



XI Congreso Nacional de Alzheimer CEAFA  
XV Congreso Iberoamericano de Alzheimer  
**Rompiendo fronteras**



# Mapa de recursos en España *“Proyecto MapEA”*

Dr D<sup>o</sup> Joaquín Escudero Torrella

Jefe de Servicio de Neurología

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Profesor Asociado. Universidad de Valencia





# Proyecto MapEA



Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España



## Revista Española de Geriatria y Gerontología

[www.elsevier.es/regg](http://www.elsevier.es/regg)



### ARTICULO ESPECIAL

# Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA



Pablo Martínez-Lage<sup>a,\*</sup>, Manuel Martín-Carrasco<sup>b,c</sup>, Enrique Arrieta<sup>d,e</sup>, Jesús Rodrigo<sup>f</sup> y Francesc Formiga<sup>c,g,h</sup>

<sup>a</sup> Centro de Investigación y Terapias Avanzadas, Fundación CITA-Alzheimer Fundazioa, San Sebastián, España

<sup>b</sup> Clínica Psiquiátrica Padre Menni, Grupo de demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría, Pamplona, España

<sup>c</sup> Grupo de demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría, España

<sup>d</sup> Centro de Salud de Segovia Rural, Grupo de Trabajo de Neurología de SERMERGEN, Segovia, España

<sup>e</sup> Grupo de Trabajo de Neurología de SERMERGEN, España

<sup>f</sup> Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias-CEAFA, Pamplona, España

<sup>g</sup> Programa de Geriatria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL), Grupo de demencias de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>h</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL)

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de julio de 2017

Aceptado el 27 de julio de 2017

On-line el 27 de octubre de 2017

### RESUMEN

**Introducción:** En el contexto actual de aumento de la esperanza de vida y progresivo envejecimiento de la población cabe esperar un incremento muy significativo del número de personas con deterioro cognitivo y demencia. No cabe duda que España se enfrenta a un reto de preocupantes dimensiones sociosanitarias en las próximas décadas. El proyecto «Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España» pretende analizar el estado actual de las herramientas de planificación y organización, actividades de

## 1. INTRODUCCIÓN

---

El Comité Asesor del proyecto, está conformado por 7 profesionales que incluyen especialistas en Geriátría, Medicina Familiar y Comunitaria, Psiquiatría, Neurología, Gerencia y Asociaciones de Pacientes

PROFESIONAL	PERFIL
<b>BELÉN GONZÁLEZ</b>	Especialista en Geriátría en el Servicio de Geriátría en el H.U. de Navarra. Coordinadora del grupo de demencias/Alzheimer de la SEGG.
<b>ENRIQUE ARRIETA</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de Segovia Rural (Segovia). Ex-Secretario del grupo de trabajo de neurología de SEMERGEN-AP.
<b>FRANCISCO JAVIER OLIVERA</b>	Especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Miembro del grupo de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM)
<b>JESÚS RODRIGO</b>	Director Ejecutivo de CEAFA. Miembro de la Junta Directiva de ADI. Presidente de Alzheimer Iberoamérica.
<b>JOAQUÍN ESCUDERO</b>	Especialista en Neurología y Jefe de Servicio de Neurología en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
<b>PABLO MARTÍNEZ-LAGE</b>	Especialista en Neurología. Director científico de la CITA-Alzhéimer Fundazioa (Donostia) e investigador principal del Proyecto Gipuzkoa Alzheimer.
<b>PALOMA CASADO</b>	Directora gerente del Hospital Universitario del Sureste (SERMAS). Ha sido subdirectora general de Humanización de la Asistencia, Bioética, Información y Atención al paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

## PARTICIPACIÓN EN LAS ENCUESTAS – CC.AA.

### PANEL DE EXPERTOS REGIONALES EN EA

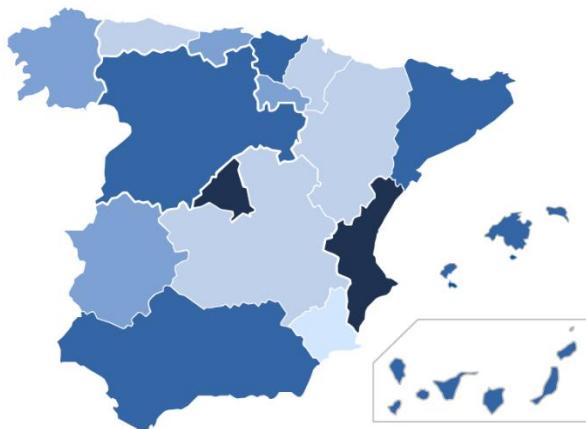
**138** expertos de las distintas CC.AA.  
han respondido el cuestionario

Participación  
(personas/CCAA)

