



Acceso a la ONCE y utilización de servicios por personas de 65 y más años con discapacidad visual grave

J.J. Martínez González
J.L. González Sánchez

RESUMEN: El acceso de las personas mayores con discapacidad visual a los servicios especializados debería producirse en correspondencia a sus necesidades, en igualdad de condiciones con respecto a otros grupos de edad, y proporcionalmente a su peso poblacional. El presente estudio pretende contrastar estos aspectos en el caso de la ONCE. Para ello, se analizan el grado de afiliación real de personas mayores a la entidad; el nivel de utilización efectiva de los servicios; y la posible existencia de pautas diferenciales. Los resultados muestran que la afiliación para el grupo de edad de 65 a 74 años concuerda con la población española potencialmente afiliable, pero es menor en el grupo de 75 y más años; por su parte, las pautas de utilización de los servicios por personas mayores recién afiliadas son similares a las de otros grupos de edad, y proporcionales al peso de este sector en el conjunto de afiliados. De ello se desprende que la ONCE da una respuesta adecuada al reto de la atención a personas mayores, si bien se advierten factores que pueden condicionar el acceso, por lo que se plantean estrategias para armonizar las necesidades de este grupo y el disfrute de servicios indispensables para su autonomía y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Mayores de 65 años. Servicios sociales. Afiliación a la ONCE. Prevalencia de la ceguera. Prevalencia de la deficiencia visual grave. Análisis socio-demográfico. Acceso a los servicios. Calidad de vida.

ABSTRACT: *ONCE membership for and use of services by people over 65 with severe visual disability.* Access to specialized services by the elderly with visual disability should be commensurate with their needs and take place under conditions of equality with other age groups and in proportion to their specific weight in the population. The present study aims to explore these issues in the case of the ONCE. To this end, it analyzes: the degree of actual membership of the elderly in the organization; the level of effective use of its services; and the possible existence of differential patterns. The results showed that while membership for the 65 to 74 age group concurs with the distribution of the Spanish population of potential members, it is lower among people over the age of 75. The service usage pattern for new elderly members is similar to the pattern observed for other age groups, and proportional to the percentage of seniors in the ONCE as a whole. The conclusion drawn is that the ONCE is responding satisfactorily to the challenge posed by care for the elderly. Nonetheless, since certain factors are identified that may condition access, strategies are suggested to harmonize this group's needs and the provision of indispensable services for their autonomy and quality of life.

KEY WORDS: Seniors over 65. Social services. ONCE membership. Prevalence of blindness. Prevalence of severe visual impairment. Socio-demographic analysis. Access to services. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

El cambio demográfico experimentado por los países occidentales como consecuencia del incremento, en términos absolutos y relativos, del grupo

de personas mayores, tiene implicaciones particulares en el ámbito de la discapacidad visual, dada la fuerte asociación entre ésta y el proceso de envejecimiento. Concretamente, en estos países las causas más comunes de ceguera y deficiencia visual,

como son la degeneración macular o el glaucoma, tienen una incidencia y prevalencia preponderante entre la edad avanzada (Resnikoff, Pascolini, Etya'ale, Kocur, Pararajasegaram, Pokharel y Mariotti, 2004).

Además, la pérdida visual en personas mayores se encuentra asociada a un fuerte impacto en su autonomía, salud y calidad de vida (American Academy of Ophthalmology. Vision Rehabilitation Committee, 2007; Castellote, 2001; Díaz Veiga, 2005; Mojon-Azzi, Sousa-Poza y Mojon, 2008).

En consecuencia, las administraciones y entidades con responsabilidad en esta materia, se enfrentan al reto de dar una respuesta eficaz al incremento de las necesidades y de la demanda de atención que plantea este grupo de edad.

En España, y por delegación de la Administración Pública, corresponde a la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) prestar, de forma gratuita, servicios especializados (rehabilitación, apoyo psicosocial, tecnología, braille, etc.) a aquellos ciudadanos mayores a los que se les reconoce su condición de ceguera o deficiencia visual grave.

Dicho reconocimiento es realizado, también, por la propia ONCE, mediante la acreditación, en ambos ojos, de una agudeza igual o inferior a 0.1 (1/10 en la escala de Wecker), obtenida con la mejor corrección óptica posible, o de un campo visual igual o inferior a 10 grados.

En este sentido, la ONCE, ha consolidado una red de servicios, productos y prestaciones especializadas para atender las necesidades específicas de las personas con discapacidad visual de cualquier edad.

El acceso a estos servicios por parte de personas mayores, por tanto, debería producirse en correspondencia a sus necesidades, en igualdad de condiciones con respecto a otros grupos de edad y proporcionalmente a su peso poblacional.

Sin embargo, algunos estudios realizados en otros entornos y entidades, señalan que la utilización real de los servicios especializados por personas de edad avanzada suele ser menor del esperado. En este sentido, se han apuntado, entre otros, factores relativos a problemas de accesibilidad geográfica; priorización de la atención a los grupos en edad escolar, formativa o laboral; falta de canales apropiados de derivación; o estereotipos sobre el envejecimiento que consideran la pérdida visual y sus consecuencias funcionales como un proceso normal asociado no susceptible de atención o apoyo especial (Agency for Health-

care Research and Quality, 2002; Díaz Veiga, 2005; Mitchell y Bradley, 2006).

A este respecto, el presente trabajo intenta contrastar, para el caso de los servicios especializados de la ONCE, alguna de estas pautas de su acceso y utilización por parte de personas mayores con discapacidad visual.

Así, en primer lugar, se analiza si el grado de afiliación real a la Entidad se corresponde con la población de personas mayores destinataria potencial de sus servicios, mediante la comparación con estimaciones de prevalencia de discapacidad visual obtenidas de estudios clínicos en otros países y de encuestas en la población general española.

En segundo lugar, se examina si el nivel de utilización efectiva de los servicios especializados por parte del grupo de personas mayores registradas en la Entidad se encuentra acorde con su peso poblacional en el conjunto de afiliados.

Finalmente, se estudia si existen en este grupo de edad pautas diferenciales en relación a la tipología de los servicios utilizados, ya sea dentro del propio grupo, atendiendo a variables como edad, sexo, tipo de pérdida visual, etc., o bien en comparación con sectores de afiliados más jóvenes.

PREVALENCIA DE CEGUERA Y DEFICIENCIA VISUAL GRAVE EN POBLACIÓN MAYOR ESPAÑOLA Y REGISTRO EN LA ONCE

De forma similar a otras condiciones de salud, los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de ceguera y deficiencia visual son una herramienta imprescindible para planificar y desarrollar su prevención y rehabilitación; la investigación y desarrollo de tratamientos, intervenciones y productos de apoyo más eficaces; la formación y provisión de profesionales; o el desarrollo de legislación o de políticas.

