



# Proyecto MapEA



PAÍS VASCO

Este informe recopila los resultados de una encuesta online realizada a un panel multidisciplinar de expertos de País Vasco sobre la **gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA)** y una revisión bibliográfica. Los resultados de la encuesta revelan que **no se observan grandes cambios a lo largo del proceso asistencial respecto a las áreas de mejora identificadas en MapEA (2017)**.

## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

### Nivel de Implementación de las herramientas nacionales

Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)



Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS



### Nivel de conocimiento de las herramientas nacionales



**100%** de los expertos encuestados desconocen el departamento responsable.

### Grado de actualización de las herramientas regionales

**Más de mitad de las herramientas** identificadas en País Vasco han sido **actualizadas** en los **últimos cuatro años**.

## RECURSOS TECNOLÓGICOS

*\*Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, no de perfiles generales donde el acceso y uso puede ser más bajo.*

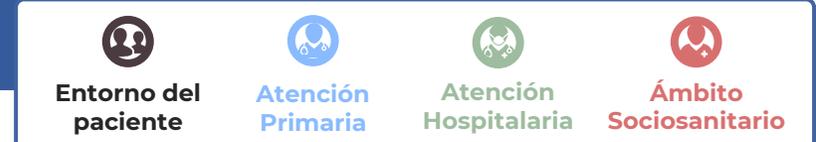
RM		TAC		LCR		PET AMILOIDE		TEST GENÉTICO APOE		NEURO-PSICOLOGÍA
ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO	TIEMPOS	ACCESO
<b>71%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>77,6%</b> de personas con sospecha.	1 mes ( <b>40%</b> ) y >3 meses ( <b>40%</b> ); <b>inadecuado</b> según el <b>60%</b>	<b>86%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>50,17%</b> de personas con sospecha.	<1 mes ( <b>33%</b> ); <b>adecuado</b> según el <b>67%</b>	<b>100%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>17,2%</b> de personas con sospecha.	1-2 meses ( <b>40%</b> ); 2 - 3 meses ( <b>40%</b> ); <b>adecuado</b> por el <b>80%</b>	Los profesionales no tienen acceso a la prueba.	N/A	<b>80%</b> de los profesionales. Se realiza al <b>10%</b> de personas con sospecha.	>3 meses ( <b>50%</b> ); <b>inadecuado</b> por el <b>50%</b>	<b>50%</b> de los encuestados afirman tener acceso a valoraciones neuropsicológicas.

**PRINCIPALES LIMITACIONES EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:** *largos tiempos de espera* (TAC, RM, LCR, ApoE), *perfil restringido* (ApoE en ensayos clínicos), *resistencia a procedimientos invasivos* y *el difícil acceso a la zona de punción* (LCR).

En comparación con 2017, el País Vasco ha experimentado un **incremento** en los recursos tecnológicos de salud: el número de **TACs** ha aumentado de **37** a **46**, la **RMs** de **22** a **37**, los **SPECT** de **3** a **7**, y los **PET** de **5** a **8**. Los profesionales sanitarios consideran que es necesario maximizar el uso de las máquinas y los profesionales disponibles.



# RESUMEN EJECUTIVO – PROCESO ASISTENCIAL

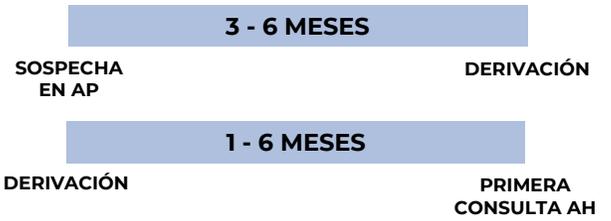


País Vasco



**BARRERAS:** **100%** de los expertos identifican la falta de tiempo y/o conocimiento de los profesionales sanitarios; **56%** de los expertos identifican problemas en la capacidad e infraestructuras del sistema, y el rechazo y la concienciación.

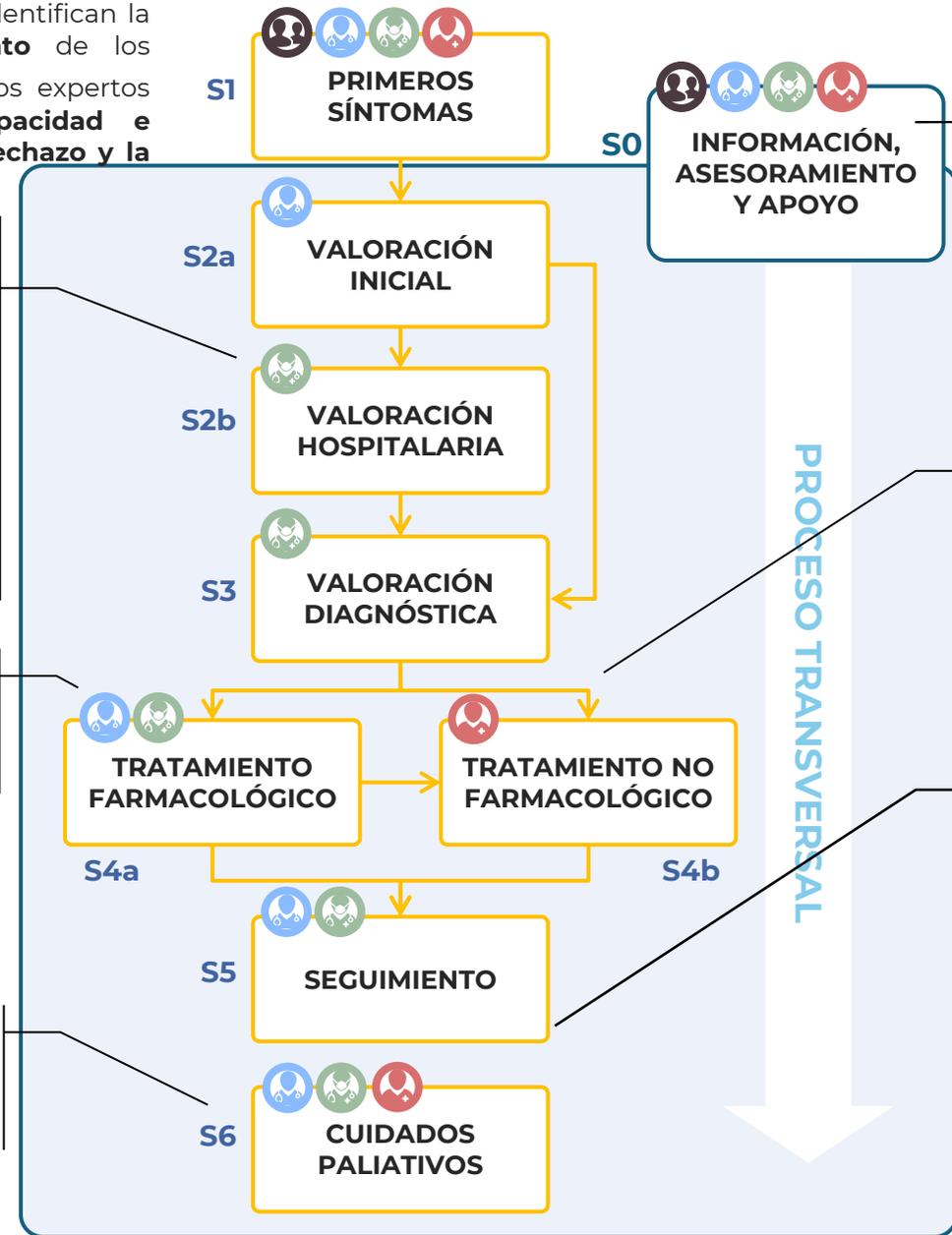
**57%** de los profesionales indican que existe un protocolo de derivación desde AP hacia neurología o geriatría. El grado de conocimiento es **MEDIO**.



**Inicio tratamiento farmacológico:** neurología, principalmente.  
**Continuidad prescripción:** todos los profesionales sanitarios, habitualmente neurología.

**LIMITACIONES:** existencia de barreras burocráticas (p. ej. visados).

Grado de cobertura para las personas con EA:

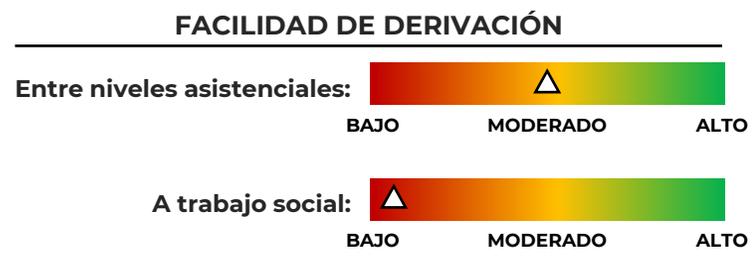


**56%** de expertos consideran **INSUFICIENTE** la información dada en fases tempranas.  
**78%** de los expertos consideran **INSUFICIENTE** el soporte en la **planificación anticipada** de decisiones.

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

**Tratamientos disponibles:** talleres de memoria, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad y estimulación cognitiva.  
 Un **56%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

**Seguimiento:** habitualmente **profesionales de neurología**.  
**Periodicidad:** <6 meses en AP; cada 6-12 meses en AH.



Además de las **limitaciones propias del sistema sanitario** en lo relativo a la falta de recursos materiales y humanos, la elevada carga asistencial y el limitado tiempo en consultas, etc., se han identificado una serie de **retos y recomendaciones enfocados a la mejora del abordaje de la EA en País Vasco**.



## Retos y áreas de mejora



**Recursos específicos** para **personas jóvenes** (45-65 años).



**Formación y especialización de los profesionales sanitarios** en Alzheimer.



**Coordinación** entre **servicios sociales y sanitarios**.



**Escasez de geriatras** y otros profesionales especializados en demencia.



Limitaciones en el **proceso diagnóstico** y falta de implementación de los biomarcadores.



**Apoyo integral** a pacientes y cuidadores.



## Recomendaciones



Mejorar la **oferta de recursos para la atención integral a personas jóvenes (45-65 años) con EA** teniendo en cuenta las necesidades que pueden existir en este tipo de personas.



Incrementar la **formación de los profesionales sanitarios**, incluyendo enfermería, para detección y seguimiento.



Aumentar los **recursos específicos para el diagnóstico temprano** de la EA y maximizar el uso de los mismos.



Mejorar la **coordinación entre servicios sanitarios y sociales**.



Ampliar las **Unidades de Memoria** y los recursos sociales.



Crear **comisiones y grupos de trabajo** para atención integral especializada.

1. INTRODUCCIÓN
2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN
3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE
4. RECURSOS DISPONIBLES
5. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES
6. GLOSARIO
7. ANEXOS

# 1. INTRODUCCIÓN

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



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 de País Vasco** sobre diversos aspectos relacionados con la gestión de la enfermedad de Alzheimer (EA) en esta Comunidad Autónoma.



## 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.



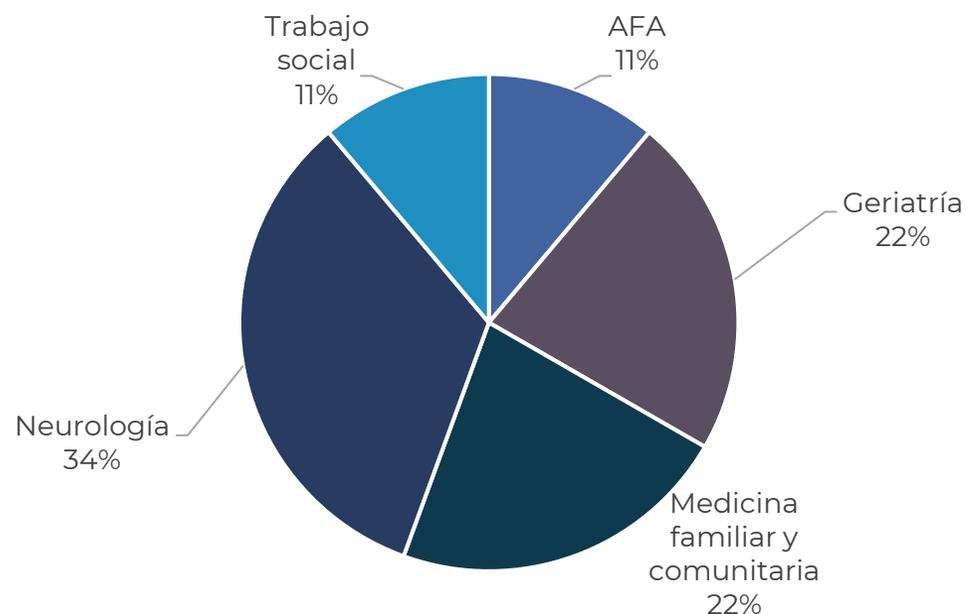
## RECURSOS

Se describen, revisan y analizan los recursos estructurales y tecnológicos disponibles en la Comunidad Autónoma para abordar la gestión de la patología.

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). 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.

La información que se presenta a continuación se ha recogido a partir de **fuentes públicas y mediante la realización de un cuestionario online** a un panel de expertos multidisciplinar. Algunas de las preguntas se han dirigido a perfiles concretos en función de su área de conocimiento y responsabilidad.



A lo largo de toda la presentación, se utilizará la siguiente nomenclatura para referirse a los distintos perfiles que conforman el panel de expertos:

- **Expertos encuestados:** todos los perfiles que conforman el panel.
- **Profesionales sanitarios:** medicina familiar y comunitaria, psiquiatría, geriatría, neurología.
- **Profesionales de atención hospitalaria:** geriatría, neurología, psiquiatría.
- **Profesionales de atención primaria:** medicina familiar y comunitaria.

PANEL DE EXPERTOS		
PROFESIONAL	PERFIL	CENTRO
Marisa Ortigosa Chasco	<b>AFA</b>	Dir. Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Alzheimer y otras demencias de Gipuzkoa (AFAGI)
Kevin O'Hara Veintimilla	<b>Geriátría</b>	Responsable Unidad de Psicogeriatría Hospital Ricardo Bermingham
Enrique Arriola Manchola	<b>Geriátría</b>	Hospital Bermingham - Fundación Matia. Unidad de Memoria y enfermedad de Alzheimer.
Miren Martínez Elgarresta	<b>Medicina familiar y comunitaria</b>	Ambulatorio de Santutxu-Solokoetxe, Bilbao
Cristina Herrero Méndez	<b>Medicina familiar y comunitaria</b>	Centro de salud de Lutxana, Barakaldo
Johanne Hatteland Somme	<b>Neurología</b>	Hospital Universitario de Cruces
Cristóbal Gurutz Linazasoro	<b>Neurología</b>	Policlínica Guipuzcoa
Alazne Gabilondo López	<b>Neurología</b>	Responsable Unidad de Memoria y Alzheimer. Hospital Ricardo Bermingham
Miren Antxone Viña García	<b>Trabajo social</b>	Trabajadora Social. Krisalidacoaching. Errukilan.

## 2. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



Se han identificado varias herramientas de planificación y organización a nivel nacional que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo en España. Los expertos han valorado su grado de implementación en **País Vasco**, así como el grado de conocimiento sobre dichas herramientas por parte de los profesionales sanitarios implicados en el manejo de la EA.

## NACIONAL

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN EN PAÍS VASCO	GRADO DE CONOCIMIENTO EN PAÍS VASCO
Manual para el entrenamiento y apoyo de cuidadores de personas con demencia	2022	Ministerio de Sanidad   CEFA	MODERADO	BAJO
Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)	2019	Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	BAJO - MODERADO	BAJO
Guía oficial de práctica clínica en Demencia*	2018	Sociedad Española de Neurología	MODERADO-ALTO	BAJO-MODERADO-ALTO
Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud	2016	Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	MODERADO	BAJO
Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores y Dependientes	2013	Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología	MODERADO	BAJO

## GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES HERRAMIENTAS NACIONALES DE EA EN LA PAÍS VASCO

**77%**

de los expertos encuestados consideran como **BAJO-MODERADO** el nivel de implementación del **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias**.

**56%**

de los expertos consideran como **BAJO** el nivel de implementación de la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud**.

**NOTA:** El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal).

\*No hay consenso entre los diferentes perfiles.

## IMPLEMENTACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN NACIONALES EN LA PAÍS VASCO

- Los expertos encuestados indican un **conocimiento limitado** del ***Plan Integral de Alzheimer y Otras Demencias (2019-2023)*** y de la ***Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del SNS*** en el País Vasco.
- En la mayoría de los casos, no se conocen documentos oficiales ni se han impulsado acciones específicas para implementar estos planes.
- Solo algunos de los expertos mencionan una colaboración puntual de entidades como la **Fundación CITA-Alzheimer**, la **Fundación Matia**, y el **Instituto Biodonostia**, pero estas iniciativas son aisladas y no representan una tendencia general.
- Además, la falta de difusión de estos planes limita el acceso a los recursos y protocolos necesarios, en detrimento de las personas con EA.
- Uno de los expertos encuestados indica la existencia de un programa con objetivos/acciones específicas relacionadas con la EA, a través de Osabide.

Se han identificado varias herramientas de planificación y organización en **País Vasco**, que establecen el marco de actuación para el manejo de las demencias y el deterioro cognitivo a nivel regional. Los expertos encuestados, además, han evaluado el grado de implementación y de conocimiento de estas herramientas entre los profesionales involucrados en el manejo de estas patologías.

## PAÍS VASCO

HERRAMIENTA	AÑO	RESPONSABLE	GRADO DE IMPLEMENTACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO
<b>Guía informativa dirigida a familiares de personas con demencia (AFARABA)</b>	<b>2023</b>	<b>AFARABA</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Plan de salud Euskadi 2030	<b>2023</b>	Departamento de Salud	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>Caminando en la memoria (2022). Memoria AFARABA</b>	<b>2022</b>	<b>AFARABA</b>	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi (2021-2024)	<b>2021</b>	Departamento de Salud	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi	<b>2019</b>	Departamento de Salud	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
<b>Guía para una vivienda amigable con las demencias</b>	<b>2019</b>	<b>Matia Instituto</b>	<b>BAJO</b>	<b>BAJO</b>
Plan de atención a las personas mayores (PAM)	<b>2019</b>	Osakidetza	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Plan de atención integral al paciente mayor	<b>2019</b>	Osakidetza	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Guía Farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos	<b>2012</b>	Departamento de Sanidad y Consumo	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Cuidados Paliativos Araba. Proceso Asistencial Integrado	<b>2012</b>	Osakidetza	<b>MODEERADO</b>	<b>BAJO</b>
Estrategia vasca de envejecimiento activo (2015-2020)	<b>2015</b>	Departamento de Empleo y Políticas Sociales	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Plan estratégico de personas mayores de Bizkaia	<b>2013</b>	Departamento de Acción Social	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>
Manual de Terapéutica en atención primaria	<b>2006</b>	Departamento de Sanidad	<b>MODERADO</b>	<b>BAJO</b>

## ESTADO ACTUAL DE LAS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En el País Vasco, **todos los expertos encuestados afirman que desconocen** quién es el departamento responsable de las herramientas de planificación disponibles para el tratamiento de EA en la Comunidad Autónoma.

