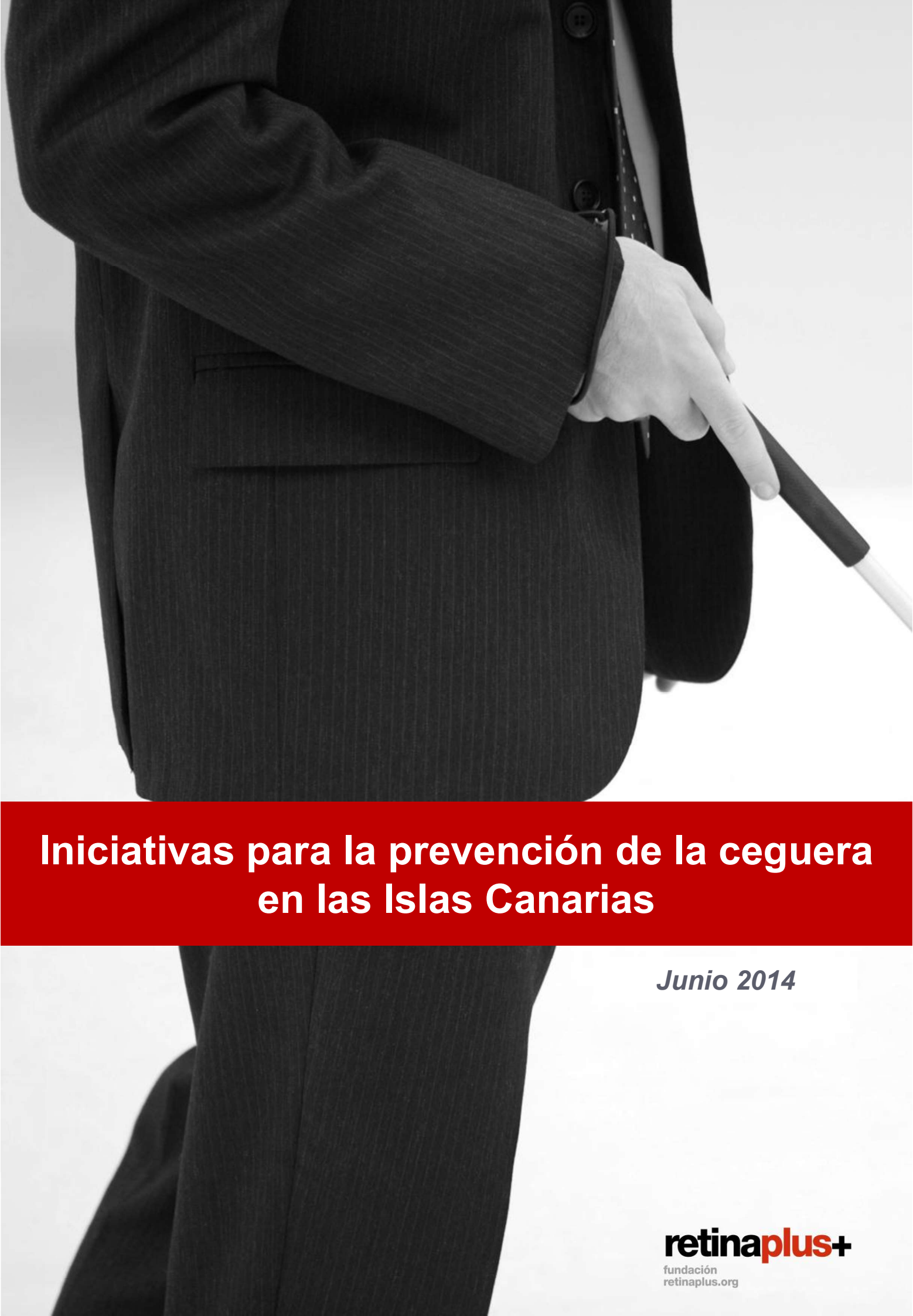




Iniciativas para la prevención de la ceguera en las Islas Canarias

Junio 2014

1. Introducción	5
• Causas de la ceguera en el mundo y de la discapacidad visual en Europa	6
• Contextualización de las Islas Canarias en el marco estatal	7
• Factores de riesgo asociados a la discapacidad visual	9
2. Estado de la discapacidad visual y de la ceguera en las Islas Canarias	11
• Metodología	12
• Estado de la discapacidad visual en las Islas Canarias	12
• Principales causas de discapacidad visual en las Islas Canarias	13
• Estado y evolución de la ceguera legal en las Islas Canarias	14
• Estado y evolución de la ceguera legal en las Islas Canarias según género	15
• Estado y evolución de la ceguera legal en las Islas Canarias según la edad	16
• Principales causas de la discapacidad visual en las Islas Canarias	17
• Estudio Dr. Cabrera	21
3. Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios	23
• Introducción	24
• Iniciativas de prevención ya desarrolladas en las Islas Canarias	25
• Iniciativas de prevención a desarrollar en las Islas Canarias	25

1 Introducción

Introducción

Causas de la ceguera en el mundo y de la discapacidad visual en Europa

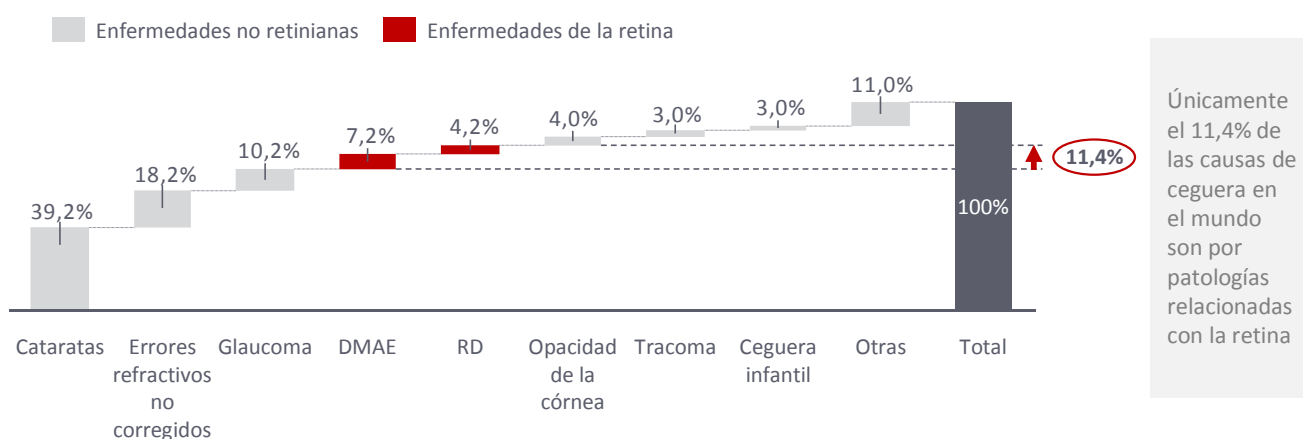
Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 285 millones de personas padecen algún tipo de discapacidad visual de las cuales 39 millones son ciegos, lo que supone un 0,7% de la población mundial. Los países en vías de desarrollo representan el 90% de la población afectada por la ceguera en el mundo.

Las cataratas son la primera causa de ceguera en el mundo; casi 4 de cada 10 personas son ciegos por padecer esta patología. Los errores refractivos no corregidos y el glaucoma son, respectivamente, segunda y tercera causa de ceguera en el mundo.

Al analizar las causas de la discapacidad visual en Europa, las cataratas representan únicamente el 5%. Esta diferencia se debe a que Europa engloba países desarrollados en los cuales las cataratas son fácilmente corregibles mediante intervención quirúrgica.

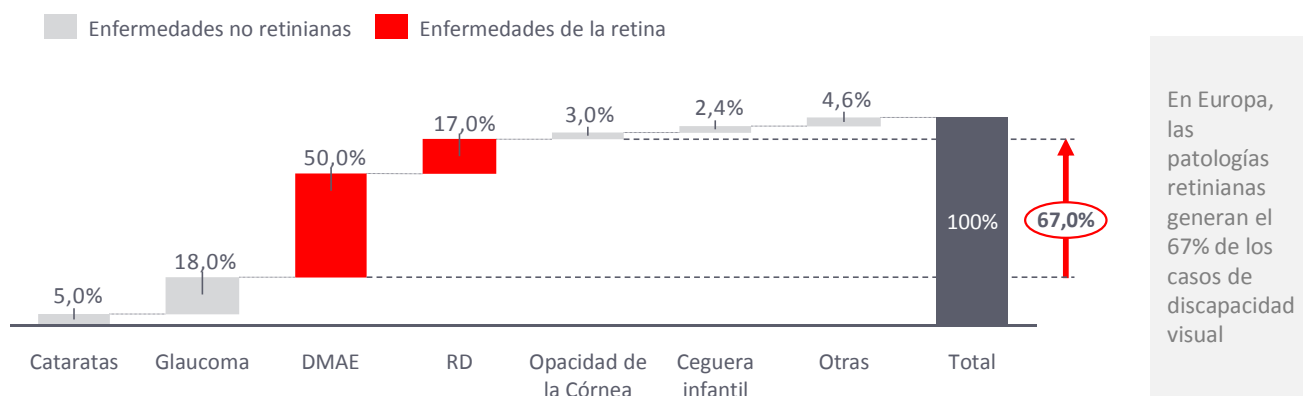
Asimismo, destaca el impacto de las patologías retinianas en Europa; en particular la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) aunque también la retinopatía diabética (RD). La mayor esperanza de vida de los países europeos aumenta la probabilidad de padecer estas patologías, ya que generalmente se desarrollan en edades avanzadas.

Valor relativo: Causas de la ceguera en el mundo



Fuente: The Global Economic Cost of Visual Impairment, 2010

Valor relativo: Causas de la discapacidad visual en Europa*



Fuente: The Global Economic Cost of Visual Impairment, 2010

*Incluye los países: Andorra, Austria, Bélgica, Croacia, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Grecia, Groenlandia, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Holanda, Noruega, Portugal, San Marino, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido

Introducción

Contextualización de las Islas Canarias en el marco estatal

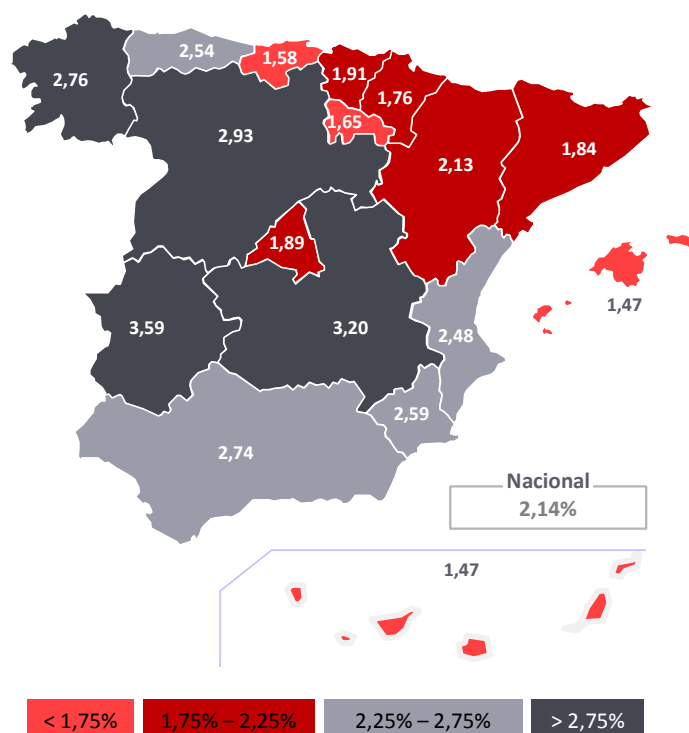
Canarias es la octava región por número de habitantes en España; en 2013 la población canaria superaba los 2 millones de habitantes. Asimismo, es la octava región que mayor crecimiento poblacional experimentó desde 2002 hasta 2012, con una tasa de crecimiento anual acumulado en este periodo del 1,55%.