En la realización de este tipo de estudios se vienen utilizando genéricamente dos metodologías: evaluaciones clínicas y estudios de población.

Estimaciones de acuerdo a evaluaciones clínicas

La primera de estas metodologías estaría conformada por evaluaciones clínicas de las funciones visuales, principalmente de agudeza visual, realizadas por profesionales (oftalmólogos, ópticos, etc.) mediante pruebas, exámenes o tests oftalmológicos y ópticos estandarizados y protocolizados.

Pese a sus exigencias de sistematización y estandarización, se aprecian divergencias entre las estimaciones resultantes de los estudios realizados (Eye Disease Prevalence Research Group, 2004; Leonard, 2002; Tate, Smeeth, Evans, Fletcher, Owen y Wolfson, 2005; Resnikoff, Pascolini, Etya'ale, Kocur, Pararajasegaram, Pokharel y Mariotti, 2004; World Health Organization [WHO], 2002).

Tales variaciones tienen su origen, entre otros factores, en diferencias con respecto a las pruebas clínicas utilizadas, los criterios de definición y tipologías de clasificación de la pérdida visual, las puntuaciones o puntos de corte seleccionados en las medidas de agudeza visual para asignar a los usuarios a los rangos o grados de pérdida visual establecidos, o el tamaño de las muestras empleadas.

A pesar de ello, es posible realizar, considerando los requisitos de agudeza visual (≥ 0.1) para la afiliación a la ONCE, una estimación de los rangos en los que podría situarse la prevalencia de ceguera y deficiencia visual en población española.

En la tabla 1 se muestran tales estimaciones y su comparación con el número de personas actualmente afiliadas a la Entidad.

Como puede observarse en el grupo de 65 a 74 años, las personas ya afiliadas sobrepasan al número calculado como potencialmente afiliable de acuerdo al rango más conservador. En este sentido, y aunque se aprecia una cierta diferencia con respecto al límite superior, los datos parecen apuntar a un apropiado acceso a la Entidad por parte de este sector.

Es posible que este grupo de edad esté conformado en su mayoría por personas cuyos problemas visuales han aparecido en edades más tempranas, por lo que la afiliación a la Entidad comportaba el acceso a unos servicios y presta-

ciones que aseguraban mayores oportunidades educativas y laborales.

Sin embargo, en relación con el grupo de 75 y más años se observan diferencias sustanciales entre el número de personas estimado que potencialmente podrían afiliarse a la Entidad y las que finalmente lo hacen. Es decir, personas cuya deficiencia visual ha aparecido en una edad avanzada y, seguramente, en concurrencia con otros problemas de salud, lo que les lleva a percibirla como un proceso normal asociado al envejecimiento, inevitable y no rehabilitable.

No obstante, dicha distancia debe relativizarse, atendiendo, no solo a las diferencias metodológicas ya comentadas, sino también a la realización de estos estudios en entornos distintos al de nuestro país y, en ocasiones, con fechas de ejecución no muy recientes (en su mayoría fueron desarrollados en la década de los noventa).

Además, debe considerarse que el procedimiento de afiliación a la ONCE comporta una revisión ocular realizada por un oftalmólogo y, con seguridad, más completa y detallada que la que puede realizarse en estudios de estas características.

Estimaciones de acuerdo a encuestas de población

La segunda perspectiva metodológica para efectuar estas estimaciones viene representada por las encuestas a la población, generalmente realizadas en el ámbito de la salud o de la discapacidad.

En estos casos ya no se trata de una evaluación objetiva de tipo clínico, sino de la valoración subjetiva realizada por el propio usuario acerca de la gravedad de sus problemas visuales, y del impacto funcional de éstos en su vida diaria (lectura, desplazamiento, vida diaria, ocio, etc.). General-

Tabla 1.
Registro o afiliación a la ONCE de personas de 65 y más años y su comparación con estimaciones de prevalencia de ceguera en población española basadas en estudios clínicos internacionales.

Grupo de Edad	Rango Prevalencia (%) ¹	Personas afiliables a la ONCE ²	Personas de 65 y más años afiliadas a la ONCE en 2007 (Diciembre)
65 - 74	0.28 - 0.33	10.154 - 11.968	10.826
75 y más	3.02 - 4.19	113.325 - 157.229	17.387
Total	1.61 - 2.22	118.802 - 163.814	28.213

¹ Estimaciones obtenidas mediante elaboración propia a partir de los informes y estudios clínicos analizados: Eye Disease Prevalence Research Group, 2004; Leonard, 2002; Resnikoff, Pascolini, Etya'ale, Kocur, Pararajasegaram, Pokharel y Mariotti, 2004; Tate, Smeeth, Evans, Fletcher, Owen y Wolfson, 2005; World Health Organization [WHO], 2002.

² Calculado sobre 7.379.029 de personas con nacionalidad española, de 65 y más años, entre población general española estimada a finales de 2007 (INE, 2008).

mente esta información se obtiene mediante entrevista o cuestionario telefónico o presencial, aplicados por profesionales no especializados.

Dado el enfoque funcional de este tipo de estudios, resulta complicado establecer estimaciones de prevalencia de ceguera y deficiencia visual en función de los parámetros objetivos de agudeza visual requeridos para la afiliación a la ONCE.

Únicamente cuando estos estudios incluyen una cuestión referida a si la persona “apenas puede ver o no ve nada en absoluto”, puede hacerse una estimación del número de personas que cumpliría con el criterio de “ceguera total o parcial” (agudeza <0.02 ó ?1/60).

Este es el caso de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), realizada en España entre finales de 2007 y principios de 2008 (INE, 2008). En ella se incluye una pregunta referida a *si la persona es ciega o solo distingue luz y oscuridad*.

De acuerdo a sus resultados, para la población española de personas mayores podría estimarse una prevalencia de “ceguera total o casi total” situada en torno al 0,64%. Si se traslada dicho porcentaje a números absolutos, esta prevalencia supondrían aproximadamente 47.300 personas de 65 y más años con ceguera (65-74 años: 12000; 75 y más años: 35300), cantidad muy por encima de los 5.323 afiliados con ceguera total o parcial que se encontraban registrados en la ONCE a finales de 2007.

Por otra parte, al considerar que los afiliados a la ONCE de 65 y más años con ceguera, es decir, sin resto visual funcional, representaban en 2007 el 19% del total, puede estimarse que el número total (con ceguera y deficiencia visual) de personas mayores susceptibles de afiliarse podría situarse en, aproximadamente, 249.000.