**Más de mitad de las herramientas** identificadas en País Vasco han sido **actualizadas** en los **últimos cuatro años**.

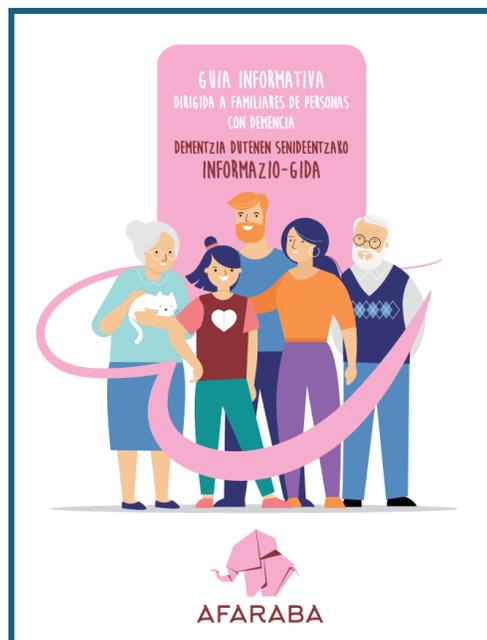
Otras herramientas de planificación y organización identificadas por los profesionales encuestados son:

- *Estrategia Vasca con las Personas Mayores 2021-2024.*
- **Guía para el buen cuidado de las personas con Alzheimer u otras demencias - AFAGI (2021).**
- *La atención gerontológica centrada en la persona (2011).*

**NOTA: Se resaltan aquellos planes específicos para EA/demencia.**

El grado de implementación y conocimiento se ha obtenido como la respuesta más frecuente dentro del conjunto de resultados (valor modal).

## 1. GUÍA INFORMATIVA DIRIGIDA A FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA (AFARABA)



### AFARABA

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

La **Guía informativa dirigida a familiares de personas con demencia (AFARABA)** es un recurso diseñado para apoyar a los cuidadores y familiares de personas que padecen demencia, brindándoles información práctica y emocional para afrontar los retos asociados a esta condición.

La guía ofrece orientación sobre el desarrollo y las fases de la demencia, ayudando a los familiares a comprender mejor los cambios cognitivos y conductuales en sus seres queridos.

También aborda aspectos como el **manejo de síntomas**, estrategias para mejorar la **comunicación**, y recomendaciones para el **cuidado diario**, promoviendo un ambiente seguro y confortable.

Además, incluye **consejos sobre autocuidado para los cuidadores** y proporciona información sobre **servicios y recursos disponibles** en la comunidad para apoyar a las familias en el proceso de cuidado.

### + Líneas estratégicas

1. *El cerebro y la demencia*
2. *Conocer y comprender la demencia.*
3. *Consecuencias de estas enfermedades y alternativas.*
4. *La comunicación en las personas con demencia.*
5. *El domicilio.*
6. *El plan de cuidados.*
7. *Respuestas de tipo social.*
8. *Marco normativo de derechos.*
9. *¿Qué es AFARABA?*

## 2. PLAN DE SALUD EUSKADI 2030



Departamento de Salud

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

El **Plan de Salud de Euskadi 2030** busca construir una Euskadi más saludable, impulsando políticas inclusivas y colaborativas en salud pública. Su **objetivo** es mejorar el bienestar y la calidad de vida de toda la población mediante un enfoque de "Salud en Todas las Políticas", en el que participan sectores públicos, privados y la ciudadanía. Además, se adapta a los requerimientos de la futura Ley de Salud Pública de Euskadi, integrando objetivos específicos y líneas estratégicas para enfrentar retos actuales y futuros en salud. El plan también incorpora un sistema de gobernanza y evaluación para asegurar la transparencia y la mejora continua de sus resultados.

En concreto, dentro del **objetivo general 2**, centrado en mejorar la salud de la población y reducir la morbimortalidad, la EA aparece como una de las diez principales causas de muerte prematura en España. Por ello, este objetivo busca promover hábitos saludables, prevenir riesgos, mejorar la atención equitativa y de calidad para enfermedades como la demencia, y coordinar los servicios sanitarios y sociales para una respuesta integral y efectiva.

Asimismo, el **objetivo general 3** busca promover un envejecimiento saludable y pleno mediante un enfoque integral e interdisciplinar en la atención sanitaria y social, asegurando que las **personas de 65 años o más con diagnóstico de demencia** reciban una **cobertura adecuada** que responda a sus necesidades específicas.

### + Objetivos y líneas estratégicas del plan de salud

- **O.G. 1:** Lograr que las niñas, niños y adolescentes nazcan, crezcan y se desarrollen con todo su potencial de salud.
- **O.G. 2:** Mejorar la salud y reducir la morbimortalidad.
- **O.G. 3:** Conseguir un envejecimiento orientado al enfoque de vida plena.
- **O.G. 4:** Lograr la sostenibilidad y excelencia en términos de calidad, humanización y seguridad en los sistemas asistenciales sanitarios y sociosanitarios de Euskadi.
- **O.G. 5:** Fortalecer el Sistema de Salud Pública para hacer frente a los actuales y los nuevos retos.
- **O.G. 6:** Crear y desarrollar entornos y comunidades saludables, sostenibles y resilientes y responder al cambio climático.
- **O.G. 7:** Invertir en la investigación y la innovación en Euskadi y su aplicación para la mejora de los sistemas que inciden en la salud.

## 3. CAMINANDO EN LA MEMORIA (2022). MEMORIA AFARABA



### AFARABA

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

La misión de AFARABA es la de contribuir al bienestar de las personas con EA y otras demencias afines y al de sus familiares y cuidadores.

En la Memoria de Actividades 2022, AFARABA celebra sus 30 años de compromiso con las personas afectadas por la EA otras demencias, junto con un evento especial en el Día Internacional del Alzheimer. Se destaca la labor de los fundadores y se agradece a los equipos profesionales, voluntarios, la Junta Directiva y los asociados por su dedicación.

### + Información que incluye la Memoria 2022

- **Programas de intervención disponibles:**
  - *servicio de intervención social con familias;*
  - *programa de asesoramiento psicoeducativo para familiares de personas con deterioro cognitivo, alzheimer o demencia;*
  - *grupos de apoyo dirigidos a familiares, talleres y cursos; actividades de ocio y convivencia.*
- **Programas de intervención a personas con deterioro cognitivo leve o demencia:**
  - *haize berri; programa de psicoestimulación “dale al on”;*
  - *programa de psicoestimulación “montessori”;*
  - *programa de psicoestimulación “banoa”.*
- **Programas de intervención sociocomunitaria:**
  - *programas de intervención en el medio rural “municipios activos con el alzheimer”;*
  - *programa de voluntariado “zurekin”;*
  - *programa de detección temprana y prevención del deterioro cognitivo “hada”;*
  - *divulgación y sensibilización.*

## 4. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE EUSKADI (2021-2024)

### Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024



*“Haciendo camino entre todas y todos”*

Departamento de Salud

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

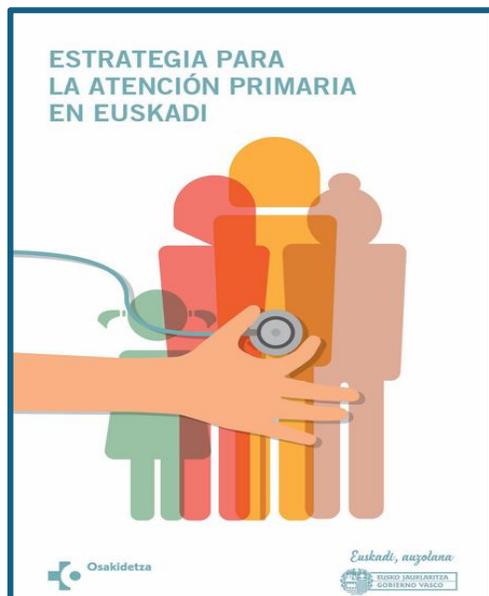
La **Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024** continúa la labor iniciada en los últimos 25 años. Su **objetivo** es implementar una **atención primaria sociosanitaria** eficiente y eficaz en toda Euskadi, alineando el plano organizativo con el asistencial. La estrategia propone alinear los intereses de los tres niveles de gestión (macro, meso y micro) para mejorar las respuestas a las necesidades de los colectivos diana, promoviendo la participación ciudadana y del tercer sector en su desarrollo. En este proceso, se busca atender de manera integral las necesidades sociales y sanitarias de la población.

Esta estrategia busca ofrecer una atención integral y respetuosa con el proyecto de vida de las personas, desde un enfoque sostenible. Su **visión** es garantizar el bienestar de la población a través de un **sistema de cuidados coordinado** y local. Se basa en valores de **dignidad** y **solidaridad**, orientados al bien común.

### + Líneas transversales

- **L1. Equidad:** busca garantizar que todas las personas alcancen su máximo bienestar, independientemente de sus circunstancias sociales. Implica asignar recursos según las necesidades de cada colectivo para reducir las desigualdades injustas.
- **L2. Género:** tradicionalmente, las mujeres han asumido los cuidados no remunerados en el hogar, y la integración de la mujer en el mercado laboral ha obligado a replantear la distribución de responsabilidades de manera más equitativa y sostenible.
- **L3. Comunicación, información y formación:** se intensificará la comunicación con los agentes clave de la atención sociosanitaria, compartiendo hitos, aprendizajes y metas alcanzadas, y capacitando a los profesionales cuando sea necesario.
- **L4. Participación ciudadana:** esta inclusión democratiza el proceso, legitima la estrategia y asegura la transparencia y rendición de cuentas, permitiendo que las expectativas de la sociedad guíen su implementación y evolución en los próximos años.
- **L5. Digitalización:** busca garantizar el acceso de todos los ciudadanos a contenidos digitales y promover su derecho a interactuar digitalmente con las administraciones públicas.
- **L6. Innovación:** busca mejorar sistemas existentes y crear nuevos modelos para responder a las necesidades de la población. Es un eje transversal de la estrategia, presente en todos los proyectos, programas y políticas para abordar la creciente complejidad de los casos y las nuevas demandas.

## 5. ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EUSKADI



La **Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi** ha sido elaborada a partir de las aportaciones de diversos agentes internos y externos a Osakidetza.

Este documento tiene como objetivo iniciar un debate sobre el modelo de atención primaria necesario en contexto actual y en el futuro próximo. Este contexto está marcado por el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas y la dependencia, y la implementación de un nuevo modelo de atención integrada en el sistema sanitario público. Además, se prevé una alta renovación generacional de los profesionales, especialmente los médicos de familia, en un contexto de pleno empleo en Euskadi.

El propósito de la estrategia es definir políticas y acciones que garanticen que Osakidetza siga siendo un referente público por su innovación, calidad y el compromiso de sus profesionales.

### + Líneas transversales

- **L.1.** Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria.
- **L.2.** Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos.
- **L.3.** Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria. El papel del Área administrativa.
- **L.4.** Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias.
- **L.5.** Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia.
- **L.6.** Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria.
- **L.7.** Aplicación en Atención Primaria de los planes de normalización lingüística y de igualdad.

**Departamento de Salud**

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

## 6. GUÍA PARA UNA VIVIENDA AMIGABLE CON LAS DEMENCIAS



La **Guía para una vivienda amigable con las demencias**, se enfoca en las necesidades específicas de las personas que viven con demencia y cómo adaptar sus viviendas para mejorar su calidad de vida. Se destaca la importancia del hogar no solo como un espacio accesible, sino como un entorno emocionalmente significativo y dinámico que puede ajustarse a las necesidades cambiantes.

La guía está organizada en bloques según las diferentes estancias de la vivienda (entrada, pasillos, sala de estar, dormitorio, baño, cocina y terraza). Cada sección incluye información sobre:

- La importancia de ese espacio en la vida diaria.
- Elementos que deben estar presentes y sus características para ser más amigables.
- Consejos de accesibilidad.
- Propuestas para abordar posibles problemas derivados de la demencia en esos espacios.

El objetivo es que, mediante ciertos cambios, la vivienda continúe siendo un hogar funcional y cómodo para las personas con demencia.

### Matia Instituto

Nivel de implementación:

**BAJO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

## 7. PLAN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES (PAM)



### Osakidetza

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

El **Plan de Atención a las Personas Mayores** tiene como **objetivo principal** disponer de un procedimiento de valoración multidimensional para personas de 70 años o más, basado en las recomendaciones actuales. Este procedimiento se enfoca en promover el envejecimiento saludable, la prevención de enfermedades, el mantenimiento de la funcionalidad y se adapta a la realidad de la atención primaria.

Los objetivos específicos del plan incluyen:

- Identificar y categorizar a las personas mayores según su función, para orientar un abordaje adecuado a cada caso.
- Realizar una valoración multidimensional de acuerdo con la tipología identificada, lo que permite establecer un plan de atención personalizado.
- Establecer intervenciones que favorezcan el mantenimiento de la funcionalidad y mejoren la calidad de vida de las personas mayores.

Este enfoque busca ofrecer una atención integral y personalizada que responda a las necesidades individuales de la población mayor.

### + Valoración multidimensional de la persona mayor

Este plan incluye un apartado dedicado a la valoración multidimensional de la persona mayor. En particular, el punto **5.4 aborda la valoración mental**, tanto a nivel cognitivo como afectivo.

Se establece que esta valoración deberá realizarse en aquellas **personas en las que exista sospecha de deterioro cognitivo**. En caso de detectarse alteraciones en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), evaluadas mediante la escala de Lawton y Brody, o en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), medidas con el índice de Barthel, se deberá aplicar el Cuestionario de Pfeiffer.

Para una evaluación más completa del estado cognitivo, se recomienda el uso de herramientas más amplias, como el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), que permite analizar diferentes áreas, incluyendo orientación, fijación, lenguaje y construcción.

## 8. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE MAYOR



### Osakidetza

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

El **Plan de atención integral al paciente mayor** se enmarca en los Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza 2017-2020 y el Plan Estratégico de la OSI Alto Deba 2018-2021. Este enfoque incluye proyectos como la integración asistencial, el empoderamiento del paciente, y la promoción de la atención no presencial y en el hogar.

Reconociendo la importancia de gestionar tanto enfermedades agudas como crónicas, este plan exige un cambio estratégico en el sistema sanitario, dirigido por los órganos gestores y con la implicación activa de todos los profesionales sociosanitarios.

Para clasificar y valorar a las personas mayores en Osakidetza, existen dos formularios en Osabide Global (OG):

- Valoración funcional y tipología de la persona mayor: evalúa la funcionalidad mediante herramientas como el índice de Barthel, el Test de “Levántate y Anda” y NECPAL, que ayudan a definir la tipología de la persona mayor según su capacidad funcional.
- Valoración multidimensional de la persona mayor: incluye una evaluación clínico-preventiva general y específica, considerando factores como caídas, nutrición, uso de fármacos y situación de convivencia.

La clasificación final de la persona en una tipología se basa en estos formularios y en el criterio profesional del clínico.

### + Categorización de la persona mayor y acciones

- **Persona mayor sana.** El enfoque se centra en mantener su buen estado de salud mediante promoción de la salud, prevención primaria y fomento de un envejecimiento activo.
- **Personas mayores con enfermedades crónicas sin limitación funcional.** El enfoque prioriza la prevención secundaria y terciaria para evitar complicaciones de sus condiciones crónicas.
- **Persona mayor frágil.** El enfoque se centra en prevenir y abordar síndromes geriátricos (caídas, incontinencia, úlceras, deterioro cognitivo) y prevenir iatrogenia (polifarmacia) y deterioro funcional desde atención primaria y hospitalaria.
- **Persona Mayor en Situación de Dependencia.** Las intervenciones se centran en la prevención terciaria (control de polifarmacia, deprescripción) y cuidados específicos para prevenir complicaciones (como úlceras por presión).
- **Persona Mayor al Final de la Vida.** Con enfermedades avanzadas y una expectativa de vida menor a seis meses, caracterizadas por alta dependencia y enfermedades crónicas avanzadas (como demencia senil, insuficiencia cardiaca o EPOC grave). La herramienta NECPAL ayuda a identificar sus necesidades de cuidados paliativos.

## 9. GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA PARA LOS PACIENTES GERIÁTRICOS



**Consejería de Sanidad y Consumo**

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

La **Guía Farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos** tiene como objetivo ser una herramienta para la prescripción de medicamentos en personas mayores, promoviendo el uso racional de medicamentos en centros gerontológicos y sensibilizando a los profesionales sanitarios sobre las características de los pacientes geriátricos. También resalta la importancia de realizar una valoración geriátrica integral (física, mental, funcional y social).

La guía incluye una selección de medicamentos basada en criterios de eficacia, seguridad, adecuación a la población geriátrica y coste. Además, proporciona normas generales de prescripción para personas mayores, fomentando la revisión de la medicación y mejorando la seguridad del paciente, reduciendo efectos adversos.

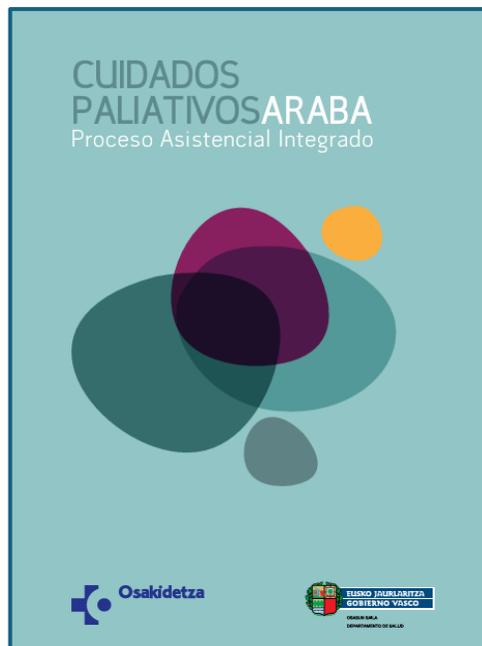
Está centrada en pacientes geriátricos, especialmente aquellos institucionalizados en centros gerontológicos, aunque también es aplicable a pacientes geriátricos atendidos desde atención primaria en su hogar.

Los usuarios potenciales son los profesionales médicos y de enfermería que atienden a pacientes frágiles o geriátricos, tanto en centros gerontológicos como en domicilio, así como farmacéuticos encargados de la revisión y seguimiento farmacoterapéutico de estos pacientes.