Aunque el envejecimiento de población canaria en 2012 fue bajo, se espera que aumente en los próximos años. Al profundizar en secciones posteriores del informe se verá que existe una correlación positiva entre la edad y las patologías visuales. Es por ello que el progresivo envejecimiento de la población hará que en un futuro los datos de prevalencia de ceguera y discapacidad visual aumenten si no se toman medidas al respecto.

Los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia llevada a cabo en 2008 reflejan la prevalencia de discapacidad visual media en España situándose en torno a 2,14 personas por cada 100 habitantes. En lo que a las Islas Canarias se refiere, esta cifra fue del 1,47%, lo que la sitúa como la comunidad con menor prevalencia de discapacidad visual junto con Baleares y Cantabria.

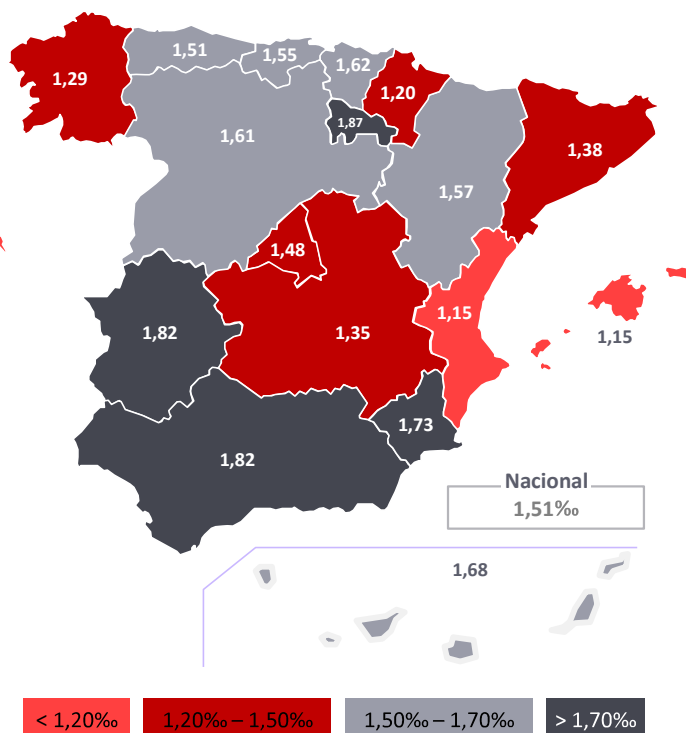
Según la ONCE, la prevalencia media de ceguera legal en España en 2012 se situó alrededor de 1,51 personas por cada 1.000 habitantes. Aunque las diferencias entre comunidades no fueron significativas, Canarias presentó una prevalencia en ceguera legal de 1,68 personas por cada 1.000 habitantes, hecho que la posiciona como la quinta comunidad autónoma con mayor prevalencia de ceguera legal.

Valor relativo: Prevalencia de discapacidad visual en España (por cada 100 habitantes)



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008

Valor relativo: Prevalencia media de ceguera legal en España (por cada 1.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia en base al Registro de afiliados a la ONCE y a las cifras de la población española del INE (Dic. 2011)

Introducción

Contextualización de las Islas Canarias en el marco estatal

Se han identificado algunos resultados relevantes a partir de la encuesta “Barómetro Sanitario” llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

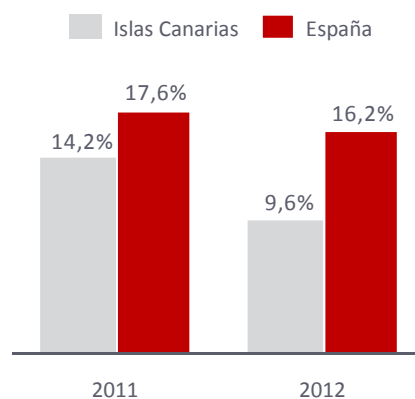
En primer lugar, es importante hacer hincapié en la satisfacción de los pacientes canarios con el sistema sanitario público. La satisfacción en 2011 fue buena, resultado muy similar al de la media española. Sin embargo, la satisfacción disminuyó ligeramente respecto al 2010 en Canarias.

En lo referente al tiempo que los pacientes de Canarias necesitaron antes de ser atendidos por un médico especialista en el sistema sanitario público, únicamente el 9,6% lo consiguió en menos de 15 días en 2012. Las diferencias respecto a la media española fueron significativas, aproximadamente de 6 puntos porcentuales desfavorables a la Comunidad. Además, la tendencia respecto al año anterior fue claramente negativa, siendo más notoria que en el resto de España.

El porcentaje de personas que consultó a un oftalmólogo en su última visita al médico especialista fue del 9,5% en 2011 en las Islas Canarias, lo que supuso un incremento de casi 4 puntos porcentuales

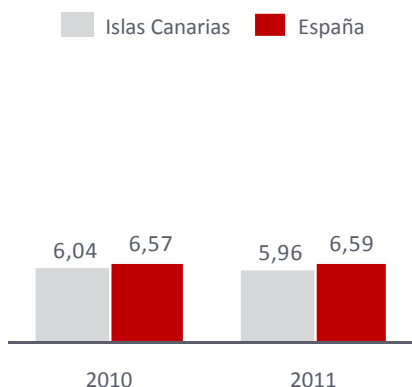
respecto al año anterior. El incremento de visitas al oftalmólogo en la comunidad contrasta con la tendencia en el conjunto de España, que fue a la inversa. Este aumento de visitas en Canarias podría ser atribuible a una mejor prevención por parte de la población, lo que podría conllevar una reducción del desarrollo de patologías oculares en los próximos años. Por otra parte, el aumento de visitas al oftalmólogo podría significar que en 2011, la población canaria estuvo sufriendo más problemas oculares.

Porcentaje de personas que tardaron menos de 15 días en ser atendidos por un especialista tras pedir cita



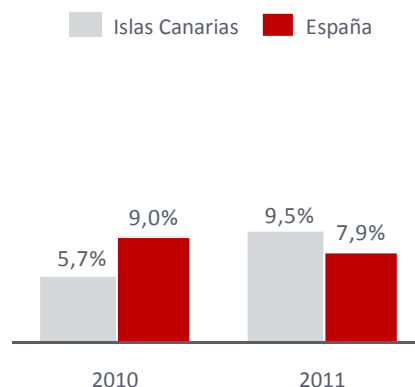
Resultados correspondientes a la pregunta: “Y la última vez que tuvo consulta con el especialista ¿cuánto tiempo pasó desde el día que pidió la cita hasta el día de la consulta?”

Satisfacción de la población con el sistema sanitario público



Resultados correspondientes a la pregunta: “En general, ¿está Ud. satisfecho o insatisfecho con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España? Para contestar utilice una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que está Ud. “muy insatisfecho” y el 10 que está “muy satisfecho”.”

Porcentaje de personas que consultaron a un oftalmólogo en su última visita al especialista



Resultados correspondientes a la pregunta: “¿Cuál era la especialidad del último médico con el que consultó?”

Fuente: Barómetro Sanitario 2011

Introducción

Factores de riesgo asociados a la discapacidad visual

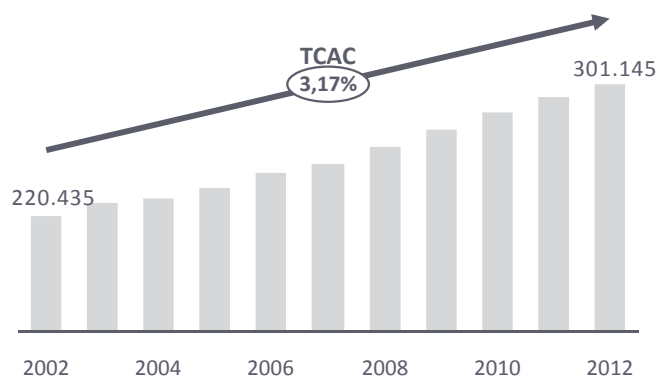
Edad

Según la proyección de la población española a corto plazo realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2012, se estima que en 2020 vivirán en esta comunidad alrededor de 365.000 personas con 65 o más años.

En términos relativos, se estima que la proporción de habitantes españoles de 65 o más años superará ligeramente el 20% en 2020, siendo esta cifra del 17,42% en el 2012. En lo que a las Islas Canarias se refiere, este grupo poblacional fue del 14,22% en 2012, siendo la comunidad con la población menos envejecida. Sin embargo, este grupo poblacional se espera que aumente hasta poco más del 17% en 2020. Dicho de otro modo, en 2020 una de cada cinco personas en España sería mayor de 65 años, mientras que en Canarias lo sería una de cada seis personas.

Respecto a la esperanza de vida al nacimiento en España en el periodo de 2011 a 2020, se espera un aumento de poco más de 2 años para los hombres y de 1 año y medio para las mujeres. La esperanza de vida al nacimiento en 2012 en Canarias fue de 78,5 años en los hombres y de 84,4 en las mujeres. Respecto a 2002, la esperanza de vida en 2011 incrementó 2,8 años en los hombres y 2 años en las mujeres.

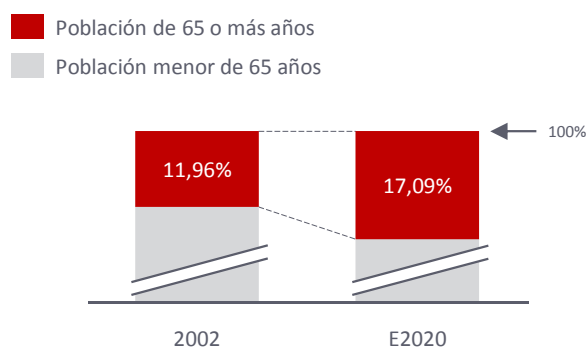
Valor absoluto: Evolución de la población mayor de 65 años en las Islas Canarias



TCAC: Tasa de crecimiento anual compuesto
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

La elevada frecuencia de patologías oculares en las personas mayores, entre las que destacan la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), las cataratas, la miopía patológica o el glaucoma, llevará a un incremento a medio plazo de los casos de discapacidad visual y ceguera en las Islas Canarias. Para hacer frente a esta situación son convenientes medidas de prevención que supongan un ahorro a largo plazo, asegurando la salud oftalmológica de la población y la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Valor relativo: Proyección de la evolución de la población de 65 o más años en las Islas Canarias como porcentaje de población total



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Diabetes

La diabetes es una de las principales causas de pérdida de la visión en personas con edades comprendidas entre los 20 y los 74 años. De hecho, se estima que las personas diabéticas tienen alrededor de 25 veces más probabilidades de perder la visión que las no diabéticas.

