



---

**Universidad de Valladolid**



**EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES EXISTENTES EN LA ACTUALIDAD  
PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL EN ESPAÑA**

MASTER EN REHABILITACIÓN VISUAL 2.016-2.017

Presentado por: Carmen Maria Labao Delgado.

Tutelado por: Joaquín Herrera Medina.

## INDICE

1. TEMATICA.
2. ANTECEDENTES.
3. JUSTIFICACIÓN.
4. OBJETIVOS.
5. MATERIAL Y MÉTODOS.
6. INTRODUCCIÓN.
  - 6.1 Definición de Ceguera y Baja Visión.
  - 6.2 Definición y Clasificación de la Discapacidad Visual.
  - 6.3 Repercusiones de la Discapacidad Visual en la vida de las personas que la padecen.
7. PREVALENCIA DE PATOLOGIAS OCULARES CAUSANTES DE DISCAPACIDAD VISUAL.
8. EPIDEMIOLOGIA DE LA DISCAPACIDAD VISUAL EN ESPAÑA.
9. PIRÁMIDE POBLACIONAL ESPAÑOLA COMO FACTOR DE RIESGO DE DISCAPACIDAD VISUAL.
10. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL 2.014-2.019 OMS. SALUD OCULAR UNIVERSAL VISIÓN 2020.
11. SERVICIOS ASINTENCIALES EXISTENTES EN NUESTRO PAIS.
  - 11.1 Asistencia Sanitaria Pública en materia de Salud Ocular.
  - 11.2 Asistencia Social.
  - 11.3 Valoración del Grado de Discapacidad Visual e Incapacidad laboral
  - 11.4 Base Estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad visual.
  - 11.5 Prestaciones Sociales y Económicas publicadas por el IMSERSO para las Personas con Discapacidad en el año 2.016.
  - 11.6 Asistencia Sanitaria Privada en el ámbito oftalmológico.
  - 11.7 Centros Integrales para la Discapacidad Visual.
    - 11.7.1 Centro Integral de Ámbito Público
    - 11.7.2 Centros Integrales de Ámbito Privado
    - 11.7.3 Centros Integrales de Ámbito Universitario.

## 12. SERVICIOS ASISTENCIALES PÚBLICOS EXISTENTES EN ITALIA.

### 12.1 Asistencia Sanitaria Pública.

#### 12.1.1 Atención Primaria.

#### 12.1.2 Atención Especializada.

### 12.2 Sistemas de Prevención Visual y Rehabilitación Visual.

### 12.3 Clasificación Discapacidad Visual.

### 12.4 Organización Nacional de Ciegos y Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera.

### 12.5 Asistencia Social.

## 13. DESCRIPCIONES COMPARATIVAS ENTRE ESPAÑA E ITALIA.

## 14. CONCLUSIONES.

## 15. BIBLIOGRAFIA.

## 16. ANEXOS.

## **1. TEMÁTICA.**

Evaluación de los Servicios y Prestaciones Asistenciales existentes para las personas con Discapacidad Visual en España estableciendo comparación con los servicios y prestaciones existentes en otro país europeo de similares características: Italia.

## **2. ANTECEDENTES.**

En el desarrollo de mi trabajo profesional optométrico diario, ejercido a través de un Establecimiento Sanitario de Óptica ubicado en Vélez-Málaga en la provincia de Málaga, encuentro multitud de personas con baja visión sin conocer los mecanismos de Rehabilitación Visual existentes en la actualidad, ni los procesos asistenciales existentes para la obtención de la ayuda necesaria para su correcta protección social, con gran decaimiento personal, y sin conocimiento de la existencia de tratamiento paliativo para su discapacidad visual.

Esta circunstancia resulta incongruente con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud para los años 2014 y 2019, donde a través de su Plan de Acción Mundial en materia de Salud Ocular, se nos comunica que existe una excelente oportunidad de cambiar la vida de millones de personas, ya que un 80% de las causas de discapacidad visual son prevenibles o curables. El objetivo principal de este Plan de Acción es lograr un mundo donde nadie sufra discapacidad visual por causas evitables y donde las personas con pérdida de visión inevitable puedan alcanzar su pleno potencial a través de la existencia de acceso universal a Servicios Públicos Integrales de Rehabilitación Visual, de forma que se aumente la calidad de vida de todas las personas que padezcan discapacidad visual, eliminando todas las barreras que entorpecen la recuperación de su equilibrio personal, y favoreciendo la autonomía propia necesaria para su correcta integración social.

Además de la adopción de medidas multisectoriales en materia de prevención de afecciones oculares crónicas causantes de discapacidad visual.

### **3. JUSTIFICACIÓN.**

El propósito de este trabajo es corroborar si las medidas preventivas y asistenciales existentes en España en materia de Salud Ocular se corresponden con las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, dentro de su Plan de Acción en materia de Salud Ocular Universal 2.014-2.019, para que este colectivo vea aumentada su calidad de vida y su autonomía propia necesaria para el desarrollo de sus tareas cotidianas esenciales de su día a día.

Quisiera contribuir con el presente trabajo al aumento de los servicios asistenciales desde los organismos públicos existentes en España para favorecer el cumplimiento de sus derechos sociales, personales y asistenciales, recogidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados el 13 de Diciembre del 2.006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York y ratificado por España en el año 2.008.

### **4. OBJETIVOS.**

El objetivo primordial es evaluar si los procesos asistenciales existentes en la actualidad y en un futuro próximo son suficientes para garantizar la asistencia demandada por el colectivo de personas que sufren discapacidad visual en España. Con la finalidad de prevenir la posible discriminación social que pueden sufrir estas personas como consecuencia de la escasez de estos procedimientos asistenciales en materia de Rehabilitación Visual.

Finalmente estableceremos comparativa con los procesos asistenciales existentes en Italia.

### **5. MATERIAL Y MÉTODOS.**

El desarrollo del tema se realizará mediante revisión bibliográfica a través de diferentes fuentes de información y métodos de búsqueda descritos en el presente trabajo.

El objetivo temático implica la búsqueda de estudios relacionados con la discapacidad visual a través del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España así como otras bases de datos de artículos como: Pubmed, Google Scholer además de los publicados por la revista de la Sociedad Española de Oftalmología editada por Elsevier que permitan la búsqueda de publicaciones reconocidas referentes a la epidemiología de patologías oculares causantes de discapacidad visual en España.

Palabras claves: patología ocular, baja visión, epidemiología discapacidad visual, rehabilitación visual.

Key words: Ocular pathology, low visión, epidemiology visual impairment, visual rehabilitation.

Inicialmente comenzamos la búsqueda de datos epidemiológicos en España de patologías visuales causantes de discapacidad visual con la finalidad de conocer el número de personas demandantes de estos servicios, limitando la misma al periodo comprendido entre los años 2.012-2016 sin obtener resultados concretos a pesar de ampliar la búsqueda a años anteriores . No obstante si encontramos escasos estudios que estiman prevalencia a través de fuentes de datos poblacionales y datos procedentes del Registro de Afiliación de la Once.

Consecuentemente la bibliografía encontrada referente a la epidemiología de patología ocular en tiempos recientes en nuestro país es deficiente e imprecisa. Seguidamente continuamos nuestra búsqueda referente a los datos asistenciales existentes para las personas con discapacidad visual en España y en Italia, país Europeo elegido por presentar cierta similitud referente a los riesgos desencadenantes de discapacidad visual. En este proceso abarcamos dos fases:

1. Obtención de datos de asistencia sanitaria y social a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Instituto Nacional de Estadística e IMSERSO.
2. Con la finalidad de comparar los procesos asistenciales existentes con Italia procedimos a la búsqueda de información en el Ministero della Salute y Ministero della Previdenza Sociale. Esta búsqueda nos permitió conocer las acciones de la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB) y su principal iniciativa Visión 2020 impulsada junto a

la Organización Mundial de la Salud a través de su Plan de Acción Ocular Visión 2020.

## **6.INTRODUCCIÓN.**

### 6.1 Definición de Ceguera y Baja Visión .

**6.1.1. Ceguera:** En el año 2.010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Ceguera como Agudeza Visual inferior a 0,05 en el mejor ojo y con la mejor corrección posible, o campo visual inferior o igual a 10° en el mejor ojo.

**6.1.2. Baja Visión:** Es la privación o disminución parcial de la visión que no puede corregirse con tratamientos quirúrgicos, prescripciones farmacológicas o sistemas de compensación ópticos convencionales. Son múltiples los factores que inciden en la visión de estas personas como la sensibilidad al contraste de la visión, la percepción de los diferentes colores, la adaptación a los cambios lumínicos, etc. Al igual que con el anterior término, en el año 2.010 la OMS define Baja Visión como una Agudeza Visual menor de 0,33 y mayor 0,05 con la mejor corrección posible o con Campo Visual menor o igual a 20° en el mejor ojo.

En la actualidad, al tratamiento de la Baja Visión se le denomina Rehabilitación Visual de la Visión, y se realiza a través de Equipos Multidisciplinares Integrales que abarcan diferentes áreas de restauración necesaria en la persona que la padece mediante la cual se consigue la realización de actividades cotidianas y de ocio a través de la prescripción de ayudas ópticas y no ópticas especiales así como al aprendizaje en el manejo de la misma, la mejora en el afrontamiento positivo de la enfermedad o la adaptación del entorno que le rodea. Todo ello de forma que se favorezca su integración en la sociedad eliminando todo tipo de barreras presentes en su camino para conseguir su perfecta integración social.

### 6.2 Definición y Clasificación de la Discapacidad Visual.

El concepto genérico de Discapacidad hace referencia a cualquier restricción o ausencia producida por una deficiencia y que incapacita a la persona que la padece en la realización de sus actividades necesarias de forma o dentro de un margen considerado como normal, para cualquier ser humano.

En el contexto referente a la función visual también podemos definir la Discapacidad Visual como la incapacitación en la realización de tareas necesarias producidas por la existencia de una deficiencia en el órgano de la visión denominado globo ocular, en su vía visual o en la corteza visual.

En el año 2.009 la Clasificación Internacional de Enfermedades, divide la función visual en cuatro niveles:

- Discapacidad Visual Leve : Agudeza Visual mayor o igual a 0,3.
- Discapacidad Visual Moderada: Agudeza Visual de entre 6/18 (0.3) y 6/60 (0.1), es decir, mayor de 0,1 y menor de 0,3.
- Discapacidad Visual Grave o Severa: Agudeza Visual inferior a 6/60 (0.1) e igual o superior a 3/60 (0.05), es decir, mayor de 0,05 y menor o igual a 0,1.
- Ceguera: Definida como una agudeza visual inferior a 3/60 (0.05), o una pérdida del campo visual menor de 10°, en el mejor ojo.

### 6.3 Repercusiones de la Discapacidad Visual en la vida de las personas que la padecen .

Las repercusiones que la Discapacidad Visual produce en las personas que la padecen y en su entorno familiar son múltiples y de origen muy diverso, es un padecimiento individual, propio y característico de cada persona e influenciado por múltiples factores como el afrontamiento personal presente en defensa a la enfermedad, la ayuda familiar y social existente en el entorno frecuentado por la persona y la posibilidad de realización de tratamiento de Rehabilitación Visual entre otros muchos factores.

A groso modo, podemos afirmar que produce una grave restricción en la realización de actividades de la vida diaria necesarias para una supervivencia humana de forma digna, como pueden ser:

- La realización de higiene personal: bañarse, vestirse, cuidado higiénico personal en general.
- La preparación de alimentos y en su ingesta.
- Cuidado y mantenimiento de limpieza de su hábitat.
- Desplazamiento en su hogar y en el medio exterior.
- Desarrollo de capacidad laboral..
- Actividades sociales en general referidas a la pérdida de contactos, amigos, actividades sociales , etc.

Todas estas dificultades generan circunstancias estresantes en el interior de la persona que hacen necesaria la intervención psicológica en infinidad de ocasiones además de la intervención profesional del resto de miembros del equipo multidisciplinar necesario: Oftalmólogo para diagnóstico, tratamiento, intervención y conservación de su resto visual disponible, Optometrista para prevención de su salud ocular así como prescribir y enseñar el uso de la ayudas ópticas, Técnicos Rehabilitadores especializados en la realización de tareas concretas y Trabajador Social, para orientación y análisis de la realidad social que incide y potencia los procesos sociales donde interactúa el entorno de la persona respecto a su familia, grupos u organizaciones de cualquier índole. El abordaje multidisciplinar tiene como objetivo común en todas las profesiones que lo conforman, el aumento del bienestar de la persona, la mejora en la calidad de vida y la lucha conjunta, por el consentimiento de su integración social en general.

## ***7. PREVALENCIA DE PATOLOGIAS OCULARES CAUSANTES DE DISCAPACIDAD VISUAL EN ESPAÑA.***

En la revisión bibliográfica que he realizado me ha llamado la atención no encontrar algún estudio relativamente reciente realizado por el Sistema Sanitario Público Español que nos detalle la prevalencia de patologías visuales en su totalidad presentes en la población española en la actualidad, así como las medidas preventivas de las mismas. Motivo por el cual para el desarrollo de este punto aportaré los datos epidemiológicos recogidos en un estudio

realizado por expertos oftalmólogos mediante el cual se pretende mejorar la calidad asistencial de los pacientes portadores de patologías retinianas.

Quisiera también citar, la noticia publicada en el Diario de Sevilla con fecha de 27 de Marzo del presente año, donde se recogen las declaraciones del Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología, Dr. Ignacio Montero de Espinosa: *“Aunque parezca asombroso, no hay datos epidemiológicos de las enfermedades de la visión más frecuentes en Andalucía, ni incidencia, ni prevalencia”*.

Según comunicado del consejero de salud el Programa de Detección Precoz de Retinopatía Diabética en Andalucía, con una población diana aproximada de 479.879 personas y con cobertura del 85% hasta abril del 2.017 representando a 407.897 personas con diabetes a las que se le han realizado un total de 756.230 pruebas ha servido para detectar 44.245 personas con retinopatía diabética (6,3%), siendo graves el 5,10% de ellas y unas 23.587 personas con otros problemas oculares no relacionados con la diabetes.