### + Puntos clave

- Define el envejecimiento y las características del paciente geriátrico.
- Enfatiza la valoración geriátrica integral para un enfoque adecuado del paciente.
- Proporciona normas generales de prescripción para personas mayores.
- Incluye tablas de criterios Beers y Stopp-Start para una correcta selección de medicamentos.
- Incluye una clasificación de los medicamentos según Grupos Terapéuticos.
- La guía incluye un apartado sobre los principios generales del tratamiento psicofarmacológico de los **síntomas conductuales y psicológicos en la demencia (SCPD)** en el anciano con demencia. Se considera que ciertos síntomas son susceptibles de tratamiento farmacológico, entre ellos:
  - Agitación con riesgo para los demás.
  - Gritos o alaridos continuos.
  - Síntomas psicóticos o delirantes.
  - Agitación verbal.
  - Síntomas depresivos.
  - Hostilidad y agresividad.
- En los anexos se incluye información sobre: apósitos y tratamiento de úlceras por presión; cuidados paliativos en pacientes geriátricos, normas de administración de medicamentos por sonda nasogástrica y medicamentos que no pueden administrarse por sonda, posibles causas de cambios de coloración de heces y orina; uso adecuado de medicamentos en caso de ola de calor; farmacovigilancia.

## 10. CUIDADOS PALIATIVOS ARABA. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO



### Osakidetza

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

El **objetivo general** del **proceso asistencial integrado de cuidados paliativos** es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y sus familias de manera racional, planificada y eficiente. Además, buscar asegurar que los cuidados paliativos sean un derecho legal e individual para pacientes y cuidadores.

Los objetivos específicos incluyen:

- Cobertura total de los cuidados paliativos.
- Coordinar los niveles asistenciales y recursos, aprovechando los existentes y creando nuevos complementarios.
- Equidad en la atención, sin distinción de tipo de enfermedad ni ámbito.
- Utilizar los recursos con calidad, eficacia, efectividad y eficiencia, basados en evidencia científica.
- Lograr la satisfacción de pacientes, familias y profesionales.
- Fomentar la formación continuada de profesionales y cuidadores. Enfoque del proceso asistencial

Los cuidados paliativos deben estar integrados en el sistema sanitario, no como algo excepcional, sino como un enfoque para abordar el final de la vida en todos los niveles. El domicilio debe ser el lugar prioritario de atención, ya que es el preferido por los pacientes y donde pasarán más tiempo durante la enfermedad. Las necesidades de los pacientes son variables, por lo que todos los niveles asistenciales deben garantizar la posibilidad de abordar los cuidados paliativos. Es esencial realizar una valoración individual de cada paciente para identificar necesidades complejas que requieran equipos específicos de cuidados paliativos, así como establecer circuitos de coordinación para evitar agujeros asistenciales y asegurar una atención continua e integral. El paciente tiene derecho a ser atendido por el recurso más adecuado en cada momento según la situación.

### + Puntos clave

- La guía incluye un anexo con **los criterios para la identificación de una situación de enfermedad avanzada terminal**. En el caso de la demencia, se establecen criterios específicos para demencias en fases muy avanzadas y enfermedad cerebrovascular crónica avanzada. Los factores a considerar para individualizar la toma de decisiones en estos pacientes son:
  - Edad superior a 70 años.
  - FAST (Functional Assessment Staging) > 7c.
  - Deterioro cognitivo grave, con una puntuación en el Mini-Mental State Examination (MMSE) < 14.
  - Dependencia absoluta en las actividades diarias.
  - Presencia de complicaciones, como comorbilidades, infecciones recurrentes (urinarias, respiratorias), sepsis o fiebre persistente a pesar del tratamiento antibiótico.
  - Disfagia.
  - Desnutrición.
  - Úlceras por presión refractarias de grado 3-4.

## II. ESTRATEGIA VASCA DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO 2015 - 2020



La **Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020** se sustenta en un marco conceptual y ético centrado en las personas, sus derechos y sus responsabilidades, como parte activa de la sociedad vasca. En consecuencia, tanto el proceso seguido para su elaboración como el conjunto de propuestas y medidas que realiza, están presididos por un conjunto de principios, que intentan definir los valores y la filosofía de esta Estrategia y que se sintetizan en cuatro principios, por considerar que tienen implicaciones directas para la promoción del envejecimiento activo entre la población vasca:

- **Dignidad:** concepto ético fundamental relacionado con el respeto, la igualdad y el reconocimiento de los derechos de cada persona. Es la base del "buen trato" y la lucha contra los estereotipos asociados a la edad.
- **Autonomía:** se basa en respetar la autodeterminación de las personas y su derecho a recibir el apoyo necesario para tomar decisiones libres. Es clave para un envejecimiento activo, reconociendo la diversidad de preferencias y necesidades de cada individuo.
- **Participación:** es un principio clave del envejecimiento activo, reconocido por la OMS. Implica el derecho de las personas mayores a ser protagonistas en la construcción de la sociedad, asegurando su inclusión y voz en procesos de toma de decisiones y en iniciativas comunitarias.
- **Corresponsabilidad:** es clave para la construcción de una sociedad del bienestar intergeneracional, donde todas las generaciones colaboren, tanto individual como colectivamente, con el apoyo de las administraciones, la iniciativa social y el mundo asociativo.

Departamento de empleo y políticas sociales

### + Áreas temáticas

- **Área 1:** Adaptación de la sociedad al envejecimiento. Un nuevo modelo de Gobernanza.
- **Área 2:** Anticipación y prevención para envejecer mejor.
- **Área 3:** Amigabilidad y participación en la construcción de una sociedad del bienestar.

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

## 12. Plan estratégico de personas mayores de Bizkaia



Departamento de acción social

Nivel de implementación:

**MODERADO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

Ante el envejecimiento de la población en Bizkaia, que se prevé alcanzará un 37% de personas mayores en 2050, el territorio busca adaptarse creando un entorno favorable para un envejecimiento activo y saludable. La visión del **Plan estratégico de personas mayores de Bizkaia** se centra en reconocer la diversidad de necesidades de las personas mayores, valorando su participación y contribución a la sociedad. Bizkaia aspira a aumentar la esperanza de vida activa y saludable, y ser reconocido como un lugar excelente para envejecer.

Los principios que guían la actuación en Bizkaia para ser un territorio inclusivo para las personas mayores son:

- **Dignidad:** respeto y reconocimiento de la singularidad de las personas mayores, más allá de estereotipos.
- **Auto-realización:** derecho a desarrollar proyectos de vida y participar activamente en la sociedad.
- **Autonomía:** derecho a decidir por sí mismos, asegurando acceso a derechos básicos.
- **Participación:** derecho a ser consultados en decisiones que les afecten directamente.
- **Atención:** apoyo para desarrollar proyectos vitales, respetando sus preferencias.
- **Equidad:** igualdad de oportunidades y acceso universal a servicios y derechos.
- **Inclusión:** desarrollo de proyectos de vida en colaboración intergeneracional y comunitaria.

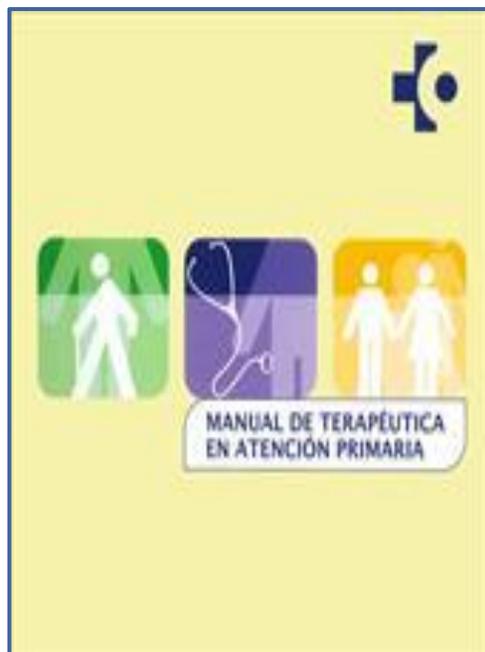
### + Ejes estratégicos

1. Atención a las personas en situación de dependencia, el colectivo en situación de mayor vulnerabilidad y que requiere mayor atención y prioridad en el acceso a recursos.
2. Apoyo a la permanencia en el domicilio de personas dependientes, adecuando la oferta de recursos a la voluntad de las personas de permanecer en su entorno habitual y el apoyo a las personas cuidadoras.
3. Promoción de la Autonomía Personal, con el objetivo de incrementar los años de vida activa y saludable.

### + Iniciativas de respiro

Desarrollo de iniciativas diversas con el objetivo de favorecer el respiro de personas cuidadoras, a través de la subvención para vacaciones de personas enfermas de Alzheimer y otras demencias, y sus personas cuidadoras, que durante el año 2012 ha permitido la realización de un total de 10 convivencias vacacionales que han favorecido a un conjunto de 234 personas.

## 13. MANUAL DE TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Departamento de acción social

Nivel de implementación:

**BAJO**

Nivel de conocimiento:

**BAJO**

La prescripción de medicamentos es un proceso clave en la medicina, que requiere constante actualización debido a la abundante información científica y la diversidad de especialidades farmacéuticas. La selección adecuada de fármacos debe basarse en criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste, promoviendo un uso racional de los medicamentos. El manual de terapéutica en atención primaria, iniciado en 1990, ha evolucionado en ediciones sucesivas, incorporando la experiencia de profesionales y la actualización científica para ayudar a los médicos en la toma de decisiones. Este manual busca optimizar el uso de recursos y mejorar la calidad de la atención sanitaria en la atención primaria.

Este manual incluye un **apartado para las demencias**:

- La demencia es un síndrome clínico caracterizado por una disminución progresiva y persistente de funciones intelectuales, sin alteración del estado de conciencia, que interfiere en las actividades sociales y ocupacionales del individuo.
- Es el tercer problema de salud en España, con una prevalencia del 8% en mayores de 65 años. La incidencia anual es del 1%, aumentando al 6% en mayores de 85 años. Factores de riesgo incluyen la edad, historia familiar, síndrome de Down, riesgos cardiovasculares y factores genéticos.
- **Causas comunes de demencia:**
  - Enfermedad de Alzheimer (50-80%).
  - Demencia vascular (15-20%).
  - Demencia por cuerpos de Lewy (5-10%).
  - Otras causas menos frecuentes incluyen enfermedades degenerativas, metabólicas, tóxicas, infecciosas y postraumáticas.
- **Diagnóstico:** la demencia causa deterioro cognitivo (DC), pero existen otras causas que deben ser diferenciadas, como ansiedad, depresión, medicamentos, síndrome confusional agudo y alteraciones relacionadas con la edad (como la alteración de la memoria asociada a la edad o el deterioro cognitivo asociado a la edad).
- **Tratamiento:** enfocado en el bienestar de la persona con EA y su familia con un plan personalizado.
  - No farmacológico: terapias cognitivas, apoyo al cuidador y adaptación familiar.
  - Farmacológico:
    - Etiopatogénico: fármacos con eficacia limitada (donepezilo, memantina).
    - Síntomas conductuales: neurolepticos (con precaución), ansiolíticos y antidepresivos.

### 13. MANUAL DE TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Departamento de acción social

Nivel de implementación:  
**BAJO**

Nivel de conocimiento:  
**BAJO**

#### + Puntos clave

**Ante la sospecha de demencia, se debe realizar una anamnesis con la presencia del cuidador principal, indagando sobre:**

- Deterioro cognitivo y su impacto en actividades laborales y sociales.
- Antecedentes familiares (demencia, ECV, enfermedades psiquiátricas).
- Antecedentes personales (traumatismos craneales, enfermedades metabólicas).
- Medicamentos en uso (anticoagulantes, antidepresivos, benzodiazepinas, etc.).

**Se debe realizar una exploración física general y neurológica (conciencia, motricidad, marcha, reflejos). Los tests psicométricos incluyen:**

- Test del Informador (TIN): útil en estadios iniciales.
- Mini-examen cognoscitivo (MEC): se considera positivo para demencia si el MEC es <28 en menores de 65 años y <24 en mayores de 65 años.

**Una vez confirmada la demencia, se realizan pruebas complementarias para descartar causas secundarias reversibles:**

- Analítica: hemograma, bioquímica (glucosa, creatinina, calcio, TSH, B12), orina, VIH, serología luética.
- Radiología (TAC craneal) en casos sospechosos de demencia secundaria.

Para establecer un plan terapéutico, se evalúa el estado funcional (escala de Lawton-Brody, Índice de Barthel) y la gravedad de la demencia (escala del deterioro global de Reisberg - GDS).

El **tratamiento** de la demencia busca el bienestar y dignidad del paciente y su familia, con un enfoque individualizado que involucra al equipo médico y el entorno familiar.

- **Tratamiento no farmacológico:** intervenciones adaptadas al paciente (rehabilitación cognitiva, atención domiciliaria), apoyo al cuidador y orientación a la familia.
- **Tratamiento farmacológico:** se utiliza cuando las medidas no farmacológicas no son suficientes, incluyendo inhibidores de la acetilcolinesterasa, memantina y medicamentos para controlar síntomas conductuales, siempre con dosis bajas para minimizar efectos secundarios.

## OTRAS HERRAMIENTAS IDENTIFICADAS POR LOS EXPERTOS



### Estrategia vasca con las personas mayores

Entidad responsable: Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales

Año de publicación: 2021

Resumen: Esta estrategia tiene por objetivo promover el envejecimiento activo y una vida plena para las personas mayores, y guiará la planificación gerontológica en Euskadi, abordando el aumento de la longevidad y la necesidad de adaptar los sistemas de cuidados y servicios a la diversidad de perfiles de las personas mayores, como los de mayor edad, el colectivo LGTB, y nuevas formas de convivencia y autonomía residencial. Menciona la demencia como uno de los retos del envejecimiento a los que se enfrentan nuestras sociedades.

Fuente:

[https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/20/news\\_82835/ESTRATEGIA\\_MAYORES\\_cas.pdf](https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/20/news_82835/ESTRATEGIA_MAYORES_cas.pdf)



### Consejos para el buen cuidado de las personas con Alzheimer u otras demencias

Entidad responsable: AFAFI

Año de publicación: 2021

Resumen: El cuidado de una persona con EA requiere mantener una rutina diaria en alimentación, aseo, vestimenta y sueño, asegurando un ambiente seguro y cómodo. Es esencial evitar distracciones durante las comidas, usar vajilla sencilla, y establecer horarios fijos. En el baño, hay que garantizar la seguridad con alfombras antideslizantes y grifos identificados, mientras que, para vestirse, se debe organizar la ropa de manera accesible y permitir la autonomía cuando sea posible. Se deben evitar riesgos en el hogar, como productos peligrosos fuera de su alcance y puertas cerradas para evitar que salga solo. El cuidador también debe cuidar su bienestar, buscar apoyo en asociaciones y descansar cuando lo necesite, sin sentirse culpable al considerar opciones como centros de día o ingresos en instituciones.

Fuente: [Enlace](#)



### La atención gerontológica centrada en la persona

Entidad responsable: Departamento de empleo y asuntos sociales

Año de publicación: 2011

Resumen: Esta publicación de los servicios de apoyo y cuidados a las personas en situación de especial vulnerabilidad o dependencia ofrece las bases conceptuales y las metodologías de intervención precisas para llevar a cabo diseños de servicio e intervenciones técnicas desde un modelo de atención centrado en las personas y en su calidad de vida y bienestar social. En el caso del Alzheimer, la atención debe centrarse en actividades cotidianas y gratificantes para mantener la calma y evitar frustraciones, mientras que los talleres para familias cuidadoras abordan específicamente el cuidado de personas con deterioro cognitivo, como la enfermedad de Alzheimer.

FUENTE: [\(enlace\)](#)

### 3. PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

---

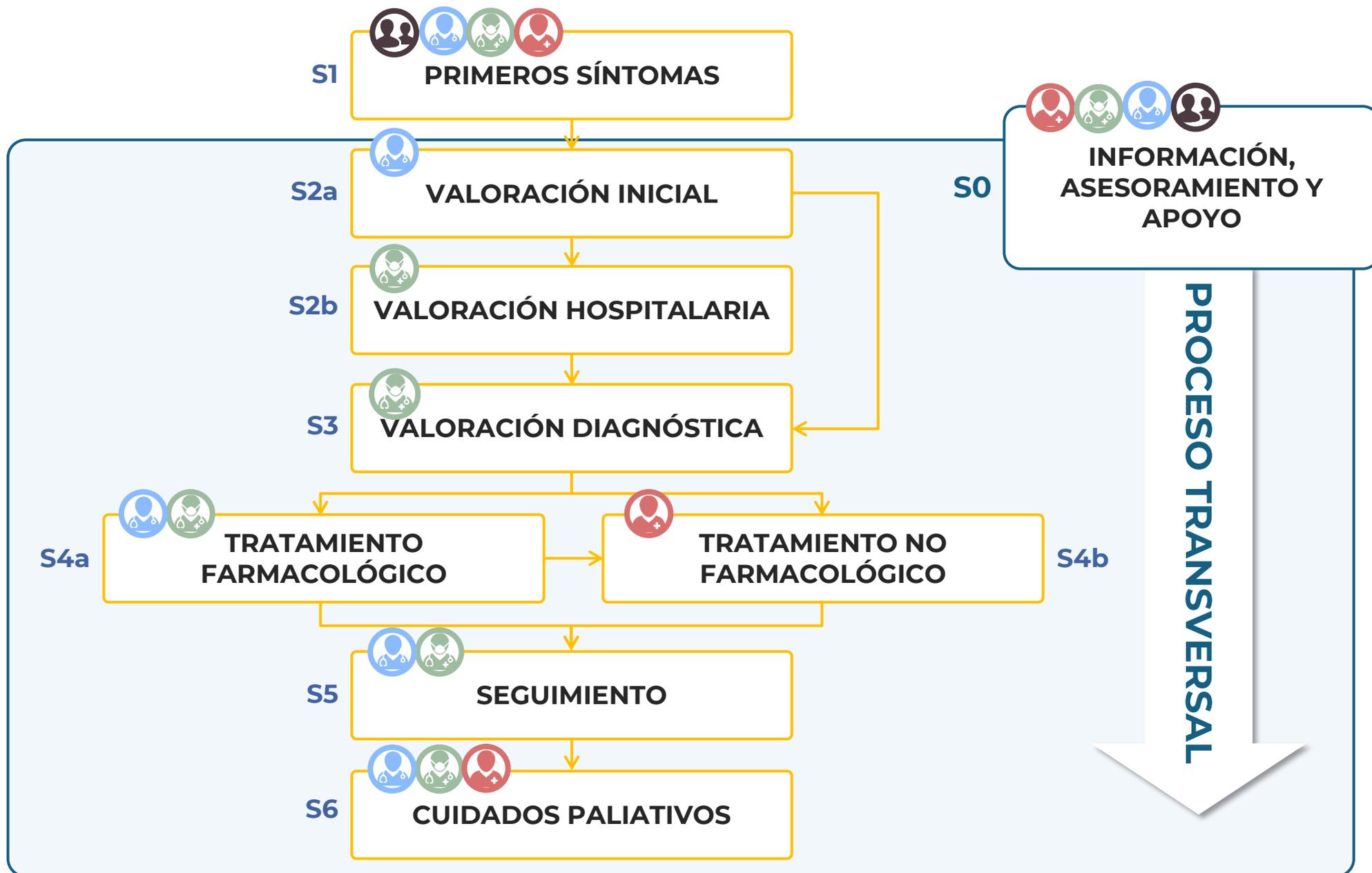
MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