Canarias es la Comunidad Autónoma española con mayor prevalencia de diabetes. Las razones de esta alta incidencia son todavía desconocidas aunque se sabe que la aparición de diabetes depende de la conjunción de factores ambientales y genéticos. Así pues, es probable que en Canarias exista una base genética que predisponga al desarrollo de diabetes, la cual aparecerá cuando incidan esos otros factores basados en la dieta o el estilo de vida.

2 Estado de la discapacidad visual y de la ceguera en las Islas Canarias

Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Metodología

Con el objeto de profundizar en la prevalencia de la discapacidad visual y sus causas se han estudiado las siguientes fuentes:

- Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 (EDAD 2008)
- Entrevistas con los jefes de servicio y responsables en gestión en oftalmología en las Islas Canarias

Estado de la discapacidad visual en las Islas Canarias

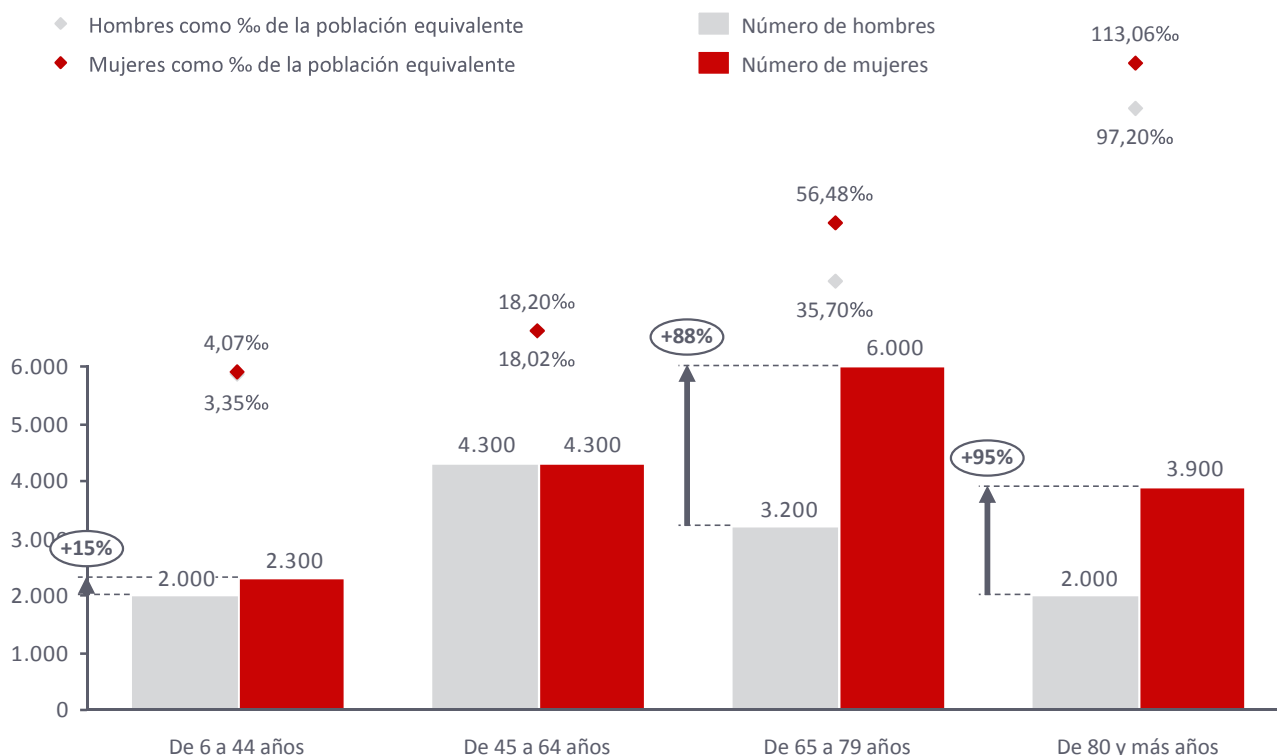
A continuación se analizará de forma más detallada la prevalencia de la discapacidad visual en Canarias a partir de los datos publicados en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

La mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los hombres tiene un efecto importante en los datos analizados. Ello queda claramente reflejado en las cifras a partir de los 65 años de edad.

Asimismo, del gráfico se deduce algo que ya se ha comentado anteriormente: el bajo envejecimiento de la población canaria. A partir de los 80 años de edad, son pocas las personas afectadas por la discapacidad visual en valor absoluto, menos incluso que las que se encuentran en el grupo de edad de entre 45 y 64 años.

Del mismo modo, las cifras en valor relativo también corroboran la relación directa que existe entre la edad y la posibilidad de padecer algún tipo de patología visual. Como se observa, a mayor edad, más altas son las cifras de prevalencia de discapacidad visual en tanto por mil.

Valor absoluto y relativo: Estado de la discapacidad visual en las Islas Canarias



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008

Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Principales causas de discapacidad visual en las Islas Canarias

A partir de los datos obtenidos en 2008 por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, en esta sección se analizará cómo impactan las principales patologías oculares en hombres y mujeres.

En las Islas Canarias, las cataratas se posicionaron con mucha diferencia como principal patología ocular; sin embargo, son fácilmente corregibles en la actualidad mediante la cirugía de facoemulsificación.

Como segunda patología de mayor impacto destaca la retinopatía diabética, afectando a más de 8.000 personas en la comunidad. En términos relativos, son casi 6 mujeres de cada 1.000 las afectadas y más de 3 por cada 1.000 hombres los que la padecen.

Las mujeres están afectadas en mayor medida tanto en cataratas como en retinopatía diabética; la

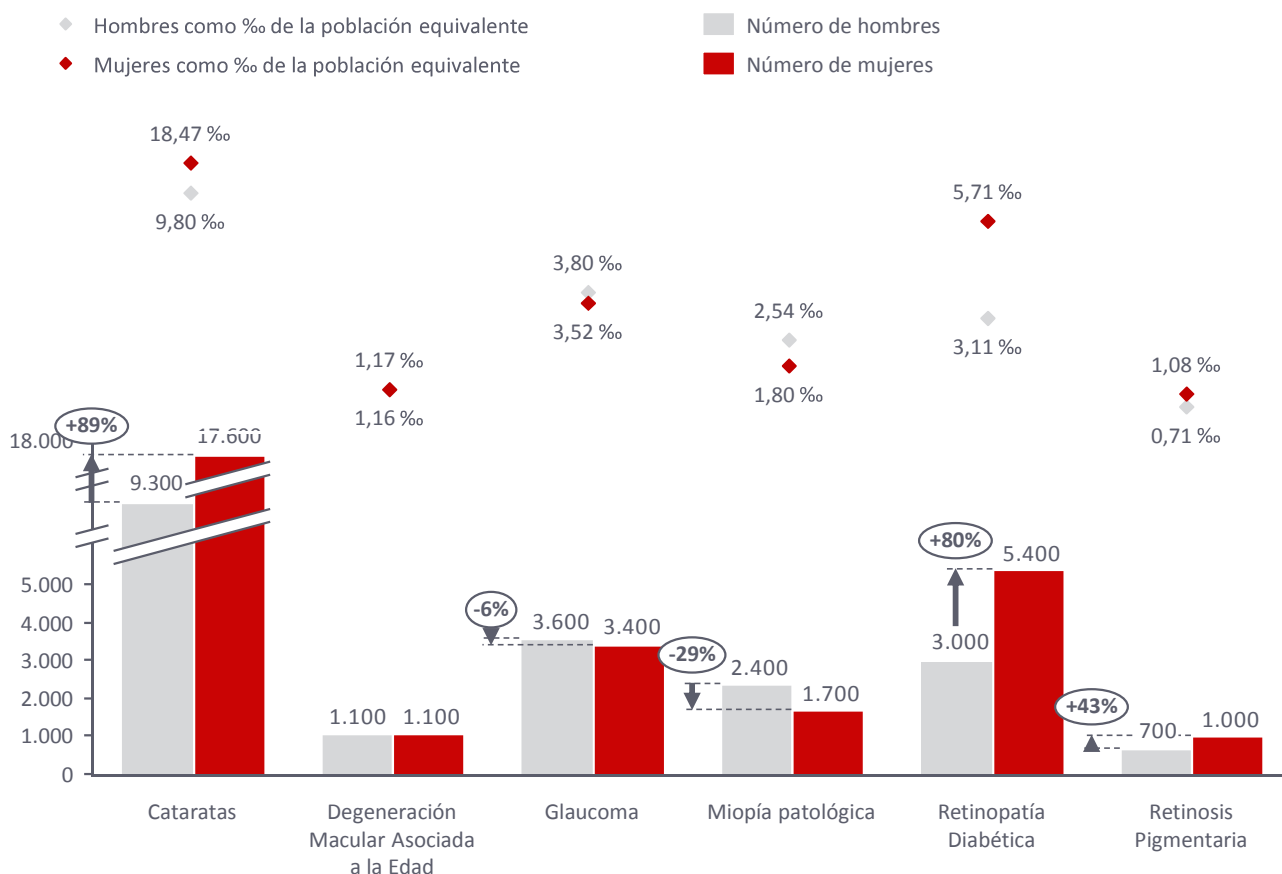
afectación en valor absoluto es superior al 80% en ambos casos.

Sin embargo, para las patologías de glaucoma y de miopía patológica sucede a la inversa, y son más los hombres afectados que las mujeres, aunque las diferencias son menos significativas que en el caso anterior.

La degeneración macular asociada a la edad y la retinosis pigmentaria se posicionan como las patologías de menor afectación entre la población de Canarias, con valores relativos cerca del 1 por 1.000, tanto en hombres como en mujeres.

A continuación se analizará la evolución de los afectados por la ceguera legal afiliados a la ONCE en la comunidad, desglosando además las principales causas de afiliación.

Valor absoluto y relativo: Población con discapacidad que tiene diagnosticadas enfermedades crónicas visuales



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008

Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Estado y evolución de la ceguera legal en las Islas Canarias

En este apartado se analizará la evolución de la ceguera legal en Canarias desde 2002 hasta 2012. Las cifras se han obtenido del registro de la ONCE debido a que es la fuente que ofrece mayor fiabilidad. Sin embargo, conviene tener en cuenta que los datos podrían estar sesgados ya que es probable que exista una mayor afiliación de personas de mediana edad al obtener mayores beneficios.