Por otro lado dentro de la Guía Práctica Clínica del SNS, el Instituto Carlos III, ha publicado la Guía Práctica Clínica para las Distrofias Hereditarias de la Retina considerada dentro del grupo de enfermedades raras donde se ha estimado una prevalencia de 1 por cada 3000-5000 personas.

En tiempo relativamente menos reciente el estudio<sup>8</sup> con algunos aunque escasos datos epidemiológicos más actuales que he encontrado corresponde al año 2.012 y fue realizado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial, la Sociedad Española de Retina y Vítreo, la Red Temática de Investigación Oftared, la Cooperativa en Patología Ocular Retics, con la ayuda de patrocinio de los Laboratorios Bayer y con la participación de especialistas en Oftalmología de diversos centros del Sistema Nacional de Salud de España, mediante el cual analizan la calidad asistencial de los pacientes que padecen patología retiniana con la finalidad de mostrar un marco de actuaciones que contribuyan en su mejora asistencial. A modo de resumen en dicho estudio de mejora asistencial se muestran los siguientes datos epidemiológicos de patología retiniana:

1. Realizando una estimación a través de los datos poblacionales existentes en el Instituto Nacional de Estadística en el año 2.012 en el

rango de personas mayores de 65 años, la población española afectada de DMAE podría ser de 750.000 personas mostrando una gran repercusión en los años venideros, debido al mayor incremento de población en este rango de edad según las previsiones del INE. Todo ello sin olvidar que hasta un 48% de la población mayor de 55 años pudiera presentar algún síntoma o signo de DMAE en estadios precoces o iniciales mediante la existencia de posibles drusas y alteraciones del pigmento macular que quedan excluidos de la cifra expresada como estimación puesto que corresponden a otra franja de edad.

2. Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2.030 el número de personas afectadas por Retinopatía Diabética pudiera alcanzar la cifra de 370.000.000 y hasta un 10% de los pacientes con Diabetes Miellitus desarrollará Edema Macular Diabético a los 10 años de padecimiento de la enfermedad y un 20% o 30% a los 20 años de evolución de la misma. Dicha asociación dependerá no sólo de la duración de la enfermedad sino también del tiempo de utilización del tratamiento de insulina.
3. Las Oclusiones Venosas de la Retina representan la segunda retinopatía de origen vascular por orden de frecuencia después de la Retinopatía Diabética. La Hipertensión arterial y la Diabetes son grandes factores de riesgo para la Oclusión de la Vena Central de la Retina localizada a nivel del nervio óptico. Como riesgo secundario a la existencia de estas enfermedades sistémicas, se presenta al Glaucoma de Ángulo Abierto, el cual, suele estar presente en el 40% de los pacientes con OVCR.

Por otro lado a través de la Red Salud Visual 2.0 editada por Aeoptometristas bajo la fuente de Europapress se describen dos artículos con los siguiente datos epidemiológicos de España publicados en el año 2.014:

1. 1.000.000 de personas con Retinopatía Diabética.
2. 680.000 personas con DMAE y 3.000.000 de personas con factores predisponentes.
3. 900.000 personas con Miopía Magna.

Atendiendo a la prevalencia de patologías oculares presentes en los afiliados a la ONCE con fecha de 31 de Diciembre del año 2.016 y extraídos a través de la información registrada en su web podemos tener una referencia de las principales patologías oculares ocasionarías de estado de ceguera en nuestro país, las cuales paso a detallar por orden de incidencia reflejada en las altas del año 2.016:

<b>PATOLOGÍAS VISUALES DE LOS AFILIADOS A LA ONCE. AÑO 2016</b>				
<b>Patologías Visuales</b>	<b>Número de afiliados 31/12/2016</b>	<b>% sobre total afiliados 31/12/2016</b>	<b>Altas en el Año 2016</b>	<b>% sobre total altas en el Año 2016</b>
Miopía Magna	15.322	21,21%	540	15,71%
Degeneraciones Retinianas	10.817	14,97%	405	11,78%
Maculopatías	8.677	12,01%	716	20,83%
Patología del Nervio Óptico	8.178	11,32%	357	10,38%
Patología Congénita	5.027	6,96%	178	5,18%
Retinopatía Diabética	4.328	5,99%	188	5,47%
Glaucoma	3.221	4,46%	271	7,88%
Patología Vías Ópticas	3.021	4,18%	229	6,66%
Otras	2.547	3,52%	119	3,46%
Nistagmus	2.117	2,93%	123	3,58%
Patología Corneal	1.954	2,70%	125	3,64%
Desprendimiento de Retina	1.813	2,51%	32	0,93%
Otra Patología Vasculare Retiniana	1.486	2,06%	55	1,60%
Coriorretinosis	1.281	1,77%	33	0,96%
Cataratas	798	1,10%	33	0,96%
Uveítis	711	0,98%	28	0,81%
Ptisis Bulbi	549	0,76%	3	0,09%
Causa Desconocida	409	0,57%	3	0,09%
<b>TOTAL</b>	<b>72.256</b>	<b>100,00%</b>	<b>3.438</b>	<b>100,00%</b>

Patologías Visuales de los afiliados ONCE a 31 Diciembre del año 2.016 por orden de prevalencia <sup>17</sup>.

Las tendencias futuras según la organización corresponden al mantenimiento de Miopía Magna e incremento de las Maculopatías y la Retinopatía Diabética como principales causas de afiliación.

Atendiendo al número de afiliados existentes en la organización en laño 2.016 que ascienden a 72.256 personas con ceguera y teniendo en cuenta el número de afiliados en el año 1.996 que ascendían a 51.740 personas podemos deducir que aproximadamente en 20 años de evolución de la organización, cada año que pasa supone 1.025,80 personas más con ceguera en nuestro país.

## **8.EPIDEMIOLOGIA DE LA DISCAPACIDAD VISUAL EN ESPAÑA.**

A través de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones

de Dependencia realizada por el Instituto Nacional de Estadística (EDAD) (INE, 2008; Gómez-Ulla, 2012) se obtuvo una estimación de las discapacidades, deficiencias y estado de salud de la población de personas de 6 y más años residentes en nuestro país publicándose la significativa cifra de 979.200 personas en España con problemas de visión que muestran las siguientes dificultades o limitaciones visuales, las cuales fueron agrupadas en 4 grupos y reflejaron los siguientes datos:

1. 58.300 personas con problemas de percepción de cualquier imagen.
2. 673.600 personas con problemas en la realización de tareas visuales de detalle .
3. 662.100 personas con problemas en la realización de tareas visuales de conjunto .
4. 357.400 personas que mostraron problemas de visión no especificados.

Si sumamos el número de personas correspondientes a los cuatro grupos, obtenemos la cifra de 1.751.400 personas las que mostraron problemas de visión siendo coincidente con los datos concluidos por la encuesta cuya justificación por parte de los autores de la misma, reside en que una misma persona pudo reflejar más de un problema en su visión. Lo cual hizo que los datos de la misma se agruparan en dos grandes grupos:

- Discapacidad Visual por Ceguera: Se agrupó el número de personas que mostraron problemas en la percepción de cualquier imagen, que asciende a la cifra de 58.300 personas, el 5,95% de la población.
- Discapacidad Visual por presencia de Baja Visión: Se agruparon las personas que mostraron problemas en la realización de tareas visuales de detalle, en las tareas visuales en su conjunto y en los problemas de visión no especificados, obteniendo la cifra de 920.900 personas las que padecen Baja Visión en nuestro país y que corresponden al 94,04% del total de personas que mostraron problemas en la realización de tareas visuales .

También se mostró como dato de prevalencia relacionados con la Discapacidad Visual en España el 2,4% de la población española, distribuyéndose en los siguientes porcentajes de patologías oculares,

responsables de ella:

- 31% por Degeneración Macular Asociada a la Edad.
- 25% por Retinosis Pigmentaria.
- 16% por Retinopatía Diabética.
- 6% por Glaucoma.

Posteriormente en el año 2.015 el Informe Olivenza realizado por el Observatorio estatal de la Discapacidad, la Junta de Extremadura y su Universidad, SEPAD y CERMI, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 73.2 del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre, muestran el estado de la discapacidad en España del cual extraigo los siguientes datos:

1. El total de personas con Discapacidad reconocida en nuestro país asciende a 2.564.952 personas. Entre ellas 331.198 personas presentan Discapacidad visual reconocida, lo que supone un porcentaje de prevalencia del 7,08% por 1000 habitantes.
2. Atendiendo a la Base "Discapacidad Visual" sobre 246 casos, el 31,7% de la personas entrevistadas muestran el origen de su discapacidad a enfermedad no profesional. Sólo en uno de cada cuatro casos el origen de la discapacidad visual fue congénito. La media de Edad de las personas encuestadas, en el análisis de la discapacidad visual fue de 58 años. Las personas entrevistadas que no tienen su discapacidad visual desde el nacimiento, indican que su discapacidad se originó entre los 40 y los 45 años.
3. Las personas con discapacidad visual e ingresos superiores a los 1.200 euros consideran que tienen cubiertos los apoyos que necesita para su vida. Representando el 23,6% de las personas entrevistadas.
4. El 11,4% de las personas entrevistadas considera insuficientes los apoyos que recibe.
5. El 8,5% indican que no dispone de apoyos a pesar de necesitarlos. Esta manifestación fue más frecuente en las personas mayores de 65 años que disponían de estudios no superiores a primaria (15%) así como las

- personas que no reciben ingresos superiores a 1.200 euros (18%).
6. El 55% de las personas con problemas de visión considera que su discapacidad no les impide realizar la actividad deseada.
  7. Las personas con discapacidad visual manifiestan en las entrevistas realizadas las actividades para las que más apoyo necesitan. Las cuales son: Moverse, desplazarse, conducir y llevar a cabo sus tareas domésticas.
  8. El 10,2% de las personas entrevistadas declaran la necesidad de apoyo a la hora de su autocuidado.
  9. La ayuda necesaria recibida por la mayoría de las personas encuestadas es proporcionada a través de los familiares residentes en el hogar.

Según comunicado de la Consejería de Salud de Andalucía, existen alrededor de 230.000 personas con problemas de visión por cualquier causa, motivo por el cual, este año se ha realizado un primer análisis que tiene como fuente de información la Base de Datos Poblacional de Salud del cual se desprende la existencia de 99.232 pacientes con al menos un diagnóstico de riesgo de baja visión con una edad media de 67,1 años, siendo 64,9 años para los hombres y 69,2 años para las mujeres.

### ***9. PIRÁMIDE POBLACIONAL ESPAÑOLA COMO FACTOR DE RIESGO DE DISCAPACIDAD VISUAL.***

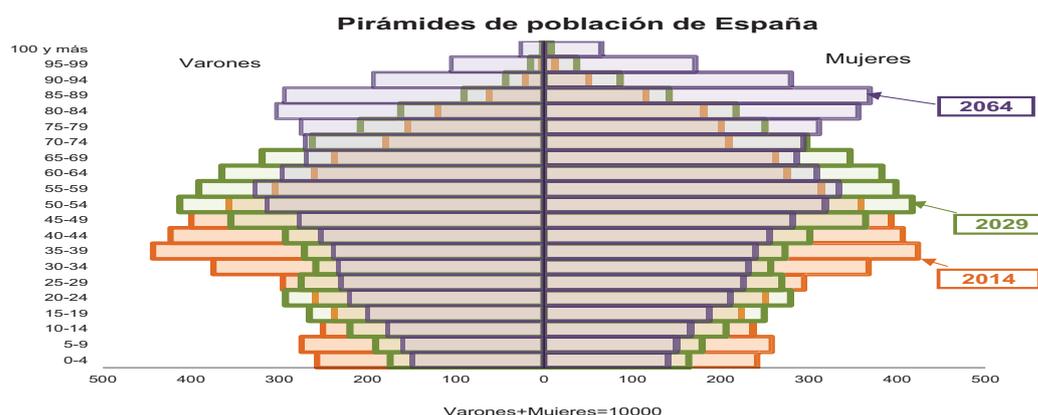
Como consecuencia de los cambios demográficos el envejecimiento universal de la población es un tema de preocupación mundial por su asociación con diversas enfermedades en el ser humano que limitan su calidad de vida, constituyéndose como tema de preocupación a nivel mundial por su asociación con enfermedades degenerativas que pueden causar discapacidades de diversas índoles en el ser humano por la limitación en el ejercicio de sus tareas deseables de realización y necesarias para su desenvolvimiento propio, sin dar lugar a situaciones de dependencia que puedan afectar en la calidad de vida de las personas .

La OMS pronostica para el año 2.025 dos mil millones de personas en edad avanzada, cifra que por primera vez en la historia duplicará a la población de entre 0 y 14 años. Mientras que para el año 2.050 se prevén dos billones de personas en edad avanzada.

El envejecimiento demográfico, es por tanto, uno de los desafíos a los que se enfrenta Europa, durante los próximos cincuenta años. El rango de europeos mayores de 65 años superará el 30%, siendo España el país más envejecido.

Los dos factores principales que actúan sobre el envejecimiento poblacional en nuestro país son el aumento de la esperanza de vida, junto con las caídas de tasas de fecundidad. En concreto dentro de 15 años en España residirían 11,3 millones de personas mayores de 64 años, 2,9 millones más que en la actualidad (un 34,1%). Y esta cifra se incrementaría hasta 15,8 millones de personas (un 87,5% más) en 50 años.

Si observamos los grupos de edad quinquenales el más numeroso en la actualidad es el de 35 a 39 años. En 2029 sería el de 50 a 54 y en 2064 el de 85 a 89 años <sup>19</sup>.



INE: Previsión de Pirámide Poblacional <sup>19</sup>

Por otro lado y atendiendo a la definición sobre el Envejecimiento Activo, según la Organización Mundial de la salud<sup>11</sup> (OMS): “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”.

Con esta definición se manifiesta la necesidad de mantenimiento de la capacidad funcional de las personas manteniendo su autonomía e independencia y retrasando la aparición de discapacidad.

La OMS<sup>11</sup> define el Envejecimiento Saludable como: *“El proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”*. Mediante esta definición, la capacidad funcional de una persona comprende la capacidad intrínseca (físicas y mentales) y las características del entorno. Siendo la combinación de la persona y su entorno, así como la interacción entre ellos, lo que posibilita la felicidad, la satisfacción y la plena realización de la persona anciana.