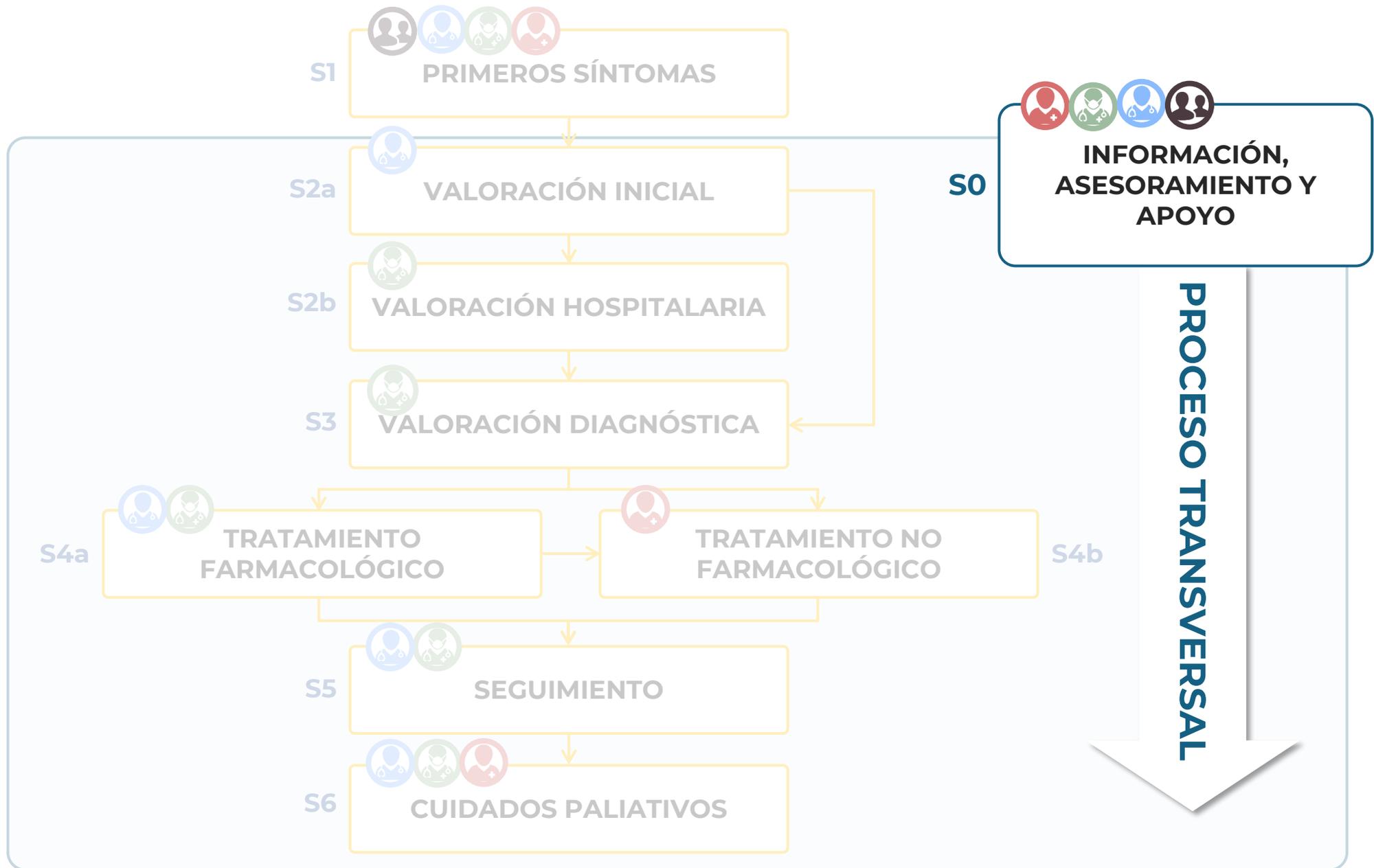
El proceso asistencial de las personas con EA se puede subdividir en subprocesos que abordan etapas y aspectos específicos del manejo de la enfermedad. Esta estructura garantiza una atención integral y coordinada, optimizando los recursos y mejorando la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus 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.

## AGENTES



## AGENTES



## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN PAÍS VASCO

S0



INFORMACIÓN,  
ASESORAMIENTO Y  
APOYO

PROCESO TRANSVERSAL

**COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO:** los expertos encuestados refieren que la comunicación del diagnóstico de EA se realiza, habitualmente, por parte de los profesionales de neurología seguido, en menor medida, por geriatría.

- **El 56%** de los expertos encuestados considera la información comunicada en este momento como **insuficiente**, siendo la principal causa de esto la falta de tiempo en consulta.
- **El 50%** indican que las comunicaciones del diagnóstico se realizan en una consulta rutinaria, **otro 38%** indican que se realizan en una consulta específica, y **el 12%** restante indican que se realizan tanto en consulta rutinaria como en consulta específica.
- Entre los temas tratados durante la comunicación del diagnóstico:
  - **Todos los profesionales sanitarios y la AFA** afirman que uno de los temas que se tratan de forma más habitual durante la comunicación del diagnóstico es la información sobre la propia enfermedad.
  - **El 75%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son las expectativas clínicas, junto con las terapias no farmacológicas.
  - **El 50%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados son los recursos de apoyo (socio-sanitarios).
  - **El 25%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios y AFA) afirman que uno de los temas más tratados es la planificación anticipada.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y APOYO EN PAÍS VASCO

S0



PROCESO TRANSVERSAL

**PROCESO DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES:** no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice la planificación anticipada de decisiones, pudiendo realizarse en cualquier momento a lo largo de la evolución de la enfermedad.

- No suele realizarse de forma programada.
- **El 44%** de los expertos encuestados refieren que desconocen en qué momento se inicia este proceso; **un 22%** de los expertos encuestados refieren que se realiza en el diagnóstico, y **otro 22%**, indican que no se realiza. Un experto encuestado afirma que depende de la persona con EA y de la familia.
- Los profesionales encargados de este procedimiento son neurología y medicina familiar y comunitaria.
- **Un 78%** de los expertos encuestados consideran que el soporte a las personas con EA y familiares para la redacción de estos documentos es **insuficiente**.

**REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:** no existe un consenso sobre cuándo se recomienda a la persona con EA que realice el registro de voluntades anticipadas, pudiendo realizarse desde la valoración inicial hasta en fases avanzadas del proceso.

- **El 67%** de los expertos encuestados refiere que existe un protocolo específico de acceso y registro para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas y eutanasia.
- Existe un apartado en la historia clínica electrónica (HCE) para el registro de voluntades anticipadas.
- **El 44%** de los expertos encuestados afirman que el registro de voluntades anticipadas se realiza siempre para la mayoría de los pacientes.

## AGENTES



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario



S1

## ENTORNO

Detecta los primeros síntomas (familiares, amigos cuidadores, entorno sociolaboral, farmacia comunitaria, etc.)

## ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Detecta primeros síntomas en consulta y trabajo social

## ATENCIÓN HOSPITALARIA

Interconsultas hospitalarias, hospitalización o valoración de urgencias

## AFAS

Detecta situaciones de riesgo

S2A

## EQUIPO DE AP

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

S2B

## U. ESPECIALIZADAS

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

## NEUROLOGÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

## GERIATRÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento

## PSIQUIATRÍA

Evaluación inicial a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN PAÍS VASCO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 1:** el **78%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 1 sobre primeros síntomas se ajusta a la realidad en País Vasco.**

**BÚSQUEDA ACTIVA DE LOS SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNITIVO:** no existe consenso entre los profesionales de atención primaria con respecto a si se pregunta activamente a las personas con sospecha de EA y/o familiares ante la presencia de cualquier sospecha de deterioro cognitivo en las consultas.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS:** en muchos casos, trabajo social no interviene en la detección de los primeros síntomas de la enfermedad, ya que las personas suelen acceder a este sistema cuando el diagnóstico ya está establecido, generalmente cuando comienzan a mostrar signos de dependencia.

Sin embargo, en algunos casos, como cuando hay problemas de convivencia o situaciones de vulnerabilidad, pueden intervenir, a menudo a petición del médico. En situaciones donde la persona no cuenta con apoyo familiar, los trabajadores sociales pueden ser los primeros en identificar posibles signos de deterioro cognitivo y, en estos casos, suelen ser ellos quienes promueven el contacto con la atención primaria y posterior derivación a neurología.

La intervención más habitual desde trabajo social consiste en gestionar la valoración de dependencia y proporcionar información sobre los recursos disponibles para las personas y sus familias.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE PRIMEROS SÍNTOMAS EN PAÍS VASCO

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados señalan que **el principal reto es conseguir un diagnóstico temprano de las personas con EA**. Asimismo, es importante **evitar que los profesionales de atención primaria normalicen los síntomas y no deriven a las personas con sospecha de EA a tiempo**, cuando estos aún se encuentran en la fase de deterioro cognitivo leve.

Los expertos encuestados también ponen de manifiesto la **falta de educación de la población sobre los síntomas de alerta y los signos tempranos** de la EA, por lo que sería **necesaria una mayor sensibilización** frente a esta enfermedad.

Por último, mencionan que es fundamental asegurar que los pacientes reciban tratamientos eficaces y no sean discriminados por su edad.

En concreto, entre las principales **BARRERAS** identificadas en la detección de los primeros síntomas:

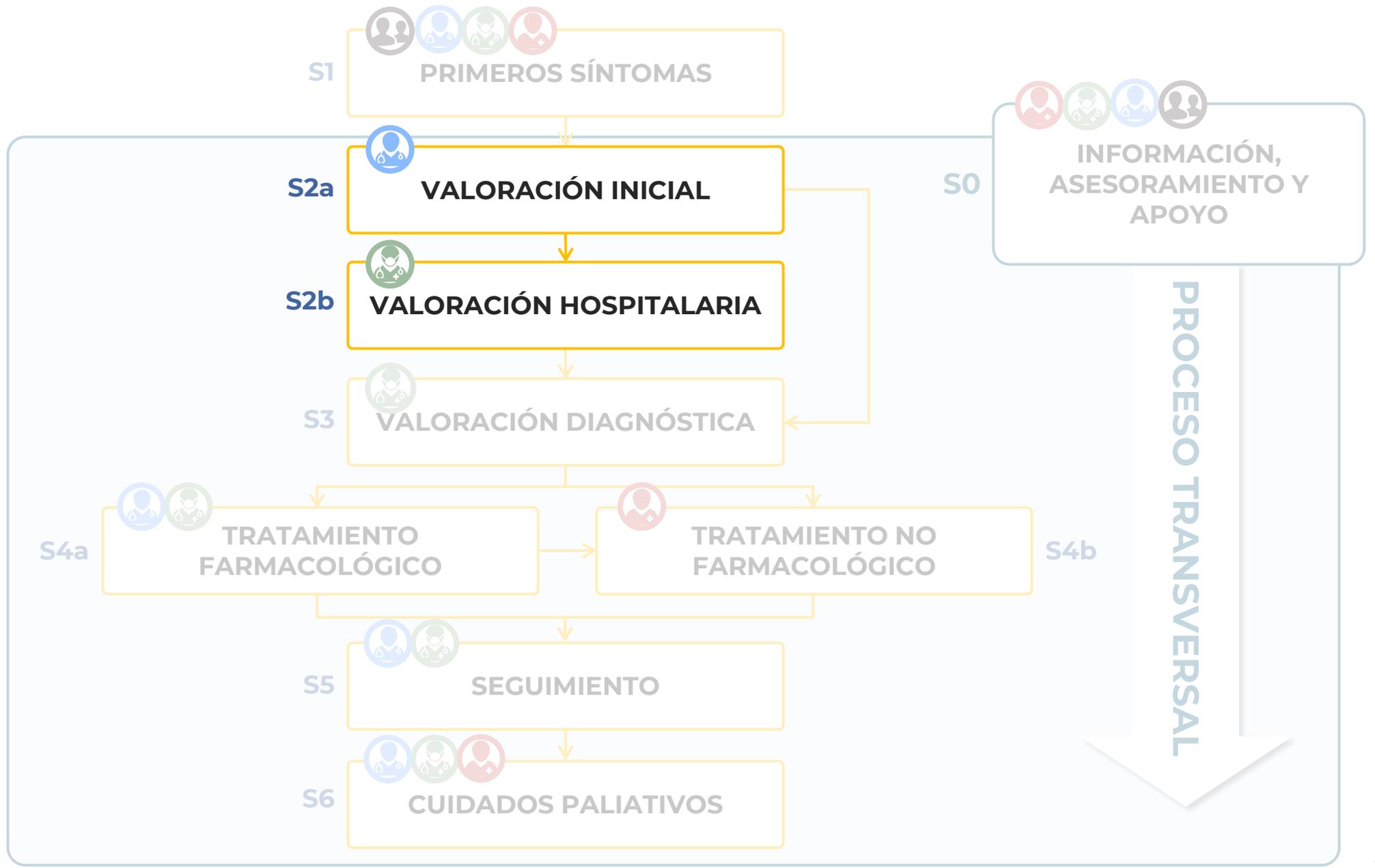
- El **100%** de los expertos encuestados identifican como barrera la **falta de tiempo/conocimiento** de los profesionales sanitarios.
- El **56%** de los expertos encuestados identifican como barrera los **problemas en la capacidad e infraestructura** del sistema.
- El **56%** de los expertos encuestados identifican como barrera el **rechazo o la falta de concienciación sobre la EA** por parte de pacientes y familiares tras el diagnóstico, cuyos síntomas se interpretan como parte natural del envejecimiento.
- **A nivel de atención primaria**, los profesionales de atención primaria encuestados consideran que la **falta de tiempo en consulta y la falta de conocimiento de los pacientes por parte de los propios profesionales de atención primaria** (telemedicina, alta rotación, etc.) son las principales barreras para detectar a las personas con EA.
- **A nivel de atención hospitalaria**, además de la falta de tiempo en consulta, los profesionales de atención hospitalaria encuestados identifican como barreras la **falta de herramientas** y la **actitud reticente por parte de las personas con EA y familiares**.

Como áreas de mejora, recomiendan implementar un protocolo en atención primaria que incluya entrevistas clínicas detalladas y el uso de escalas de valoración mental y funcional para derivar a neurología de manera temprana.

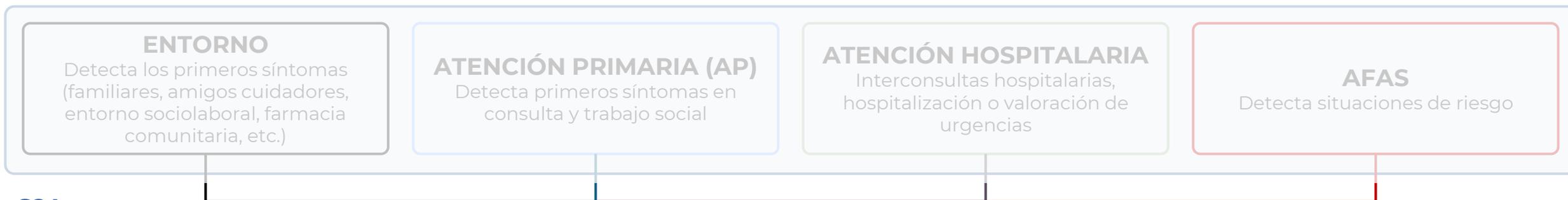
Además, se debe **mejorar la sensibilidad social** frente a la EA, **fomentar la realización de voluntades anticipadas** y **prever los recursos sociosanitarios necesarios**. Es importante poder dar una respuesta efectiva a las inquietudes de las personas con EA y sus familias, ofreciendo **tratamientos eficaces en fases tempranas**. También se debe **potenciar la detección temprana y la derivación temprana, incluso cuando los síntomas no sean claros**. Finalmente, es esencial proporcionar a las familias información sobre la enfermedad y los recursos disponibles para hacerle frente.

### AGENTES

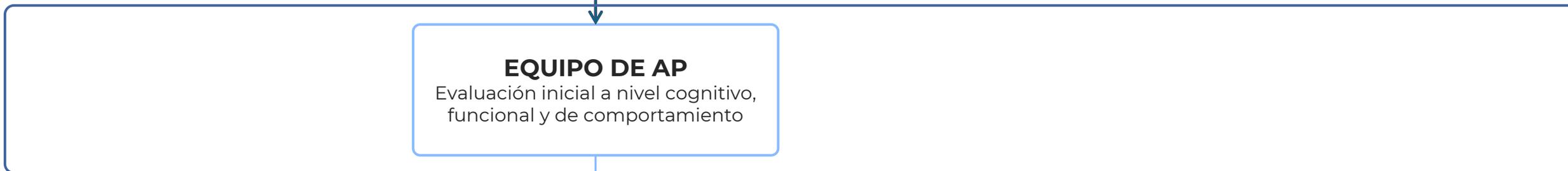
- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



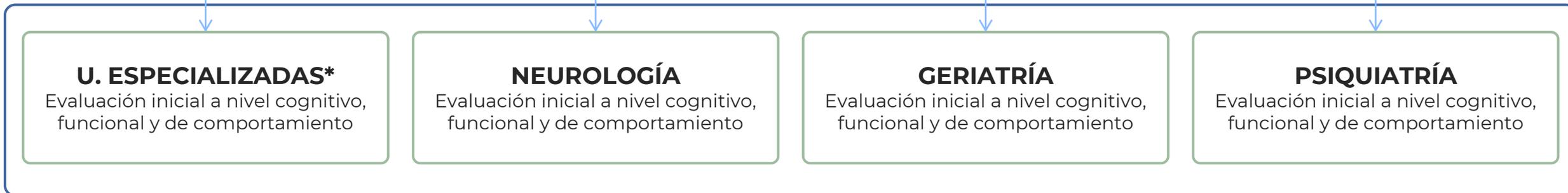
S1



S2A



S2B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN PAÍS VASCO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 2:** el **56%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 2 sobre valoración del paciente se ajusta a la realidad en País Vasco.**

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN:** el **57%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que existe un protocolo de derivación desde atención primaria a neurología o geriatría para los casos de sospecha de EA, con un grado de conocimiento **MEDIO**. Uno de los expertos encuestados afirma que, aunque el proceso es correcto, el protocolo de evaluación no se aplica en todos los centros de salud de atención primaria.

**DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA:** **no todos** los profesionales de atención primaria refieren tener capacidad para realizar derivaciones a unidades especializadas, siendo lo más habitual las derivaciones a **neurología general**.

**El número de consultas en atención primaria previas a la derivación a atención hospitalaria** oscila entre 2 y 10 visitas previas a la derivación.