Cantidades que establecen todavía mayores diferencias con respecto a las personas realmente afiliadas, 28.213, si se comparan con las obtenidas en los estudios clínicos.

En cualquier caso, se ha constatado que los índices de prevalencia de ceguera calculados de acuerdo a la autopercepción de los usuarios (encuestas) son más altos que los obtenidos mediante estudios clínicos basados en medidas de agudeza visual (Hendershot, Placek y Goodman, 2006).

Traduciendo la relación entre las personas afiliadas y las potencialmente afiliables, el porcenta-

je obtenido en la ONCE se situaría alrededor del 20% de acceso entre el total de personas que potencialmente podría hacerlo.

Este porcentaje es algo inferior al encontrado en otras entidades con objetivos y criterios similares, y que se situaría entre el 35% y 60% (Departamento de Salud de Inglaterra [Information Centre, Adult Social Care Statistics, 2006], y de Escocia [Health Analytical Services Statistical, 2007]; EE.UU. y Canadian Institute for the Blind (CNIB) de Canadá [Jutai, Hooper, Strong, Cooper, Hutnik, Sheidow, Tingey y Russell-Minda, 2005]).

Por otra parte, estas pautas de acceso tienen también su reflejo en el censo y en las nuevos registros, tal y como se aprecia en la figura 1. En ella se evidencia que el peso de las personas mayores sobre el conjunto de usuarios y sobre las nuevas afiliaciones o registros es, en estas entidades, muy similar entre sí. Aunque todavía los valores son algo inferiores en la ONCE, sin embargo sus datos también marcan la misma tendencia de envejecimiento progresivo. Así en 1996, los afiliados de 65 y más años representaban el 32% del total de afiliados, frente al 42% que representan en el año 2007; entre los nuevos afiliados en 1996, el 30% eran personas mayores; en 2007, ya alcanzan el 48%.

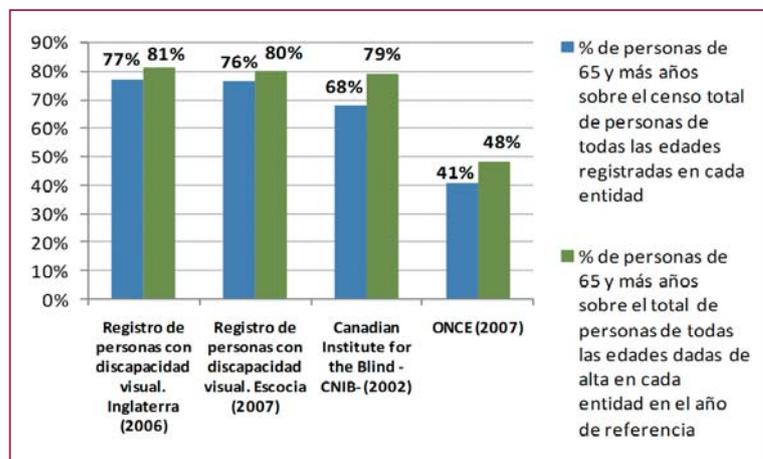


Figura 1. Porcentaje de personas de 65 y más años en relación con el censo total de personas registradas y con los nuevos registros en la ONCE y otras entidades internacionales

ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PERSONAL

La pérdida total o grave de la visión supone cambios importantes en las personas en las distintas facetas de su vida, tanto en lo personal como en lo familiar y social. Estos cambios originan nuevas necesidades personales, como la superación del impacto emocional ante la pérdida de la visión, más acusados en el caso de las

personas con ceguera total. Además conlleva necesidades relacionadas con la movilidad, la formación, el trabajo o el acceso a la información.

La satisfacción de estas nuevas necesidades requiere no sólo de una actitud y motivación personal para aceptar la nueva situación y el apoyo de su entorno familiar y próximo, sino también de una atención especializada que les proporcione los apoyos técnicos y materiales adecuados para mejorar su calidad de vida. Por ello, el grado y perfil de acceso a los servicios y la influencia de algunas variables sociodemográficas conforman un conjunto significativo de indicadores sobre el nivel de cobertura de esas necesidades y define una metodología apropiada para la mejora en la calidad de la atención.

El presente análisis se centrará en el acceso a los servicios de atención personal recibidos por los nuevos afiliados, estableciendo tres grupos de edad: jóvenes (18 a 29 años), adultos (30 a 64 años) y mayores (65 años o más). Estudiaremos aquellos servicios que son comunes a cualquier grupo de edad, posponiendo para otro tipo de estudio otros servicios más específicos del grupo de jóvenes o de adultos como son los de apoyo al empleo o el de atención educativa.

Así pues, en los siguientes apartados se examinará la tasa de cobertura de la atención durante el periodo 2005 a 2007 en los servicios de rehabilitación, apoyo psicosocial, apoyo al bienestar social básico, comunicación y acceso a la información y el de promoción cultural, artística y deportiva. Además del acceso general a estos servicios, se analizará la posible interacción de variables como la edad, el sexo, el tipo de discapacidad visual o el lugar de residencia.

Tasa de cobertura y características sociodemográficas en el acceso a los servicios

Un análisis general del acceso a los servicios en las personas que ingresaron en la ONCE durante los años 2005-2007 muestra una tasa media de cobertura del 32,7%, es decir, prácticamente una de cada tres personas finalizan algún servicio en el mismo año en el que se afilian. Si consideramos el nivel de utilización de los servicios en función de los diferentes grupos de edad (figura 2), no se observan diferencias importantes entre ellos, existiendo no obstante cierta relación entre la edad y la recepción de servicios. Son los jóvenes los que presentan un porcentaje medio

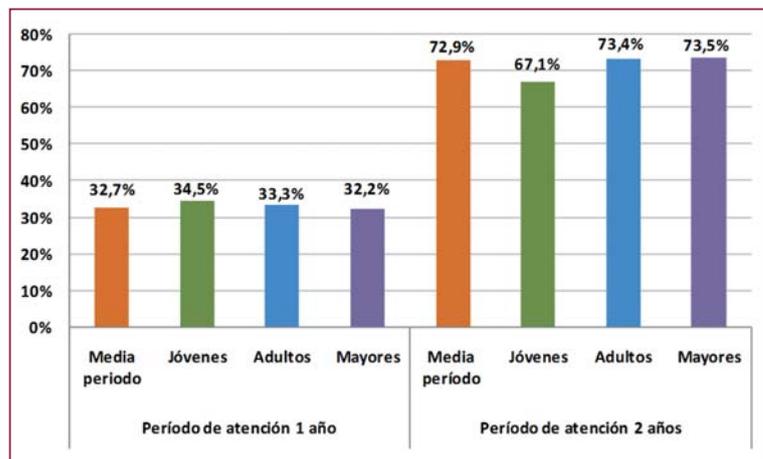


Figura 2. Tasa media de cobertura de la atención por grupo de edad (años 2005-2007)

más elevado (34,5%), seguido por el de adultos (33,3%) y el de mayores (con el 32,2%, valor próximo a la media general).