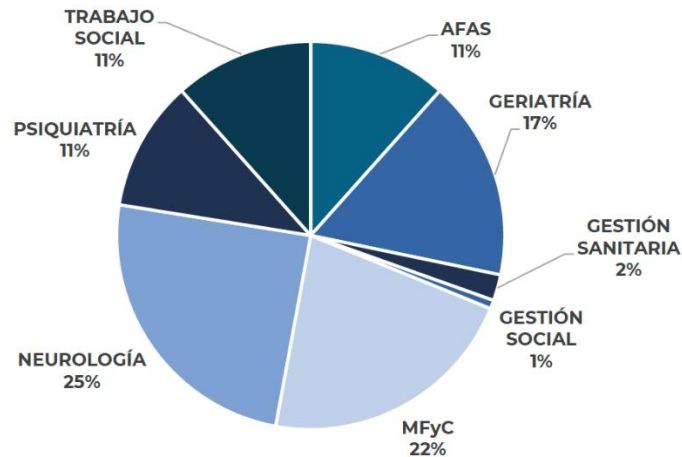
13



5



### Perfiles participantes



**ABREVIATURAS:** AFAS, Asociación de Familiares de Alzheimer; MFyC, Medicina Familiar y Comunitaria

**Fuente:** Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en:

## INTRODUCCIÓN (II)

A lo largo de este documento, se presentan los resultados obtenidos tras la revisión bibliográfica y el cuestionario online realizado a un **panel de expertos autonómicos en EA** sobre diversos aspectos relacionados con la gestión de la EA en las distintas Comunidades Autónomas.



### HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Se describen, revisan y analizan las herramientas de planificación y organización disponibles y en proceso de desarrollo, que incluyen planes de salud, estrategias y planes estratégicos, guías clínicas, protocolos, programas, herramientas de valoración inicial, entre otros.



### PROCESO ASISTENCIAL

Se describen, revisan y analizan los subprocesos que conforman el sistema, los niveles de atención y los perfiles involucrados, así como las interrelaciones entre ellos, destacando posibles retos y áreas de mejora.



### RECURSOS

Se describen, revisan y analizan los recursos estructurales y tecnológicos disponibles en las Comunidades Autónomas para abordar la gestión de la patología.

## 2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

---

## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

El análisis a nivel nacional muestra un **bajo nivel de conocimiento e implementación** tanto de **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud (2016)** como del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019 - 2023)**.

Desglose del grado de conocimiento e implementación por CC.AA.

CCAA	Estrategia en Enfermedades de Neurodegenerativas del SNS (2016)		Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019 - 2023)		Actualización de herramientas autonómicas (Años transcurridos desde la última actualización)
	Conocimiento	Implementación	Conocimiento	Implementación	
Andalucía					8 – 22 años
Aragón	Sin consenso*				7 – 18 años
Canarias					< 5 años
Cantabria	Sin consenso*				< 5 años
Castilla-La Mancha					6 – 13 años
Castilla y León					< 4 años
Cataluña					7 – 18 años
Comunidad de Madrid					< 5 años
C. Foral de Navarra					< 5 años
Comunidad Valenciana					< 5 años
Extremadura	Sin consenso*				< 5 años
Galicia					8 – 22 años
Islas Baleares					6 – 13 años
La Rioja					8 – 15 años
País Vasco					6 – 17 años
Principado de Asturias					< 5 años
Región de Murcia		Sin consenso*			< 5 años

NULO

BAJO

BAJO-MODERADO

MODERADO

ALTO

NOTA: El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal). \*No existe un consenso, ya que el mismo número de expertos encuestados opina que el grado de implementación y/o conocimiento es bajo y alto.

Fuente: Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en: <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>

## CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR: HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN



**No se han implementado** medidas específicas para EA directamente vinculadas con **Plan Integral del Alzheimer** ni con la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas**. Las estrategias en marcha están orientadas a otras enfermedades neurodegenerativas, y **no están explícitamente alineadas** con el desarrollo y objetivos del **Plan Integral de Alzheimer**.



Por ello, se pone de manifiesto la **necesidad de desarrollar iniciativas específicas para la EA a nivel autonómico**, alineadas con las directrices de los planes y estrategias nacionales.



La **percepción sobre las acciones** implementadas en las distintas CC.AA. muestra una **variabilidad considerable**, influida por el **perfil profesional y el nivel administrativo** de los participantes en la encuesta.

## CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR: HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN



**No se han implementado** medidas específicas para EA directamente vinculadas con **Plan Integral del Alzheimer** ni con la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas**. Las estrategias en marcha están orientadas a otras enfermedades neurodegenerativas, y **no están explícitamente alineadas** con el desarrollo y objetivos del **Plan Integral de Alzheimer**.



Por ello, se pone de manifiesto la **necesidad de desarrollar iniciativas específicas para la EA a nivel autonómico**, alineadas con las directrices de los planes y estrategias nacionales.



La **percepción sobre las acciones** implementadas en las distintas CC.AA. muestra una **variabilidad considerable**, influida por el **perfil profesional y el nivel administrativo** de los participantes en la encuesta.