- **Pruebas solicitadas desde atención primaria:** habitualmente, las pruebas solicitadas son la analítica y la valoración neuropsicológica y, en menor medida, el TAC. No siempre existe un protocolo o guía que recomiende qué pruebas deben realizarse.
- **Pruebas solicitadas desde atención hospitalaria:** existe disponibilidad para realización de pruebas de neuroimagen y pruebas en LCR. Los profesionales de atención hospitalaria también disponen de análisis genéticos y, en algún caso, pruebas de valoración neuropsicológica.
- **El tiempo medio** desde la sospecha en atención primaria hasta la derivación a atención hospitalaria oscila entre 3 y 6 meses.
- **El tiempo medio** desde la derivación desde atención primaria hasta la atención en la consulta de atención hospitalaria puede oscilar entre 1 y 6 meses\*.

\*Estos tiempos se consideran similares a otras patologías neurológicas, no difiriendo en los casos de sospecha de EA.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 - 5)

NOTA: Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN PAÍS VASCO

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS CON SOSPECHA DE EA:** trabajo social participa en la orientación y gestión de las ayudas, la valoración de dependencia y la orientación sobre recursos sociosanitarios disponibles, asegurándose de que las personas con EA reciban los servicios más adecuados a sus necesidades. Sin embargo, en muchos casos, no están integrados en el proceso de valoración hospitalaria por neurología, ya que suelen operar de manera independiente. Por ello, en el ámbito hospitalario, su intervención se limita a casos especiales de vulnerabilidad o problemas de convivencia y, generalmente, remiten a las personas con EA a asociaciones para gestionar estos aspectos. No siempre tienen comunicación directa con los neurólogos, aunque solicitan informes a través de los familiares.

**ACCESO A RECURSOS DE NEUROPSICOLOGÍA:** el **50%** de los expertos encuestados (profesionales sanitarios + AFA) **afirman tener acceso a recursos de neuropsicología** en esta etapa del proceso, no solo a través del propio centro, sino a través de convenios con centros privados o de líneas de investigación.

### PAPEL ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- **Atención primaria:** los profesionales sanitarios de atención primaria encuestados consideran que el papel de enfermería de atención primaria es muy modesto, ayudando en el diagnóstico y el seguimiento de las personas con EA.
- **Atención hospitalaria:** los profesionales sanitarios de atención hospitalaria afirman que el papel de enfermería es limitado y no se incluye en el primer cribado de la enfermedad. En el ámbito privado, algunos profesionales de enfermería están involucrados en la extracción de sangre y en la asistencia durante la punción lumbar. Además, coordinan algunos ensayos clínicos y administran fármacos experimentales y, en ocasiones, realizan atención domiciliaria a las personas que participan en estos ensayos. Sin embargo, en consultas de demencia, el personal de enfermería suele ser escaso y rara vez intervienen directamente, aunque en algunos casos administran tests o acompañan a la persona con EA en entrevistas familiares.
- **Enfermería gestora de casos/práctica avanzada:** el **43%** de los profesionales sanitarios refieren la existencia de estas figuras en su entorno sanitario. En el contexto de pacientes crónicos y pluripatológicos, existe una "enfermera de enlace", que asume funciones de gestión de casos, especialmente en personas ingresadas con múltiples patologías crónicas. Su labor se centra en coordinar los cuidados de cara al alta hospitalaria, garantizando la continuidad del tratamiento y la atención, aunque no suelen intervenir específicamente en personas con demencia.

Escala: NULO (1-1,5); BAJO (1,5-2,5); MEDIO (2,5-3,5); ALTO (3,5-4,5); MUY ALTO (4,5 - 5)

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados (Valor mín-valor máx).

**NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

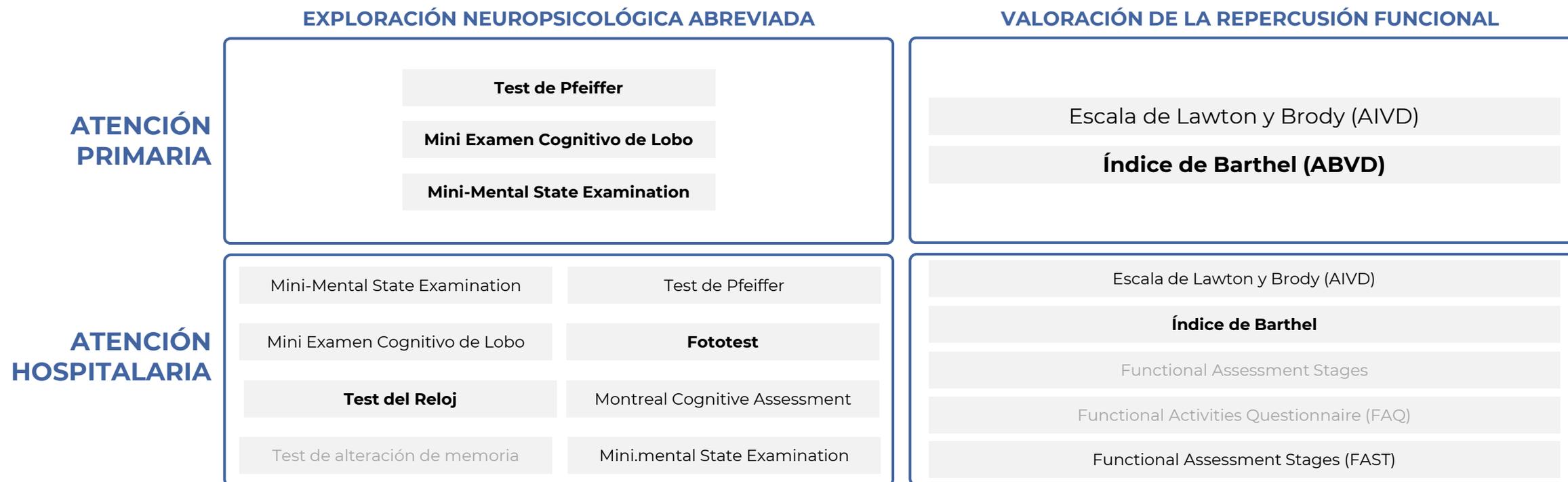
## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE EN PAÍS VASCO

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados coinciden en que **el principal reto es la efectiva aplicación del protocolo de evaluación en todos los centros de atención primaria, para que se realice la derivación a las unidades especializadas\* a tiempo.** Además, las listas de espera son largas, y faltan geriatras y personal especializado en EA y otras demencias, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento. El tiempo limitado en las consultas de atención primaria y neurología también dificulta una evaluación adecuada de estas personas. Asimismo, los familiares carecen de información suficiente sobre la enfermedad.

Como áreas de mejora, los expertos encuestados plantean:

- **Aplicación uniforme del protocolo de evaluación:** asegurar que todos los centros de atención primaria implementen el protocolo de evaluación para derivar adecuadamente a las personas con EA a unidades especializadas a tiempo.
- **Mejorar el tiempo y la calidad de las consultas:** ampliar el tiempo disponible en consultas para una valoración completa de las quejas cognitivas, neuropsicológicas y del comportamiento, tanto en atención primaria como en neurología.
- **Reducir las listas de espera:** mejorar la gestión de las listas de espera y aumentar la disponibilidad de recursos para evitar demoras, especialmente en pruebas diagnósticas y evaluaciones especializadas.
- **Incrementar el personal especializado:** contratar a más profesionales especializados en demencia (especialmente, a más geriatras) para reducir los tiempos de espera y mejorar la atención.
- **Formación y apoyo a familiares:** proporcionar información clara y formación a los familiares y cuidadores sobre EA, su evolución y cómo abordar las conductas asociadas a la demencia.
- **Optimizar la comunicación interconsulta:** mejorar la coordinación en la comunicación entre atención primaria, neurología y psiquiatría para agilizar los procesos de diagnóstico y tratamiento.

En País Vasco, se destacan los siguientes **resultados sobre el uso de herramientas de valoración inicial**, y se analiza su frecuencia de utilización, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria:



*Escala de negrita a gris en función de la frecuencia de utilización según los expertos encuestados (negrita las herramientas más frecuentes y gris a aquellas que han sido nombradas ocasionalmente).*

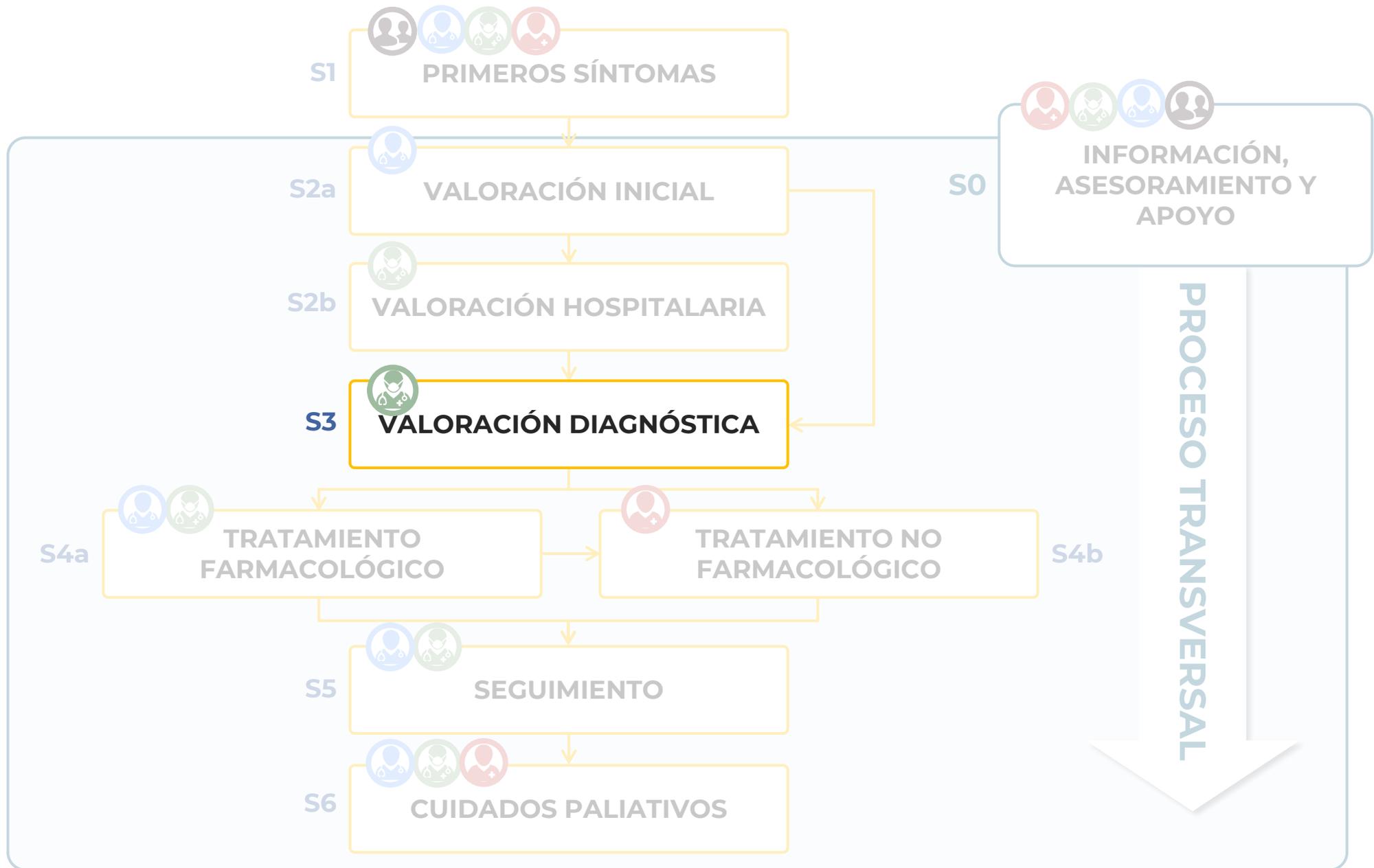
**Exploración neuropsicológica abreviada:** los test realizados de manera más habitual en atención hospitalaria son el **Mini Examen Cognitivo de Lobo** y el Test del Reloj, seguidos del Mini-Mental State Examination, el Montreal Cognitive Assessment, el Test de Pfeiffer y el Índice de Barthel.

**Valoración de la repercusión funcional:** el test realizado de manera más habitual en atención hospitalaria es el **Índice de Barthel**.

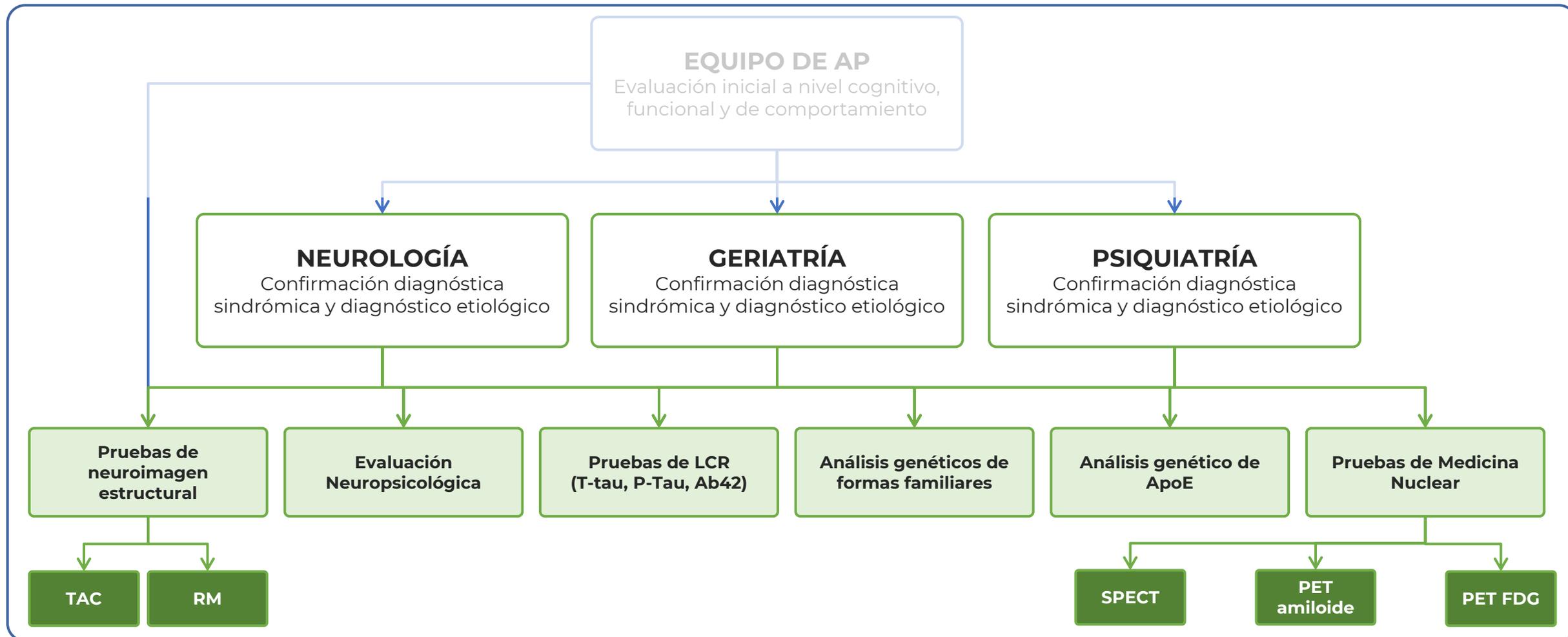
**Otras herramientas identificadas son:** el test de alteración de la memoria, la copia de pentágonos, el set test, y alguna subprueba del test de Barcelona (Peña-Casanova).

## AGENTES

- Entorno del paciente
- Atención primaria
- Atención hospitalaria
- Ámbito sociosanitario**



S3



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 3:** el **44%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 3 sobre valoración diagnóstica se ajusta a la realidad en País Vasco**. Indican que no siempre se realizan todas las pruebas. En el ámbito público, se realizan pruebas de neuroimagen, pero no se solicita PET, y el retraso en la evaluación neuropsicológica afecta el proceso.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: TAC

El **86%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una prueba TAC en el caso de sospecha de EA. El 14% restante afirma no utilizar esta prueba.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **50,17% (20%-95%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba TAC.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas TAC es **MEDIO**.

El **50%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que los TACs se realizan en las máquinas del propio centro. Un **33%** afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS, y el **17%** restante refieren que estas pruebas se realizan en centros privados.

**Todos los profesionales sanitarios** encuestados refieren que su centro **no dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

**El tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Inferior a 1 mes, según el **33%** de los profesionales sanitarios encuestados, y superior a 3 meses, según otro **33%** de estos profesionales\*\*.
- El tiempo de espera es considerado como **ADECUADO** por el **67%** de los profesionales sanitarios encuestados (reportan <3 meses), e **INADECUADO** por el **33%** restante (reportan >3 meses).
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **67%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**; un **50%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran, además, que la estrategia más efectiva para reducir los tiempos de espera es aumentar tanto el número de máquinas como el número de profesionales.

El **83%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que **se enfrentan a barreras a la hora de solicitar esta prueba**, siendo la principal barrera a la que se enfrentan los **tiempos de espera demasiado largos**. Uno de los profesionales sanitarios encuestados también afirma que el TAC está enfocado a descartar otras patologías subyacentes.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: RM

El **71%** de los profesionales sanitarios encuestados confirman tener acceso para solicitar una RM para las personas con sospecha de EA. El **14%** restante afirma no utilizar esta prueba.

Según los profesionales sanitarios encuestados, al **77,6% (50%-95%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba RM.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas RM es **ALTO**.

Solo el **20%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro. El **80%** restante señalan que las pruebas se realizan, mayoritariamente, en centros privados o concertados, junto a centros de referencia del SNS.

Un **40%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que sí dispone de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

**El tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Inferior a 1 mes, según **un 40%** de los profesionales sanitarios encuestados, y superior a 3 meses, según **otro 40%\*\***.
- El tiempo de espera es considerado como **INADECUADO** por **el 60%** de los profesionales sanitarios encuestados (mayoritariamente, >3 meses), y **ADECUADO** por el **40%** (reportan <1 mes).
- El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera es maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**, junto al aumento del número de profesionales; **60%** opinan que la mejor estrategia es aumentar el número de máquinas.

El **80%** de los profesionales sanitarios encuestados refieren que la principal barrera a la que se enfrentan a la hora de solicitar estas pruebas son los tiempos de espera demasiado largos.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: SPECT

El **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman tener acceso para solicitar una prueba SPECT en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **13,75% (0%-50%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza una prueba SPECT.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de las pruebas SPECT es **MEDIO**.

El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en el propio centro, y el **50%** restante afirman que se realizan en centros privados.

Un **75%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que su centro **no dispone** de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

**El tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Entre 1 y 2 meses, según el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados\*\*.
- Este tiempo es considerado como **ADECUADO** por el **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (mayoritariamente, entre 1-2 meses), e **INADECUADO** por el **25%** restante (lo desconoce).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que desconocen o no existen políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran que la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera sería aumentar el número de profesionales**, además de maximizar el uso de las máquinas y los profesionales ya disponibles; un **25%** opinan que la mejor estrategia sería aumentar el número de máquinas. Otro **25%** señala que su uso es residual, incluso en el ámbito privado.