Para un análisis comparativo, se han calculado las cifras relativas a partir de los datos poblacionales del INE. De este modo, y tras hallar las poblaciones equivalentes en cada caso, se ha podido obtener la cifra de afiliación relativa que se presenta en tanto por mil.

Los gráficos contruidos para representar la información anterior se han diseñado como diagrama de barras para los valores absolutos y como diagrama lineal para los valores relativos. Para los valores absolutos, además, se ha añadido la tasa de crecimiento anual compuesto.

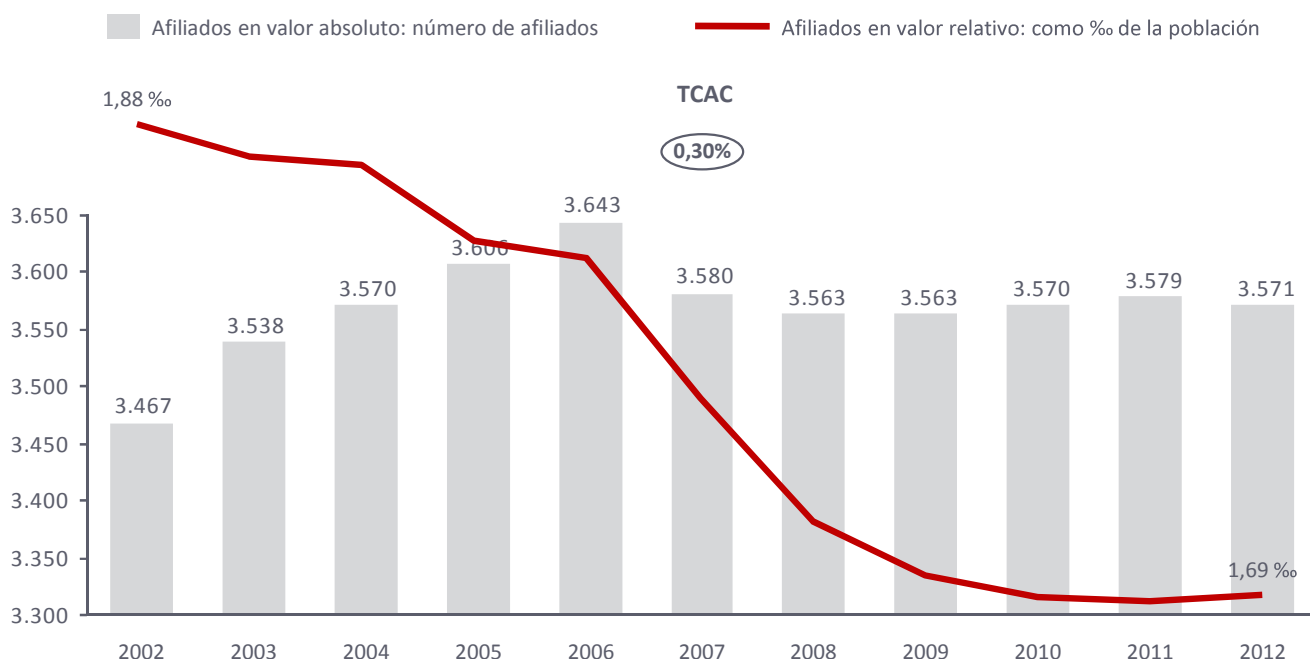
En valor absoluto, el número de afiliados a la ONCE en Canarias en el periodo del 2002 al 2012 experimentó un crecimiento anual compuesto del 0,30%; traducido en número de personas, la cifra total de afiliados creció en 104 en este periodo.

Destaca un marcado incremento de los afiliados en el periodo del 2002 al 2006. En 2007 la afiliación cayó en 63 personas respecto al año anterior. A partir de entonces se produjo una ligera estabilización en los últimos años objeto de análisis.

Al tener en cuenta el incremento de población, la proporción de afiliados disminuyó en el periodo del 2002 al 2012.

En 2012, el nivel de afiliación a la ONCE en las Islas Canarias en valor relativo se situó en 1,69 afiliados por cada 1.000 personas.

Valor absoluto y valor relativo: Evolución de la población afiliada a la ONCE



TCAC: Tasa de crecimiento anual compuesto en el periodo del 2002 al 2012

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) y Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)

Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Estado y evolución de la ceguera legal en las Islas Canarias según género

A continuación se analizará cómo ha variado la afiliación a la ONCE segmentada por género en los últimos diez años.

En valor absoluto, el número de hombres afiliados a la ONCE en Canarias fue superior al número de mujeres hasta el 2007; a partir de entonces, las posiciones se invirtieron y fueron más mujeres las afiliadas en cada uno de los años posteriores.

La afiliación aumentó en ambos géneros a lo largo del periodo considerado. El ritmo de crecimiento de las mujeres fue superior al de los hombres; sin embargo, la tasa de crecimiento anual compuesto fue muy baja en ambos casos, lo cual genera que las diferencias en el 2012 respecto al 2002 no fueran significativas.

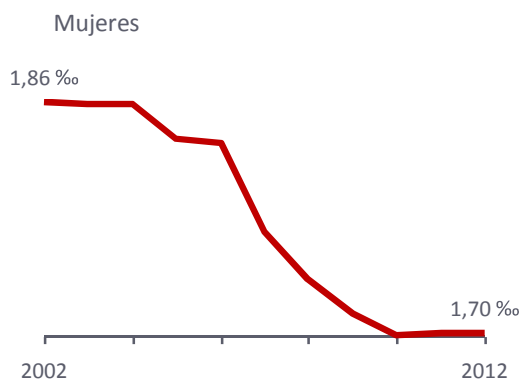
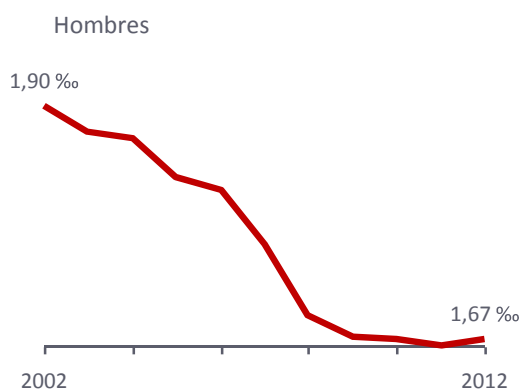
Destaca el salto que se produjo en 2007, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, donde la afiliación se redujo considerablemente.

En 2012 había 33 mujeres más afiliadas que hombres; en 2002 fueron 47 hombres más los afiliados.

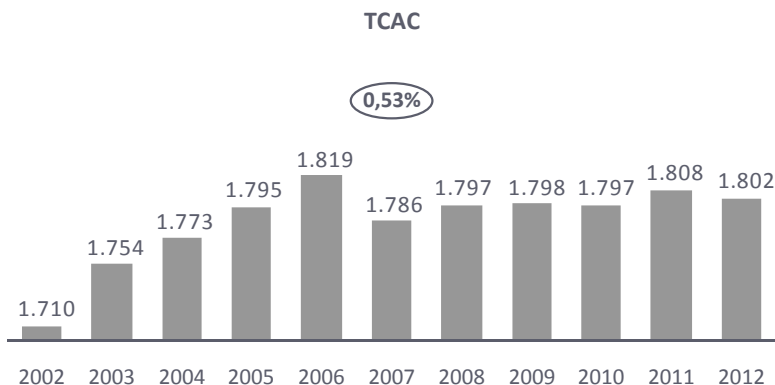
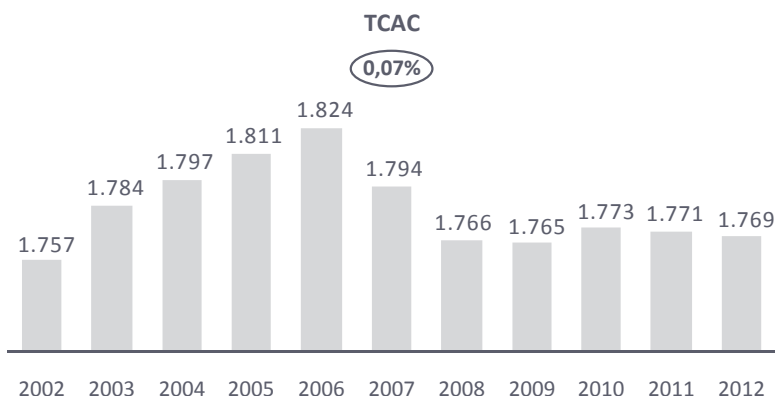
La afiliación de hombres en valor relativo disminuyó año tras año desde 2002, y pasó de 1,90 a 1,67 afiliados por cada 1.000 hombres. La afiliación del género femenino en este periodo también se redujo, y terminó en 2012 con 1,70 afiliadas por cada 1.000 mujeres, contrastando con las 1,86 afiliadas en 2002.

En general, la evolución de la afiliación durante los años analizados fue muy similar en ambos géneros.

Valor relativo: Afiliación a la ONCE como % de población equivalente



Valor absoluto: Número de personas afiliadas a la ONCE



TCAC: tasa de crecimiento anual compuesto en el periodo del 2002 al 2012

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) y Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)

Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Estado de la ceguera legal en las Islas Canarias según la edad

En esta sección se observará cómo ha evolucionado la afiliación a la ONCE segmentada por grupos de edad. De nuevo, se realizará el análisis en términos absolutos y relativos.

En valor absoluto, el número de afiliados a la ONCE en Canarias en los últimos diez años ha evolucionado de forma diferente según el segmento de edad.

La población afiliada de entre 0 y 18 años disminuyó en 68 personas en el periodo de tiempo analizado y se posicionó como la única franja de edad con una disminución de la afiliación, haciéndolo a un ritmo del 2,21% anual.

Para el grupo de edad comprendido entre 19 y 64 años, la afiliación se redujo en los tres últimos años

analizados; sin embargo, en líneas generales se mantuvo estable, siendo el número de afiliados en 2012 casi idéntico al que había en 2002.

La población mayor de 65 años experimentó un incremento del número de afiliados, siendo éste de 164 personas, lo que supuso un crecimiento del 1,48% anual acumulado.