## 3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

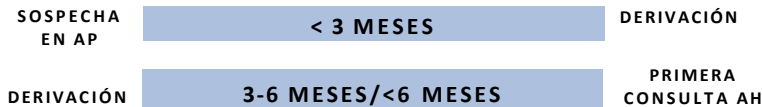
---

El proceso asistencial EA se divide en subprocesos que abordan etapas y aspectos específicos del manejo, garantizando atención integral y coordinada, uso eficiente de recursos y mejora calidad de vida de personas con EA y cuidadores.

<b>SUBPROCESO 0</b> Información, asesoramiento y apoyo	Subproceso <b>transversal</b> que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.
<b>SUBPROCESO 1</b> Primeros síntomas	Subproceso inicial de <b>detección de los primeros síntomas</b> del paciente, ya sea en su entorno familiar o social, así como en el entorno médico, tanto de atención primaria como hospitalaria.
<b>SUBPROCESO 2</b> Valoración del paciente	<b>Subproceso 2A:</b> Subproceso de <b>valoración inicial</b> , que abarca el manejo por parte del equipo integral de atención primaria. <b>Subproceso 2B:</b> Subproceso de <b>valoración hospitalaria</b> que abarca el manejo por parte del equipo de atención hospitalaria (unidades especializadas*, neurología, geriatría y psiquiatría).
<b>SUBPROCESO 3</b> Valoración diagnóstica	Subproceso <b>valoración diagnóstica</b> de pacientes. Incluye la batería de pruebas disponibles desde cada nivel asistencial.
<b>SUBPROCESO 4</b> Tratamiento	<b>Subproceso 4A:</b> Subproceso de <b>tratamiento farmacológico</b> . Incluye los circuitos de prescripción, renovación y control de medicación, así como los agentes implicados. <b>Subproceso 4B:</b> Subproceso de <b>tratamiento no farmacológico</b> y los agentes implicados.
<b>SUBPROCESO 5</b> Seguimiento	Subproceso de <b>seguimiento</b> de pacientes a lo largo de la evolución natural de la EA.
<b>SUBPROCESO 6</b> Cuidados paliativos	Subproceso sobre <b>cuidados paliativos</b> y su manejo en personas con EA.

### BARRERAS:

- **89%** identifican **falta de tiempo y/o conocimiento** profesionales sanitario
- **59%** **capacidad e infraestructuras sistema**
- **53%** **reticencia de pacientes y familias**



**65%** existe un protocolo de derivación desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **MEDIO**.

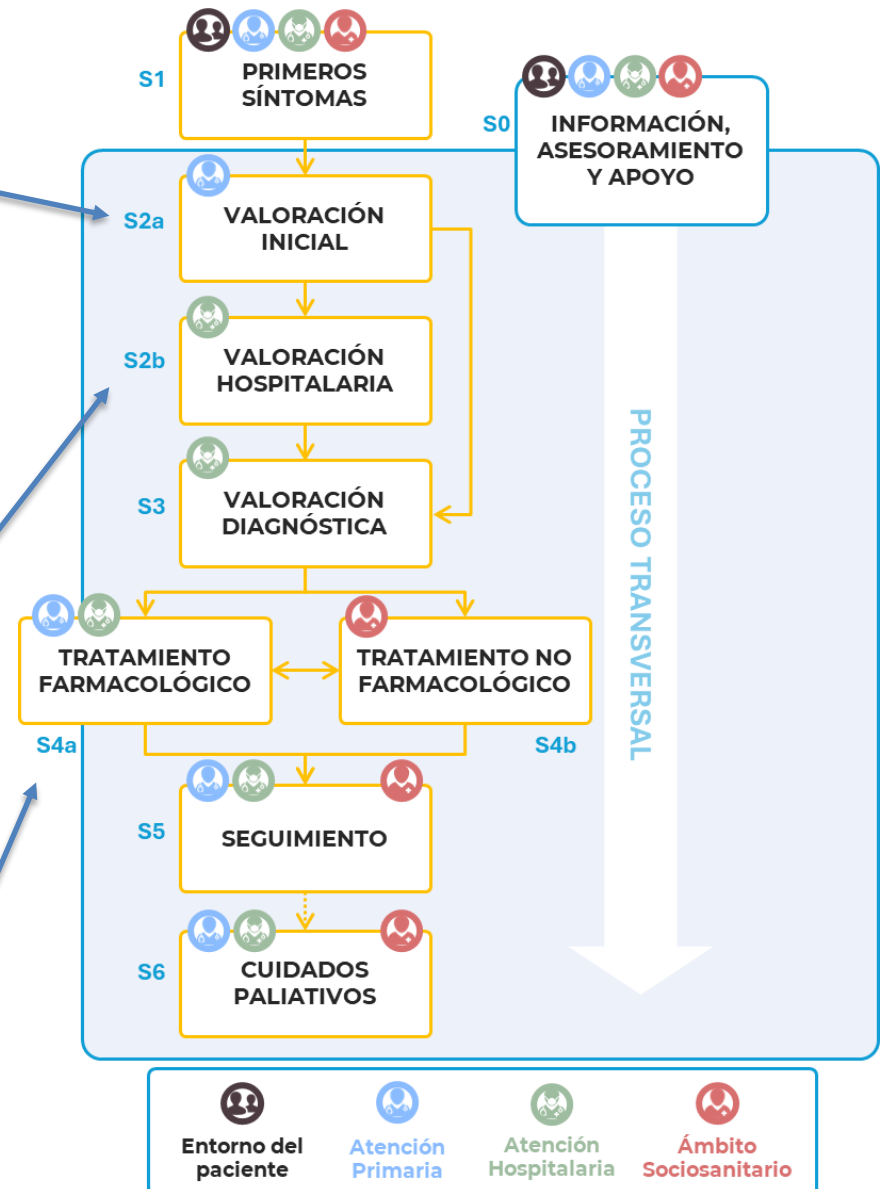
### Tratamiento farmacológico:

- **100%** indica que sobre todo lo inicia neurología

**Continuidad prescripción:** todos los profesionales sanitarios, habitualmente **medicina de familia**.

### LIMITACIONES:

**Existencia barreras burocráticas** (p. ej. visados), mejorar ccoordinación entre AP y AH con protocolos de seguimiento conjunto, reducir listas de espera



**PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 3: VALORACIÓN DIAGNÓSTICA**



**Acceso**



**Tiempos**

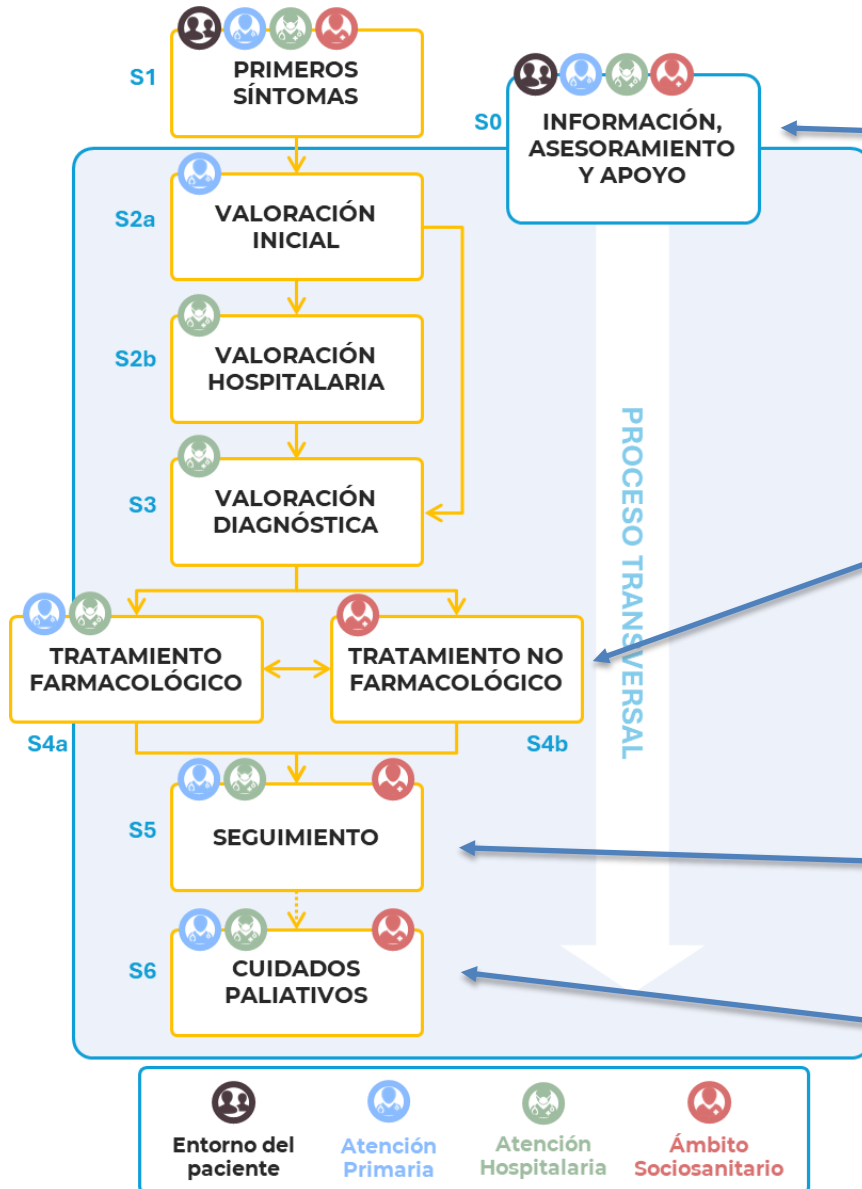
RM	TAC	LCR	PET AMILOIDE	APOE
<p><b>ALTO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>P. Asturias</i> y <i>Extremadura</i>, donde es <b>MEDIO</b>.</p>	<p><b>ALTO</b> en <b>todas</b> las CC.AA.</p>	<p><b>ALTO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>Cataluña, Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia</i> y <i>Navarra</i> (<b>MEDIO</b>).</p>	<p><b>ALTO:</b> <i>C. Valenciana, CAM, Aragón, CLM, Cantabria.</i> <b>MEDIO:</b> <i>CyL, Cataluña, Andalucía, Asturias, Baleares, Rioja, Murcia, Navarra.</i> <b>BAJO:</b> <i>Canarias.</i> <b>No Acceso:</b> <i>Galicia, PV, Extremadura*.</i></p>	<p><b>MEDIO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>CyL, PV, Baleares, CLM</i> y <i>Canarias</i>, donde es <b>ALTO</b>.</p>
<p><b>INADECUADO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>CyL Aragón, CLM</i> y <i>Murcia. Asturias, Extremadura</i> y <i>Rioja</i> <b>sin consenso.</b></p>	<p><b>INADECUADO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>Galicia, C. Val, CAM, País Vasco, Asturias</i> y <i>La Rioja. Cataluña, Aragón</i> y <i>Cantabria</i> <b>sin consenso.</b></p>	<p><b>ADECUADO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>La Rioja. Aragón, CLM, Canarias</i> y <i>Navarra</i> <b>sin consenso.</b></p>	<p><b>INADECUADO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>CAM, CLM. C. Val,</i> y <i>Cantabria. Asturias, Rioja</i> y <i>Navarra</i> <b>sin consenso.</b></p>	<p><b>INADECUADO</b> en <b>todas</b> las CC.AA. a excepción de <i>C. Val, Asturias, Cantabria</i> y <i>Murcia. Sin consenso</i> o <i>se desconoce</i> en <i>CAM, PV, Baleares, CLM, Extremadura, Rioja</i> y <i>Navarra.</i></p>