El término general del envejecimiento activo y saludable (AHA de sus siglas en inglés, Active and Healthy Ageing) consiste en que la población anciana viva más tiempo de forma autónoma, independiente y en condiciones de buena salud, para lo cual será necesario tener en cuenta la capacidad funcional del individuo a su vez que se facilita el acceso a los servicios que presten una atención integrada y centrada en las personas mayores.

#### **10. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL 2014-2019 OMS. SALUD OCULAR UNIVERSAL. VISIÓN 2020.**

El Plan de Acción Mundial en materia de salud ocular 2014-2019, emitido por la Organización Mundial de la Salud tiene por objetivo mantener e intensificar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados internacionales para seguir mejorando la salud ocular de la población. Su objetivo general es reducir la discapacidad visual evitable como problema de salud pública mundial y garantizar el acceso los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales. Recomendando mejorar los servicios integrales de atención oftalmológica.

Los principales enfoques se centran en : El acceso universal y la equidad, los derechos humanos, la práctica basada en datos científicos, un enfoque basado en la totalidad del ciclo vital, y la potenciación de las personas con discapacidad visual.

Para la obtención del objetivo general se recomiendan las siguientes

actuaciones:

- Abordar la necesidad de generar datos científicos sobre la magnitud y las causas de la discapacidad visual y los servicios de salud ocular, y de utilizar esos datos para promover un mayor compromiso político y financiero de los Estados Miembros con respecto a la salud ocular.
- Promover la elaboración y puesta en práctica de políticas, planes y programas nacionales integrados de salud ocular para mejorar el acceso universal a la salud ocular a través de actividades que se ajusten al marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud con miras a mejorar los resultados sanitarios.
- Abordar la participación multisectorial y las alianzas de colaboración eficaces para fortalecer la salud ocular.

El cumplimiento en materia de consecución del objetivo general anteriormente mencionado de los Estados Miembros, se medirá a través de los siguientes indicadores referentes a :

- La prevalencia y las causas de la discapacidad visual.
- Las cifras del personal de atención oftálmica existente desglosada por profesión, debido a que es un parámetro que muestra la disponibilidad de la fuerza de trabajo, no debiendo existir carencias en la planificación de los recursos humanos de esta área.
- Prestación de servicios para la cirugía de cataratas.

Referente a la dotación de personal en materia oftálmica la OMS menciona: *“En un número creciente de países, los optometristas son con frecuencia el primer punto de contacto al que acuden las personas que padecen enfermedades oculares “*. Recomendando establecer registros de organismos profesionales y de reglamentación nacionales, así como el número de Optometristas existentes por millón de habitantes.

En Europa los únicos países que han firmado la declaración del proyecto 2020, son Reino Unido y Alemania, pero otros países han establecido un Comité

Nacional para la implementación de estrategias en materia de salud ocular, que ofrezcan mejoría de alguna manera en la calidad asistencial prestada para la prevención de la Discapacidad Visual, entre los que se encuentran además de los firmantes mencionados con anterioridad: Estonia, República Checa, Hungría, Letonia, Lituania, Holanda, Moldavia, Rumanía y *Rusia*<sup>13</sup>.

## **11.SERVICIOS ASISTENCIALES EXISTENTES EN NUESTRO PAÍS.**

### 11.1 Asistencia Sanitaria Pública en materia de Salud Ocular.

El Servicio Sanitario Público Español carece de especialización en los servicios de atención primaria que presta a los ciudadanos motivo por el cual la prevención, tratamiento y seguimiento de las patologías oculares se realiza mayoritariamente, a través de las dependencias oftalmológicas hospitalarias existentes dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cuando una persona siente problemas en el órgano de su visión acude a su Centro de Atención Primaria para tramitar cita con su médico de familia, esperando la solvencia de su problema de visión y ejecutándole un gran ejercicio de responsabilidad en la prevención y resolución de sus problemas visuales. Es por tanto, el médico de atención primaria el máximo responsable en materia de prevención visual en nuestro Sistema Nacional de Salud, ya que tendrá que explorar al sujeto y tramitarle la cita con el servicio de oftalmología si así lo estima conveniente, de forma ordinaria, o no demorable, así como de urgencia oftalmológica, en aquellos casos en los que su intuición de diagnóstico así se lo aconseje.

Por otro lado, el médico de atención primaria forma parte del proceso de diagnóstico de las enfermedades sistémicas que presentan los pacientes y es conocedor de su posible repercusión en el órgano de la visión así como de la posible afectación del mismo por los efectos secundarios que pudieran presentar la farmacología que le prescribe a sus pacientes, los factores hereditarios, las enfermedades sistémicas presentes, y un sin fin de factores más por los que el órgano de la visión pudiera verse afectado de manera secundaria con características asintomáticas. Debiendo ser proactivo, ejerciendo su labor preventiva de forma responsable para que las tasas de prevalencia de discapacidad visual, no sufran el aumento que se está

registrando en la actualidad de nuestro país. Motivado por diferentes factores entre los que se encuentra la necesidad de prevención de patologías visuales y la no incorporación masiva de ópticos optometristas al Sistema Nacional de Salud, al amparo de la ley 44/2003 que define a estos profesionales como los encargados de la valoración funcional de la visión y de la prevención de la salud ocular de la población en general.

En la actualidad existen algunos aunque escasos hospitales públicos en España con ópticos-optometristas dentro de las consultas de oftalmología, como es el caso del Hospital de Navarra. El cual cuenta además con una unidad de asesoría en materia de discapacidad visual y rehabilitación visual. Cuando el paciente presenta discapacidad visual pasa al servicio optométrico, y desde aquí se le asesora sobre la posibilidad de rehabilitación de su visión. Indicándole un directorio de ópticos-optometristas externos especializados en materia de rehabilitación visual para que acudan en caso de desear dicha asistencia de entidad privada.

En la mayoría de países Europeos, los médicos de atención primaria están dentro del SNS en régimen de autónomo <sup>16</sup>. España presenta la peculiaridad de presentar a este colectivo en su SNS a través de su contratación. Estableciéndole un salario fijo junto a un porcentaje de incentivos dentro de su labor profesional. Su trabajo no es aislado atendiendo a un carácter más multidisciplinar.

En Andalucía existe un plan de prevención para la Retinopatía Diabética en los Centros de Atención Primaria. Consistente en la realización de retinografías en la población de riesgo que son analizadas con posterioridad a través de un servicio de tele-diagnóstico. Cabe mencionar que no se le realiza a los pacientes ninguna otra prueba funcional de su visión, puesto que se carece de instrumental para la realización de las mismas.

Consultando el Sistema de Información sobre Listas de Espera a través del Sistema Nacional de Salud, conocido mediante las siglas "SISLE-SNS" y publicado a través de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, extraigo los siguientes datos correspondientes a 30 de Junio del 2.016 :

1. Oftalmología es la segunda especialidad dentro del SNS con más pacientes en espera de asistencia oftalmológica, ascendiendo a 121.828 las personas en situación de espera de asistencia quirúrgica por parte de los servicios oftalmológicos públicos que nos ofrece nuestro país.
2. La patología de Cataratas representa la mayor tasa de pacientes en espera quirúrgica dentro del SNS. Cuenta con 95.444 personas en espera de la cirugía de la misma, dentro de las cuales: 22.276 personas pertenecen a Cataluña, 9.743 personas a la comunidad de Andalucía y 9.197 personas de la comunidad de Madrid.
3. Cataluña es la comunidad con más pacientes en espera de cirugía oftálmica en general. Cuenta con : 26.585 personas, seguidas de Madrid con 13.377 personas y en tercer lugar Andalucía con 11.537 personas.
4. El número de pacientes en espera de atención a través de una primera consulta lo lidera Madrid con 34.477 personas, seguida de Aragón con 30.287 personas, Andalucía con 28.195 personas y Galicia con 25.295 personas.
5. Referente al tiempo medio de espera por Comunidades Autónomas y Especialidad Oftalmológica: Canarias representa el mayor tiempo de espera con 133 días, seguida de Aragón con 91 días, Castilla y León con 84 días, Cantabria con 78 días y Andalucía con 45 días.

Los datos que pueden ser consultados a través del Anexo 2, muestran la necesidad imperiosa de reformas en nuestro Sistema Nacional de Salud en materia de Salud Ocular de forma que se disminuyan las listas de espera para poder ejercer la prevención visual recomendada por la Organización Mundial de la Salud <sup>8</sup> así como la mejora asistencial de las personas con alteración de órgano de la visión, para lo cual se hace necesario establecer interdisciplinariedad con los profesionales sanitarios que ejerzan dentro de su campo de acción profesional prevención en materia de salud ocular: Opticos Optometristas, con establecimientos sanitarios repartidos por toda la geografía nacional y muy accesibles a la población en general, sin que ello suponga la realización de trabajo gratuito por ninguna de las partes para que no decaiga la calidad asistencial.

### 11.2 Asistencia Social.

Los servicios sociales ofrecen a las personas con discapacidad información y asesoramiento sobre sus derechos y son los encargados de valorar y acreditar la condición de persona con discapacidad, y de proporcionarle los apoyos necesarios para su inclusión social.

En las comunidades autónomas de España existen dos niveles de protección social:

1. **Atención Primaria:** Son servicios sociales básicos o equipos multidisciplinares básicos destinados a todos los ciudadanos. A través de ellos se proporciona información y orientación sobre derechos y recursos a los que pueden acceder para satisfacer sus necesidades sociales, lo cual les proporciona atención integral en todas las áreas: Apoyos de tipo personal, educativo, doméstico y social.
2. **Atención Especializada:** Cada comunidad Autónoma en función de las necesidades específicas de diferentes colectivos pone a disposición de éstos programas o servicios, como es el caso de la Atención Temprana, la cual proporciona un conjunto de tratamientos específicos a niños que desde el nacimiento y durante los primeros años de vida están afectados por una deficiencia. Contemplando el asesoramiento y apoyo a los padres y familiares.

En el ámbito de los servicios sociales existen también determinados beneficios y prestaciones de carácter económico que se pueden solicitar, como es el caso de las ayudas económicas no periódicas para personas con discapacidad, supeditadas a la existencia de necesidades puntuales de la persona y a disponibilidad presupuestaria.

### 11.3 Valoración del Grado de Discapacidad Visual e Incapacidad laboral.

En España para adquirir la condición de persona con discapacidad se requiere primeramente de su reconocimiento, declaración y clasificación de su grado de discapacidad, a través de los Sistemas de Servicios Sociales existentes en las comunidades autónomas o por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales

(IMSERSO). El objetivo de estos sistemas es prevenir las causas que pudieran inducir la exclusión o marginación social.

Dicha valoración se muestra en la web del Gobierno de España en el apartado correspondiente a las publicaciones del Boletín Oficial del Estado, donde se encuentra el Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre:

([http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2000-1546](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2000-1546)) texto completo.

En él se recogen los criterios para la valoración de la discapacidad originada por las deficiencias visuales producidas por las diversas afectaciones del sistema sensorial de la visión. Exponiéndose primeramente las normas de carácter general que han de tenerse en cuenta para proceder a valorar y/o cuantificar la deficiencia visual y en un segundo lugar se determinan los criterios para el diagnóstico, la valoración y cuantificación de las deficiencias de la visión.

Para la Estimación de la Deficiencia Visual se requiere de un informe oftalmológico completo con los datos que permitan conocer la situación del aparato visual tanto morfológico como funcionalmente:

- La agudeza visual de cada uno de los ojos espontánea y con corrección óptica.
- La refracción de los dos ojos.
- Las forma y reflejos pupilares, así como la motilidad ocular y la eventual existencia de diplopía.
- La situación del segmento anterior del ojo incluida cámara anterior y presión intraocular.
- El estado de los medios refringentes del ojo, con especial referencia al cristalino.
- Fondo de ojo (retina y papila óptica).
- C.V. Si en él existiera alguna anomalía procedente de la retina o del nervio óptico.
- Diagnóstico.
- Pronóstico.

- Tratamiento indicado o realizado.

Los Criterios de Valoración de Deficiencias Visuales recogidos son:

1. Sólo serán objeto de valoración los déficits visuales definitivos, es decir, aquellos no susceptibles de tratamiento y recuperación o aquellos en los que ya se hayan realizado todos los mecanismos de tratamiento existentes.
2. Las variables a tener en cuenta son las que se derivan de la disminución de la función visual, la cual es determinada, por los valores de Agudeza Visual y Campo Visual, con ciertas consideraciones, que se pueden consultar en el citado decreto a través de las tablas existentes. Finalmente se establece la tabla de conversión de la deficiencia visual en porcentaje de discapacidad.

La obtención del Certificado de Discapacidad se realiza a través de la valoración de un tribunal médico constituido por varios profesionales: Médico, psicólogo y asistente social, los cuales dictan un informe donde se describe el grado de discapacidad o incapacidad presente en la persona.

El término de incapacidad es usado en el ámbito de la Seguridad Social y hace referencia a la situación en la que una persona se encuentra tras haber sufrido el padecimiento de una enfermedad o accidente que tiene como repercusión la imposibilidad de desarrollo de su actividad profesional. Este criterio es utilizado por los tribunales para la concesión de una prestación económica como consecuencia de la pérdida de visión y viene marcado por la Escala de Wecker, la cual es un criterio médico que establece unos porcentajes tenidos en cuenta a la hora de conceder a un trabajador el tipo de incapacidad: Parcial, Total, Absoluta, o Ninguna, según el porcentaje de pérdida visual presentada.

**Escala de Wecker** (porcentaje de pérdida visual global)

AGUDEZA VISUAL		OJO PEOR										
		≤ 0.05	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
O J O  S A N O	1.0	33	24	17	13	10	7	5	4	2	1	0
	0.9	36	28	20	15	12	10	8	6	5	3	
	0.8	38	30	22	18	15	12	10	9	7		
	0.7	41	33	25	20	17	15	13	11			
	0.6	44	36	28	25	21	18	16				
	0.5	48	40	32	28	25	22					
	0.4	53	45	37	32	29						
	0.3	59	51	43	39							
	0.2	68	60	52								
	0.1	84	76									
≤ 0.05	100											

*Grado de incapacidad*

Incapacidad Permanente Parcial      24 - 36 %

Incapacidad Permanente Total        37 - 50 %

Incapacidad Permanente Absoluta    > 50 %

Escala de Wecker.