Ahora bien, si ampliamos en nuestro análisis el periodo de atención a dos años, es decir, el año en que la persona se afilia a la ONCE y el año posterior, se observa que la tasa de cobertura se duplica en todos los grupos de edad, alcanzando porcentajes similares los adultos y mayores (por encima del 73%). Con este método podemos analizar la cobertura a aquellas personas que necesitan un tiempo más prolongado para elaborar la aceptación psicológica de su nueva situación, así como a aquellas que ingresaron en la ONCE en los últimos meses del año y por tanto finalizaron algún servicio en el año siguiente al de su afiliación. Este periodo de atención de 2 años será el que utilizemos a lo largo de este estudio.

En los dos tipos de análisis (período de atención de 1 año y de 2 años) existe una evolución positiva a lo largo de los años estudiados, con un aumento continuo (para todos los grupos de edad) del número de personas mayores atendidas tanto para el período de atención de un año (35% para las personas que se afiliaron en 2007) como para el período de dos años (superior al 76% para las que lo hicieron en el 2006).

Los datos evidencian que en general la edad avanzada no es un factor necesariamente negativo en la demanda y cobertura de un tipo de servicios bastante diferente a los sanitarios, que conllevan nuevos aprendizajes, cambios en hábitos cotidianos o el uso de productos adaptados. En concreto son las personas comprendidas entre los 75 y los 84 años las que presentan una tasa de cobertura mayor (76,8%), con una diferencia porcentual de cinco puntos sobre las personas de 65 a 74 años y de dos puntos sobre las de 85 y más años.

Sin embargo, si consideramos la interacción entre la edad y otras variables sociodemográficas como el tipo de discapacidad visual, el sexo o el lugar de residencia sí se observan algunas diferencias. Por ejemplo, en general las personas con deficiencia visual presentan una tasa media de acceso a los servicios mayor que las personas con ceguera total (figura 3); esta diferencia, de tan solo dos puntos porcentuales para los jóvenes (68,7% y 66,7%), se hace más evidente para el grupo de mayores (76,1% y 50,8%). El análisis del grupo de mayores explica estas diferencias pues son las personas ciegas de 85 o más años las que muestran una tasa inferior a la media de su grupo de edad, lo que tendrá también su reflejo cuando comentemos la tipología de los servicios utilizados.

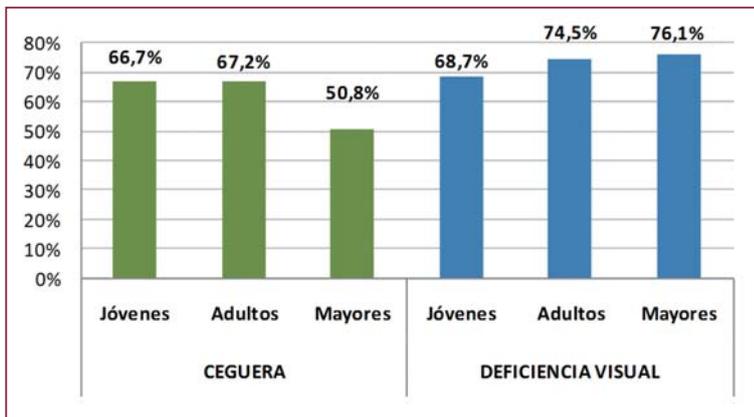


Figura 3. Tasa media de cobertura según grupo de edad y tipo de discapacidad visual (años 2005-2007)

Como podemos observar en la figura 4, las mujeres presentan una tasa de cobertura algo más alta (68,8%) que la de los hombres (65,5%) en el grupo de jóvenes, si bien estas diferencias se reducen con la edad, invirtiéndose en el grupo de mayores (72,2% y 75,3%).

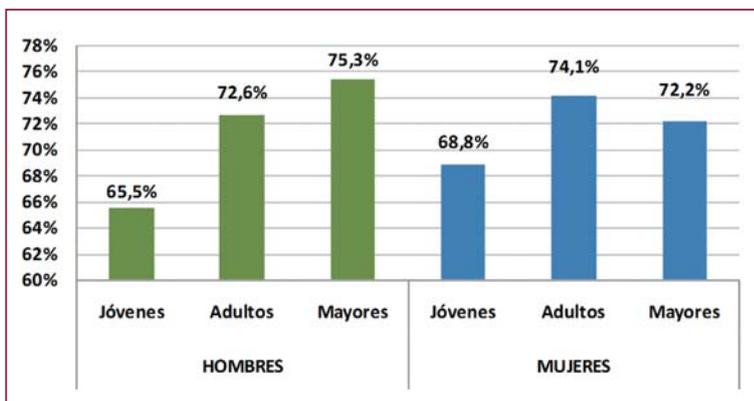


Figura 4. Tasa media de cobertura según grupo de edad y sexo (años 2005-2007)

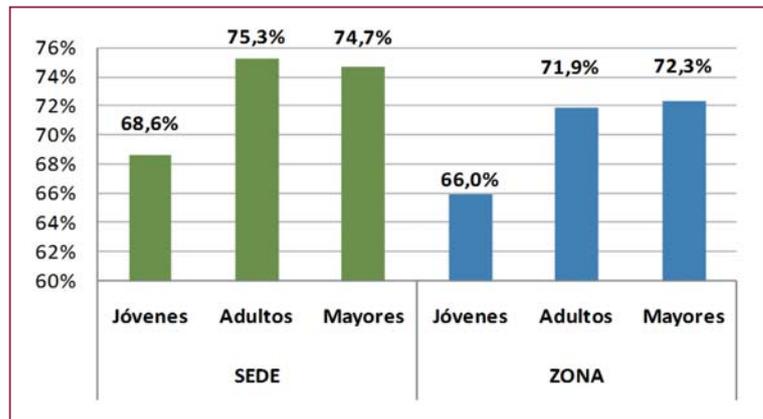


Figura 5. Tasa media de cobertura según grupo de edad y lugar de residencia (años 2005-2007)

Por su parte, son las personas que residen en la misma población donde se ubica la sede de los equipos de atención básica las que presentan un nivel de cobertura algo superior en los tres grupos de edad, aunque la diferencia respecto a las personas que residen en una población distinta a la sede del equipo es solamente de dos puntos porcentuales (figura 5).