**ALTO:** 70% -100%; **MEDIO:** 30% - 69%; **BAJO:** 0%-29%

**NOTA:** Para determinar si los tiempos son adecuados o inadecuados, se ha considerado que más del 50% de los expertos encuestados debe coincidir en una de estas dos opciones

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** reducir los tiempos de espera para pruebas diagnósticas como RM, PET amiloide o biomarcadores en LCR, promover un diagnóstico integral mediante equipos multidisciplinares y valoraciones bio-psico-sociales, reforzar la formación en atención primaria y establecer protocolos estandarizados, aumentar los recursos humanos especializados y crear unidades específicas, y mejorar la coordinación sociosanitaria para garantizar un seguimiento eficiente y continuo.

## Rompiendo fronteras



**INSUFICIENTE** información dada en fases tempranas.

A excepción de Navarra, **INSUFICIENTE** el soporte **planificación anticipada** decisiones

No existe consenso sobre cuándo recomendar la planificación anticipada de decisiones ni el registro de últimas voluntades.

**Tratamientos disponibles:** talleres de memoria, estimulación cognitiva, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad, prevención y control de problemas de conducta

- **53%** consideran que las personas EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

**Seguimiento:** habitualmente **profesionales de AP**. **Periodicidad:** cada 6-12 meses, mayoritariamente, en AP y AH.

**FACILIDAD DE DERIVACIÓN**

Grado de cobertura para las personas con EA



BAJO

MODERADO

ALTO

## SUBPROCESO 5 – SEGUIMIENTO

### PRINCIPALES RESULTADOS SUBPROCESO 5: SEGUIMIENTO

El seguimiento y reevaluación de las personas con EA se realiza, principalmente, por los profesionales de **MFyC (78,4%)** y de **NEUROLOGÍA (77,5%)**.

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO:** un **17,6%** de los expertos encuestados identifica la **existencia de un protocolo específico** para el seguimiento de los pacientes. En general, los expertos encuestados afirman que el grado de conocimiento e implementación del protocolo es **BAJO**.

#### PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO:

- Pruebas de evolución clínica (**97,1%**).
- Valoración funcional (**95,1%**).
- Valoración del entorno del cuidador (**89,2%**).
- Valoración cognitiva (**88,2%**).

**PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA:** las funciones principales de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificadas por el **84,3%** de los profesionales sanitarios encuestados son el **manejo de los efectos adversos**, seguido de la **evaluación de la adherencia**, según el **75,5% de los expertos**. La derivación entre niveles asistenciales en esta etapa del proceso es **BAJA**.

### FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO, SEGÚN PERFIL

Perfil	<6 meses	>12 meses	6 - 12 meses	Otro
Neurología	5,9%	11,8%	73,5%	8,8%
Geriatría	26,1%	0,0%	73,9%	0,0%
Psiquiatría	40,0%	0,0%	53,3%	6,7%
Medicina familiar y comunitaria	50,0%	0,0%	36,7%	10,0%



Un **72%** de expertos afirman que esquema proceso asistencial ajusta con realidad su Comunidad Autónoma

En diferentes subprocesos refleja gran **heterogeneidad a nivel autonómico**, así como entre áreas asistenciales, que **pueden existir distintas rutas asistenciales** para diagnóstico, tratamiento y seguimiento entre las distintas CC.AA