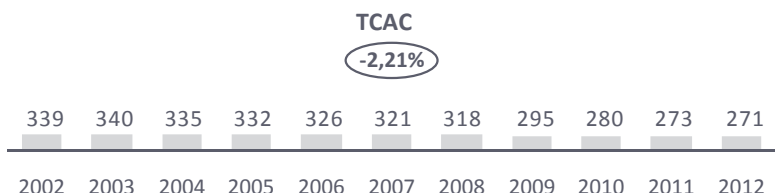
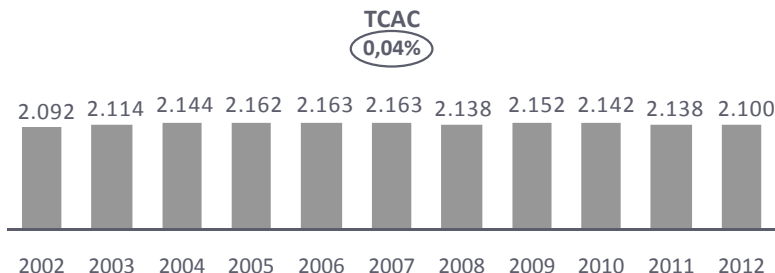
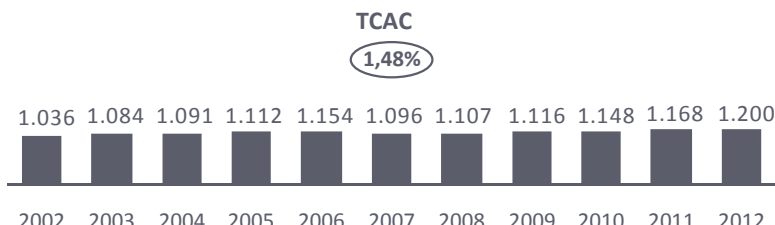
En términos relativos, la evolución de la afiliación siguió un patrón muy similar en los tres grupos de edad, en que la afiliación a la ONCE fue disminuyendo paulatinamente desde el 2002.

A fecha de 2012, 3 de cada 2.000 personas en las Islas Canarias de entre 19 y 64 años estuvo afiliada a la ONCE. Fueron cerca de 4 por cada 1.000 las personas afiliadas en el segmento de 65 o más años.

Valor relativo: Afiliación a la ONCE como % de población equivalente



Valor absoluto: Número de personas afiliadas a la ONCE



TCAC: Tasa de crecimiento anual compuesto en el periodo del 2002 al 2012

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) y Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)

Nota: Los datos del INE corresponden a 1 de enero de cada año. La ONCE presenta los datos a 31 de diciembre de cada año. Para un cálculo más preciso, los datos de la ONCE han avanzado un día. De este modo, la afiliación a la ONCE que refleja el gráfico en el año N corresponde a 31 de diciembre de N-1

Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

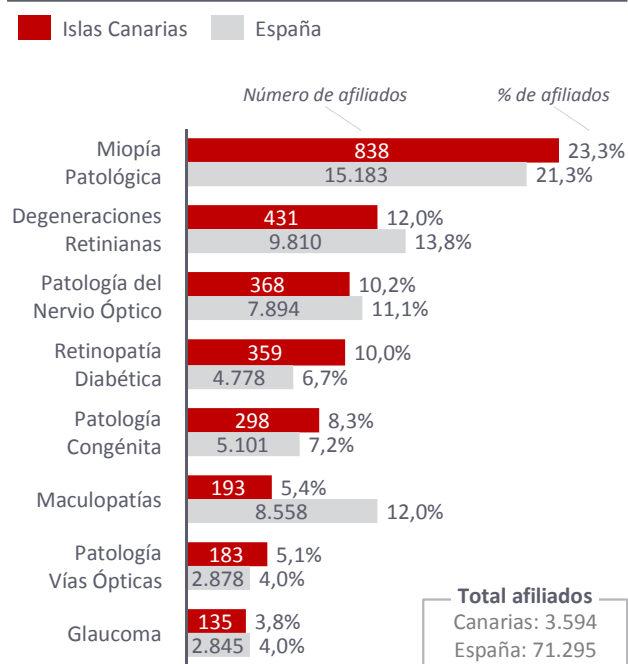
Principales causas de discapacidad visual en las Islas Canarias

Por primera vez se han obtenido datos acerca de las causas de ceguera en las Islas Canarias. Para ello nos hemos basado en el registro de la ONCE ya que es la única fuente que ofrece datos actualizados. Sin embargo, conviene tener en cuenta que los datos podrían estar sesgados ya que es probable que exista una mayor afiliación entre personas de mediana edad al obtener mayores beneficios.

En cuanto a la distribución de la afiliación en Canarias a 31 de diciembre de 2012, la miopía patológica representó casi un cuarta parte del total de afiliados y se posicionó como la patología ocular de mayor impacto. La misma cifra para el conjunto de España superó ligeramente el 21%. Las degeneraciones retinianas, la patología del nervio óptico y la retinopatía diabética se posicionaron como segunda, tercera y cuarta causa de afiliación a la ONCE respectivamente.

Las cuatro principales patologías causantes de la afiliación a la ONCE en las Islas Canarias representaron más del 55% del total de afiliados.

Valor relativo: Distribución de patologías asociadas a la visión del total de afiliados a la ONCE



Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).
Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

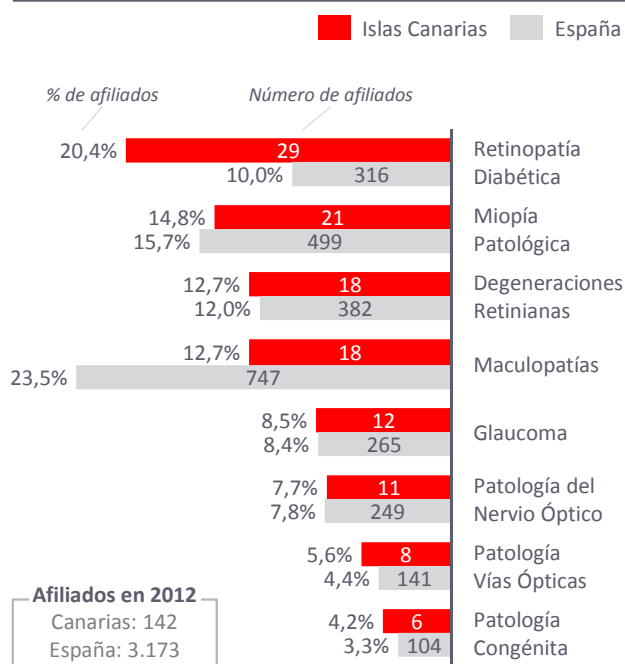
Si nos fijamos en las altas que hubo en Canarias en 2012 se observa una destacada tendencia al alza de la retinopatía diabética, representando prácticamente al 20% de los nuevos afiliados, lo que supuso el doble de la proporción de la patología en el registro total.

Asimismo, las maculopatías y el glaucoma registraron un aumento del valor relativo respecto al histórico de afiliados con diferencias del 6,9% y 4,7% respectivamente.

La miopía patológica, siendo con diferencia la principal causa de afiliación en la distribución total, se posicionó en 2012 como segunda causa de afiliación a la ONCE, representando el 14,8% de las altas anuales con 21 nuevos afiliados.

En la siguiente sección se analizará detalladamente el impacto que tienen las enfermedades retinianas en Canarias, tanto en la distribución del total de afiliados como en las nuevas altas en 2012.

Valor relativo: Principales causas de afiliación a la ONCE en el 2012 (sobre nuevas altas)



Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).
Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

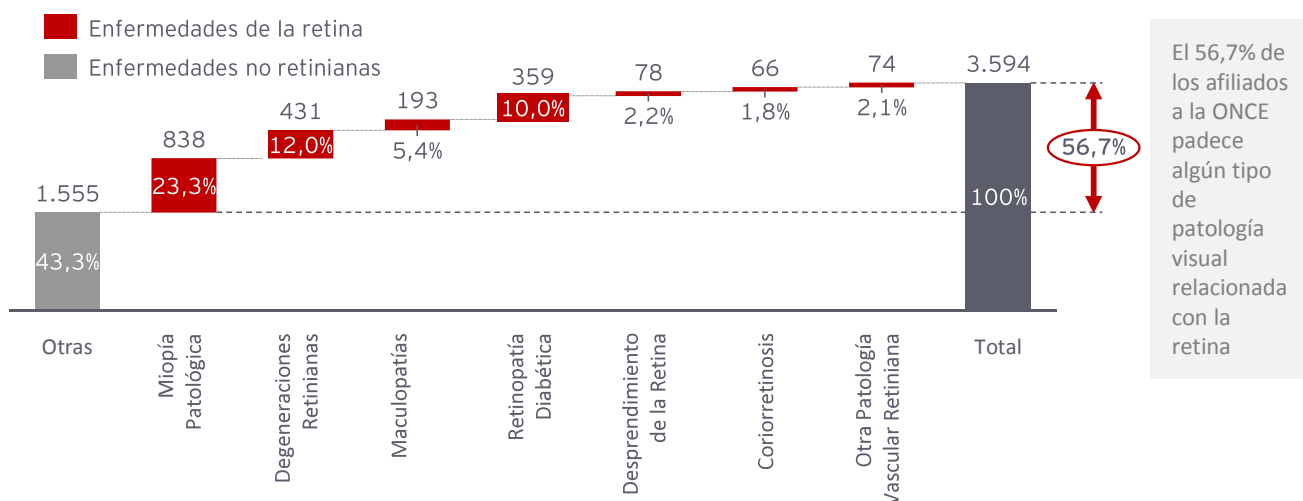
Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Principales causas de discapacidad visual en las Islas Canarias

Al profundizar en el análisis de las patologías visuales que padecen las personas afiliadas a la ONCE, observamos una incidencia mayoritaria de las enfermedades vinculadas a deficiencias de la retina. En este sentido, las patologías retinianas supusieron más del 56% de la afiliación total en Canarias en diciembre de 2012. Aún más, las tres principales enfermedades de la retina ya generaron el 40,7% de la afiliación.

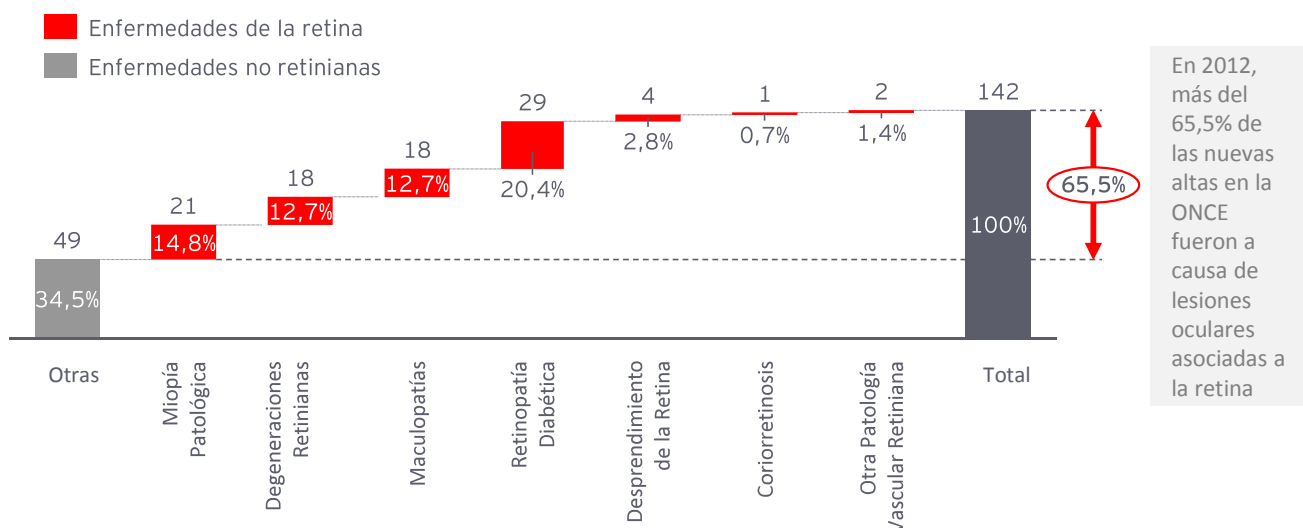
En lo referente a los nuevos afiliados a la ONCE en 2012, destaca una significativa tendencia al alza de la proporción atribuida a enfermedades de la retina, con una diferencia de 8,8 puntos porcentuales respecto a la afiliación acumulada. Del mismo modo, conviene remarcar el impacto que tuvo la retinopatía diabética en el mismo año, representando más de un 20% de los nuevos afiliados y presentándose como principal causa de afiliación durante el 2012.