Uno de los aspectos principales en la evaluación del acceso a los servicios por parte de las personas es la tipología de la demanda de atención; es decir, qué servicios son los más utilizados y cómo interacciona ese perfil general con variables sociodemográficas como las contempladas anteriormente. En los párrafos que siguen comentaremos algunos de los resultados más significativos de nuestro estudio.

Tipología de los servicios utilizados

Comparación con otros grupos de edad

Una de las características más significativas del perfil de los servicios recibidos es el notable peso que adquiere la rehabilitación, lógico por otra parte si tenemos en cuenta el impacto que la ceguera o la deficiencia visual grave produce en la autonomía de la persona y la finalidad del servicio. Las intervenciones del servicio de rehabilitación se dirigen al entrenamiento del funcionamiento visual, la orientación y movilidad, el cuidado personal y las tareas domésticas, para que la persona pueda desarrollar de forma autónoma, efectiva y satisfactoria las actividades cotidianas de manera que no se vean limitadas sus posibilidades de participación

activa en el entorno educativo, laboral, cultural y de ocio.

La rehabilitación es el servicio más utilizado por los tres grupos de edad y su peso aumenta según aumenta la edad del usuario, correspondiendo al grupo de mayores los valores más altos (88,6%) (tabla 2).

Tabla 2.
Tipología de servicios utilizados según grupo de edad
(años 2005-2007)

Servicios	Jóvenes	Adultos	Mayores
Rehabilitación	79,9%	86,6%	88,6%
Apoyo psicosocial	22,8%	27,4%	15,6%
Apoyo al bienestar social básico	23,2%	23,2%	25,9%
Comunicación y acceso a la información	39,3%	21,9%	3,5%
Promoción cultural, artística y deportiva	7,6%	6,2%	6,5%

Son también las personas mayores las que utilizan más el servicio de apoyo al bienestar social básico (con un 25,9%), si bien los adultos y jóvenes presentan porcentajes cercanos.

Por su parte, el apoyo psicosocial, orientado al ajuste psicológico a la discapacidad visual, es el tercer servicio más demandado por las personas mayores, si bien en un grado inferior y un perfil de usuario diferente a los dos servicios anteriores. Son las personas comprendidas entre 30 y 65 años las que muestran los valores más altos (del 27,4%), seguido por el de jóvenes y, con un peso menor, por el de mayores (15,6%).

Los otros servicios analizados presentan porcentajes inferiores en el grupo de mayores. Así, el de promoción cultural, artística y deportiva tiene un peso del 6,5% (similar al grupo de jóvenes y de adultos). Algunos factores como la concurrencia de otros problemas de salud física general (óseos, auditivos, etc.), dificultades para los desplazamientos o estereotipos sociales, podrían explicar el peso de este servicio. Asimismo conviene tener en cuenta que además de este servicio de atención personal de asesoramiento, existe una oferta complementaria de actividades de grupo (excursiones, talleres, etc.) que tienen un índice alto de participación pero debido a sus características no son objeto de este análisis.

Aunque pudiera parecer que el servicio de comunicación y acceso a la información tiene un peso pequeño en la demanda por parte de las personas mayores (del 3,5%), respecto a los adultos (9%) y a los jóvenes (39%), es necesario consi-

derar dos aspectos importantes a la hora de interpretar este dato: uno vinculado a las características del servicio y el otro más relacionado con la edad y la población general. La comunicación y el acceso a la información para las personas con discapacidad visual es un servicio sustentado fundamentalmente en el aprendizaje del manejo de productos tecnológicos (monitores braille, lectores de voz y magnificadores de pantallas, reproductores de libros digitales, adaptaciones para teléfonos móviles, navegación por internet, etc.). El uso de este tipo de productos específicos (aparatos y software), así como el aprendizaje de nuevas estrategias perceptivas y cognitivas para el acceso a la información -no exenta de dificultades-, supone cambios importantes para la persona ciega o deficiente visual grave respecto de sus hábitos cotidianos anteriores. Por otra parte, no podemos ser ajenos al perfil de la población general como refleja la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007). Además, los avances tecnológicos, con continuas novedades, exigen frecuentes y rápidas adaptaciones de manejo, representando a menudo una barrera para las personas mayores, debiendo afrontar los cambios no sólo con respecto a hábitos sociales anteriores sino también a capacidades físicas limitadas.

Tipología de los servicios en las personas mayores. Características sociodemográficas.

Una vez comentadas las características más significativas de la tipología de los servicios utilizados por el grupo de personas mayores, conviene conocer si este perfil es homogéneo o presenta algunas diferencias intragrupo a medida que aumenta la edad de los usuarios.

Si analizamos en el grupo de mayores ese perfil según el tramo de edad (65-74, 75-84 y 85 o más años de edad) sí parece observarse algunas características diferenciadoras. En general, con excepción del servicio de rehabilitación (recordemos que es el que presenta una mayor demanda), los demás servicios tienen un peso que disminuye a medida que aumenta la edad, tendencia que se ve influenciada por otras variables como el lugar de residencia del usuario y el tipo de discapacidad visual.

Son las personas con resto visual funcional las que muestran un peso mayor del servicio de rehabilitación, con valores iguales a la media del grupo o incluso por encima de ella (90,9%) en el caso de las comprendidas entre 75 y 84 años. En los demás servicios, salvo en el de bienestar social básico donde no se producen diferencias

Tabla 3.
Tipología de los servicios utilizados por los mayores según tramo de edad
(años 2005-2007)

Servicios	Ceguera			Deficiencia visual		
	65 a 74	75 a 84	85 y más	65 a 74	75 a 84	85 y más
Rehabilitación	69,0%	54,9%	48,1%	88,7%	90,0%	87,9%
Apoyo psicosocial	33,3%	19,7%	11,1%	18,2%	14,4%	9,9%
Apoyo al bienestar social básico	40,5%	57,7%	66,7%	23,9%	23,7%	23,5%
Comunicación y acceso a la información	3,6%	0,0%	0,0%	6,1%	3,0%	1,3%
Promoción cultural, artística y deportiva	3,6%	1,4%	3,7%	8,4%	6,7%	3,5%

entre los tres tramos de edad, manifiestan un peso menor a medida que aumenta la edad. En concreto, son las personas entre 65 y 74 años las que presentan los valores más altos, por encima de la media general del grupo de mayores, en los servicios de promoción cultural, artística y deportiva (8,4%), o en el de comunicación y acceso a la información (6,1%).