Frente al proceso asistencial del MapEA (2017), **se ha añadido un proceso transversal de información**, asesoramiento y apoyo al paciente, que se mantiene a lo largo de todo el recorrido



## PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL

### CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL (I)



Falta de consenso y planificación en torno a la toma anticipada de decisiones y registro de últimas voluntades, pero apenas se refleja en respuestas de campo abierto. Sugiere una posible **normalización del problema o escasa conciencia sobre su relevancia**, lo que podría limitar su abordaje como prioridad en las políticas y prácticas asistenciales



**Escasa integración de los protocolos en los sistemas de información**, especialmente en la historia clínica electrónica. **Limita gravemente su implementación**. Aunque existan protocolos, se ven obstaculizados cuando no están automatizados, ni accesibles desde las herramientas habituales del entorno asistencial



Fundamental distinguir entre **falta de protocolos para el diagnóstico** y la **ausencia de protocolos para el seguimiento**. Necesidades diferenciadas que exigen enfoques específicos: el diagnóstico permite una identificación temprana, el seguimiento asegura una atención continuada y adaptada a cada etapa de la evolución de la EA, garantizando así una intervención de calidad



Establecer **mecanismos claros de derivación entre los distintos niveles asistenciales** en cada etapa proceso. Puede incluir el **fast-track** o la **derivación directa** desde neurología general a consultas especializadas, para garantizar un acceso rápido y equitativo a la atención especializada.

## PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL

### CONCLUSIONES DEL COMITÉ ASESOR SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL (II)



Al basarse en opinión de expertos, la información recogida de uso de pruebas diagnósticas puede estar sesgada. La percepción de profesionales podría no reflejar **completamente la realidad de la aplicación de dichas pruebas** en todos los niveles asistenciales



La **deprescripción en edades avanzadas** es un tema que apenas se menciona en el informe. No obstante, desde el Comité Asesor se destaca su importancia como una barrera clave, estrechamente relacionada con el proceso de seguimiento



El Comité Asesor señala que las **herramientas de valoración cognitiva** usadas tanto en **atención primaria como hospitalaria son idénticas** y están desactualizadas. Esto puede generar duplicidades que retrasan el diagnóstico.



En el proceso asistencial se evidencia **falta significativa de estrategias preventivas** en el abordaje de la enfermedad. Esta carencia no ha sido mencionada, lo que subraya la necesidad urgente de incorporar la prevención como pilar fundamental en atención a la EA.



Por último, se debe considerar el papel de **expectativas del paciente en la atención y el seguimiento**. Pueden influir en la toma de decisiones y en la adherencia a los tratamientos y protocolos establecidos.

## 4. RECURSOS DISPONIBLES

---

Desde MapEA 2017, **todas las CC.AA.** han aumentado sus **recursos tecnológicos**

CC.AA.	TAC		RM		SPECT		PET	
	2017	2024	2017	2024	2017	2024	2017	2024
Andalucía	127	159	67	110	6	31	4	18
Aragón	22	28	12	20	4	7	1	4
P. de Asturias	17	22	13	18	0	4	3	4
Islas Baleares	21						2	2
Canarias	33						3	5
Cantabria	9						1	2
Castilla y León	43						1	6
CLM	36						1	3
Cataluña	98						7	27
C. Valenciana	87						12	16
Extremadura	24						1	1
Galicia	53						3	7
C. de Madrid	105						17	24
R. de Murcia	24	31	19	22	5	4	2	4
Navarra	13	14	8	12	2	4	2	3
País vasco	37	46	22	37	3	7	5	8
La Rioja	5	6	4	5	2	1	1	1
<b>Total nacional</b>	<b>754</b>	<b>924</b>	<b>559</b>	<b>803</b>	<b>91</b>	<b>185</b>	<b>66</b>	<b>135</b>

TAC de 754 a 924 (+23 %)  
 RM de 559 a 803 (+44 %)  
 SPECT de 91 a 185 (+103 %)  
 PET de 66 a 135 (+105 %)



A pesar de estas mejoras, los profesionales sanitarios consideran que es necesario **maximizar el uso de las máquinas** y los **profesionales** disponibles.