El reconocimiento por parte de la administración de esta situación, genera en la persona el derecho de percibir ingresos económicos durante el período de tiempo en que no pueda desarrollar su actividad profesional.

En aquellos casos en los que es temporal o limitada en el tiempo, se denomina incapacidad laboral transitoria (ILT), usada en el término coloquial bajo el sinónimo de baja laboral.

La incapacidad laboral permanente se produce cuando no existe posibilidad de realizar la actividad profesional, prolongándose en el tiempo.

Bajo el Reglamento de Accidentes de trabajo de 22 de junio de 1956, existe otro criterio, que suele ser usado en el ámbito de la justicia, y que considera incapacidad permanente absoluta, en aquellos casos, en los que la pérdida de un ojo, si el otro queda reducido en un 50% se considera incapacidad permanente absoluta.

#### 11.4 Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad Visual.

La Base Estatal de Datos de Personas con valoración del Grado de Discapacidad (BEDPD) es la relativa al histórico de las personas que han solicitado el reconocimiento de la situación de discapacidad, así como el resultado de las valoraciones efectuadas por los equipos de valoración de las distintas Comunidades Autónomas que conforman el Estado Español, incluidas las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

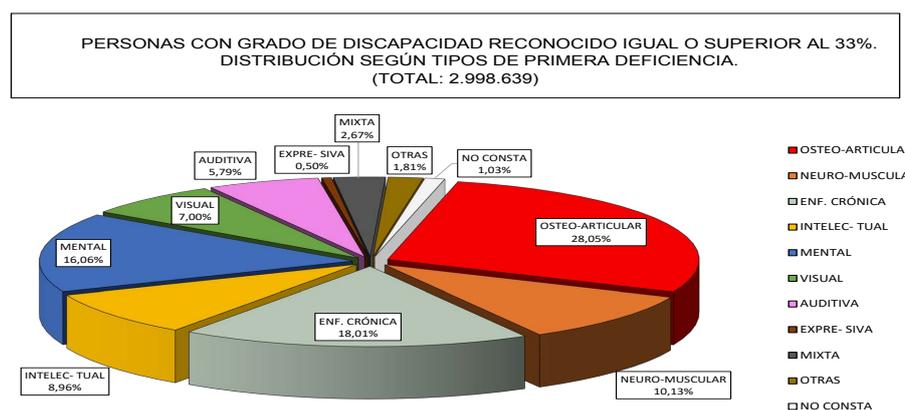
La información a 31 de diciembre de 2015, está integrada por la agregación de los datos aportados por todas las Comunidades Autónomas respecto a las

valoraciones de discapacidad efectuadas y al resultado de estas valoraciones que están vigentes a la fecha del informe, se les ha aplicado un proceso de validación y control de vivencia mediante el cruce con el fichero histórico de personas fallecidas facilitado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

El Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social en su Artículo 4. Titulares de los derechos, establece que:

1. Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.
2. Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento.

El detalle de las características de las personas con discapacidad se recoge en las tablas y gráficos que siguen.



Estadísticas <sup>28</sup> de la Base de datos Estatal de personas con discapacidad mayor o igual al 33% año 2.015.

Atendiendo al porcentaje del gráfico el número de personas con discapacidad visual reconocida igual o superior al 33% asciende a 209.904 (7%).

### 11.5 Prestaciones Sociales y Económicas publicadas por el Imsero para

### Personas con Discapacidad en el año 2016.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) es una de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social de España responsable de la gestión de los servicios sociales complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, de las pensiones de invalidez y de jubilación, en sus modalidades no contributivas, así como del ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado en materia de personas mayores y en materia de personas en situación de dependencia.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales tiene competencia, entre otras, en las siguientes materias:

- La gestión y seguimiento de las pensiones de invalidez y jubilación en sus modalidades no contributivas.
- Los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social: el turismo social o viajes de vacaciones de las personas mayores y el termalismo social o estancias de personas mayores en balnearios
- El seguimiento de la gestión de las prestaciones económicas derivadas de la Ley General de Discapacidad y la gestión directa de estas prestaciones en las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
- La propuesta de normativa básica que garantice los principios de igualdad y solidaridad para la determinación de los baremos de reconocimiento del grado de discapacidad.
- El ejercicio de las competencias estatales atribuidas por la Ley de Dependencia 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas que se encuentren en situación de dependencia.
- El fomento de la cooperación con las organizaciones y entidades que agrupan a las personas mayores.
- El establecimiento y gestión de centros de atención especializada o de aquellos a los que se les asignen objetivos especiales de investigación de ámbito de actuación estatal en el campo de acción del Instituto.
- La propuesta, gestión y seguimiento de planes de servicios sociales de ámbito estatal en las áreas de personas mayores y de personas en

situación de dependencia.

- Las relaciones con organismos extranjeros e internacionales y la asistencia técnica a los programas de cooperación internacional en materias y colectivos de su ámbito de acción.
- La evaluación de los servicios sociales en calidad de entidad de referencia nacional.

Los pacientes con discapacidad visual son susceptibles de depender de otras personas cercanas a ellos para la realización de tareas relacionadas con la vida diaria pudiéndose acoger a la ley de dependencia para solicitar las prestaciones económicas existentes para la adquisición de las ayudas técnicas necesarias básicas para prevenir las situaciones que le causan dependencia de otras personas <sup>38</sup>.

En la tabla presente en el anexo 1, podemos observar el conjunto de beneficiarios de prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad durante el año 2.016. Dentro de ella encontramos el porcentaje de beneficiarios de la discapacidad sensorial, donde suponemos que se agrupa la discapacidad auditiva y visual, en la cual el número de beneficiarios de prestaciones es muy inferior y desigual respecto al resto de discapacidades, tan sólo se han dado 1.640 ayudas para todo el territorio nacional excluyendo a los beneficiarios de las Comunidades Autónoma de País Vasco y Navarra por la inexistencia de datos.

#### 11.6 Servicios Asistenciales Sanitarios Privados en el ámbito Oftalmológico.

En el ámbito sanitario de entidad privada en España, existen numerosos centros de atención oftalmológica que prestan servicios integrales innovadores para la prevención, tratamiento y seguimiento de las patologías oculares causantes de Discapacidad Visual en la personas que las padece. Cuentan además con la prestación y asistencia de Servicios de Rehabilitación Visual, integrado por profesionales Oftalmólogos para el diagnóstico y tratamiento de su patología, así como Ópticos-Optometristas que realizan la prescripción de las Ayudas Ópticas y el aprendizaje de su uso, de forma que el paciente vuelve a recuperar la realización de las principales tareas cotidianas que tuvo que

abandonar por la aparición de su deficiencia visual, aumentando su calidad de vida al favorecer su integración social personal.

El nombramiento de todos extendería bastante la extensión del presente trabajo, motivo por el cual, a modo de ejemplo, describiré los que resultan ser más representativos para mi persona:

### **Instituto de Microcirugía Ocular IMO**

Se encuentra ubicado en la ciudad de Barcelona y es un centro de referencia a nivel internacional en el campo de la oftalmología, con un equipo médico altamente especializado en las diferentes patologías oculares, así como con una tecnología muy avanzada para la prevención, tratamiento y seguimiento de todas las mismas. Entre sus instalaciones destaca la existencia de 70 consultas y 8 quirófanos y cuenta con un equipo de 180 profesionales que prestan un servicio de alta calidad con trato muy personalizado en todo el proceso asistencial de sus pacientes. La formación continuada y la Investigación, lo describen como el eje de su trabajo y compromiso médico.

Oferta Servicio de Rehabilitación Visual integrado por Ópticos Optometristas.

### **Innova Ocular.**

Dentro de su red destaca el Instituto Oftalmológico la Arruzafa, localizado en ciudad de Córdoba y acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de la Junta de Andalucía.

Oferta entre sus servicios la Unidad de Baja Visión integrado por Ópticos Optometristas especializados que realizan el proceso de rehabilitación visual de sus pacientes mediante la prescripción de ayudas ópticas y el aprendizaje en el manejo de la misma.

## 11.7 Centros Integrales para la Discapacidad Visual

### 11.7.1 Centro Integral de Ámbito Público

**ONCE:** Bajo estas siglas se engloba la Organización Nacional de Ciegos

Españoles, fundada en el año 1.938, como organización sin ánimo de lucro y con representación legal de Corporación de derecho público, cuya misión principal esta basada en mejorar la calidad de vida de los ciegos y deficientes visuales de toda España. Su actividad es supervisada por la administración pública de España a través del Consejo de Protectorado, en el que participan diversos ministerios del Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Empleo y Seguridad Social, Economía y Competitividad, Hacienda y Administraciones Publicas e Interior. Su cobertura de servicios se establece a través de su Consejo General, de cual parten 17 consejos territoriales repartidos por las distintas comunidades autónomas que componen España, desde las que ofrece servicios especializados para las personas con ceguera en diversos campos: educación, empleo, rehabilitación, ocio , deporte, comunicación, etc.. Además de disponer de cinco fundaciones, para el desarrollo de su actividad social, a través de las cuales integra en la sociedad a personas con otras discapacidades, distintas a la ceguera, promoviendo el empleo de estas personas y su formación, mediante la eliminación de barreras presentes en su vida. En la actualidad cuenta aproximadamente con 72.256 afiliados, de los cuales el 80% son personas con deficiencia visual grave y el 20% con ceguera total.

Dentro del estado de discapacidad visual para ser afiliado y tener derecho a los servicios de rehabilitación visual que presta, hay que tener nacionalidad española y disponer en ambos ojos de una agudeza visual igual o inferior a 0,1 con la mejor corrección óptica posible o un campo visual menor o igual a 10°. Estos criterios de afiliación muestran su correspondencia con la ceguera total y con la deficiencia visual grave, quedando excluidos de estos necesarios servicios de rehabilitación visual, todas aquellas personas adultas que padecen discapacidad visual moderada . En el caso de la infancia existen convenios a nivel educativo a través de los cuales se atiende a todos los niños que presentan discapacidad visual independientemente de que no cumplan los criterios de afiliación a la ONCE.

#### 11.7.2 Centro Integral de Ámbito Privado.

## **Baja Visión Ángel Barañano.**

Es un centro de entidad privada interdisciplinaria, que ofrece servicios integrales avanzados de Rehabilitación Visual. Su equipo profesional esta constituido por Ópticos-Optometristas, Técnicos en Rehabilitación Visual Básica, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Audiólogos, Administrativos y personal de atención al cliente.

### 10.7.3 Centro Integral de Ámbito Universitario:

- **UCM** : Dentro de la Universidad Complutense de Madrid se encuentra la Clínica Universitaria de Optometría, perteneciente a la citada Universidad donde se presta un gran servicio asistencial a los diversos problemas de visión existentes en la actualidad. Fue inaugurada el 10 de Diciembre del año 1.999, donde empezó a dar comienzo a su oferta asistencial a través de pacientes externos a ella y propios pertenecientes a la Comunidad Universitaria Complutense. Su labor profesional se centra en el tratamiento de todas las afecciones que puedan interferir en la salud ocular a través de dos vertientes profesionales, Oftalmológica y Optométrica y muy centrada especialmente en esta última realizan tratamientos de problemas refractivos, binoculares y relacionados con la funcionalidad de la visión. Dispone de una Unidad de Baja Visión, con últimas tecnologías para la valoración de las capacidades visuales y para realizar la prescripción de las ayudas ópticas necesarias para el ejercicio de la visión, así como para ejercitar la Rehabilitación de la Visión presente en el paciente .
- **IOBA** : El Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada ubicado en Valladolid, es una Institución perteneciente a la Universidad de Medicina de la citada ciudad, de alta especialización en el área profesional de la salud ocular, puesto que basa su actividad profesional en ámbito clínico, investigador y formativo, donde cabe destacar sus 5 grupos de Investigación que abarcan 25 líneas investigadoras en el ámbito de la salud ocular, participando activamente en redes científicas, además de establecer relaciones con universidades prestigiosas del ámbito

internacional. Se inauguró en el año 2.009 y se encuentra acreditado por Aenor en Calidad según la norma ISO 9001:2008 y por IQnet en materia de sistema de gestión. Dentro de su equipo profesional se encuentran prestigiosos profesionales del ámbito de la Oftalmología y de la Optometría en su conjunto. Su Unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual ofrece un Servicio Integral Rehabilitador a los pacientes que solicitan de su asistencia, desde el campo profesional de la oftalmología y optometría fundamentalmente, donde a través de un trabajo colaborativo entre ambas profesiones, se diseña un programa de rehabilitación visual individualizado y adaptado a los objetivos de visión específicos demandados por los pacientes, a través de la evaluación de la patología causante de su deficiencia visual continuando con la prescripción de ayudas ópticas y no ópticas y enfatizando la labor de aprendizaje en el uso de la mismas, consiguen aumentar la calidad de vida de los miles de personas que anualmente acuden a su centro rehabilitador de la visión.

- **CUVI** : Estas siglas representan a la Clínica Universitaria de Visión Integral de la región de Murcia, donde se presta una asistencia muy personalizada al servicio y mantención de la salud ocular desde el punto de vista preventivo, de tratamiento y de seguimiento de las patologías oculares en general desde la vertiente profesional Oftalmológica y Optométrica. Destaca también la calidad formativa que imparten en las distintas especialidades Optométricas existentes y muy especialmente en el campo de la Baja Visión. Disponen de una unidad de Baja Visión y Rehabilitación Visual con profesionales altamente cualificados que prestan un gran servicio en el entorno de asistencia de la Baja Visión de la región de Murcia y de España en general, proyectando tratamientos rehabilitadores de la visión de manera muy individualizada y centrada en el paciente bajo el lema de “tratar al paciente como te gustaría a ti ser tratado”, desarrollan su modelo asistencial de manera excepcional cubriendo todos los objetivos y demandas visuales de sus pacientes, aumentando su independencia, su calidad de vida, ejercitando el afrontamiento positivo necesario en sus pacientes y favorecedor para su completa integración social.