Por su parte, las personas con ceguera total muestran un perfil de acceso a los servicios algo diferente donde la edad tiene una mayor influencia. Así, el de bienestar social básico es superior a la media del grupo de mayores, con una tendencia inversa a la de los demás servicios, creciendo a medida que aumenta la edad (del 40,5%, para el tramo de 65 a 74 años y del 66,7% para el de 85 y más años). También se dan diferencias en el servicio de apoyo psicosocial en el que las personas comprendidas entre 65 y 74 años son las que más lo demandan, duplicando la media del grupo de mayores (33,3%). Por último cabe señalar que el de rehabilitación es el servicio más demandado aunque con porcentajes inferiores a la media general del grupo de mayores, siendo las personas entre 65 y 74 años las que presentan los valores más altos (69%). A la hora de interpretar estos datos conviene tener presente el mayor impacto que supone la pérdida total de la visión, tanto en los aspectos emocionales, necesitando un tiempo mayor para la aceptación de la nueva situación, como en las relaciones sociales, que puede conllevar aislamiento y dificultades para la participación en actividades sociales y de ocio. Pero además, la persona ciega debe adquirir nuevos aprendizajes (complejos en ocasiones) para la movilidad, el autocuidado o el acceso a la información, que requieren adaptaciones cognitivas y un desarrollo eficiente de otras modalidades perceptivas (auditiva y háptica) limitadas con frecuencia por las condiciones físicas asociadas a la edad.

Del mismo modo si consideramos la variable sexo se aprecian algunas diferencias en el perfil de los servicios solicitados. Son los hombres mayores de 75 años los que presentan un peso más alto en el servicio de rehabilitación y, con independencia de su edad, en el de comunicación y acceso a la información. Por su parte, son las mujeres las que muestran un peso mayor en los servicios de apoyo psicosocial y el de bienestar social básico en todos los tramos de edad. Por el contrario, el servicio de promoción cultural, artística y deportiva sigue una tendencia similar en ambos sexos.

Por último cabe señalar que el lugar de residencia del usuario es también un factor diferenciador en el perfil de los servicios utilizados. Son las personas que residen en la población de la sede de los equipos de atención las que en general demandan más los servicios de rehabilitación, apoyo psicosocial, comunicación y acceso a la información y el de promoción cultural, artística y deportiva; tendencia que se acentúa en los tramos de mayor edad. Por el contrario, son las personas que residen más lejos de la sede las que hacen mayor demanda del servicio de bienestar social básico, aumentando ésta con la edad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Las limitaciones metodológicas, temporales, etc., indicadas en relación con los estudios de prevalencia de ceguera, recomiendan tomar con cautela y considerar como una primera aproximación los datos aportados sobre la misma en población española, así como su comparación con la afiliación real a la ONCE de personas de este grupo de edad.

No obstante, y pese a los condicionantes de los datos e información analizados, puede deducirse la posible existencia de un grupo de personas mayores, especialmente de 75 y más años que, siendo susceptibles de afiliarse a la ONCE y, con-

secuentemente, de recibir sus servicios y prestaciones, finalmente no se afilian y, por tanto, no acceden a ellos.

Las razones para este desfase pueden encontrarse en barreras de salud, informativas y sociales (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002; Díaz Veiga, 2005; Mitchell y Bradley, 2006):

- Barreras de salud, originadas por la presencia e interacción con otras deficiencias o enfermedades crónicas, más frecuentes en estas edades. Estos problemas de salud les pueden limitar su accesibilidad física a los recursos, servicios y centros dispuestos para atenderles, o reducir sus posibilidades reales de aprovechamiento de servicios más o menos complejos orientados a la rehabilitación y al acceso a la información.
- Barreras informativas, debidas a la falta de conocimiento o de información sobre los servicios disponibles.
- Barreras sociales, que en forma de estereotipos y actitudes sociales, consideran las limitaciones en la autonomía asociadas a la pérdida visual, como un proceso inevitable y normal en estas edades, o llevan a una valoración reducida de las posibilidades o necesidades de rehabilitación de este grupo, atribuidas a sus dificultades de aprendizaje y a la alta concurrencia de enfermedades y deficiencias que presentan.

Por otro lado, y atendiendo a los datos sobre utilización real de los servicios una vez que la persona se ha afiliado a la ONCE, estos ponen de relieve que dicho acceso se realiza de forma proporcional a su peso demográfico, con tasas de cobertura de atención similares entre los tres grupos de edad estudiados. Las personas mayores muestran un considerable interés hacia la utilización de servicios orientados a la autonomía personal e integración social, habiendo finalizado 3 de cada 4 personas algún servicio en el período de atención de dos años desde su afiliación a la ONCE. Además, existe una evolución positiva a lo largo de los años estudiados (2005-2007), con un aumento continuo del número de personas mayores atendidas, tanto en el mismo año de su afiliación como en el posterior.

Así pues, al contrario de lo que podría pensarse desde determinadas creencias sociales, la edad, en gran medida asociada a otros problemas de salud, no es necesariamente un factor determinante a la hora de solicitar estos servicios, distintos de los sanitarios en su concepción y en el proceso de intervención, que conllevan nuevos aprendizajes, cambios en hábitos cotidianos o el uso de

productos adaptados, y que requieren del usuario, y de su entorno próximo, un mayor grado de motivación y de participación en el proceso de atención. Existen no obstante, variables como el tipo de discapacidad visual (la ceguera total), la edad (sobre todo en las personas de 85 o más años) o el lugar de residencia (distinto de la sede de los equipos de atención) que suponen una desventaja en el grado de acceso a los servicios, sobre todo cuando se consideran los efectos de la interacción entre varias variables, como por ejemplo la edad y la discapacidad visual.

Finalmente, y por lo que respecta a las pautas de utilización de los servicios se ha constatado que de los cinco servicios de atención personal estudiados, es el de rehabilitación el que presenta las tasas más altas de cobertura y un peso mayor en la tipología de los servicios recibidos, con independencia de otras variables como la edad, el sexo, el tipo de discapacidad visual o el lugar de residencia. Los demás servicios tienen un peso que disminuye a medida que aumenta la edad, tendencia que se ve influenciada por otras variables como el lugar de residencia del usuario y el tipo de discapacidad visual.

Por otra parte es lógica esta tendencia ya que la rehabilitación es un servicio con efectos inmediatos en la calidad de vida de la persona, con la mejora en el desenvolvimiento de la movilidad y las actividades de la vida diaria, y con los efectos positivos que ello conlleva para la realización de otras actividades sociales. No obstante, en ocasiones, sobre todo en las personas con ceguera total, la aceptación y ajuste psicológico a la situación visual requiere de una intervención psicológica específica previa o a la par que la de rehabilitación. Del mismo modo, existen otras necesidades adicionales que demandan atención por los usuarios con tasas de cobertura que pueden variar en función de alguna de sus características sociodemográficas, como hemos comentado en los servicios de bienestar social básico, comunicación y acceso a la información o el de promoción cultural, artística y deportiva.