Solo uno de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refiere la existencia de tiempos de espera demasiado largos. Los expertos afirman que, aunque no hay un límite de pruebas como tal, sí **se entiende que es una aprueba reservada para casos seleccionados**.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: PET AMILOIDE

Los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **no tener acceso** para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA. Solo está disponible a través de fondos de proyectos de investigación.\*

*\*Nota: según la última actualización para la regulación de los servicios incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, el acceso a PET amiloide para aquellos radiofármacos que estén incluidos en la prestación farmacéutica debería estar garantizado en todas las comunidades autónomas y en todos los hospitales en los próximos meses*

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: PET FDG

Solo **uno** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refiere tener acceso para solicitar una prueba PET FDG en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **5%\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un PET FDG.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de PET FDG es **MUY ALTO**.

El profesional de atención hospitalaria con acceso a esta prueba afirma que se realiza en el propio centro y que sí se dispone de u de esta tecnología para personas con sospecha de EA.

**El tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Entre 1 y 2 meses\*\*. Este tiempo es considerado como **adecuado** por el profesional de atención hospitalaria encuestado con acceso.
- Se desconoce la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- Tanto maximizar el uso de las máquinas y los profesionales ya disponibles, como aumentar la dotación de máquinas y profesionales, se consideran estrategias efectivas para reducir los tiempos de espera.

Uno de los profesionales sanitarios encuestados afirma que, si bien no existe un límite al número de pruebas, sí se entiende que es una prueba reservada para casos seleccionados.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: PET TAU

Los profesionales de atención hospitalaria **no tienen acceso** para solicitar una prueba PET tau en el caso de sospecha de EA: su uso no está disponible, de momento, para uso clínico.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: LCR (T-tau, P-tau y Ab-42)

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar una prueba de LCR en el caso de sospecha de EA.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **17,2% (4%-33%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un LCR.

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes de LCR es **ALTO**.

El **60%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS, y un **40%** afirman que se realizan en el propio centro.

Un **80%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que desconocen o **no disponen** en su centro de un uso específico de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

**El tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Entre 1 y 2 meses, según el **40%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados; otro **40%** de los profesionales de atención hospitalaria refieren que este tiempo oscila entre 2 y 3 meses\*\*.
- Este tiempo es considerado como **ADECUADO** por el **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (mayoritariamente, reportan entre 1-2 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **60%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera el aumento de los profesionales disponibles** para la realización de la prueba. Un **20%** señala también como estrategias efectivas el aumento del número de máquinas, así como **facilitar la posibilidad de realizar punciones lumbares en el hospital de día o en las consultas**.

El **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren **limitaciones** para la realización de esta prueba, tales como los **tiempos de espera demasiado largos**, principalmente, además de tratarse de una **prueba invasiva**, lo que **genera rechazo por parte de las personas con EA y/o familiares**. También mencionan el difícil acceso al sitio donde realizar la punción lumbar.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: TEST GENÉTICO (ApoE)

El **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar un test genético (ApoE) en el caso de sospecha de EA. El **20%** restante refieren no utilizar esta prueba.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **10% (0%-25%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (ApoE).

El **grado de satisfacción** con la calidad de los informes del test genético (Apo E) es **MEDIO**.

El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centros de referencia del SNS.

**Todos los profesionales sanitarios** encuestados sostienen que **no se dispone** de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Más de 3 meses, según el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados\*\*.
- Este tiempo es considerado como **INADECUADO** por el **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (reportan entre 2-3 meses y >3 meses), y **ADECUADO** por el **25%** (> 3 meses). El otro **25%** lo desconoce.
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **50%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más **efectiva para reducir los tiempos de espera maximizar el uso de máquinas y profesionales disponibles**, además de **aumentar el número de profesionales**; el **25%** considera como la estrategia más efectiva aumentar el número de máquinas; y el **25% restante considera que esto no aplica, ya que solo emplean esta prueba en ensayos clínicos**.

Los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que los **tiempos de espera** para esta prueba constituyen la **principal barrera**. Además, **en algún caso, solo se emplea en ensayos clínicos**.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO: TEST GENÉTICO (FORMAS FAMILIARES)

El **80%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren tener acceso para solicitar el test genético (formas familiares). Un **20%** refieren no utilizarlas.

Según los profesionales de atención hospitalaria encuestados, al **12,2% (0%-15%)\*** de las personas con sospecha de EA se les realiza un test genético (formas familiares).

El **grado de satisfacción**, por parte de los profesionales de atención hospitalaria encuestados, con la calidad de los informes del test genético (formas familiares) es **MEDIO**.

El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados afirman que las pruebas se realizan en centro de referencia del SNS, y sostienen que desconocen o no se dispone de un uso exclusivo de esta tecnología para personas con sospecha de EA. *(Se entiende por uso específico cuando las realiza el mismo especialista, con una agenda específica y en una misma máquina).*

El **tiempo medio de espera** para la realización de esta prueba en personas con sospecha de EA es:

- Superior a 3 meses, según el **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados\*\*.
- Este tiempo es considerado como **INADECUADO** por el **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados (mayoritariamente, reportan > 3 meses).
- El **100%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que no existen o desconocen la existencia de políticas públicas para reducir los tiempos de espera.
- El **75%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados consideran como la estrategia más efectiva **para reducir los tiempos de espera el aumento del número de profesionales disponibles**; un **50%** afirma que la estrategia más efectiva sería maximizar el uso de las máquinas y profesionales ya disponibles. Un **25%** menciona aumentar el número de máquinas, así como disponer de genetista clínica para consejo genético.

El **100%** de los profesionales sanitarios encuestados con acceso a esta prueba consideran que los **tiempos de espera demasiado largos** constituyen la principal barrera a la hora de solicitar estas pruebas.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICA EN PAÍS VASCO

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos se centran en la **necesidad de fortalecer la detección temprana desde atención primaria y asegurar una derivación oportuna a neurología**. Los **largos tiempos de espera** para consultas y pruebas diagnósticas, así como el **acceso limitado a recursos como RM y PET**, afectan significativamente el proceso de diagnóstico temprano. Otro reto es **mejorar la información proporcionada a las familias**, ya que en muchos casos se sienten desorientadas respecto a la evolución y las características de la enfermedad.

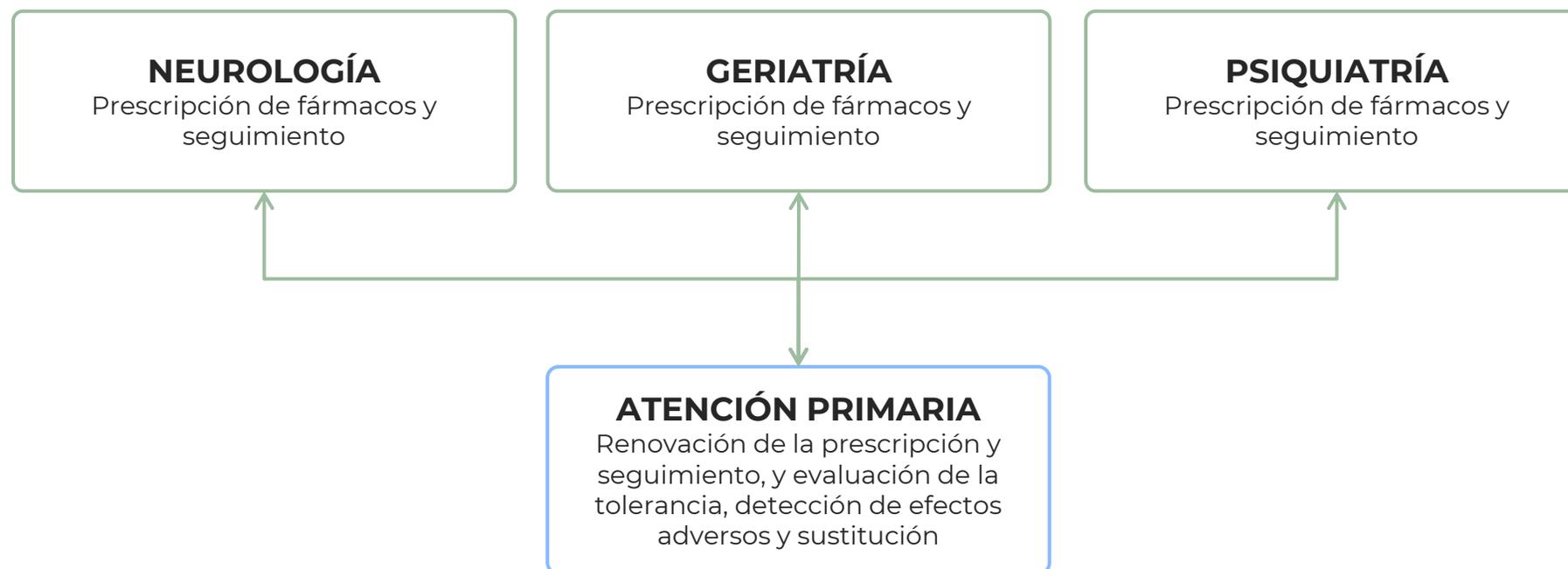
Como **áreas de mejora**, se plantean:

- **Para agilizar el diagnóstico temprano en atención primaria:** aplicar los protocolos de detección en atención primaria en todos los centros de salud, y facilitar una derivación oportuna a neurología para asegurar que las personas con EA reciban el tratamiento adecuado desde etapas tempranas.
- **Reducir los tiempos de espera y mejorar el acceso a pruebas diagnósticas:** esto incluye las consultas especializadas\* y las pruebas clave como neuropsicología, imagen estructural, estudios genéticos, y pruebas PET. Es necesario hacer accesible el PET fuera de Bizkaia y facilitar la disponibilidad de recursos diagnósticos en todas las áreas geográficas.
- **Mayor dotación de equipos multidisciplinares y formar a más especialistas:** incrementar el número de profesionales especializados en diversas especialidades, de forma que se garantice un enfoque multidisciplinar que permita seguir los protocolos de evaluación clínica.
- **Mejorar la información y orientación a las familias:** asegurar que las consultas especializadas\* proporcionen a las familias información clara sobre la evolución, características y posible afectación de la enfermedad. Esto permitirá que los familiares y cuidadores cuenten con herramientas para afrontar los cambios que implica el diagnóstico.
- **Test de biomarcadores en sangre para EA:** aunque aún no disponibles, los expertos encuestados muestran interés en los biomarcadores en sangre como herramienta de cribado accesible, especialmente para las terapias antiamiloides. Su uso podría reducir tiempos y costes en el diagnóstico temprano de la EA, y su acceso debería ser garantizado una vez aprobados.

## AGENTES



S4A



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4A:** el **78%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4A sobre tratamiento farmacológico se ajusta a la realidad en País Vasco.**

Según el **100%** de los profesionales sanitarios encuestados, el servicio encargado de iniciar el tratamiento farmacológico suele ser **neurología.**

Los profesionales sanitarios refieren que, además de neurología, también lo puede iniciar geriatría y, en menor medida, psiquiatría.

**Todos los profesionales sanitarios pueden dar continuidad a la prescripción del tratamiento farmacológico,** siendo más habitual que la continuidad de este la realice el profesional especialista en neurología, seguido de medicina familiar y comunitaria.

De los profesionales autorizados a continuar la prescripción esta la realiza, habitualmente, el profesional de medicina familiar y comunitaria.

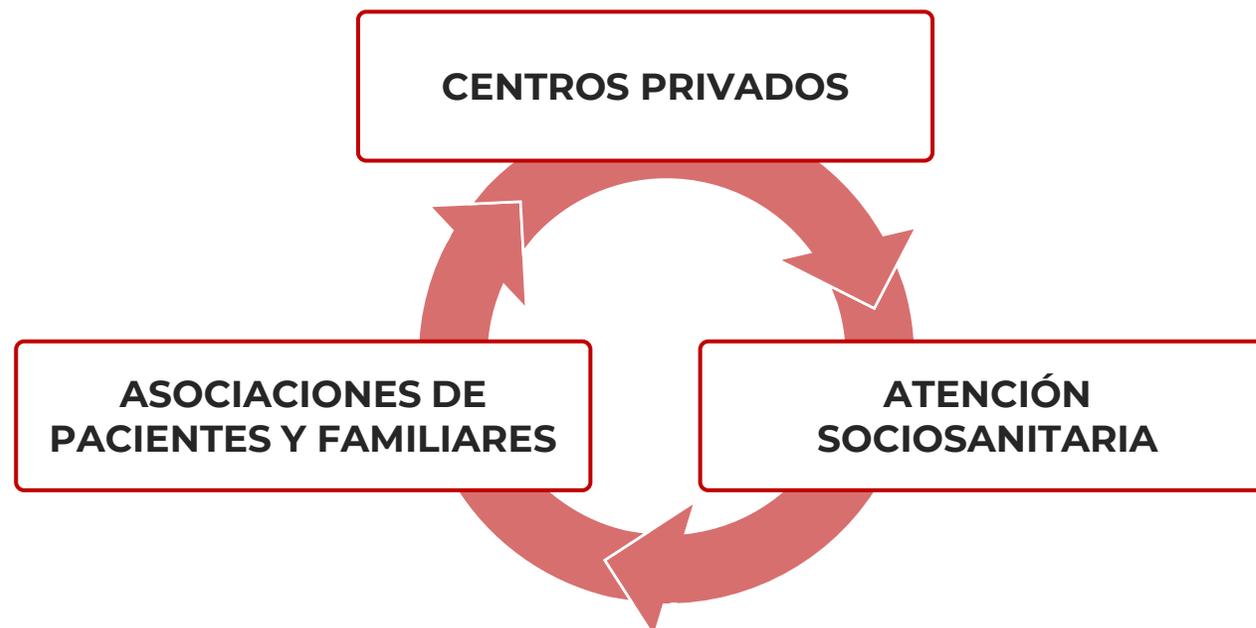
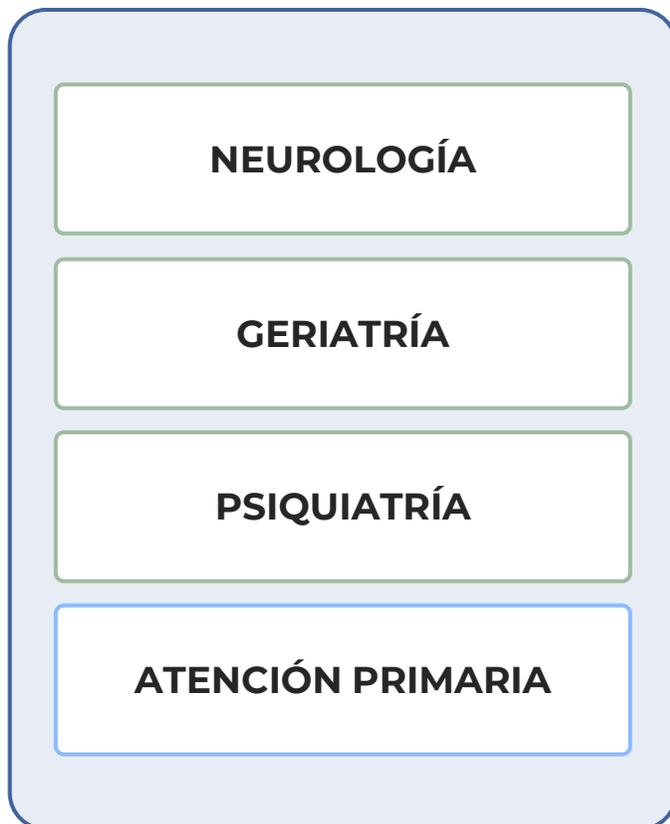
## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PAÍS VASCO

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los principales retos y áreas de mejora identificados por los expertos encuestados incluyen la **necesidad de que las citas de seguimiento sean menos espaciadas para evaluar la efectividad y posibles intolerancias a los tratamientos**. Además, se destaca la **necesidad de garantizar que los especialistas de atención hospitalaria puedan pautar tratamientos sin restricciones** y de **mejorar la coordinación en la prescripción y renovación de recetas**. La **falta de acceso a neurología** y los **tiempos de espera excesivos** para revisiones también son desafíos importantes. Otro reto señalado es la **falta de flexibilidad en la prescripción de fármacos**, que a veces impide que los neurólogos privados puedan hacer su trabajo de manera efectiva, evitando duplicidades.

Como **áreas de mejora**, se plantean:

- **Mejorar la coordinación y la comunicación interprofesional:** establecer mecanismos de trabajo conjunto entre los diferentes profesionales sanitarios para el manejo de personas con demencia, especialmente en aquellos de difícil manejo.
- **Reforzar el seguimiento de pacientes:** incrementar la frecuencia de las citas de seguimiento y asegurar que los especialistas realicen un seguimiento más estricto y frecuente de los tratamientos para detectar problemas de intolerancia o complicaciones.
- **Libertad de prescripción y renovación de recetas:** se debe garantizar que los neurólogos tengan libertad para prescribir y renovar fármacos sin restricciones, así como mejorar el proceso de renovación de recetas electrónicas, de modo que las personas con EA no tengan que volver a los servicios hospitalarios de forma innecesaria.
- **Reducir los tiempos de espera y mejorar el acceso a neurología:** se requiere una mejora significativa en el acceso a consultas de neurología y en la reducción de las listas de espera para revisiones y consultas urgentes.

S4B



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PAÍS VASCO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 4B:** el **87,5%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 4b sobre tratamiento no farmacológico se ajusta a la realidad en País Vasco.**

Entre los tratamientos no farmacológicos disponibles para personas con EA, el **75%** de los expertos encuestados (excepto trabajo social) citan la **estimulación cognitiva**, el **63%** mencionan las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad**, y un **50%**, los **talleres de memoria**.

Otras terapias disponibles en el País Vasco son: las técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales (musicoterapia, terapias de estimulación sensorial, terapias con animales, etc.), la arteterapia, la gerontogimnasia, o terapias más orientadas a influir sobre el estilo de vida.

Los tratamientos no farmacológicos prescritos de manera más habitual a las personas con EA son:

- Al **58,28%** se les prescriben talleres de memoria;
- Al **54,42%**, estimulación cognitiva;
- Al **47%**, técnicas de mantenimiento de la funcionalidad;
- Al **31,42%**, técnicas orientadas a controlar o disminuir la incidencia de problemas conductuales\*.

Los expertos encuestados coinciden que las terapias más adecuadas para personas con **EA en fases tempranas** son la **estimulación cognitiva**, los **talleres de memoria** y las **técnicas de mantenimiento de la funcionalidad**.

\*Este porcentaje se ha calculado como la media de los porcentajes que han respondido cada uno de los profesionales sanitarios encuestados.  
**NOTA:** Los datos son el resultado de la valoración de personas expertas en EA, por lo que han de tomarse como resultados orientativos

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PAÍS VASCO

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los principales retos incluyen la limitada utilización de los tratamientos no farmacológicos, especialmente en centros residenciales y domicilios, donde aún se priorizan los tratamientos farmacológicos. Además, existen dificultades para mantener la financiación de centros de día y residencias, lo que complica la atención integral. También es necesario mejorar la coordinación entre los diferentes agentes implicados en el cuidado de las personas con EA, para reforzar el acceso a terapias y recursos.