## Distribución autonómica recursos disponibles para EA en España. Unidades Especiales



**108 Consultas monográfica de demencias** para las 17 CC.AA, además de los  
**30 EAIA-TCs** en Cataluña

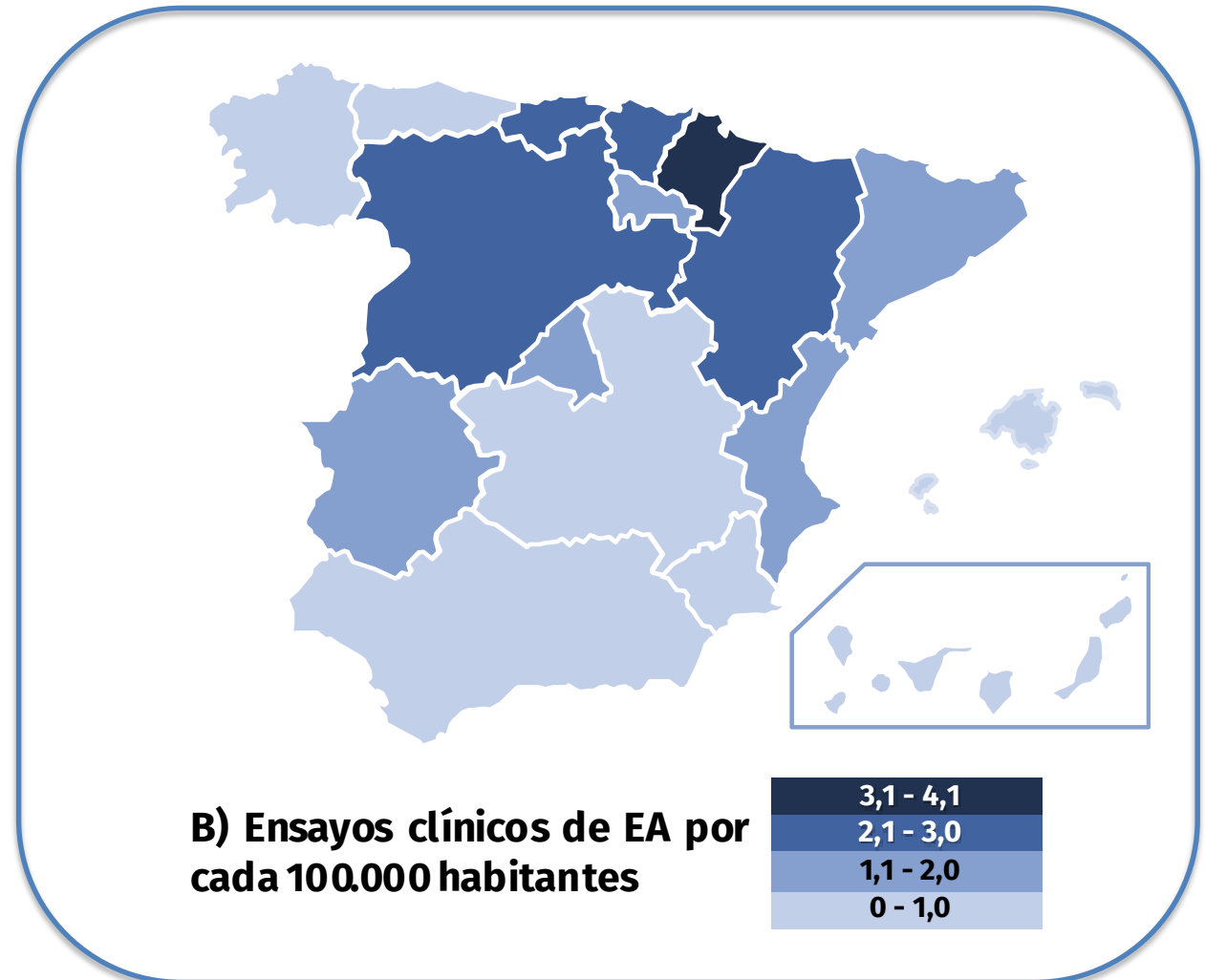
Ausencia de **registro nacional sobre consultas monográficas** dificulta  
conocer su existencia y funcionamiento en las distintas CC.AA

La **ausencia de una actitud común frente a la psicogeriatría** a nivel  
nacional genera disparidades territoriales



**108 Consultas monográficas de demencias y 30 EAIA-TCs** en Cataluña

## Distribución autonómica de recursos disponibles para EA en España. Ensayos clínicos



Avances en innovación para EA: **biomarcadores en sangre y LCR**  
(experiencias destacadas en Galicia, Cantabria y Cataluña)  
**inteligencia artificial y terapias no farmacológicas**

**139 Ensayos Clínicos en marcha y 33 Institutos de investigación Acreditados**

## Distribución autonómica recursos disponibles para EA en España

### PLAZAS MIR

- **190** plazas para **NEUROLOGÍA**, **332** para **PSIQUIATRÍA**, **126** para **GERIATRÍA** y **2.526** para **MFyC** en el año **2024**
- **Oferta de recursos formativos:** que el **grado de formación de los profesionales sanitarios** que participan en el manejo de la EA es **MEDIO**

### RECURSOS DE APOYO A PACIENTES Y FAMILIARES

AFAs ofrecen numerosos recursos y servicios profesionales de apoyo a pacientes y familiares.



CEAFA compuesta por 19 entidades a nivel autonómico y + **300 AFAS a nivel local**

Desde las AFAs, solo **27%** consideran que se tienen en cuenta sus opiniones, mientras que el **67%** afirma que su opinión no se tiene en cuenta. El **7%** lo desconoce.



**Retrasos en las derivaciones a recursos sociosanitarios:** el **81 %** de los expertos señala que no se realizan o se hacen demasiado tarde.