## **12.SERVICIOS ASISTENCIALES PUBLICOS EXISTENTES EN ITALIA.**

### 12.1 Asistencia Sanitaria Pública.

El Servicio Sanitario Nacional de Italia (SSN), es el conjunto de estructuras y servicios que aseguran la tutela de la salud y la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos italianos y extranjeros. Debido a su gestión descentralizada se descompone en varios servicios regionales denominados Agencia Sanitaria Local (ASL), que gozan de una alta autonomía y se reparten por toda territorio. Dada su disparidad de recursos existen diferencias entre sus regiones referentes a la calidad de la atención sanitaria, listas de espera, etc.

La obtención de asistencia médica se realiza a través de la inscripción en el Servicio Sanitario Nacional, a través de la Azienda Sanitaria Locale (ASL) de la zona de residencia. Para la utilización de estos servicios es necesario poseer de un carnet sanitario.

Las ASL son las oficinas que establecen el contacto entre la red sanitaria y el ciudadano . El cual debe ir a estas oficinas para:

- Elegir el médico de familia o el pediatra.
- Obtener certificados médicos y pedidos para visitas especializadas.
- Pedir asistencia a domicilio.
- Realizar vacunaciones obligatorias.

#### 12.1.1 Atención Primaria:

En cada ASL hay consultorios familiares que por ley prestan asistencia gratuita y desarrollan actividades de asistencia e información relativas a los problemas de la toxico-dependencia, de patologías mentales, de tutela de la infancia y de la maternidad, sobre las vacunaciones, controles preventivos, actividades de asistencia a la salud de la mujer en estado de embarazo o interrupción del mismo, asistencia ginecológica, prevención y diagnóstico de los tumores del aparato genital femenino, mediación familiar, informaciones sobre problemas psicológicos o sociales, etc.

El médico de atención primaria se encuentra dentro del Servicio Sanitario Nacional en régimen de autónomo y son pagados por el número de pacientes atendidos.

La inscripción y elección del médico de atención primaria permite la obtención de los siguientes servicios gratuitos entre otros muchos:

- Asistencia a consultas de especialidades médicas
- Prescripciones de fármacos.
- Certificados por incapacidad temporal al trabajo, certificación para la abstención del trabajo del padre o de la madre por enfermedad del hijo
- Servicios par prevención de tumores (mamografías, ecografías, etc.).

#### 12.1.2. Atención Especializada.

El Sistema Sanitario Italiano ofrece la posibilidad de realizar una visita a las consultas médicas odontológicas, ginecológicas, oftalmológicas, bajo el pago de una suma establecida por el Gobierno denominada: Ticket, cuyo importe depende del tipo de examen o visita que se solicite. Existiendo una categoría de personas que no deben pagar el importe del citado ticket, siempre y cuando cumplan las siguientes condiciones:

- Pertenencia de certificado de invalidez.
- Estado de ceguera, sordomudos.
- Menores de 18 años con invalidez permanente.
- Personas que han sufrido la extirpación de un órgano.
- Ciudadanos con más de 65 años de edad o menos de 6.
- Renta del núcleo familiar con importe total no superior a los 36.151,98 euros en el año anterior.
- Titulares de pensiones sociales y familiares a cargo.
- Desocupados.
- Titulares de pensiones mínimas con más de 60 años y familiares a su cargo siempre que el importe bruto, del núcleo familiar no supere los 8.263,31. Si el conyugue está a su cargo, el importe no debe superar los 11.362,05 euros.

- Inválidos civiles con invalidez superior a los 2/3.
- Accidentados en el trabajo y todas las categorías de ciudadanos exentas por patologías o condiciones individuadas reflejadas en las leyes especiales.

En materia de Salud Ocular los estudios epidemiológicos realizados muestran que el factor de riesgo más importante para el padecimiento de discapacidad es la edad sobre todo pasado los 60 años, donde aumenta la prevalencia de discapacidad visual permanente.

### 12.2 Sistemas de Prevención Visual y Rehabilitación Visual.

Con la introducción de la Ley 284/97 (Decreto 18/12/97 acuerdo de 20 Mayo del 2.004), los italianos han reconocido la utilidad de la prevención en el campo oftalmológico por su apoyo económico desde el gobierno a todas las regiones. De forma que se garantiza el desarrollo de la prevención de la ceguera y la rehabilitación visual a través de servicios e instalaciones de rehabilitación visual (CRV) distribuidos por el territorio nacional como organización independiente de las diferentes regiones, con una marcada variabilidad en la oferta de los servicios cuantitativos e instalaciones para la rehabilitación visual.

Con la finalidad de garantizar la autonomía adecuada de los discapacitados visuales y la mejora de su calidad de vida se han realizado proyectos de investigación que permiten conocer nuevos modelos de rehabilitación y ayudas ópticas y electrónicas avanzadas para los discapacitados visuales, tratamientos de rehabilitación de visual para los pacientes, investigación en el campo de la baja visión, medicina preventiva y epidemiología, creación de una red entre los centros de baja visión con la finalidad de promover modelos de investigación innovadores, formación y reciclaje de los rehabilitadores con conferencias, seminarios y asesoramiento científico a los organismos públicos competentes en el campo de la salud.

En el año 2012 el Parlamento realizó un Informe Anual donde se describen las actividades llevadas a cabo bajo la Ley 284/97 en materia de rehabilitación visual (CRV), baja visión y prevención de la ceguera (IAPB Italia Onlus), los

detalles financieros y la tabla de acciones de pago (asignación presupuestaria 2013 para las Regiones) con base a los criterios de asignación acordados y con la finalidad de poder mejorarlos en los siguientes años.

### 12.3 Clasificación Discapacidad Visual.

A través de la Ley 138 de 3 de abril de 2001 "Clasificación y cuantificación de deterioro y las normas para exámenes de la vista ", se estableció la definición de baja visión, completamente ciego, parcialmente ciego, con discapacidad visual grave, medio-grave y con leve deterioro:

#### **Ciegos Totales:**

- Aquellos que están afectados por la falta de visión en ambos ojos.
- Personas que ven sombra o percepción de la luz o el movimiento de la mano en ambos ojos o en el mejor ojo.
- Aquellos cuyo perímetro residual binocular es menor del 3 por ciento.

#### **Ciego Parcial :**

- Residuo visual de no más de 1/20 en ambos ojos o en el mejor ojo incluso con corrección.
- Perímetro de visión residual binocular menor del 10%.

#### **Baja Visión Grave:**

- Residuo visual de no más de 1/10 en ambos ojos o en el mejor ojo incluso con la corrección.
- Perímetro de visión residual binocular menor del 30%.

#### **Baja Visión Media-Severa :**

- Residuo visual de no más de 2/10 en ambos ojos o en el mejor ojo incluso con la corrección.
- Perímetro de visión binocular menor del 50%.

#### **Leve Discapacidad Visual :**

- Residuo visual de no más de 3/10 en ambos ojos, o en el mejor ojo, incluso con la corrección.
- Perímetro de visión residual binocular menor del 60%.

El aumento del número de personas con discapacidad visual hizo que se despertara un renovado interés científico e institucional hacia los problemas de

baja visión. Las causas de este aumento de personas con deficiencias visuales son múltiples, entre las que cabe destacar, el aumento progresivo de la esperanza de vida que ha llevado al crecimiento exponencial de enfermedades en los ojos relacionadas con el envejecimiento tales como, la Degeneración Macular Asociada a la Edad, Glaucoma, Cataratas, Enfermedades Vasculares de la retina. También han influido el gran progreso científico y tecnológico de la oftalmología en los últimos años que han dado como resultado una reducción de los pacientes destinados a la ceguera a la vez que han aumentado el número de personas con residuo de visión parcial insuficiente para garantizar el mantenimiento de una autonomía completa.

#### 12.4 Organización Nacional de Ciegos y Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera.

Para la atención a las personas con ceguera Italia cuenta con Unión Italiana de Ciegos y Deficientes Visuales ONLUS, fundada el 26 de Octubre del año 1920, en la ciudad de Roma, representándose como entidad moral de personalidad jurídica de derecho privado, a la que la ley y el estatuto confían la representación y tutela de los intereses morales y materiales de las personas ciegas y con baja visión respecto a la administración pública. Para ser asociado se necesita tener una agudeza visual con corrección inferior a 3/10.

Su organización territorial se distribuye a través de secciones regionales provinciales, cuyo conjunto forman el Consejo Regional y el conjunto de estos últimos constituyen el Consejo Nacional, el cual es dirigido por la Dirección Nacional con sede en Roma.

Los datos del INPS sobre el número de personas ciegas en Italia en el año 2012 ascendían a 129.127 personas de las 606.264.442 que conforman el país italiano en la citada fecha.

Su colaboración con la OMS se muestra a través del papel de defensa ante las autoridades sanitarias pública, promoviendo programas de prevención de la salud ocular y de diversas actividades a favor de la discapacidad visual.

En el año 1977, la Unión Italiana de Ciegos funda la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB), como agencia privada no lucrativa y reconocida por el estado italiano a través de la ley nº. 284. A partir del cual comienza sus actividades en la ciudad de Roma promoviendo en las

comunidades con menos recursos económicos, la prevención y promoción de la ceguera evitable y poniendo a disposición de las personas tratamientos de rehabilitación para paliar su deficiencia visual. Para el logro de sus actividades nacionales e internacionales consta de una junta directiva, un comité científico y un colectivo de interventores. Localmente se distribuye en sectores territoriales divididos a su vez en consejos regionales y provinciales.

Entre sus acciones cabe mencionar:

1. Campañas de prevención de la salud ocular a través de nueve unidades oftálmicas móviles en sectores desfavorecidos que por razones culturales, económicas, etc., no disponen de recursos para la prevención de su salud ocular. Realizando un chequeo oftalmológico completo a más de 20.000 personas que permitió descubrir patologías que no sabían que tenían debido al curso asintomático presentado en las mismas, previniendo el daño ocular irreversible con gran afectación en su autonomía necesaria y en su calidad de vida.
2. Número de atención telefónica gratuito (800 06 85 06) que contesta a diario desde las 10:00 de la mañana a las 13:00 horas, donde los ciudadanos pueden realizar consultas oftalmológicas sobre cualquier malestar que sientan en su visión pudiendo ser informados sobre los servicios de rehabilitación visual y sobre la localización de las estructuras sanitarias públicas en las que pueden encontrar disponibilidad de sus servicios.
3. Realizan también investigación epidemiológica en materia de salud ocular además de colaborar en la promoción de la investigación científica, a través de becas post-doctorales en el campo de la oftalmología referentes a la prevención de la ceguera y a la rehabilitación visual.
4. Campañas de comunicación social para que sean conocidos la prestación de servicios en la población italiana, así como la organización de seminarios y convenciones para establecer conciencia de la importancia de prevención de la visión y de la rehabilitación visual en las personas que presentan deficiencia del órgano de su visión. Ejemplo de ellas:

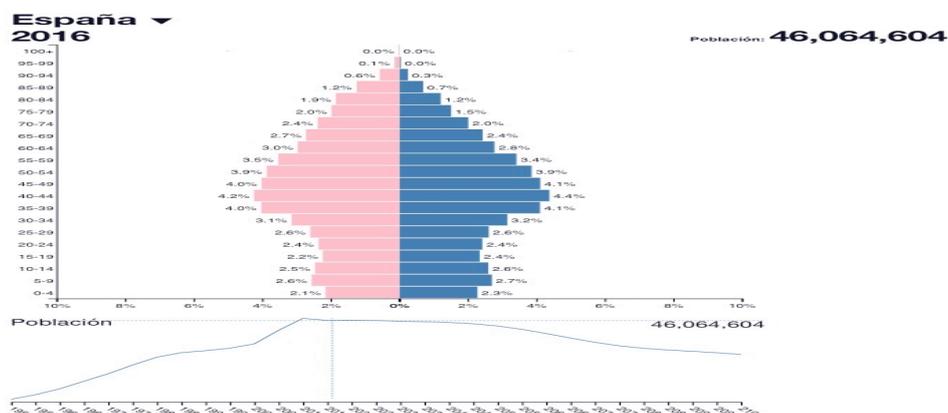
- "Vediamoci chiaro" (Déjenos ver claramente), enfocada a generaciones jóvenes con la finalidad de transmitir conocimientos para previenen el inicio de problemas visuales. Realizándose en al menos quinientas escuelas con la participación de al menos 150 mil jóvenes.
- "Apri gli Occhi" (abre los ojos) , tuvo como objetivo la enseñanza de la prevención de deficiencias visuales, convirtiéndose en una herramienta didáctica eficaz para las escuelas por la implicación de 200.000 niños en el período 2005-2010.

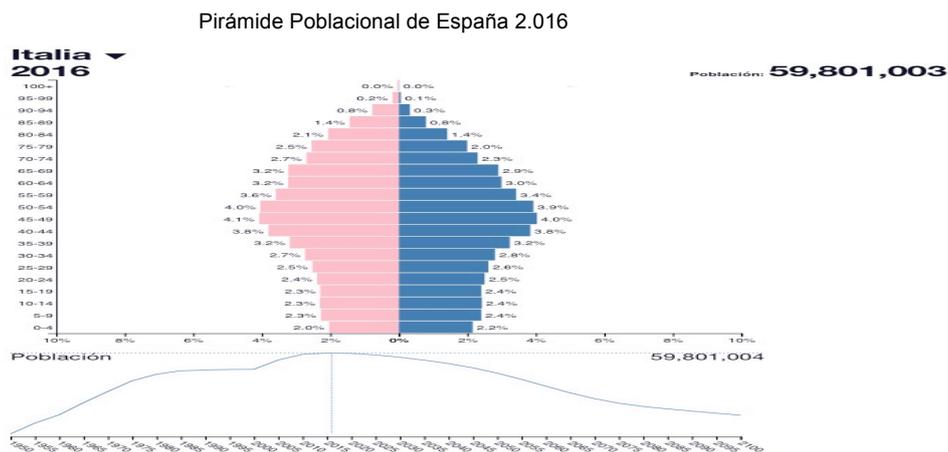
### 12.5 Asistencia Social

Las prestaciones de carácter social están supeditadas a la residencia en el territorio italiano y no son exportables.