En este sentido, la consideración de las anteriores pautas de afiliación y de utilización de los servicios y los factores que inciden en ambas, junto con el impacto de la discapacidad visual en la calidad de vida, y el progresivo incremento de la ceguera asociada a la edad avanzada, hacen más ineludible acometer aquellas actuaciones que aseguren su pleno acceso a los servicios especializados.

Así, se pone de relieve la necesidad de contar en nuestro país con estudios y estimaciones de prevalencia de la discapacidad visual, ajustados

metodológicamente a las recomendaciones y criterios elaborados por diferentes entidades tales como la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003), el International Council of Ophthalmology (Colebrander, 2002, 2007) o el proyecto DISTAB (Hendershot y Crews, 2006). Sólo así podrá tenerse un conocimiento más preciso de las condiciones y necesidades de las personas mayores con discapacidad visual que permita ajustar el volumen, tipología, y características de los recursos necesarios para atenderlos.

Resulta también necesario incidir en aquellos factores que ya han demostrado que pueden acortar la distancia entre las necesidades de las personas mayores y el disfrute de servicios indispensables para su bienestar y calidad de vida. Entre estos facilitadores cabe destacar tres estrategias:

- Hacer “visibles” y difundir los beneficios en autonomía, calidad de vida y bienestar que los servicios especializados pueden aportar a las personas mayores con discapacidad visual y sus familias (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002). Así, al ser percibidos por los propios usuarios y sus familiares como prácticos y eficaces, se contribuye a aumentar su motivación para buscarlos, utilizarlos y, en su caso, exigirlos como un derecho para su salud. Igualmente, entre los profesionales de la salud, esta estrategia aumentará el prestigio de estos servicios, lo que puede incrementar, en consecuencia, su inclinación a recomendarlos y a derivar hacia ellos a los usuarios (Adams, Flynn, Alligood y Johnson, 2003).
- Reforzar y asegurar el papel detector, difusor, informativo y orientador de los profesionales de la salud, en especial de los oftalmólogos, de forma que informen a la persona sobre los servicios de discapacidad visual disponibles, sobre sus beneficios, pero sin generar falsas expectativas, y la deriven a ellos en el momento preciso que los requieren (American Academy of Ophthalmology. Vision Rehabilitation Committee, 2007).
- Realizar aquellas acciones de difusión, información y formación, que ayuden a romper la idea errónea, presente en las propias personas mayores y sus familiares y, en ocasiones, en los profesionales que les atienden, por la que se considera la discapacidad visual como parte natural del proceso de envejecimiento y, por tanto, sin posibilidades de rehabilitación u optimización (American Academy of Ophthalmology. Vision Rehabilitation Committee, 2007).

Por otro lado, el enfoque de los servicios dirigidos a la discapacidad visual en la edad avanza

da exige considerar los múltiples factores implicados en el impacto de la discapacidad visual durante el envejecimiento. Se trata de considerar tanto características personales (salud, funcionamiento cognitivo, estado emocional, etc.), como factores sociales (red de apoyo familiar y social, lugar de residencia, etc.). Todo ello conlleva servicios y programas que proporcionen tanto recursos personales, como orientaciones y estrategias a los cuidadores y profesionales no especializados implicados en la atención a estas personas. Se trata de proporcionar respuestas altamente especializadas e individualizadas que contribuyan a prevenir o controlar los efectos de la discapacidad visual en su autonomía e integración social.

Para ello, los profesionales del sector de la discapacidad visual deben contar con estándares, protocolos y buenas prácticas debidamente contrastados y validados. Y si bien ya existen diversos trabajos que han confirmado los beneficios y resultados en personas mayores de los servicios de discapacidad visual, también todos ellos coinciden en señalar que se precisa más investigación aplicada que permita fijar con mayores garantías dichos estándares y buenas prácticas en áreas diversas (Adams, Flynn, Alligood y Johnson, 2003; Agency for Healthcare Research and Quality, 2002; American Academy of Ophthalmology. Vision Rehabilitation Committee, 2007; Hooper, Jutai, Strong y Russell-Minda, 2008; Mitchell y Bradley, 2006; Virgili y Rubin, 2008).

Además el sector debe medir y poner de manifiesto tales resultados al objeto de que sus servicios no sean considerados únicamente desde la perspectiva de los costes, sino también de los beneficios que puede aportar a las personas mayores con problemas visuales. A tal fin debe realizarse un gran esfuerzo de investigación y evaluación de la práctica profesional diaria que aporte datos demostrativos tanto de la mejora funcional (desplazamiento, vida diaria, lectura, acceso a la información, etc.), como de la mejora del bienestar y calidad de vida de la persona. Para este último ámbito de la calidad de vida y del bienestar, aunque más reciente que el funcional, se dispone ya de trabajos que orientan sobre su apropiado tratamiento en los servicios y su incorporación a la evaluación de su eficacia (Boer, Moll, Vet, Terwee, Völker-Dieben y Rens, 2004; Mitchell y Bradley, 2006; Stelmack, 2001).

A este respecto, y por los datos aportados en este artículo, la ONCE está dando una respuesta adecuada al reto del envejecimiento en términos de acceso y atención a las personas mayores con discapacidad visual en condiciones de igualdad de oportunidades con respecto a otros grupos de edad y en proporción a su peso poblacional.

A tal fin, cuenta con una red de equipos multidisciplinares (Técnicos en Rehabilitación, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Instructores en Tiflotecnología y Braille, Animadores Socioculturales, etc.), que prestan una atención especializada e individualizada, de acuerdo al Modelo de Calidad ONCE, centrado en la persona y en sus necesidades e intereses, así como en los resultados de la atención en términos de autonomía y bienestar. Desde estos equipos también se difunden a la sociedad sus servicios, y se proporciona formación y asesoramiento a diferentes agentes sociales (profesionales de los servicios sociales y sanitarios, profesores y maestros, etc.).

Como una de sus herramientas principales, esta red de equipos dispone de un sistema informatizado de gestión de la atención en el que, mediante protocolos de evaluación e intervención en cada servicio, se pretende la mejora de los procesos, los resultados y la satisfacción del usuario. Con este sistema es posible ya realizar los estudios de cobertura y de igualdad de acceso, como los presentados en este trabajo. En un futuro próximo, también será posible, mediante el tratamiento de la información y los datos registrados sobre la intervención desarrollada y la situación funcional de las personas antes y después de la misma, plantear protocolos de buenas prácticas basados en dicha evidencia que orienten hacia la intervención más eficaz en grupos e individuos específicos.