**BARRERAS:** las barreras incluyen la falta de formación en el personal de residencias sobre el abordaje de las demencias, la escasa coordinación entre sectores y la burocracia en la concesión de ayudas.

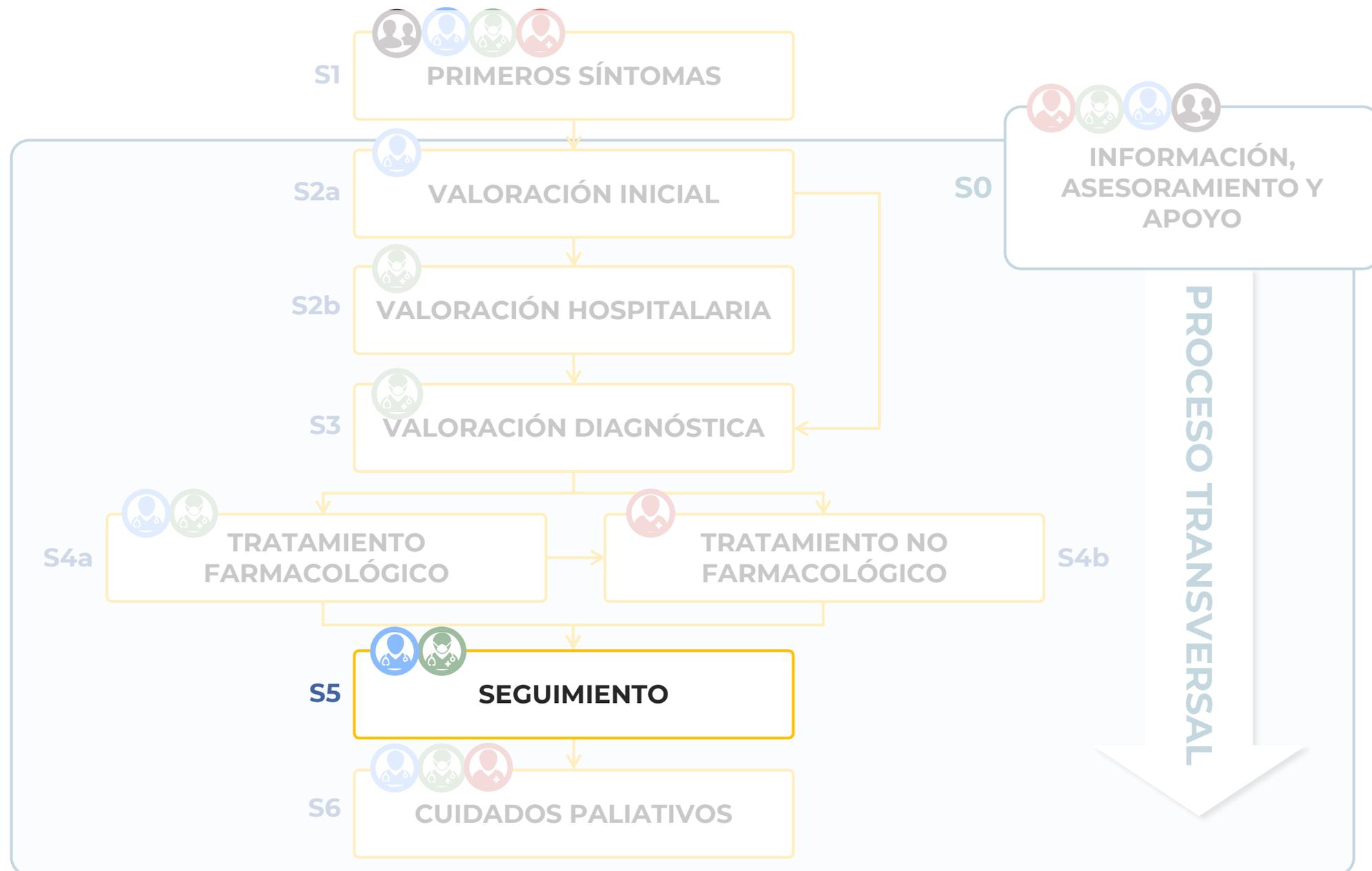
Como **áreas de mejora**, se propone:

- **Fomentar la información a familias y cuidadores:** acceso a programas de ejercicio físico, estimulación cognitiva y apoyo a cuidadores, así como una mayor conectividad con asociaciones de pacientes y familiares.
- **Ampliar el número de centros especializados:** es necesario crear más centros que ofrezcan atención integral y no farmacológica a personas con demencia y EA, para brindarles un apoyo adecuado en todas las fases de la enfermedad.
- **Actualizar y mejorar la accesibilidad a los recursos:** se propone contar con un mapa de recursos actualizados.

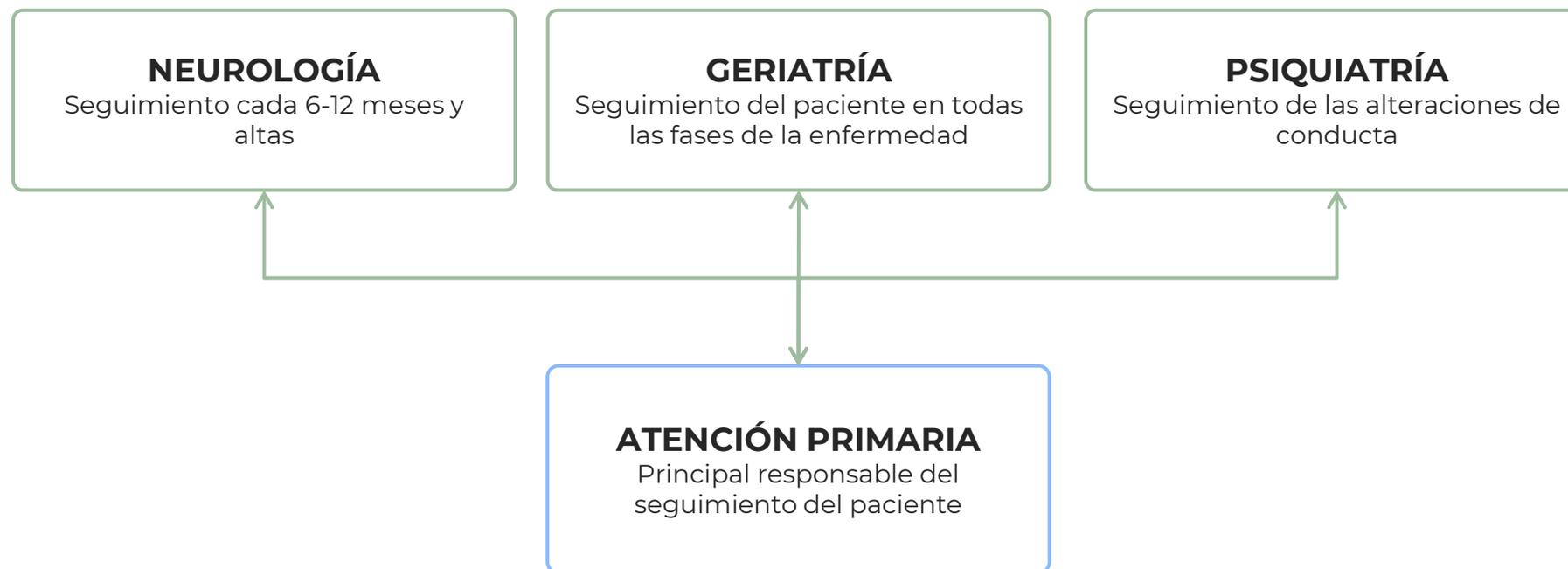
El **44%** de los expertos encuestados afirman que los tratamientos no farmacológicos realizados a las personas con EA están financiados por la consejería de **Bienestar Social**; el **11%** señalan que están financiados por la consejería de **Sanidad**, y otro **11%** responden que pueden estar financiados por ambas consejerías, mientras que el **33%** de los expertos señalan que no están financiados, o lo desconocen.

Un **56%** consideran que las personas con EA **pueden acceder** a estos tratamientos.

## AGENTES



S5



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN PAÍS VASCO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 5:** el **56%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 5 sobre seguimiento se ajusta a la realidad en País Vasco.**

Los profesionales sanitarios encuestados refieren que **el seguimiento se realiza principalmente por los profesionales de neurología (86%), seguidos de medicina familiar y comunitaria (71%)** y, en menor medida, de geriatría.

**EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO DE SEGUIMIENTO:** todos de los expertos encuestados afirman que desconocen o no existe un protocolo específico para el seguimiento de las personas con EA.

**FRECUENCIA DEL SEGUIMIENTO:** el **57%** de los profesionales de atención hospitalaria encuestados refieren que el seguimiento se realiza **cada 6-12 meses**. Los profesionales sanitarios ponen de manifiesto que sería deseable que este tiempo fuera menor del actual, con un seguimiento semestral, programado, y a demanda si hubiera cambios.

**PRUEBAS DURANTE EL SEGUIMIENTO:** durante el seguimiento, el **86%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que realizan pruebas de valoración funcional, y valoración cognitiva. **El 71%** de los profesionales sanitarios encuestados afirman que, además, realizan pruebas de evolución clínica.

**SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** la función principal de atención primaria en el seguimiento farmacológico identificada por **el 86%** de los profesionales sanitarios es la **renovación de la prescripción**. **El 57% de los profesionales sanitarios identifican la evaluación de la adherencia y el manejo de los efectos adversos**, seguidas de la valoración clínica, según afirman **el 43%** de estos profesionales.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN PAÍS VASCO

**DERIVACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES:** los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivación de pacientes entre niveles asistenciales en situaciones de necesidad es **MEDIA**.

**COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA:** se destaca la *Estrategia de Atención Sociosanitaria en Euskadi 2021-2024*, que incluye **acciones** como la **creación de un mapa de profesionales referentes para la atención sociosanitaria**, el **desarrollo de una guía conceptual para mejorar el funcionamiento de los equipos** ("Tool kit" sociosanitario) y el **mapeo de protocolos de coordinación sociosanitaria** en cada territorio histórico. También se prevé el testeo y validación de proyectos piloto para la coordinación de equipos, así como la presentación de los resultados a los grupos de interés y su posterior difusión.

A nivel práctico, se observan interconsultas con trabajadores sociales de Osakidetza y contacto ocasional con agentes sociales. Las asociaciones de pacientes también implican a profesionales e instituciones, con iniciativas como las conferencias de la Casa del Cerebro y los proyectos de investigación de Fundación CITA. **Se propone crear equipos interdisciplinares con reuniones periódicas y difundir protocolos y guías.**

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL DURANTE EL SEGUIMIENTO:** apoya en la gestión de recursos sociales, facilitando los trámites para acceder a atención domiciliaria, centros de día o institucionalización según las necesidades. Además, asesora sobre temas de incapacidad (como la adecuación del hogar e incapacitación) y gestiona los informes necesarios. También realiza la valoración de la dependencia. A nivel emocional, proporciona apoyo a las familias. Los expertos encuestados refieren que la facilidad para derivar a la persona con EA a trabajo social es **BAJO**.

**IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL CUIDADOR:** el **56%** de los expertos encuestados resaltan que **no existe** un conocimiento del impacto de la enfermedad en el cuidador por parte de los agentes implicados en el proceso asistencial:

- **El 100%** de los expertos encuestados afirman que la calidad de vida, la salud psíquica de los cuidadores y las repercusiones en las relaciones sociales son las áreas con mayor repercusión de la EA; **un 89%** de los expertos encuestados destacan las consecuencias en la salud física.
- Las acciones propuestas para mitigar este impacto son: **ofrecer orientación y apoyo desde el diagnóstico, mejorar el control conductual de la persona con EA y facilitar el acceso a más recursos sociales**. También es necesario **apoyar a los cuidadores con relevo de cuidados, apoyo psicológico y recursos de respiro**. También se destacan los grupos de ayuda mutua, información sobre la enfermedad y recursos intermedios como centros de día y ayudas económicas.

**REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:** el documento de voluntades anticipadas y/o eutanasia se registra siempre o casi siempre según **el 56%** de los expertos encuestados.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE SEGUIMIENTO EN PAÍS VASCO

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados destacan la **frecuencia insuficiente de las citas de seguimiento**, lo que dificulta la evaluación de los resultados del tratamiento, especialmente si existen problemas derivados de la intolerancia a los fármacos. También mencionan la **necesidad de mejorar el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos** y de **contar con más formación en atención primaria**.

Asimismo, señalan la **falta de geriatras** y la **necesidad de una mejor coordinación entre los profesionales sanitarios** y una mayor implicación desde atención primaria. Otro desafío es la larga lista de espera para los seguimientos y la dificultad para adelantar citas en caso de necesidad.

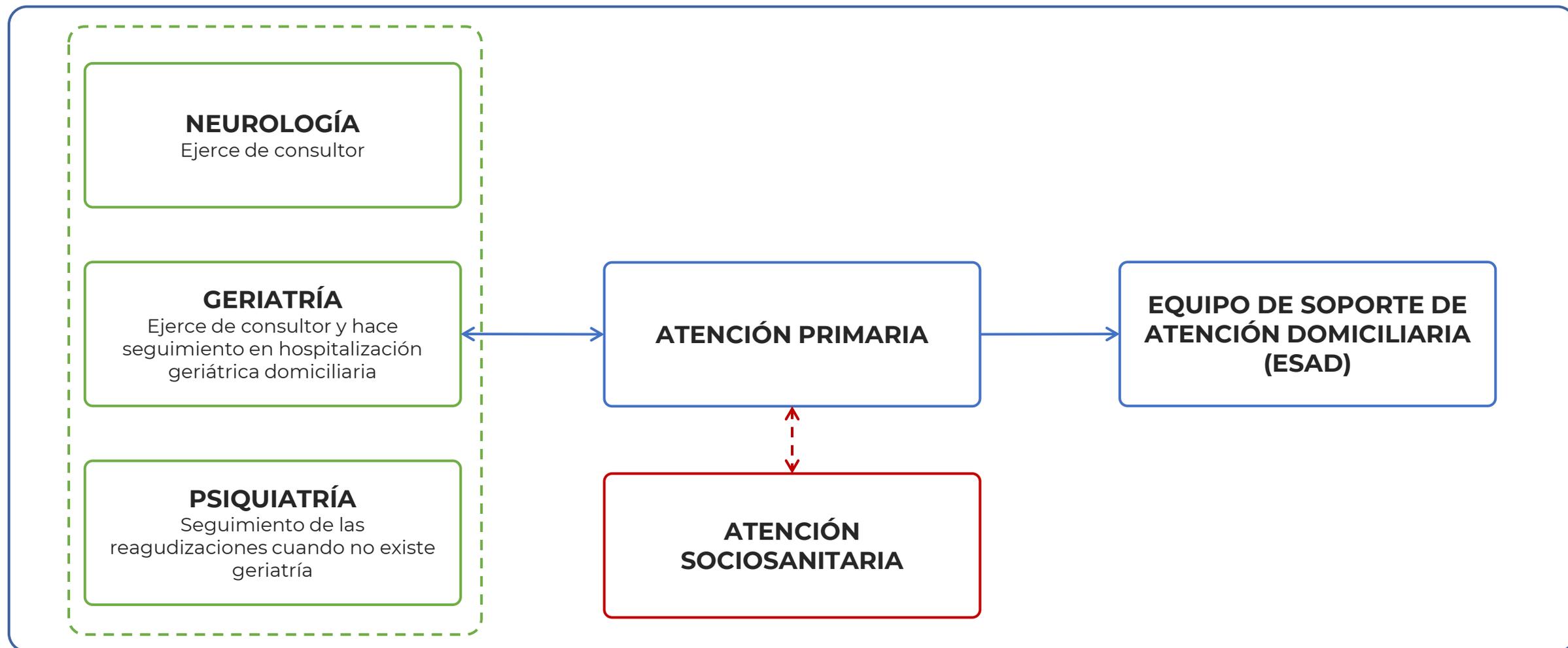
En este sentido, como **áreas de mejora**, proponen:

- **Aumentar la frecuencia en las citas de seguimiento** para evaluar los tratamientos y ajustar en caso de intolerancia.
- **Incluir la valoración psiquiátrica** en el proceso de seguimiento.
- **Mejorar la coordinación** en el manejo de las personas con EA, con una visión más global.
- **Formación para familiares, cuidadores y profesionales** sobre la enfermedad y el manejo de los síntomas.
- **Apoyo para permanecer en el domicilio** todo el tiempo posible, y **facilitar subvenciones/ayudas para evitar la institucionalización prematura**.
- **Dotar a los centros residenciales de espacios adecuados y personal** formado para atender a personas con demencia.
- **Aumentar la dotación de recursos intermedios** como centros de día, viviendas comunitarias y pisos tutelados para quienes no necesitan una residencia, pero requieren apoyo durante el día.

## AGENTES



S6



Entorno del paciente



Atención primaria



Atención hospitalaria



Ámbito sociosanitario

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PAÍS VASCO

**PLANTEAMIENTO GENERAL DEL SUBPROCESO 6:** el **33%** de los expertos encuestados **consideran que el planteamiento del subproceso 6 sobre cuidados paliativos se ajusta a la realidad en País Vasco.**

Los expertos encuestados señalan que **las personas con demencia suelen ser excluidos sistemáticamente de los cuidados paliativos**, a pesar de que las personas con EA son claramente subsidiarias de atención de cuidados paliativos. Además, se destaca la falta de un adecuado soporte domiciliario, que permita un seguimiento más cercano desde la atención primaria.

Los expertos encuestados valoran el grado de cobertura actual como **NULO**.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL:** según los expertos encuestados, la función principal de trabajo social en este punto del proceso sería el desarrollo de un protocolo sociosanitario implementado por áreas geográficas, facilitando la gestión de recursos sociosanitarios. También se encarga de proporcionar asesoramiento y facilitar trámites, como la búsqueda e ingreso en residencias, y ofrece apoyo emocional tanto al paciente como a la familia. Además, gestiona los recursos necesarios para el momento del fallecimiento y coordina la atención espiritual.

**PAPEL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA:** según los expertos encuestados, las acciones llevadas a cabo por los especialistas de medicina familiar y comunitaria son fundamentales en esta etapa y se centran en la identificación temprana de la necesidad de cuidados paliativos, proporcionando información y comunicación continua con la familia. Se encargan, asimismo, de la continuidad asistencial en el domicilio si es necesario, y aseguran la coordinación y comunicación entre los distintos profesionales implicados. Además, realiza valoraciones a domicilio y, en algunos casos, también actúa como enlace entre la familia y el especialista en neurología. Asimismo, se encarga de la prescripción de fármacos y cuidados, siendo el médico responsable de las personas con EA ingresadas en residencias.