Los subsidios económicos de carácter asistencial y los servicios sociales prestados a los ciudadanos se realizan mediante criterios de prioridad que valoran tanto la condición económica como la social, denominándose “*prestazioni sociali agevolate*”, y son gestionados directa o indirectamente por los Ayuntamientos. Entre ellos se encuentran los servicios de asistencia domiciliaria, de comidas a domicilio y tele-asistencia, los dirigidos a las personas con discapacidad, el alojamiento en casas de reposo y en centros residenciales y algunos beneficios económicos (ayudas para los alquileres, descuentos en las tarifas de teléfono luz y gas, etc.).

### 13.DESCRIPCIONES COMPARATIVAS ENTRE ESPAÑA E ITALIA.





A través de la siguiente tabla se expone a modo de resumen las principales características en materia de prevención de salud ocular, rehabilitación visual de la visión y organización nacional de ciegos de ambos países: España e Italia.

CARACTERÍSTICAS	ESPAÑA	ITALIA
Habitantes (2.016)	46.064.604	59.801.003
FACTOR DE RIESGO DISCAPACIDAD VISUAL	Envejecimiento Poblacional	Envejecimiento Poblacional
RÉGIMEN MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA	Asalariado + Incentivos por el SNS	Autónomo (cobro por pacientes atendidos)
ATENCIÓN PERSONAS CON CEGUERA	ONCE (1.938)	ONLUS (1.920)
CRITERIOS DE AFILIACIÓN	AV menor o igual 0,1 CV menor o igual 10º	AV Menor 0,3
Nº PERSONAS CON CEGUERA (2.012)	71.295	129.127
PERTENENCIA ORGANIZACIÓN CIEGOS A IAPB	NO	SI (1.977)
EPIDEMIOLOGIA DV POR ORGANIZACIÓN DE CIEGOS	No contempla DV, aumento ceguera	Disminución ceguera, aumento DV
TÉLFONO GRATUITO ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA	No existe	Si existe: 800 068 506
SNS CITA OFTALMÓLOGO SIN PASAR POR M.A.P.	No hay posibilidad	Si hay posibilidad, copago excluido o pequeño
UNIDADES R.V. PARA D.V SIN CEGUERA PERSONAS ADULTAS	Pocas y de ámbito privado	Más numerosas. Existencia de Registro (Ley 284/97)
APOYO ECONÓMICO ESTATAL PREVENCIÓN VISUAL	Escaso (Andalucía Plan Retinopatía Diabética)	Existente (20/05/2.004 Decreto 18/12/97)
APOYO ECONÓMICO ESTATAL INVESTIGACIÓN R.V.	Casi Inexistente	Si. Promoción de la investigación R.V.
IMPLANTACIÓN PROYECTO VISIÓN 2020	No firma	No firma, pero si crea IAPB

Tabla Comparativa Principales Características ente España e Italia

## 14. CONCLUSIONES.

Las personas con discapacidad visual siguen su vida con la esperanza de encontrar un tratamiento que les devuelva la visión o al menos recibir la ayuda asistencial necesaria para poder desenvolverse en el medio físico y social que le rodea.

En la actualidad de nuestro país existe un matiz diferenciador entre las prestaciones sociales y económicas que engloba la cobertura asistencial de la discapacidad visual motivado por el amplio concepto al que representa: Estado de Ceguera, estado de Discapacidad Visual Grave, Moderada y Leve. Las 72.256 personas registradas por las Once tal y como indican sus criterios de afiliación presentan Ceguera o Discapacidad Visual grave y cubren su asistencia rehabilitadora a través de los inmejorables servicios prestados por esta organización. Sin embargo las 920.900 personas aproximadas con serios problemas de visión, no tienen tratamiento de rehabilitación visual público en nuestro país, entrando en muchas ocasiones en situaciones de dependencia por la inexistencia de rehabilitación visual pública o por no disponer de recursos económicos para la adquisición de ayudas técnicas que les devuelvan su autonomía propia. Resulta llamativo en los datos presentados a través del Inmerso las 1.640 ayudas destinadas a la discapacidad sensorial (Auditiva + Visual), cuando el número de personas previsibles de necesitar ayudas ópticas especiales asciende a 920.900.

En materia de salud ocular el estado de la discapacidad visual en España tiene serias amenazas que requieren acciones de prevención eficientes, así como mejora de su sistema asistencial tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud a través de su Plan de Salud Ocular Visión 2020.

Entre dichas amenazas podemos destacar:

1. El envejecimiento de la pirámide poblacional representada lo cual puede propiciar el aumento de patologías oculares relacionadas con el envejecimiento en los años venideros, por múltiples causas entre las que se encuentran la cronicidad de ciertas enfermedades sistémicas que de forma secundaria pueden tener afectación ocular.
2. Patologías oculares en la actualidad sin tratamiento farmacológico o quirúrgico como es el caso de la Degeneración Macular Asociada a la Edad u otras Maculopatías causantes de discapacidad visual que en estadios iniciales se muestran como moderadas antes de pasar a ser graves.
3. 3.438 personas ingresaron el pasado año en la Once, lo cual muestra que no estamos poniendo freno a la ceguera evitable, dado que el número de afiliados presenta crecimiento anual.

4. Servicios oftalmológicos saturados mostrados a través de las listas de pacientes en espera de atención oftalmológica. Segunda especialidad más demandada dentro del Sistema Sanitario Nacional con 121.828 personas en espera quirúrgica y 220.420 esperando ser atendidas a través de una primera consulta, sin contar Cataluña y Castilla la Mancha por inexistencia de datos, donde hay comunidades con 133, 91, 84, 78, 45....días de espera.
5. 95.444 personas en espera de intervención de cirugía de cataratas, causa de discapacidad visual en países no desarrollados que difieren del nuestro.
6. Escasez de profesionales sanitarios dentro del Sistema Nacional de Salud cuyo campo de actuación profesional esté basado en la prevención visual y valoración del estado funcional de la visión: Ópticos Optometristas.
7. Falta de estudios de prevalencia y casusas de discapacidad visual.
8. Inexistencia de Servicios de Rehabilitación Visual Multidisciplinares Públicos que abarquen todo el territorio nacional.
9. Inexistencia de registro oficial de profesionales con formación reglada en materia de rehabilitación visual.

Por el contrario en el ámbito oftalmológico de entidad privada existen unidades de rehabilitación visual como modelo de calidad asistencial para sus pacientes y donde se encuentran incorporados los profesionales ópticos optometristas que ejercen la prescripción y el aprendizaje en el manejo de las ayudas ópticas especiales para ejercer el tratamiento paliativo necesario para la discapacidad visual. Existe por tanto disparidad entre la asistencia oftalmológica pública y privada, la cual no debiera de existir desde el punto de vista social por las repercusiones que esto puede tener en aquellas personas con ingresos económicos reducidos que no dispongan para el pago de dicha asistencia de entidad privada.

Por otro lado, el número de asociaciones de afectados de discapacidad visual en nuestro país junto con las asociaciones de profesionales del entorno de la Baja Visión y Rehabilitación Visual son muestra y señal de personas que se agrupan ante un sistema ineficaz o ante problemas por los que hay que luchar.

Diversos países Europeos con los mismos desafíos que los nuestros han desarrollado estrategias y políticas en beneficio de la discapacidad visual, como es el caso de Italia, país que pudiera servir de ejemplo para el nuestro por el impulso al sistema preventivo en materia de salud ocular, por el desarrollo de los centros de rehabilitación visual accesibles a los ciudadanos y por el impulso a la labor investigadora en este campo a través de la ley 284/97. Quisiera concluir el presente trabajo sugiriendo a nuestros dirigentes políticos que por un día porten unas gafas simuladoras de discapacidad visual e intenten hacer sus tareas cotidianas, porque es este el sentir que puede aumentarnos los recursos asistenciales necesarios en la actualidad de nuestro país y en años venideros para poder mejorar la calidad de vida de todas las personas con discapacidad visual.

## **15. BIBLIOGRAFÍA.**

1. García-Ormaechea, I., Oyarzabal, B. (2.011). *“Deficiencia Visual Discapacitante en los niños de nuestro entorno: Etiología, Diagnóstico y Rehabilitación “*. Acta Estabológica, XL (2), ISSN 02104695.
2. Juan Camilo Suárez Escudero (2.011). *“ Discapacidad Visual y Ceguera en el Adulto: Revisión de tema “*. MEDICINA U.P.B. 30(2): 170-180.
3. Pareja-Rios A, Bonaque-Gonzalez S, Serrano-Garcia M, Cabrera-López F, Abreu-Reyes P, Marreo-Saavedra MD (2.017). *“ Tele-ophthalmology for diabetic retinopathy screening: 8 years of experience”*. Arch Soc Esp Oftalmol, 92(2):63-70. doi: 10.1016/j.oftal.2016.08.006. Epub 2016 Oct 15. English, Spanish.
4. Gutiérrez Manzanedo JV, Carral San Laureano F, García Domínguez G, Ayala Ortega C, Jiménez Carmona S, Aguilar Diosdado M.(2.012). *“High prevalence of inactivity among young patients with type 1 diabetes in south Spain”*. Archivos Sociedad Española de Oftalmología, Dec;87(12):392-5. doi: 10.1016/j.oftal.2012.04.004. GAC Sanit (2.012). *“Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”*. Elsevier España, 26(2): 182-189.
5. Martínez Rubio M, Moya Moya M, Bellot Bernabé A, Belmonte Martínez J. (2.012). *“Diabetic retinopathy screening and teleophthalmology”*. Arch

- Soc Esp Oftalmol. 2012 Dec;87(12):392-5. doi:  
10.1016/j.ofthal.2012.04.004.
6. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Sociedad Española de Retina y Vítreo. Red Temática de Investigación Cooperativa en Patología Ocular. “*La Calidad en la Atención a Pacientes con Degeneración Macular Asociada a la Edad, Edema Macular y Retinopatía Diabética, y Oclusión Vascolar de la Retina* “. (2.012). Recuperado (03/01/2.017), de (<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/395.pdf>).
  7. Guía de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guías de Prácticas Clínica para la Distrofias Hereditarias de la Retina. Recuperado (27/05/2.016), de ([http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC\\_565\\_DHR\\_SESCS\\_comp..pdf](http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC_565_DHR_SESCS_comp..pdf)).
  8. Organización Mundial de la Salud. Salud Ocular Universal. Un plan de acción mundial para 2.014-2019, (2.013). Recuperado (20/12/2.016), de ([http://www.who.int/blindness/AP2014\\_19\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/blindness/AP2014_19_Spanish.pdf)).
  9. Organización Mundial de la Salud.” *La Buena Salud Añade Vida a los Años*”. Información general para el Día Mundial de la Salud, ( 2.012). Recuperado (15/12/2.016), de ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf)).
  10. Organización Mundial de la Salud. Ceguera y Discapacidad Visual. Nota descriptiva N°282, (Agosto 2.014). Recuperado (03/03/2.017), de (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>).
  11. García Lizana, F., Castro Rodríguez, M., Carantoña E., Traver Salcedo, qV., De Manuel, E., et al. (2.012), “*Análisis de la estrategia de la Cooperación para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable y su impacto en España. Logros y propuestas de mejora para el periodo 2016-2020*”. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Madrid, (2016). Recuperado (05/05/2.017), de (<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/12/2016-a6d66c494f>).

12. CERMI. Empoderamiento y Defensa de Derechos. Guía para la Autodefensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad, (2.016). Recuperado (25/02/2.017), de ([http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5166/Empoderamiento\\_y\\_defensa\\_de\\_derechos.pdf?sequence=1&rd=003163930551563](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5166/Empoderamiento_y_defensa_de_derechos.pdf?sequence=1&rd=003163930551563)).
13. Retinaplus+. Informe sobre la ceguera en España. Ernst & Young, S.L.; 2012. Recuperado (10/12/2.016), de ([http://www.fundacionretinaplus.es/images/documentos/Informe\\_Ceguera.pdf](http://www.fundacionretinaplus.es/images/documentos/Informe_Ceguera.pdf)).
14. IMSERSO. Prestaciones Sociales y Económicas para personas con discapacidad : Tablas 2.016 en formato Excel. Recuperado (15/03/2.017), de ([http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im\\_109853.pdf](http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_109853.pdf)).
15. IMSERSO. Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad. (Informe a 31/10/2014). Recuperado (17/03/2.017), de ([http://imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdep\\_cd\\_2015.pdf](http://imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdep_cd_2015.pdf)).
16. Fernández Del Rio, M.P. (2010). La medicina en familia en seis países europeos. *Atención Primaria*, 42(12):620–625.
17. ONCE. Datos Estadísticos Anuales (2.016). Recuperado (18/03/2.017), de ([http://www.ine.es/metodologia/t15/ense\\_men12.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t15/ense_men12.pdf)).
18. Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud, (30/06/2.016). Recuperado (15/01/2.017), de ([https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Datos\\_ccaa\\_jun2016.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Datos_ccaa_jun2016.pdf)).
19. Ine. Proyecciones de Población 2016-2066 (28/10/2016). Recuperado (30/05/2.016) de (<http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>).
20. Ine. Prestaciones Sociales y Económicas para personas con discapacidad: Tablas en formato Excel (2.016). Recuperado (15/01/2.017), de ([http://www.dependencia.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/prestaciones\\_sociales\\_economicas\\_lismi/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/prestaciones_sociales_economicas_lismi/index.htm)).