En resumen, la prestación de servicios especializados (rehabilitación, tecnología, apoyo psicosocial, etc.) a personas mayores con problemas graves de visión incrementa las posibilidades de su inclusión social y de poder disfrutar de una adecuada calidad de vida.

Por tal motivo, el acceso a los mismos, por un lado y, por otro, una prestación de servicios fundamentada en la evidencia y en las mejores prácticas, deben considerarse por parte de todos, administración pública, profesionales, entidades asociativas y las propias personas mayores y sus familiares, como derechos fundamentales e irrenunciables para su salud y bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, E., Flynn, K., Alligood, E. y Johnson, T. (2003). *Optical devices for adults with low vision: a systematic review of published studies of effectiveness*. Boston, Mass.: US Department of Veterans Affairs, Technology Assessment Program, Office of Patient Care Services. Disponible en: http://www.va.gov/VATAP/topic_vision.htm
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2002). *Vision rehabilitation: care and benefit plan models. Literature review*. Rockville, MD: Autor. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/vision>
- American Academy of Ophthalmology. Vision Rehabilitation Committee. (2007). *Vision rehabilitation for adults*. San Francisco: American Academy of Ophthalmology. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Disponible en: http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/PPP_Content.aspx?cid=df97799c-d21c-4dec-b396-0f647240d439
- Boer, M.R. de, Moll, A.C., Vet, H.C.W.de, Terwee C.B., Völker-Dieben, H.J.M. y Rens, G.H.M.B. van. (2004). Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 24, 257-273.
- Castellote, F.J. (2001). Repercusión funcional de la pérdida de visión en los mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11 (1), 29-34. Disponible en: www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_1/g-11-1-006.pdf
- Colenbrander A. (2002). *Visual standards: Aspects and ranges of vision loss*. Informe preparado para el International Council of Ophthalmology (ICO). Presentado en el 29th International Congress of Ophthalmology, Sydney, Australia, 2002. Disponible en: <http://www.icoph.org/standards/visionres.html>
- Colenbrander A. (2007). *Assessment and rehabilitation of vision-related functioning*. Borrador de informe preparado para el International Council of Ophthalmology (ICO). Presentado en el World Ophthalmology Congress, Hong Kong, 2008; y en Vision-2008, Montreal, 2008. Disponible en: www.icoph.org/standards/index.html#funcional
- Díaz Veiga, P. (2005). Impacto de la deficiencia visual en personas mayores. Un análisis desde una perspectiva psicosocial. Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 37. [Fecha de publicación: 20/06/2005]. Disponible en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-impacto-01.pdf
- Equipo Portal Mayores. (2008). Indicadores estadísticos básicos 2007. Madrid: Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 81. [Fecha de publicación: 28/03/2008]. Disponible en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos07-02.pdf
- Eye Disease Prevalence Research Group. (2004). Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Archives of Ophthalmology*, 122, 477-485. Disponible en: <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/full/122/4/477>
- Health Analytical Services Statistical. (2007). *Registered blind and partially sighted persons, Scotland 2007*. Edinburgo (UK): Health Analytical Services Statistical Publications. Scottish

- Government. Disponible en: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2007/11/26140228/8>
- Hendershot, G.E. y Crews, J.E. (2006). Toward international comparability of survey statistics on visual impairment: The DISTAB Project. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 100, 1, 11-25.
- Hendershot, G.E., Placek, P.J. y Goodman, N. (2006). Taming the beast: Measuring vision-related disability using the International Classification of Functioning. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 100 (12, Special Supplement), 806-823.
- Hooper, P.L., Jutai, J.W., Strong, J.G. y Russell-Minda, E. (2008). Age-related macular degeneration and low vision rehabilitation: a systematic review. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 43, 2, 180-187. Disponible en: <http://pubs.nrc-cnrc.gc.ca/cjo/cjo43/i08-001.pdf>
- Information Centre, Adult Social Care Statistics. (2006). *Registered blind and partially sighted people year ending 31 March 2006. England*. Leeds (UK): Autor. Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/social-care/adult-social-care-information/people-registered-as-blind-and-partially-sighted-triennial-2006-england>
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/p450&file=inebase&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). *Avance del Padrón Municipal. Datos provisionales*. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (EDAD 2008)*. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
- Jutai, J., Hooper, P., Strong, G., Cooper, L., Hutnik, C., Sheidow, T., Tingey, D. y Russell-Minda, E. (2005). *Vision rehabilitation evidence-based review. Chapter 1: terminology, demography, and epidemiology of low vision*. CNIB Baker Foundation for Vision Research. Disponible en: <http://www.piads.ca/112/vrebr.htm>
- Leonard, R. (2002). *Statistics on vision impairment: A resource manual* (5ª ed.) Nueva York (USA): Arlene R. Gordon Research Institute of Lighthouse International. Disponible en: www.gesta.org/estudios/statistics0402.pdf
- Mitchell, J. y Bradley, C. (2006). Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4:97. Disponible en: www.hqlo.com/content/4/1/97
- Mojon-Azzi, S.M., Sousa-Poza, A. y Mojon, D.S. (2008). Impact of low vision on well-being in 10 European countries. *Ophthalmologica*, 222, 205-212.
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G.P. y Mariotti, S.P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 844-851. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/82/11/en/844.pdf
- Stelmack, J. (2001). Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. *Optometry and Vision Science*, 78, 335-342.
- Tate, R., Smeeth, L., Evans, J., Fletcher, A., Owen, C. y Wolfson, A.R. (2005). *The prevalence of visual impairment in the UK: A review of the literature*. Londres (UK): Royal National Institute for the Blind (RNIB). Informe no publicado encargado por RNIB. Disponible en: http://www.rnib.org.uk/xpedio/groups/public/documents/publicwebsite/public_prevalencereport.doc
- Virgili, G. y Rubin, G. (2008). Entrenamiento en orientación y movilidad para adultos con baja visión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractSES/AB003925-ES.htm>
- World Health Organization (WHO). (2002). *Global update of available data on visual impairment*. Disponible en: www.who.int/blindness/publications/en/
- World Health Organization (WHO). (2003). *Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning*. Ginebra: Autor. Disponible en: <http://www.who.int/blindness/partnerships/research/en/>

Juan José Martínez González. Psicólogo Asesor. Asesoría de Servicios Sociales. Dirección General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Carrera de San Jerónimo, 28. 28014 Madrid (España).
Correo electrónico: jjmg@once.es

José Luis González Sánchez. Psicólogo Asesor. Asesoría de Servicios Sociales. Dirección General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Carrera de San Jerónimo, 28. 28014 Madrid (España).
Correo electrónico: jlgs@once.es