Valor relativo: Impacto de la retina en las principales causas de afiliación a la ONCE (total afiliados)



Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

Valor relativo: Impacto de la retina en las principales causas de afiliación a la ONCE (nuevas altas 2012)



Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

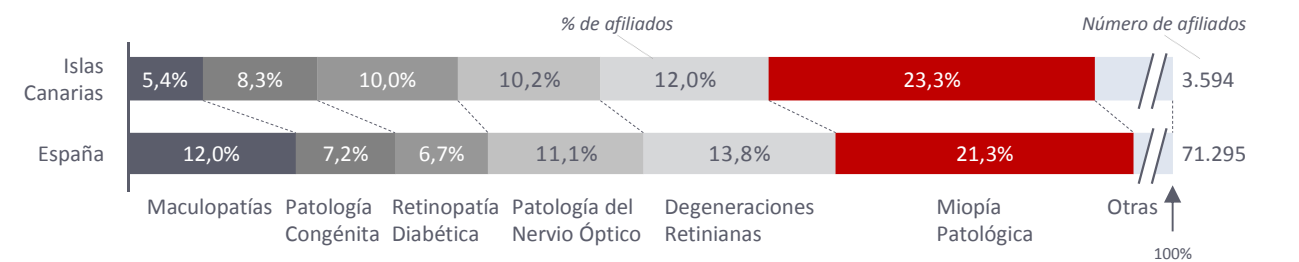
Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Principales causas de discapacidad visual en las Islas Canarias

A continuación se analizan con detalle las seis patologías de mayor impacto en las Islas Canarias, las cuales representaron el 69,2% de la afiliación total a la ONCE. La cifra se situó en el 72,1% en el conjunto de España en lo referente a las mismas patologías.

La tabla muestra el detalle de las patologías y aporta datos de la afiliación acumulada en la región canaria tanto en valor absoluto como en valor relativo.

Valor absoluto y relativo: Principales causas de afiliación a la ONCE (total afiliados)



Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

Detalle de las principales causas de afiliación a la ONCE en las Islas Canarias (total afiliados)

% sobre el total	Detalle patologías	Total afiliados	% sobre categoría
23,3%	Miopía Patológica	838	100,0%
12,0%	Degeneraciones Retinianas	431	100,0%
	Distrofia retiniana pigmentaria	292	67,7%
	Otras distrofias princ. retina sensorial	78	18,1%
	Distrofia retiniana heredit. sin especificar	30	7,0%
	Distrofias retinianas hereditarias	9	2,1%
	Otras	22	5,0%
10,2%	Patología Del Nervio Óptico	368	100,0%
	Atrofia óptica, sin especificar	185	50,3%
	Atrofia óptica	53	14,4%
	Atrofia óptica parcial	24	6,5%
	Neuropatía óptica isquémica	16	4,3%
	Otras	90	24,5%
10,0%	Retinopatía Diabética	359	100,0%
8,3%	Patología Congénita	298	100,0%
	Catarata congénita, no especificada	134	45,0%
	Buftalmia	27	9,1%
	Buftalmia, no especificada	21	7,0%
	Coloboma del fondo	16	5,4%
	Otras	100	33,5%
5,4%	Maculopatías	193	100,0%
	Degeneración macular senil sin especificar	64	33,2%
	Degeneración macular senil no exudativa	60	31,1%
	Degeneración macular senil exudativa	41	21,2%
	Degeneración de mácula y de polo poster	10	5,2%
	Otras	18	9,3%
30,8%	Otras	1.107	100,0%

Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

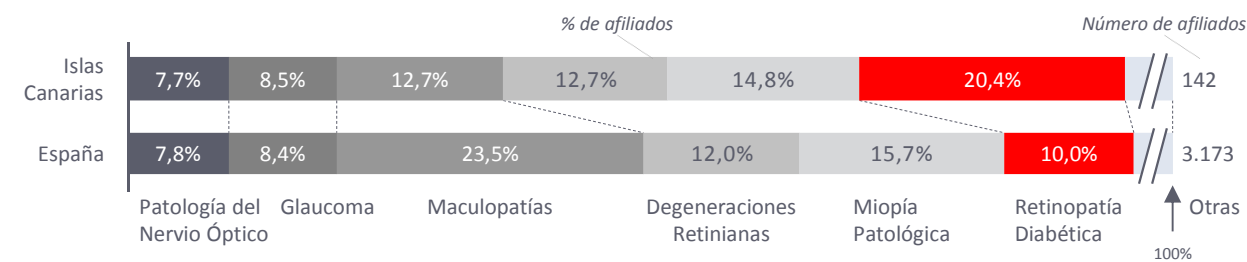
Estado de la ceguera y la discapacidad visual en las Islas Canarias

Principales causas de discapacidad visual en las Islas Canarias

En lo referente a las nuevas altas en 2012, las seis patologías de mayor impacto en las Islas Canarias, las cuales representaron el 76,8% de los nuevos afiliados a la ONCE. La cifra se situó en el 77,4% en lo referente a las mismas patologías en

España. La tabla muestra el detalle de las patologías representadas en cada categoría y aporta datos de los nuevos afiliados en 2012 en la región canaria tanto en valor absoluto como en valor relativo.

Valor absoluto y relativo: Principales causas de afiliación a la ONCE (nuevas altas 2012)



Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

Detalle de las principales causas de afiliación a la ONCE en las Islas Canarias (nuevas altas 2012)

% sobre el total	Detalle patologías	Total afiliados	% sobre categoría
20,4%	Retinopatía Diabética	29	100,0%
14,8%	Miopía Patológica	21	100,0%
12,7%	Degeneraciones Retinianas	18	100,0%
	Distrofia retiniana pigmentaria	14	77,8%
	Distrofia retiniana heredit. sin especificar	2	11,1%
	Otras distrofias princ. retina sensorial	2	11,1%
12,7%	Maculopatías	18	100,0%
	Degeneración macular senil no exudativa	7	38,9%
	Degeneración macular senil sin especificar	6	33,3%
	Degeneración macular senil exudativa	4	22,2%
	Degeneración de mácula y del polo poster	1	5,6%
8,5%	Glaucoma	12	100,0%
7,7%	Patología Del Nervio Óptico	11	100,0%
	Atrofia óptica, sin especificar	3	27,3%
	Trastornos nervio óptico y vías ópticas	2	18,2%
	Neuritis óptica	2	18,2%
	Atrofia óptica hereditaria	1	9,1%
	Otras	3	27,2%
23,2%	Otras	51	100,0%

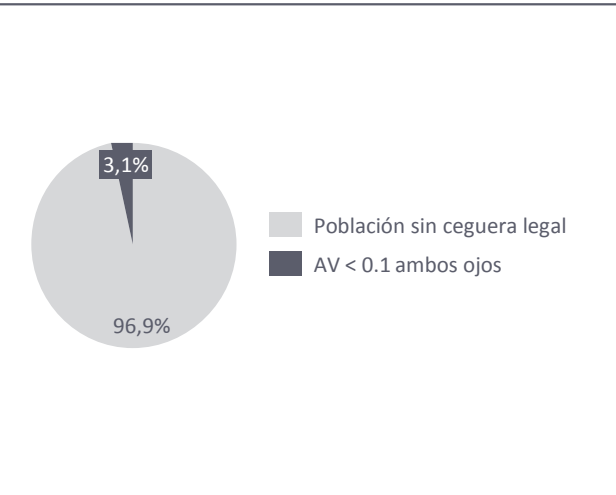
Fuente: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Datos correspondientes a 31 de diciembre de 2012

Estudio de las principales causas de ceguera legal mediante muestreo en 4 hospitales

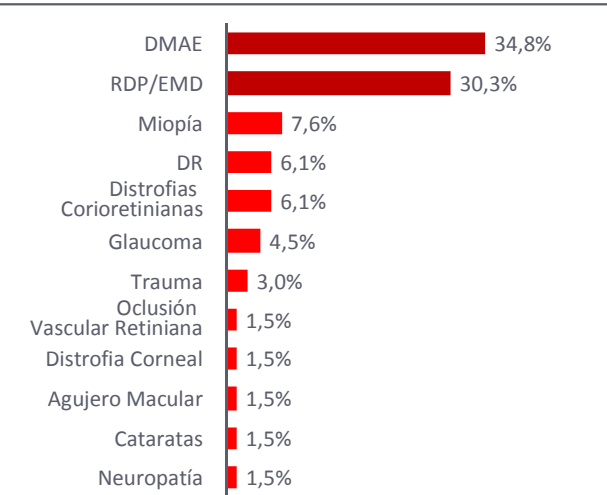
El Dr. Cabrera realizó un estudio en el que recopiló datos de un total de 2122 pacientes de 4 hospitales de las Islas Canarias: Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil, Hospital Universitario Doctor Negrín, Hospital Universitario de Canarias y Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. El estudio arrojó datos interesantes en cuanto a las causas principales de ceguera legal.

Para ello se clasificó a los pacientes en dos grupos atendiendo a si tenían agudeza visual < 0,1 en uno o en ambos ojos y se realizó intra-grupalmente un análisis de cuáles eran las patologías causantes de la ceguera. En ambos casos la Retinopatía Diabética y la Degeneración Macular Asociada a la Edad ocuparon los primeros puestos.