21. Ine. Proyecto de Población Española (2014-2064), Recuperado (15/01/2.017), de (<http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>).
22. Ine. España en cifras (2.016). Recuperado (19/01/2.017), de ([http://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2016/files/assets/basic-html/page-1.html](http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2016/files/assets/basic-html/page-1.html)).
23. Ine. Análisis de las estadísticas sobre discapacidad derivadas de la encuesta de población activa (EPA). Módulos Epa sobre discapacidad y problemas de salud y Estadística de El Empleo de las personas con discapacidad, (Junio 2013). Recuperado (21/01/2.017), de ([http://www.ine.es/metodologia/t22/analisis\\_epa\\_epd.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t22/analisis_epa_epd.pdf)).
24. Proyección de la Población de España, (28/10/2.014). Recuperado (06/12/2.016), de (<http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>).
25. Ministero della Salute. Direzione generale della prevenzione. *“Relazione al Parlamento sullo stato d'attuazione delle politiche inerenti la prevenzione della cecità, educazione e riabilitazione visiva “ (L. 284/97 art.2c.7), (2.013). Recuperado (04/04/2.017), de ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2225\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2225_allegato.pdf)).*
26. Ministero della Salute. Anuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SNS, (2013). Recuperado (05/05/2.017) de ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2536\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2536_allegato.pdf)) .
27. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Examen de los Informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. Informes iniciales que los Estados partes debían presentar en 2.011 Italia (21/01/2.013). Recuperado (05/05/2.017), de ([http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CED/Session5/CED-C-ESP-1\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CED/Session5/CED-C-ESP-1_sp.pdf)).
28. Ine. Encuesta Nacional de Salud (2011-2012). Recuperado (03/12/2.016), de (<http://www.ine.es/metodologia/t15/t153041912.pdf>) del recurso en la web.
29. Inerserso. Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (31/12/2.015). Recuperado (10/12/2.016), de

- ([http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdep\\_cd\\_2015.pdf](http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdep_cd_2015.pdf)).
30. Gervas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *Semergen*, (2004);30:245-57 - DOI: 10.1016/S1138-3593(04)74308-7 .
  31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención ( 2.014-2,015). Memoria de Implementación. Recuperado (15/12/2.016), de ([https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Memoria\\_Segumiento.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Memoria_Segumiento.pdf))
  32. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Análisis de la Estrategia de la Cooperación para la Innovación Europea sobre el Envejecimiento Activo y Saludable y su Impacto en España. Logros y Propuestas de Mejora (2.016-2.020). Recuperado (21/01/2.017), de (<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/12/2016-a6d66c494f>).
  33. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Real Patronato sobre Discapacidad. Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CEDD), (2.011). Recuperado ( 7/01/2.016), de ([http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26112/Estrategia2012\\_2020.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26112/Estrategia2012_2020.pdf)).
  34. Comisión Europea. Estrategia Europea 2020 (2010-2020). Recuperado (20/02/2.016), de(<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:ES:PDF>).
  35. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y clasificación del grado de minusvalía. Seccio I. Disposiciones generales, (BOE-A-2000-1546). Recuperado (02/02/2.016), de (<http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/26/pdfs/A03317-03410.pdf>)
  36. Salud Visual 2.0. Scooped by Aeoptometristas. Unos 5 millones de españoles están en riesgo de padecer enfermedades de retina, (2.014). EUROPA PRESS. Recuperado (20/04/2.017), de

(<http://www.scoop.it/t/salud-visual-2-0?tag=retinopat%C3%ADa+diab%C3%A9tica>).

37. Salud Visual 2.0. Scooped by Aeoptometristas. Sanidad forma a más de 1.300 profesionales de Atención Primaria en detección precoz de la retinopatía diabética, (2.014). EUROPA PRESS. Recuperado (20/04.2.017), de (<http://www.scoop.it/t/salud-visual-2-0?tag=retinopat%C3%ADa+diab%C3%A9tica>).

38. Patricia Bayo Calduch, Marina S. Gisbert Grifo. (2.013). Aplicación de la Ley de Dependencia en los pacientes con baja visión . *Revista Española de medicina legal: Órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses, Vol.39(3), 0377-4732.*

39. González Simón E, Coco Martín MB, Del Álamo Martín MT, De Lázaro Yagüe JA, Cuadrado Asencio R, Coco Martín RM. El Impacto de la Ley de Dependencia en los Pacientes con Baja Visión (2.007). Archivos Sociedad Española de Oftalmología, 82: 393-394.

40. Coco Martín B, Herrera Medina J, Lázaro Yagüe JA, Cuadrado Asencio R. (2.015) . Manual de baja visión y rehabilitación visual. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

## 16. ANEXOS.

- [Anexo 1](#)

BENEFICIARIOS DE PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD																								
PERFIL DEL BENEFICIARIO A DICIEMBRE DE 2016																								
TIPO DE DISCAPACIDAD																								
CC.AA. Y PROVINCIAS	HOMBRES								MUJERES								TOTAL							
	FÍSICOS		PSÍQUICOS		SENSORIALES		TOTAL		FÍSICOS		PSÍQUICOS		SENSORIALES		TOTAL		FÍSICOS		PSÍQUICOS		SENSORIALES		TOTAL	
	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)
ANDALUCÍA	310	58,96%	232	41,21%	21	3,73%	863	100,00%	1.515	72,94%	331	15,74%	257	12,22%	2.103	100,00%	1.825	69,47%	963	21,12%	278	10,43%	2.666	100,00%
ALMERÍA	43	57,33%	29	38,67%	3	4,00%	75	100,00%	353	71,31%	60	12,12%	82	16,57%	495	100,00%	395	69,47%	69	15,61%	85	14,91%	570	100,00%
CÁDIZ	35	39,33%	51	57,30%	3	3,37%	89	100,00%	107	57,22%	44	23,53%	36	19,25%	187	100,00%	142	51,45%	95	34,42%	39	14,13%	276	100,00%
CÓRDOBA	14	46,67%	14	46,67%	2	6,67%	30	100,00%	60	57,69%	27	25,96%	17	16,35%	104	100,00%	74	55,22%	41	30,60%	19	14,18%	134	100,00%
GRANADA	24	45,38%	28	49,08%	3	5,68%	53	100,00%	72	85,37%	23	21,90%	10	9,52%	105	100,00%	96	80,76%	49	31,01%	13	8,23%	158	100,00%
HUELVA	12	63,16%	7	36,84%	0	0,00%	19	100,00%	36	62,07%	13	22,41%	9	15,52%	58	100,00%	48	62,34%	20	25,97%	9	11,69%	77	100,00%
JAÉN	7	30,43%	14	60,87%	2	8,70%	23	100,00%	66	55,93%	15	12,71%	37	31,36%	118	100,00%	73	51,77%	29	20,57%	39	27,66%	141	100,00%
MÁLAGA	137	65,24%	67	31,90%	6	2,86%	210	100,00%	709	79,66%	117	13,15%	64	7,19%	890	100,00%	846	76,91%	184	16,73%	70	6,36%	1.100	100,00%
SEVILLA	38	59,38%	24	37,50%	2	3,13%	64	100,00%	112	76,71%	32	21,92%	2	1,37%	146	100,00%	150	71,43%	56	26,67%	4	1,90%	210	100,00%
ARAGÓN	81	64,86%	25	31,85%	3	3,86%	79	100,00%	203	64,86%	99	18,79%	52	16,56%	314	100,00%	254	64,83%	84	21,37%	55	13,99%	393	100,00%
BALEARES	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	100,00%	24	52,17%	13	28,26%	9	19,57%	46	100,00%	29	56,00%	13	26,50%	9	18,00%	59	100,00%
TERUEL	2	50,00%	2	50,00%	0	0,00%	4	100,00%	17	73,91%	6	26,09%	0	0,00%	23	100,00%	19	70,77%	8	29,63%	0	0,00%	27	100,00%
ZARAGOZA	45	63,38%	23	32,39%	3	4,23%	71	100,00%	162	66,12%	40	16,33%	43	17,55%	245	100,00%	207	65,51%	63	19,94%	46	14,56%	316	100,00%
ASTURIAS	56	66,27%	39	39,39%	4	4,04%	99	100,00%	338	72,84%	91	19,61%	35	7,54%	464	100,00%	394	69,98%	130	23,96%	39	6,93%	563	100,00%
ILLES BALEARS	0	0,00%	4	100,00%	0	0,00%	4	100,00%	74	77,86%	13	13,54%	9	9,38%	96	100,00%	74	74,00%	17	17,00%	9	9,00%	100	100,00%
CANARIAS	31	45,59%	32	47,06%	5	7,35%	68	100,00%	63	66,52%	27	28,42%	5	5,26%	95	100,00%	84	87,87%	59	36,20%	10	6,13%	163	100,00%
LAS PALMAS S.C. TENERIFE	21	42,86%	24	48,98%	4	8,16%	49	100,00%	26	60,47%	15	34,88%	2	4,65%	43	100,00%	47	51,09%	39	42,99%	6	6,52%	92	100,00%
	10	52,63%	8	42,11%	1	5,26%	19	100,00%	37	71,15%	12	23,08%	3	5,77%	52	100,00%	47	66,20%	20	28,17%	4	6,53%	71	100,00%
CANTABRIA	93	60,78%	42	27,45%	18	11,76%	153	100,00%	247	67,32%	79	21,47%	42	11,41%	368	100,00%	340	65,26%	121	23,22%	60	11,52%	521	100,00%
CASTILLA Y LEÓN	328	61,88%	168	36,89%	40	7,55%	536	100,00%	978	69,62%	248	17,49%	185	13,12%	1.410	100,00%	1.207	67,29%	410	21,11%	225	11,59%	1.842	100,00%
PVLLA	41	50,00%	35	43,75%	5	6,10%	81	100,00%	104	48,59%	49	22,37%	51	23,52%	214	100,00%	145	48,59%	95	32,05%	56	18,36%	296	100,00%
BURGOS	5	41,67%	7	58,33%	0	0,00%	12	100,00%	55	75,34%	10	13,70%	8	10,96%	73	100,00%	60	70,59%	17	20,00%	8	9,41%	85	100,00%
LEÓN	174	76,65%	44	19,38%	9	3,96%	227	100,00%	377	87,87%	44	10,23%	9	2,09%	430	100,00%	551	87,63%	88	13,39%	18	2,74%	657	100,00%
PALENCIA	20	46,51%	18	41,86%	5	11,63%	43	100,00%	76	67,86%	26	23,21%	10	8,93%	112	100,00%	96	61,94%	44	28,39%	15	9,68%	155	100,00%
SALAMANCA	67	53,17%	42	33,33%	17	13,49%	126	100,00%	165	62,26%	55	20,75%	45	16,98%	265	100,00%	232	59,34%	97	24,81%	62	15,86%	391	100,00%
SEGOVIA	6	60,00%	3	30,00%	1	10,00%	10	100,00%	41	68,33%	8	13,33%	11	18,33%	60	100,00%	47	67,14%	11	15,71%	12	17,14%	70	100,00%
SORIA	3	33,33%	2	66,67%	0	0,00%	3	100,00%	24	64,86%	7	18,62%	6	16,22%	37	100,00%	25	62,50%	9	22,50%	6	15,00%	40	100,00%
VALLADOLID	5	29,41%	10	58,82%	2	11,76%	17	100,00%	101	69,18%	13	8,90%	32	21,92%	146	100,00%	106	65,03%	23	14,11%	34	20,86%	163	100,00%
ZAMORA	9	75,00%	2	16,67%	1	8,33%	12	100,00%	36	49,32%	24	32,88%	13	17,81%	73	100,00%	45	52,94%	28	30,59%	14	16,47%	85	100,00%
CASTILLA-LA MANCHA	398	60,12%	255	39,77%	59	8,91%	662	100,00%	1.058	67,70%	260	17,46%	221	14,84%	1.489	100,00%	1.406	65,26%	465	21,62%	286	13,02%	2.157	100,00%
RIBACETE	123	79,87%	24	15,58%	7	4,55%	154	100,00%	254	86,91%	21	7,24%	11	3,85%	286	100,00%	277	85,28%	45	10,29%	19	4,65%	440	100,00%
CIUDAD REAL	142	48,46%	114	38,91%	37	12,63%	293	100,00%	281	57,88%	107	21,27%	105	20,87%	503	100,00%	433	54,40%	221	27,76%	142	17,84%	796	100,00%
CIENCUA	43	58,11%	24	32,43%	7	9,46%	74	100,00%	151	59,54%	68	26,77%	35	13,78%	254	100,00%	194	59,15%	92	28,05%	42	12,80%	328	100,00%
GUADALAJARA	7	31,82%	14	63,64%	1	4,55%	22	100,00%	44	70,97%	10	16,13%	8	12,90%	62	100,00%	51	60,71%	24	28,57%	9	10,71%	84	100,00%
TOLEDO	83	69,79%	29	24,37%	7	5,88%	119	100,00%	268	69,79%	54	14,06%	62	16,15%	384	100,00%	351	69,79%	83	16,50%	69	13,72%	503	100,00%

Evaluación de los procesos asistenciales existentes en la actualidad para la personas con discapacidad visual

