 2010
4. Decreto N° 1 6 Enero 2010. Aprueba garantías explícitas en Salud del

Régimen General de Garantías en Salud

5. Guías Clínicas G.E.S

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.