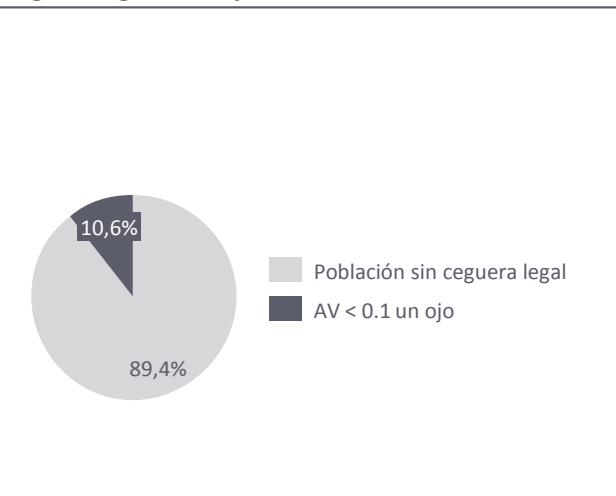
Porcentaje de los pacientes totales que presentaban ceguera legal en ambos ojos



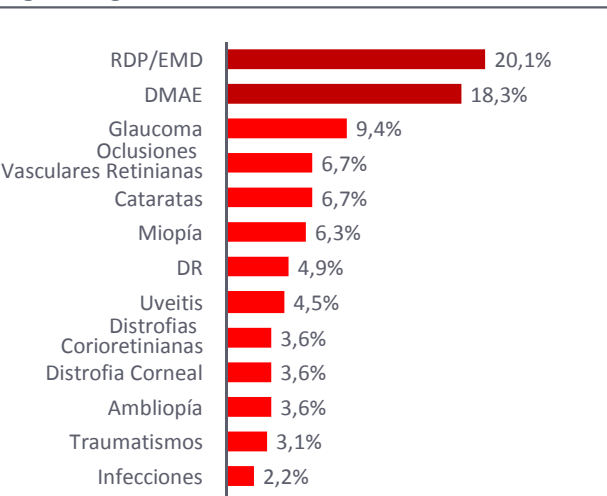
Análisis intra-grupo de las patologías causantes de ceguera legal



Porcentaje de los pacientes totales que presentaban ceguera legal en un ojo



Análisis intra-grupo de las patologías causantes de ceguera legal



3 Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

Introducción

En esta sección se analizarán las medidas de prevención de la ceguera ya desarrolladas en las Islas Canarias así como otras posibles iniciativas a desarrollar. La información de este apartado proviene de las aportaciones de la Consejería de Sanidad y de los Jefes del Servicio de Oftalmología de los principales hospitales del Archipiélago. El contacto se ha realizado telefónicamente, presencialmente en una reunión celebrada en el 9 de abril en Las Palmas de Gran Canaria y virtualmente mediante cuestionarios online.

Antes de analizar las principales iniciativas desarrolladas en la Comunidad en materia de prevención de la ceguera, es conveniente exponer brevemente la organización y funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

El Servicio Canario de Salud se estructura territorialmente en siete Áreas de Salud, una por cada isla del archipiélago y cuenta con un total de 111 Zonas Básicas de Salud repartidas en las distintas áreas. Tales departamentos representan la estructura fundamental del sistema sanitario canario, cada región se organiza para la prestación de los servicios sanitarios de atención primaria así como su coordinación con la atención especializada.

El Servicio Canario de Salud dispone de un total de nueve hospitales, siendo los más importantes los que se encuentran en las islas capitalinas: Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife. En estas dos islas, el Área de Salud cuenta con una Gerencia de Atención Primaria y con dos de Atención Especializada, para los respectivos complejos hospitalarios, en los que se ubican los servicios de referencia para el resto de Áreas de Salud.

El sistema sanitario público y social regional se estructura a partir de un esquema diferenciado de funciones entre lo que constituye la actividad de autoridad sanitaria y de financiación del sistema. La cuestión financiera es competencia de la Consejería de Salud, mientras que las acciones relacionadas con la provisión de servicios son atribuidas al Servicio Canario de Salud.

Canarias se caracteriza por apostar por un modelo innovador en el sistema sanitario, desarrollando un cambio en la gestión de salud y en los servicios sanitarios para conseguir, así, una mejora no solamente de los resultados sino también en la ganancia en salud.

Distribución geográfica de las Áreas de Salud de las Islas Canarias



Fuente: Consejería de Sanidad Gobierno de Canarias

Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

Iniciativas de prevención ya desarrolladas en las Islas Canarias

Canarias es una de las comunidades que ha realizado más iniciativas específicas de prevención de la ceguera. Sin embargo, todavía queda un largo camino por recorrer.

Aunque el Plan de Salud 2004-2008 de Canarias incorporó algunas iniciativas orientadas al cribado y tratamiento de la retinopatía diabética, el Plan de salud actual 2010-2015 no incorpora ninguna línea de actuación en esa dirección.

Por otro lado, se han recogido algunas iniciativas orientadas a la prevención y detección precoz de enfermedades oculares llevadas a cabo desde instituciones, centros o asociaciones:

- **Proyecto “Retisalud”:** iniciativa llevada a cabo desde el año 2007 por el Servicio Canario de Salud con el objetivo de mejorar el cribado de pacientes con retinopatía diabética. Se basa en un proyecto de telemedicina y actualmente está implantado en 74 Zonas Básicas de Salud de la Comunidad.
- **Spot para prevenir la ceguera causada por la diabetes:** Iniciativa llevada a cabo en 2012 por los oftalmólogos del Hospital Universitario de Canarias (HUC) y con el apoyo de la Fundación Retinaplus+ mediante un anuncio publicitario informando a la población de la importancia de llevar a cabo las revisiones pertinentes para prevenir la retinopatía diabética. El objetivo primordial de esta iniciativa fue la de concienciar a todos aquellos diabéticos que no acuden a realizarse pruebas de visión que la ceguera es evitable en gran parte con una detección precoz y un tratamiento adecuado.
- **Taller de simulación de la ceguera y la accesibilidad:** Iniciativa llevada a cabo en 2012 por la Consejería de Política Social del Cabildo de Gran Canaria con la colaboración de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, la Asociación de Medulares y Grandes Discapacitados Físicos (ALMGD) y la ONCE. El objetivo de esa acción de participación social fue la de eliminar las barreras físicas, de comunicación y mentales existentes para que todos los ciudadanos tengan la misma igualdad de oportunidades.

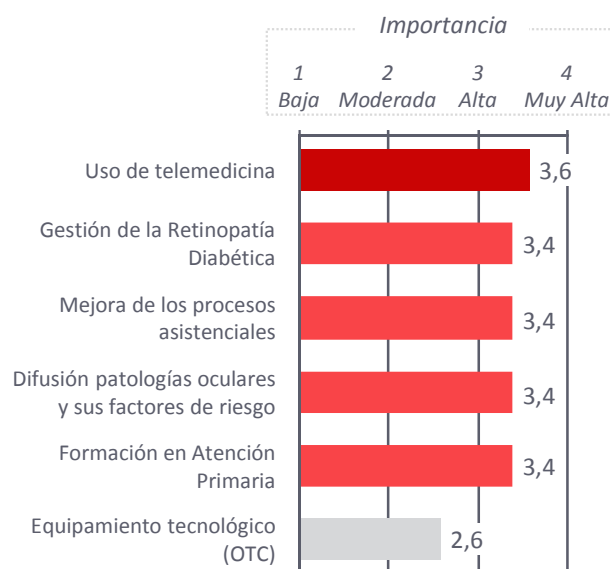
Iniciativas de prevención a desarrollar en las Islas Canarias

A continuación se expondrán las iniciativas que podrían desarrollarse en la comunidad isleña en materia de prevención de la ceguera y de qué modo deberían implementarse.

Como se ha comentado, la identificación de estas iniciativas y la profundización en su desarrollo ha sido posible gracias a la colaboración de la Consejería de Sanidad, de los Jefes del Servicio de Oftalmología de los principales hospitales de la región y de representantes de asociaciones de pacientes. Los asistentes a la reunión de trabajo celebrada el 9 de abril en la Dirección General de Programas Asistenciales de Las Palmas de Gran Canaria hicieron aportaciones en un productivo debate. Posteriormente se entró en más detalle mediante la cumplimentación de un cuestionario *online*.

El gráfico siguiente muestra las iniciativas identificadas valoradas en función de su importancia, en una escala del 1 al 4.

Valoración de iniciativas según su importancia



Fuente: Elaboración propia en base a las respuestas de la pregunta: “En la reunión se identificaron las siguientes iniciativas: [...] ¿podría por favor valorar cada una de ellas en función de su importancia?”. Siendo las respuestas: “1-Importancia baja; 2-Importancia moderada; 3-Importancia alta; 4-Importancia muy alta”

Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

Uso de la Telemedicina

Hablando en términos generales y comparando con el resto de comunidades autónomas en España, podemos decir que el uso de la telemedicina se encuentra bien desarrollado en el conjunto de las Islas Canarias, en especial a lo que respecta a su uso para la retinopatía diabética.

En este campo destaca el Plan Retisalud, que actualmente cuenta con una cobertura del 89% de los pacientes y ha conseguido cribar a un 28%. No obstante, a pesar de que las cosas se están haciendo considerablemente bien, se comentó que se ha de seguir trabajando para aumentar ambos ratios. En este sentido, los profesionales médicos participantes en la reunión de trabajo expusieron que el principal problema en este programa es que muchas retinografías se hacen por duplicado de forma innecesaria, especialmente en los pacientes que previamente han estado en el oftalmólogo.

La solución a este problema no es sencilla, pero las soluciones apuntan a una mejor organización de los recursos y las infraestructuras ya existentes. Ha de ser el médico de familia el que decida qué pacientes entran en el circuito, respetando siempre los criterios de exclusión del programa. Del mismo modo se considera esencial el no hacer retinografías de forma anárquica a todos los diabéticos, ya que se generan duplicidades en las citas y un gasto innecesario de recursos.

Dentro del mejor aprovechamiento de los recursos, todos los encuestados coinciden en que se han de mejorar los sistemas de la información. Un ejemplo sencillo propuesto es que una de las opciones cuando se trate de incluir a un paciente en el plan sea que “no se incluye por estar ya en controles periódicos por oftalmología”. De esta forma y muchas otras se lograría optimizar el procedimiento de admisión de los pacientes dentro del Plan Retisalud.

Por otro lado, además de la retinopatía diabética, se planteó el uso de la telemedicina para el cribado oportunista de otras patologías oculares como la degeneración ocular asociada a la edad (DMAE).

Al preguntar acerca de este tema, hubo cierta disparidad de opiniones. En general, se considera que se trataría de una medida coste efectiva ya que se cuenta con los recursos necesarios, por lo que no sería necesaria una gran inversión económica. Se propone desarrollar un programa similar al existente para el cribado de la retinopatía diabética, intentando mejorarlo en base a los temas comentados previamente en referencia a Retisalud.

Por otro lado, los más escépticos al respecto consideraron que no es factible incluir en el plan además de los diabéticos a toda la población con riesgo de padecer DMAE, ya que a muchos de ellos aún no se le ha hecho la retinografía. Quizás sería mejor optimizar primero todo el Retisalud.

Manejo de la Retinopatía Diabética

El principal punto tratado dentro de este apartado fue la gestión del paciente de un modo integral por varios profesionales (oftalmólogos, endocrinólogos y cardiólogos; principalmente). Al ser preguntados acerca de su participación conjunta en el proceso de gestión del paciente, todos los encuestados coincidieron en apuntar que su actuación se vería reflejada en mejoras significativas.

Llegados a este punto, se destacó el papel del endocrinólogo como figura clave. En este sentido, se consideró que se les debe de incluir activamente dentro del Plan Retisalud. Se comentó igualmente que en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, el servicio de Endocrinología ya está colaborando por telemedicina con el servicio de Oftalmología, con resultados muy satisfactorios. Su labor consiste en realizar las retinografías de un modo racional, comprobando siempre antes de realizarlas cuándo ha sido la última visita del paciente al oftalmólogo. Esto se traduce en mejoras de optimización de recursos y en una buena efectividad a la hora de valorar las imágenes.

Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

Otra área en la que el endocrino podría colaborar sustancialmente es asumiendo, al menos, los pacientes con las formas más graves de retinopatía diabética que tengan mal control metabólico. Se podrían hacer cargo, además, de todos aquellos pacientes con edema macular diabético (EMD), especialmente de los que precisen terapia angiogénica (dado el alto coste de la misma y de los riesgos asociados).

Al igual que la participación de los profesionales citados anteriormente se considera fundamental en la gestión integral del paciente diabético, algunos encuestados han apuntado a la colaboración necesaria de otros profesionales médicos como neurólogos (por la polineuropatía y su asociación con el EMD) y nefrólogos (por la asociación entre el EMD y la nefropatía diabética).

Por otro lado, para asegurar un correcto control de la diabetes e intentar minimizar en la medida de lo posible sus efectos adversos que provoca en la visión, se considera de vital importancia la medida de la hemoglobina glicosilada. Algunos profesionales consultados comentan que se ha de solicitar esta medida a en aquellos pacientes en los que no se tenga referencia desde hace ocho meses.

Por último, con el fin de mejorar la gestión integral del paciente diabético, se sugiere agilizar el acceso al tratamiento. Las nuevas terapias intravítreas que requieren inyecciones mensuales, están bloqueando las consultas de retina de algunos hospitales. La solución a este problema parece apuntar a que será necesario aumentar o redistribuir recursos dentro de los Servicios, para que los tratamientos puedan realizarse a su debido tiempo. Todas las publicaciones coinciden en que es la manera de conseguir los mejores resultados visuales. Es decir, si se proporciona el tratamiento tarde, se gastan recursos sin conseguir el beneficio esperado.

Mejora de los procesos asistenciales

Dentro de este apartado, el eje clave fue la necesidad de establecer criterio claros de derivación entre Atención Primaria y Atención Especializada. El 100% de los encuestados opina que existen áreas de mejora al respecto, como la participación activa de los médicos de familia en la creación de estos protocolos y el acceso compartido a la historia clínica del paciente.

Otro punto de mejora de los procesos asistenciales en oftalmología tratado en la reunión de trabajo fue la posibilidad de incorporar a la plantilla hospitalaria ópticos-optometristas, con el fin de reducir la carga del oftalmólogo en determinadas pruebas como retinografías, tomografías de coherencia óptica, campimetría, tonometría, etc.

Se trata de una medida que se desea implantar pero que al mismo tiempo parece lejos de llegar a producirse, ya que parece difícil el poder disponer del número suficiente de optometristas, y el personal auxiliar que debe ayudar en las consultas tiene prohibido actualmente realizar estas funciones (aunque puedan estar capacitados para ello). Se necesitarían cambios profundos en las normas de los hospitales o una mayor independencia para el Jefe de Servicio en la distribución de tareas del personal que tiene asignado.

Por último, se plantearon otra serie de medidas para mejorar los procesos asistenciales:

- Comunicación efectiva entre Atención Primaria y Especializada y un único programa informático compatible
- Educar a la población y erradicar la creencia errónea de que para estar sano es necesario visitar al oftalmólogo anualmente
- Pulir los todos circuitos para evitar el trabajo estéril
- Hacer una labor de concienciación: mientras el cribado sea oportunista y no sistemático se depende de que el paciente acuda a su médico de familia para poder ser incluido en el sistema de teleoftalmología

Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

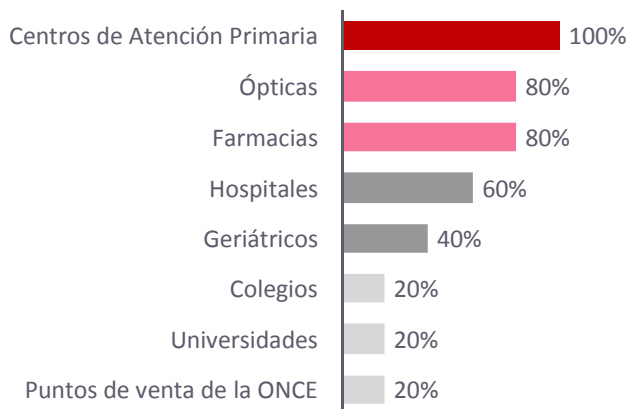
Difusión de las principales patologías oculares y sus factores de riesgo

Es vital concienciar acerca de la importancia de las enfermedades de la retina por ser las principales causas de la ceguera. La difusión de este conocimiento debe dirigirse hacia: población en general, profesionales médicos, Asociaciones de Pacientes y Administración Pública.

La Fundación Retinaplus+ ha elaborado folletos informativos sobre las principales patologías visuales. Aunque ya se han desarrollado campañas en televisión, radio y prensa, como resultado del debate y con el objetivo de realizar una gestión eficiente de los recursos, la distribución de dichos folletos supondría una medida efectiva, rápida y poco costosa.

Los participantes coinciden en que la máxima prioridad es que se entreguen en Centros de Atención Primaria, ópticas y farmacias. También es importante, aunque en menor medida, su distribución en hospitales y geriátricos.

Distribución de folletos explicativos



Fuente: Elaboración propia en base a las respuestas de la pregunta: “¿Dónde deberían entregarse para optimizar su difusión a la población?” siendo las opciones de respuesta “Ópticas”, “Hospitales”, “Geriátricos”, “Colegios”, “Universidades”, “Farmacias”, “Puntos de venta de la ONCE” y “Centros de Atención Primaria”; los porcentajes se han calculado teniendo en cuenta el número de votos entre el número de participantes

Folletos informativos de la Fundación Retinaplus+



Por otro lado, además de dar a conocer las principales enfermedades oculares de la retina, es igual de importante tratar de dar a conocer sus factores de riesgo asociados.

Entre ellos, uno de los más importantes es el tabaco, ya que a largo plazo puede desencadenar efectos muy adversos para la visión. En este sentido, hay un claro consenso de que se han de tomar medidas como:

- Colaboraciones con la Sociedad Española de Neumología
- Sinergias con la Administración Pública en las campañas anti-tabaco
- Incluir mensajes en las cajetillas de tabaco (Ej: “Fumar provoca ceguera”).

Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

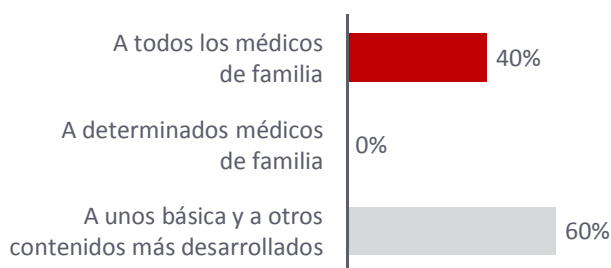
Formación en Atención Primaria

Resulta evidente la necesidad de realizar formaciones periódicas a los médicos de familia en la Atención Primaria para, entre otras actividades, asegurar la detección precoz de las principales patologías de la visión, acortar el tiempo hasta el tratamiento y mejorar la coordinación asistencial. En este sentido, las Islas Canarias cuentan con un buen nivel de formación entre los profesionales de Atención Primaria en temas relacionados con oftalmología, ya que se imparten cursos con regularidad.

Un aspecto relevante a considerar es cada cuánto tiempo el oftalmólogo debería impartir formación en Atención Primaria. En este aspecto, los encuestados muestran una disparidad de opiniones, ya que el 50% opina que debería de ser cada 6 meses y el otro 50% con una frecuencia anual.

Otro aspecto a tener en cuenta es si la formación debería de ir dirigida a todos los médicos de familia por igual, sólo a determinados médicos de familia o separando contenidos: a unos formación básica y a otros contenidos más desarrollados. Los resultados apuntan a que lo mejor sería formar a los médicos diferenciando contenidos:

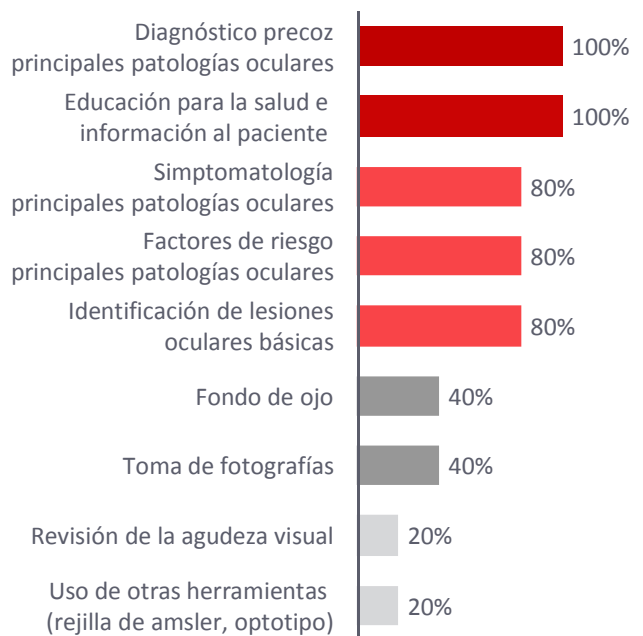
Orientación de la formación en Atención Primaria



Fuente: Elaboración propia en base a las respuestas de la pregunta: “¿A quién debería de ir enfocada la formación en Atención Primaria?” siendo las opciones de respuesta las representadas en el gráfico

Asimismo, se presentan datos acerca de cuáles serían los aspectos más convenientes en la formación a los profesionales de Atención Primaria. De entre las temáticas consideradas, destacan el diagnóstico precoz de las principales patologías oculares y la educación para la salud e información al paciente.

Orientación de la formación en Atención Primaria



Fuente: Elaboración propia en base a las respuestas de la pregunta: “¿En que aspectos debería estar orientada la formación en Atención Primaria?” siendo las opciones de respuesta las representadas en el gráfico

La totalidad de los encuestados inciden en la idea de que el médico de familia es una figura clave en la prevención de la ceguera. Algunos de ellos apuntan a que los médicos de familia deben ser capaces de diferenciar un retinografía normal de una patológica. También deben ser capaces de transmitirle al paciente lo importante que es para él participar en las acciones diagnósticas que le sean propuestas (debe hacerse la retinografía y en caso de ser patológica, deberá acudir a la cita con el oftalmólogo).

Iniciativas de prevención de la ceguera y de mejora del acceso a los servicios sanitarios

Mejora equipamiento tecnológico

El tema principal tratado en este punto fue la implantación de tomógrafos de coherencia óptica (OTC) en los Centros de Atención Especializada, ya que la mayoría de los encuestados opina que su utilización supondría mejoras significativas. Ya que los OCTs de los hospitales se han quedado obsoletos y van a ser sustituidos por nuevas generaciones, podrían ubicarse en los centros de atención especializada para su mejor aprovechamiento.

Contacto

I T. +34 981 555 920 | F. +34 981 564 978 |
secretaria@fundacionretinaplus.es
www.fundacionretinaplus.org