CC.AA. Y PROVINCIAS	HOMBRES						MUJERES						TOTAL											
	FÍSICOS		PSÍQUICOS		SENSORIALES		TOTAL		FÍSICOS		PSÍQUICOS		SENSORIALES		TOTAL		FÍSICOS		PSÍQUICOS		SENSORIALES		TOTAL	
	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)
CATALUNYA	39	48,15%	40	49,38%	2	2,47%	81	100,00%	480	66,85%	162	22,95%	75	10,46%	717	100,00%	619	65,64%	202	25,31%	77	9,65%	798	100,00%
BARCELONA	29	56,86%	21	41,18%	1	1,96%	51	100,00%	341	68,75%	103	20,77%	52	10,48%	496	100,00%	370	67,64%	124	22,67%	53	9,69%	547	100,00%
GIRONA	0	0,00%	6	85,71%	1	14,29%	7	100,00%	36	67,92%	11	20,75%	6	11,32%	53	100,00%	36	60,00%	17	28,33%	7	11,67%	60	100,00%
LLEIDA	4	50,00%	4	50,00%	0	0,00%	8	100,00%	34	46,58%	25	34,25%	14	19,18%	73	100,00%	38	46,91%	29	35,80%	14	17,28%	81	100,00%
TARRAGONA	6	40,00%	9	60,00%	0	0,00%	15	100,00%	69	72,63%	23	24,21%	3	3,16%	95	100,00%	75	68,18%	32	29,09%	3	2,73%	110	100,00%
COMUNIDAD VALENCIANA	247	64,86%	115	30,18%	20	5,24%	382	100,00%	643	74,73%	195	17,29%	90	7,98%	1.128	100,00%	1.090	72,19%	310	20,53%	110	7,28%	1.510	100,00%
ALICANTE	102	61,82%	52	31,52%	11	6,67%	165	100,00%	460	75,16%	102	16,97%	50	8,17%	612	100,00%	562	72,33%	154	19,82%	91	7,85%	777	100,00%
GASTELLÓN	8	80,00%	2	20,00%	0	0,00%	10	100,00%	84	82,35%	12	11,76%	6	5,88%	102	100,00%	92	82,14%	14	12,50%	6	5,38%	112	100,00%
VALENCIA	137	66,18%	61	29,47%	9	4,35%	207	100,00%	299	72,22%	81	19,57%	34	8,21%	414	100,00%	436	70,21%	142	22,87%	43	6,92%	621	100,00%
EXTREMADURA	98	62,96%	46	28,93%	14	8,81%	159	100,00%	427	75,71%	77	13,65%	60	10,64%	564	100,00%	526	72,75%	123	17,01%	74	10,24%	723	100,00%
BADAJOS	83	64,84%	33	25,76%	12	9,38%	128	100,00%	276	73,21%	59	15,65%	42	11,14%	377	100,00%	359	71,99%	92	18,22%	54	10,69%	505	100,00%
CÁCERES	16	51,61%	13	41,94%	2	6,45%	31	100,00%	151	80,75%	18	9,63%	18	9,63%	187	100,00%	167	76,61%	31	14,22%	20	9,17%	218	100,00%
GALICIA	50	57,47%	35	40,23%	2	2,30%	87	100,00%	253	72,29%	77	22,00%	20	5,71%	350	100,00%	303	69,94%	112	25,63%	22	5,03%	437	100,00%
A CORUÑA	17	68,00%	7	28,00%	1	4,00%	25	100,00%	114	79,72%	21	14,69%	8	5,59%	143	100,00%	131	77,99%	28	16,67%	9	5,36%	168	100,00%
LUGO	13	59,09%	8	36,36%	1	4,55%	22	100,00%	19	63,33%	11	36,67%	0	0,00%	30	100,00%	32	61,54%	19	36,54%	1	1,92%	52	100,00%
OURENSE	13	68,42%	6	31,58%	0	0,00%	19	100,00%	27	71,05%	7	18,42%	4	10,53%	38	100,00%	40	70,18%	13	22,81%	4	7,02%	57	100,00%
PONTEVEDRA	7	33,33%	14	66,67%	0	0,00%	21	100,00%	93	66,91%	38	27,34%	8	5,78%	139	100,00%	100	62,50%	52	32,50%	8	5,00%	160	100,00%
MADRID	302	65,23%	133	28,73%	28	6,05%	463	100,00%	563	67,43%	143	17,13%	129	15,45%	835	100,00%	865	66,64%	276	21,26%	157	12,10%	1.298	100,00%
MURCIA	491	71,89%	146	21,38%	46	6,73%	683	100,00%	1.190	78,24%	171	11,24%	160	10,52%	1.521	100,00%	1.681	76,27%	317	14,38%	206	9,35%	2.204	100,00%
NAVARRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PAÍS VASCO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ARABA/ALAVA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BIZKAIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LA RIOJA	6	46,15%	4	30,77%	3	23,08%	13	100,00%	45	70,31%	10	15,38%	9	14,06%	64	100,00%	51	66,53%	14	18,18%	12	15,58%	77	100,00%
CEUTA	16	64,00%	8	32,00%	1	4,00%	25	100,00%	88	84,62%	13	12,50%	3	2,88%	104	100,00%	104	80,62%	21	16,28%	4	3,10%	129	100,00%
MELILLA	33	78,57%	7	16,67%	2	4,76%	42	100,00%	273	89,80%	11	3,62%	20	6,58%	304	100,00%	306	88,44%	18	5,20%	22	6,36%	346	100,00%
TOTAL ESTADO	2.550	62,27%	1.277	31,18%	268	6,54%	4.095	100,00%	8.589	72,02%	1.965	16,48%	1.372	11,50%	11.926	100,00%	11.139	69,53%	3.242	20,24%	1.640	10,24%	16.021	100,00%

Nota: No se dispone de datos de perfil de los beneficiarios de las Comunidades Autónoma de País Vasco y Navarra  
Fuente: Fichero del IMSERSO de Prestaciones Sociales y Económicas para personas con discapacidad reguladas en el Real Decreto 383/1984  
(1) Calculado sobre el Total de cada provincia o Comunidad autónoma

• Anexo 2

SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SNS

DATOS A 30 DE JUNIO DE 2016

Distribución por Especialidades

ESPECIALIDADES	Total pacientes en espera estructural (*)	Diferencia con Diciembre 2015	Num. Pacientes por 1.000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)	Diferencia con Diciembre 2015
Cirugía General y de Digestivo	101.850	1.552	2,27	8,1	78	-6
Ginecología	21.025	-1.022	0,47	2,2	54	-5
Oftalmología	121.828	5.280	2,71	2,6	61	-8
ORL	37.402	-489	0,83	7,1	75	-10
Traumatología	164.014	14.855	3,65	14,1	105	-6
Urología	39.300	1.161	0,88	6,6	73	-2
Cirugía Cardíaca	3.497	1	0,08	4,0	64	-6
Angiología /Cir. Vascular	14.168	344	0,32	5,9	73	-15
Cirugía Maxilofacial	10.812	2.235	0,24	7,0	82	-16
Cirugía Pediátrica	15.359	80	0,34	14,0	107	2
Cirugía Plástica	15.856	273	0,35	19,9	141	6
Cirugía Torácica	1.527	80	0,03	5,0	50	-6
Neurocirugía	10.485	48	0,23	21,5	150	-9
Dermatología	11.982	-4.723	0,27	1,3	46	-8
TOTAL	569.097	19.673	12,68	8,8	83	-6

**SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SNS****DATOS A 30 DE JUNIO DE 2016****Distribución procesos seleccionados**

PROCESOS	Total pacientes en espera estructural	Diferencia con Diciembre 2015	Tasa por 1.000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)	Diferencia con Diciembre 2015
Catarata	95.444	4.260	2,13	1,8	61	-8
Hernia inguinal / crural	25.980	-552	0,58	8,9	77	-6
Prótesis cadera	12.003	916	0,27	13,6	98	-4
Artroscopia	23.679	1.649	0,53	18,2	110	4
Varices MM.II.	13.474	-419	0,30	12,0	88	-2
Colecistectomía	14.901	888	0,33	10,0	80	-2
Hallux valgus	17.543	2.060	0,39	14,9	99	-1
Adeno-amigdalectomía	11.855	1.160	0,26	9,7	83	-4
Hipertrofia benigna de próstata	6.068	329	0,14	10,9	87	1
Quiste pilonidal	5.504	324	0,12	8,9	77	-1
Túnel carpiano	14.552	2.098	0,32	8,9	78	-4
<b>Total Procesos seleccionados</b>	<b>241.003</b>	<b>12.713</b>	<b>5,37</b>	<b>8,0</b>	<b>74</b>	<b>-6</b>

**SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS DEL SNS****DATOS A 30 DE JUNIO DE 2016****Distribución por Comunidades Autónomas (número de pacientes pendientes de una primera consulta)**

Comunidad Autónoma	TOTAL	Ginecología	Oftalmología	Traumatología	Dermatología	ORL	Neurología	C. Gral y A. Digestivo	Urología	Digestivo	Cardiología
ANDALUCÍA	197.021	11.748	28.195	28.809	27.173	15.045	5.931	7.844	8.529	11.260	7.725
ARAGON (1)	72.304	611	30.287	13.706	10.457	2.547	4.416	1.324	1.743	2.425	4.788
PDO DE ASTURIAS (1)	74.727	1.985	11.798	13.603	10.116	2.398	2.385	3.486	3.353	4.343	3.148
BALEARES	41.345	1.282	7.116	10.061	5.774	4.274	1.687	2.086	1.728	5.794	1.543
CANARIAS	127.284	3.692	27.493	18.021	19.172	8.790	4.319	4.069	4.568	6.315	4.283
CANTABRIA	44.001	1.157	6.246	5.065	7.637	3.130	1.609	871	1.845	2.290	1.857
CASTILLA Y LEON	106.775	5.990	16.245	17.385	13.110	5.873	5.663	2.919	3.701	6.709	4.880
CASTILLA-LA MANCHA	57.751	4.926	4.967	7.147	10.062	2.594	2.642	902	2.271	3.773	2.734
CATALUÑA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
COMUNIDAD VALENCIANA	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
EXTREMADURA	48.004	3.349	7.559	9.858	9.681	4.875	1.574	2.554	2.603	3.580	2.371
GALICIA	142.025	6.131	25.295	23.209	11.578	7.894	5.546	4.167	3.772	7.195	4.362
MADRID	231.831	25.464	34.477	52.099	44.022	19.903	12.748	5.842	11.627	17.398	8.251
MURCIA	66.820	5.972	10.396	15.372	13.385	3.747	3.387	2.538	3.670	5.039	3.314
C. FORAL DE NAVARRA	38.412	662	2.329	5.391	4.457	1.266	1.047	1.610	299	1.133	966
PAÍS VASCO	27.986	1.216	4.778	7.241	5.476	3.145	1.414	1.123	1.063	1.667	863
RIOJA	10.016	702	1.842	1.849	1.042	383	489	93	275	58	202
CEUTA	3.660	443	823	181	84	340	310	35	118	208	135
MELILLA	1.729	11	574	356	19	113	64	57	33	--	190

**SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS  
DATOS A 30 DE JUNIO DE 2016**
**Distribución por Comunidades Autónomas (Número de pacientes en espera estructural) según procesos seleccionados**

Comunidad Autónoma	Catarata	Hernia inguinal / crural	Prótesis cadera	Artroscopia	Várices MM,II	Colecistectomía	Hallux valgus	Adeno-amigdalectomía	Hipertrofia benigna de próstata	Quiste pilonidal	Túnel carpiano
ANDALUCÍA	9.743	3.089	1.146	2.243	628	1.979	1.896	1.435	529	831	1.254
ARAGON	3.656	1	409	365	674	567	543	228	476	195	372
PDO DE ASTURIAS	3.375	642	622	849	427	410	495	293	300	115	447
BALEARES	2.249	536	186	409	312	392	48	82	122	107	313
CANARIAS	4.204	930	624	1.525	784	768	797	907	303	40	1.016
CANTABRIA	1.235	337	378	242	163	178	44	190	76	71	270
CASTILLA Y LEON	5.310	1.437	790	1.115	1.245	692	1.096	507	328	162	560
CASTILLA-LA MANCHA	5.355	1.859	631	3.324	7	1.040	1.237	593	21	429	920
CATALUÑA	22.276	6.143	2.294	5.290	4.234	3.523	5.176	3.089	1.635	1.421	3.878
COMUNIDAD VALENCIANA	8.945	2.421	865	2.394	778	1.066	1.802	1.060	471	588	1.272
EXTREMADURA	3.423	1.060	325	687	353	391	318	386	292	123	161
GALICIA	6.156	2.026	1.489	1.481	1.277	848	1.099	583	388	352	1.113
MADRID	9.197	2.978	754	1.149	1.320	1.576	1.287	839	591	491	1.014
MURCIA	5.081	1.006	383	944	342	876	937	879	212	344	1.107
C. FORAL DE NAVARRA	1.762	564	269	355	200	59	220	263	22	93	189
PAÍS VASCO	2.698	647	747	1.116	646	420	401	412	271	96	570
RIOJA	655	217	86	154	72	63	124	64	29	39	83
CEUTA	100	81	5	30	12	35	9	26		6	10
MELILLA	24	6		7		18	14	19	2	1	

**SITUACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS**
**DATOS A 30 DE JUNIO DE 2016**
**Distribución por Comunidades Autónomas (número de pacientes en espera estructural) según especialidad**

Comunidad Autónoma	Cirugía General y de Digestivo	Ginecología	Oftalmología	ORL	Traumatología	Urología	Cirugía Cardíaca	Angiología /Cir. Vascul. Arterial	Cirugía Maxilofacial	Cirugía Pediátrica	Cirugía Plástica	Cirugía Torácica	Neurocirugía	Dermatología	TOTAL
ANDALUCÍA	12.794	1.862	11.537	3.544	15.977	4.208	847	568	873	1.233	489	75	1.389	3.691	59.087
ARAGON	3.808	799	4.239	922	5.584	1.436	99	816	263	776	441	58	582	174	19.997
PDO DE ASTURIAS	2.470	842	4.297	985	4.667	1.681	58	571	221	217	1.037	21	201	365	17.633
BALEARES	2.338	487	2.898	854	3.312	657	53	263	349	290	138	44	144	220	12.047
CANARIAS	5.487	1.107	5.832	2.527	10.368	2.193	142	881	561	557	1.555	206	1.522	23	32.961
CANTABRIA	1.596	285	1.862	511	3.082	575	16	87	172	336	300	31	75	27	8.955
CASTILLA Y LEON	5.057	1.221	6.592	2.737	9.430	2.630	143	1.319	225	824	1.463	78	417	331	32.467
CASTILLA-LA MANCHA	6.648	1.192	6.305	2.118	11.813	1.611		147	427	1.147	622	26	785	144	32.985
CATALUÑA (1)	22.226	4.588	26.585	8.162	35.791	8.576	763	3.092	2.359	3.352	3.460	333	2.288	2.615	124.188
COMUNIDAD VALENCIANA	8.673	1.704	11.368	3.285	16.286	2.910	382	1.132	2.180	1.250	1.230	144	550	65	51.159
EXTREMADURA	3.191	1.024	4.959	1.352	5.322	2.083	117	566	337	443	762	27	473	912	21.568
GALICIA	5.218	1.449	7.365	1.841	11.159	2.386	296	1.505	489	567	1.069	154	516	553	34.567
MADRID	11.436	2.160	13.377	3.550	12.260	5.005	226	1.745	1.016	2.925	1.678	220	950	1.968	58.516
MURCIA	5.176	972	7.164	2.375	8.924	1.464	207	200	462	697	759	53	254	369	29.076
C. FORAL DE NAVARRA	1.647	311	2.060	808	2.520	261	70	290	225	514	285	3	79	37	9.110
PAÍS VASCO	2.557	805	4.022	1.460	6.299	1.104	65	914	425	231	343	41	259	--	18.525
RIOJA	1.230	194	1.177	222	1.084	433	12	72	227		224	13		485	5.373
CEUTA	208	11	148	111	99	60									637
MELILLA	90	12	40	38	36	27								3	246

(1) datos estimados