## RETOS IDENTIFICADOS - preguntas de campo abierto

### COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL



**Insuficiente coordinación y colaboración entre niveles asistenciales y entre las distintas especialidades, así como con los servicios socio-sanitarios**

### DIAGNÓSTICO TEMPRANO



**Sobrecarga asistencial y largos tiempos de espera para el acceso a consulta**

### INFORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOCIAL



**Reticencia de personas con EA y familias, que genera problemas para la detección de síntomas en fases tempranas.**

### FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EA A PROFESIONALES



**Formación sobre valoración quejas cognitivas, utilización de pruebas, seguimiento, manejo comorbilidad, complicaciones y síntomas conductuales**

## RETOS IDENTIFICADOS - preguntas de campo abierto

### RECURSOS ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN A LA EA



Falta de personal especializado en el manejo de la EA



Falta de recursos específicos (plazas en centros de día, residencias...)



Falta de sensibilización, formación y recursos para garantizar cuidados paliativos adecuados en etapas avanzadas



Limitaciones en el acceso a consultas especializadas para atender la demanda de personas con EA

### TRATAMIENTO



Limitaciones en el acceso a tratamientos no farmacológicos



Barreras burocráticas para los tratamientos farmacológicos

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

## RECOMENDACIONES IDENTIFICADAS - preguntas de campo abierto (I)

### COORDINACIÓN, PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL



**Fortalecer la colaboración socio-sanitaria**



**Reforzar la colaboración entre atención primaria y hospitalaria, favoreciendo la creación de equipos multidisciplinares**



**Establecer guías y protocolos específicos para derivación entre niveles asistenciales**



**Establecer guías y protocolos específicos para derivación entre profesionales (diagnóstico, seguimiento, final de la vida)**

### DIAGNÓSTICO TEMPRANO



**Optimizar el proceso diagnóstico mediante mejor organización realización pruebas especializadas, maximizando uso recursos disponibles y aumentando acceso herramientas diagnósticas (ej. RM, neuropsicológica, biomarcadores...)**

**Nota:** Se han tenido en cuenta aquellos retos/áreas de mejora que, en las preguntas de campo abierto, se repiten en  $\geq 4$  CCAA.

## RECOMENDACIONES IDENTIFICADAS - preguntas de campo abierto (II)

### INFORMACIÓN Y CONCIENCIACIÓN SOCIAL



**Informar personas con EA y familiares sobre disponibilidad de recursos de apoyo social y comunitario públicos, privados y concertados para mayor acceso a todos ellos a lo largo de la enfermedad**

### FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE EA A PROFESIONALES



**Aumentar la formación sobre deprescripción, seguimiento y manejo de las complicaciones**



**Capacitar y concienciar a los profesionales de la salud sobre el impacto de la enfermedad en los cuidadores**

**Nota:** Se han tenido en cuenta aquellos retos/áreas de mejora que, en las preguntas de campo abierto, se repiten en  $\geq 4$  CCAA.

**Fuente:** Eli Lilly and Company. (2025). *Enfermedades neurodegenerativas*. Disponible en: <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>

## RECOMENDACIONES IDENTIFICADAS - preguntas de campo abierto (II)

### RECURSOS ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN A LA EA



**Ampliar la oferta recursos específicos dedicados al cuidado de las personas con EA (plazas en centros de día, residencias, atención domiciliaria etc.)**



**Ampliar las consultas monográficas y especializadas en EA**



**Aumentar dotación de profesionales sanitarios capacitados para detección temprana de las demencias y reajustar la distribución de las agendas**

### TRATAMIENTO



**Ampliar el acceso a terapias no farmacológicas para garantizar que todos los pacientes puedan beneficiarse de estas intervenciones**

# Conclusiones

- El MapEA 2024 muestra **avances relevantes** en el abordaje de la EA en España, especialmente en el desarrollo de **políticas estratégicas**, la mejora de la **capacidad diagnóstica** y el impulso a la **investigación**
- Hay importantes **desafíos** en la **implementación efectiva** de estos **avances**, con notables **desigualdades territoriales**, dificultades de **coordinación** entre niveles asistenciales y limitaciones en el **acceso a recursos clave**, humanos y materiales.
- La **atención integral** y centrada en la **persona** sigue siendo un objetivo pendiente, que requiere reforzar formación de profesionales, mejorar integración de servicios sanitarios y sociales, y garantizar el acompañamiento a las familias y cuidadores
- Es imprescindible seguir avanzando en estudio de enfermedad, desarrollo de **modelos asistenciales más eficientes** y implementación de iniciativas que permitan mejorar **resultados en salud** y **calidad de vida** de los pacientes

**Nota:** Se han tenido en cuenta aquellos retos/áreas de mejora que, en las preguntas de campo abierto, se repiten en  $\geq 4$  CCAA.



**Gracias por su Atención**

[escudero\\_joa@gva.es](mailto:escudero_joa@gva.es)

**XI CONGRESO NACIONAL DE ALZHEIMER CEAFA**

**XV CONGRESO IBEROAMERICANO DE ALZHEIMER**

**“Rompiendo fronteras”**