## RETOS Y ÁREAS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA EL SUBPROCESO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PAÍS VASCO

**RETOS Y ÁREAS DE MEJORA:** los expertos encuestados señalan la **necesidad de garantizar un plan individualizado de atención y establecer sistemas de coordinación entre profesionales que faciliten la comunicación, la toma de decisiones y la atención integrada**. El principal reto es **incluir la EA y otras demencias en los circuitos de cuidados paliativos**, debido a las carencias existentes en las enfermedades degenerativas. También se destaca la importancia de identificar a la persona con EA y proporcionar información adecuada a las familias y cuidadores.

En cuanto a las **áreas de mejora**, se propone **aumentar los equipos de cuidados paliativos** (faltan psicólogos y trabajadores sociales), **mejorar el apoyo sociosanitario, normalizar los criterios de inclusión, agilizar el proceso de acceso a la atención domiciliaria**, fomentar la **formación sobre cuidados paliativos** y **reforzar los servicios de hospitalización a domicilio** (equipos formados por médico/a y enfermero/a únicamente y, además, son muy pocos y con horario muy reducido).

Asimismo, el **78%** de los expertos encuestados coinciden en que las barreras más habituales en este subproceso son el **desconocimiento de recursos por parte de familiares y/o cuidadores**, así como la **falta de plazas en residencias de cuidados paliativos**. Además:

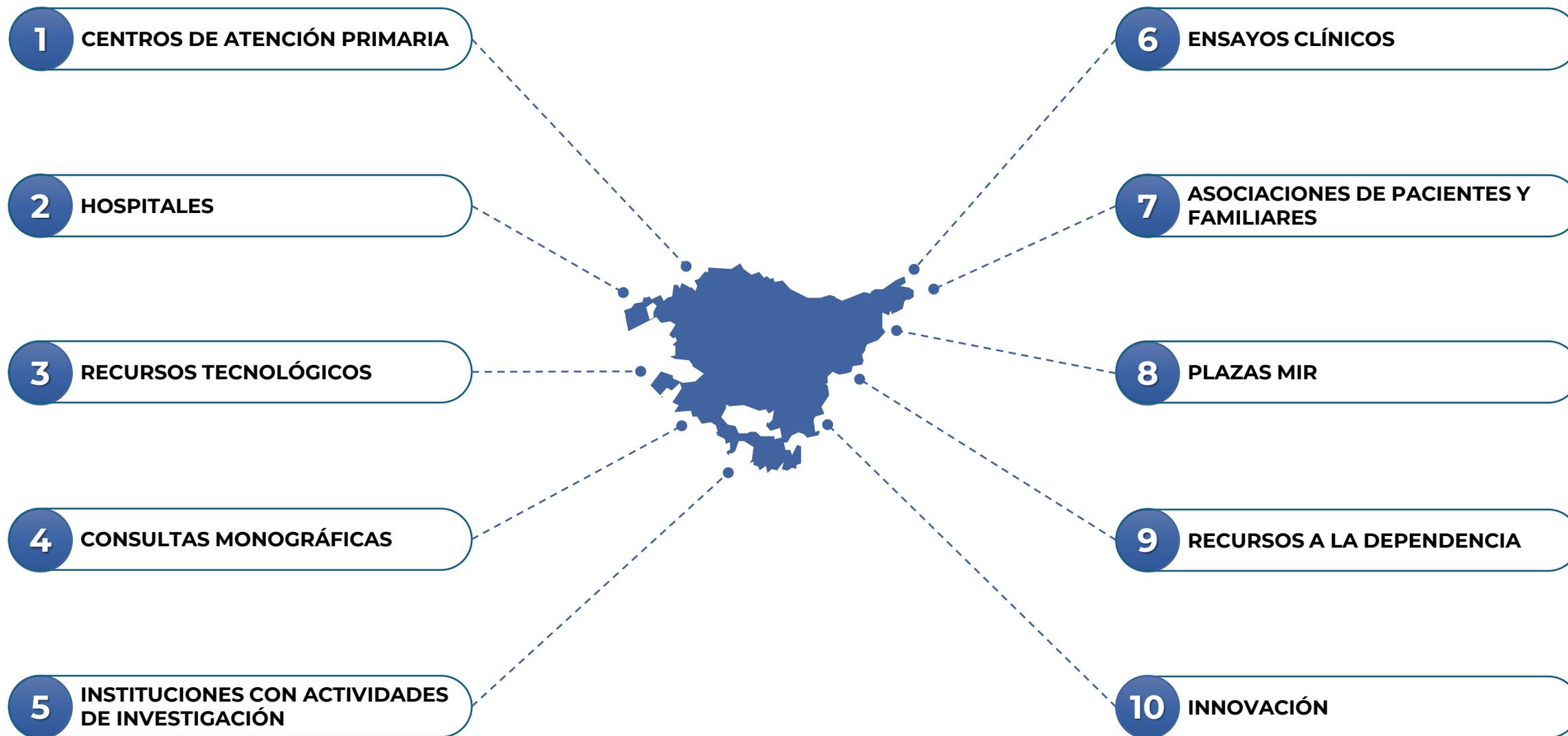
- El **67%** de los expertos encuestados señalan, **además, la falta de acceso a profesionales con práctica en cuidados paliativos**.
- El **56%** de los expertos encuestados señalan también la **falta de centros concertados** y un **44%**, la **dificultad para acceder a cuidados de equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD)**.

## 4. RECURSOS DISPONIBLES

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer





## 1 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Total de centros	Centros de salud	Consultorios locales
<b>SNS</b>	13.040	3.042	9.998
Andalucía	1.514	409	1.105
Aragón	990	118	872
Principado de Asturias	213	69	144
Islas Baleares	163	59	104
Canarias	263	107	156
Cantabria	165	42	123
Castilla y León	3.875	247	3.628
Castilla-La Mancha	1.315	204	1.111
Cataluña	1.187	419	768
C. Valenciana	853	285	568
Extremadura	526	111	415
Galicia	463	398	65
Madrid	424	263	161
Región de Murcia	264	85	179
C. Foral de Navarra	291	60	231
<b>País Vasco</b>	<b>333</b>	<b>139</b>	<b>194</b>
La Rioja	194	20	174
Ceuta y Melilla	7	7	0



### 333 CENTROS DE AP

- 139 Centros de salud
- 194 Consultorios locales

## 2 HOSPITALES

### HOSPITALES PÚBLICOS

Organización Sanitaria Integrada Debagoiena	Hospital Santa Marina
Hospital Universitario Donostia	Hospital Galdakao-Usansolo
Hospital Bidasoa (Osi Bidasoa)	Hospital de Gorniz
Hospital de Mendaro (Osi Bajo Deba)	Hospital Urduliz Ospitalea
Hospital de Zumarraga (Osi Goierri - Alto Urola)	Hospital de Zaldibar
Hospital Universitario Cruces	Hospital de Zamudio
Hospital San Eloy	Hospital de Leza
Hospital de Bermeo	Red de Salud Mental de Araba (Hospital Psiquiátrico de Araba)
Hospital Universitario Basurto	Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago)

### HOSPITALES PRIVADOS

Fundación Onkologikoa Fundazioa	Clínica Virgen Blanca
Policlínica Gipuzkoa	Clínica Indautxu, S.A.
Hospital Ricardo Bermingham	Hospital Quironsalud Bizkaia
Clínica Santa María de La Asunción (Inviza, S. A.)	Avances Médicos S.A.
Sanatorio Usurbil, S. L.	Hospital Quironsalud Vitoria
Clínica Imq Zorrotzaurre	Hospital Vithas Vitoria
Clínica Guimon, S.A.	

### MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios	Sanatorio Bilbaíno
Hospital Aita Menni	Hospital Cruz Roja de Bilbao (Victoria Eugenia)
Hospital San Juan de Dios Donostia	Hospital San Juan de Dios

+

## 40 HOSPITALES

- 18 Públicos
- 13 Privados
- 6 Mutuas colaboradoras con la SS
- 3 ONGs

### HOSPITALES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Mutualia Clínica Pakea	Hospital Intermutual de Euskadi
Clínica Ercilla Mutualia	

## 2 HOSPITALES

### PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA PÚBLICOS

	Total de camas	Puestos de Hospital de día
<b>SNS</b>	<b>114.671</b>	<b>21.000</b>
Andalucía	15.826	3.831
Aragón	4.088	444
Principado de Asturias	3.074	764
Islas Baleares	2.458	407
Canarias	4.418	593
Cantabria	1.317	289
Castilla y León	6.797	984
Castilla-La Mancha	4.728	633
Cataluña	26.232	5.523
Comunidad Valenciana	10.156	1.413
Extremadura	3.480	341
Galicia	7.409	931
Madrid	12.240	2.602
Región de Murcia	3.570	433
C. Foral de Navarra	1.520	286
<b>País Vasco</b>	<b>6.052</b>	<b>1.373</b>
La Rioja	973	100
Ceuta y Melilla	333	53



# 62,1

Puestos de hospital de día por cada 100.000 habitantes

## 3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

	TAC	RM	SPECT	PET
ANDALUCÍA	159	110	31	18
ARAGÓN	28	20	7	4
PRINCIPADO DE ASTURIAS	22	19	4	4
ISLAS BALEARES	26	28	5	2
CANARIAS	40	39	13	5
CANTABRIA	11	9	1	2
CASTILLA Y LEÓN	53	36	11	6
CASTILLA-LA MANCHA	42	30	8	3
CATALUÑA	156	156	28	27
COMUNIDAD VALENCIANA	93	85	14	16
EXTREMADURA	29	13	4	1
GALICIA	54	42	13	7
C. DE MADRID	114	140	30	24
REGIÓN DE MURCIA	31	22	4	4
C. FORAL DE NAVARRA	14	12	4	3
<b>PAÍS VASCO</b>	<b>46</b>	<b>37</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
LA RIOJA	6	5	1	1
CEUTA	1	1	0	0
MELILLA	1	0	0	0
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>926</b>	<b>804</b>	<b>185</b>	<b>135</b>



- 46 TAC
- 37 RM
- 7 SPECT
- 8 PET

<b>PET</b>	Tomografía de emisión de positrones
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>SPECT</b>	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada

## 4 CONSULTAS MONOGRÁFICAS

La atención especializada en la EA se ve facilitada por **las consultas monográficas**, donde profesionales sanitarios altamente dedicados abordan esta patología. Sin embargo, la ausencia de un registro nacional centralizado de estas consultas ha generado la necesidad de examinar detenidamente informes de hospitales y servicios de neurología para identificar el número de estas consultas en la Comunidad Autónoma.

Este capítulo presenta una lista detallada de hospitales con consultas de EA identificadas. Otro reto en la identificación de consultas monográficas de EA radica en la diversidad de nomenclaturas empleadas. Estas unidades pueden variar en denominaciones, como "unidad" o "consulta", y abarcar términos como demencias, memoria, deterioro cognitivo, Alzheimer, psicogeriatría entre otros.

La información recopilada no solo destaca estos recursos, sino que también sirve como una guía valiosa para personas con EA, familias y profesionales de la salud en la búsqueda de atención especializada.

CENTRO	UNIDAD
Hospital Galdakao-Usansolo	Unidad de Memoria
Hospital Universitario Araba	Monográfica de Demencias
Hospital Universitario Cruces	Unidad de Demencias
Hospital Universitario de Donostia	Unidad de Deterioro Cognitivo
Hospital de Urduliz*	-
Hospital de Basurto*	-
Fundación Cita Alzheimer – Clínica memoria	Monográfica de Demencias

**\*NOTA:** *estos hospitales son identificados por algunos de los expertos encuestados por su servicio de neurología. No se identifica el nombre de la unidad. Además, los expertos encuestados también mencionan la Fundación Matia, y la Policlínica Gipuzkoa para ensayos clínicos.*



Se han identificado un total de **7** centros hospitalarios con algún tipo de consulta monográfica de demencias

## HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Memoria

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Consulta Monográfica de Demencias

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Demencias

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Deterioro Cognitivo

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## HOSPITAL DE URDULIZ

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** --

**SERVICIO:** Neurología | Medicina Interna

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## HOSPITAL DE BASURTO

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** --

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## FUNDACIÓN CITA ALZHEIMER – CLÍNICA MEMORIA

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Monográfica de Demencias

**SERVICIO:** ---

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

+

En País Vasco, existen **0,18** consultas monográficas y/o unidades especializadas por centro hospitalario ya sean públicos o privados

+

Se calcula que la ratio de consultas monográficas y/o unidades especializadas por cada 100.000 habitantes en País Vasco es de **0,31**

## Hospital Universitario de Donostia

**TIPO DE CENTRO:** Privado

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** Unidad de Deterioro Cognitivo

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## HOSPITAL DE URDULIZ

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** --

**SERVICIO:** Neurología | Medicina Interna

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

## HOSPITAL DE BASURTO

**TIPO DE CENTRO:** Público

**CONSULTA MONOGRÁFICA:** --

**SERVICIO:** Neurología

**LISTA DE ESPERA SERVICIO:** -- pacientes

**LISTA DE ESPERA PRUEBAS:** TAC -- pacientes | RM -- pacientes

+

En País Vasco, existen **0,18** consultas monográficas y/o unidades especializadas por centro hospitalario ya sean públicos o privados

+

Se calcula que la ratio de consultas monográficas y/o unidades especializadas por cada 100.000 habitantes en País Vasco es de **0,31**

## 5 INSTITUCIONES CON ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

A continuación, se recogen las instituciones con actividades de investigación y las líneas de investigación relacionadas con la demencia y/o EA en País Vasco.

### INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ACREDITADOS

Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia (IIS BIOCRUCES)

Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia (IIS BIODONOSTIA)

### OTRAS INSTITUCIONES

Fundación CITA Alzheimer

Policlínica Gipuzkoa

Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba

**\*NOTA:** no se ha podido acceder a la página de los grupos de investigación.



Se han identificado un total de **5** instituciones con actividades de investigación o líneas relacionadas con la Demencia | Alzheimer

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>Enfermedades del sistema nervioso</b> Enfermedades neurodegenerativas <b>IIS BIOCRUCES</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio clínico de parkinsonismos genéticos: caracterización e identificación prospectiva de biomarcadores clínicos en portadores de mutaciones E46K-SNCA, PARK2, LRRK2 and PINK1.</li> <li>2. Laboratorio de disautonomía: estudio exhaustivo del sistema nervioso autónomo y de la neuropatía de fibra fina en sinucleinopatías y en otras enfermedades neurológicas y sistémicas.</li> <li>3. Laboratorio de la vía visual: estudio estructural y funcional de la retina y de la vía visual como un modelo para identificar biomarcadores en enfermedades neurodegenerativas.</li> <li>4. Deterioro cognitivo y el impacto de la rehabilitación cognitiva en la discapacidad y en la integridad cerebral (RM cerebral) en enfermedad de Parkinson idiopática y genética.</li> <li>5. Evaluación prospectiva a largo plazo de la calidad de vida tras la cirugía funcional en enfermedad de Parkinson.</li> <li>6. Análisis de mecanismos celulares y moleculares patogénicos en parkinsonismos genéticos mediante células madre pluripotenciales inducidas (iPSC).</li> <li>7. Estudio multidimensional prospectivo en pacientes con enfermedad de Huntington en el marco de registros internacionales multicéntricos.</li> <li>8. Estudio del fenotipo de formas genéticas de demencias fronto-temporales.</li> <li>9. Estudio de biomarcadores clínicos, bioquímicos y de imagen en fases preclínicas y prodrómicas de enfermedad de Alzheimer y otras demencias.</li> </ol>
<p><b>Áreas de investigación verticales</b> Enfermedades neurodegenerativas <b>IIS BIODONOSTIA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio de la patología TDP-43 a nivel unicelular para identificar dianas terapéuticas basadas en mecanismos no autónomos de la neurona en neurodegeneración. Tracenam43.</li> <li>2. Estudio etiológico de las fenocopias de la enfermedad de Huntington.</li> <li>3. Medicina de precisión para prevenir la cronificación de la migraña a través de la predicción de las crisis de dolor y de la respuesta al tratamiento con anticuerpos anti-CGRP utilizando estrategias multi-ómicas.</li> <li>4. Terapias de ARN antisentido: hacia el desarrollo de una estrategia personalizada en la demencia frontotemporal por déficit de progranulina.</li> <li>5. Caracterización del procesamiento del ARN en el glioblastoma multiforme: identificación de nuevas dianas moleculares y desarrollo de terapias de ARN personalizadas.</li> <li>6. Evaluation of CRISPR-dCas13 system as a precision medicine approach for glioblastoma multiforme / El sistema CRISPR-dCas13 como una nueva estrategia de medicina de precisión para el glioblastoma multiforme.</li> <li>7. Estudio multicéntrico para la validación de la tomografía de coherencia óptica macular como biomarcador diagnóstico y pronóstico en los síndromes parkinsonianos.</li> <li>8. B12 en enfermedad de Parkinson idiopática y asociada a LRRK2: correlación clínica y evaluación de eficacia preclínica de análogos de B12 en una plataforma basada en el modelo de cohesión centrosomal.</li> <li>9. Evaluación del sistema CRISPR-dCas13 como estrategia de medicina personalizada en enfermedades neurodegenerativas: estudios in vitro y en un modelo animal de atrofia muscular espinal (AME).</li> </ol>

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>Enfermedades del sistema nervioso</b> Enfermedades neurodegenerativas <b>FUNDACIÓN CITA ALZHEIMER</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ECAD-study: El estudio busca identificar cambios epigenéticos relacionados con las características biológicas del Alzheimer y el estado cognitivo en personas con biomarcadores positivos o deterioro cognitivo leve, dentro del estudio PGA. Activo desde 2021.</li> <li>2. Go On: Este estudio evalúa una intervención multidominio para la prevención de la demencia y el deterioro cognitivo, investigando cómo el cuidado de hábitos, estilos de vida y salud cardiovascular puede prevenir el deterioro cognitivo. Activo desde 2022.</li> <li>3. Síndrome de Down: Un estudio poblacional centrado en adultos de 35 años o más con síndrome de Down, cuyo objetivo es evaluar la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otros problemas de salud asociados en esta población.</li> <li>4. DCL: Este estudio investiga los factores de riesgo y los cambios biológicos asociados al deterioro cognitivo leve (DCL) para mejorar la atención a esta enfermedad. Activo desde 2011.</li> <li>5. Proyecto Gipuzkoa Alzheimer: Estudio longitudinal que caracteriza el Alzheimer en fases preclínicas y prodrómicas, centrado en identificar biomarcadores y factores de riesgo. Finalizado desde 2021.</li> <li>6. AMYPAD: Liderado por la Vu University Medical Center de Ámsterdam, este proyecto estudia el uso del PET-amiloide, una avanzada tecnología, para detectar el Alzheimer en etapas preclínicas y predecir el desarrollo de síntomas.</li> <li>7. Goiz Alzheimer Beasain: Programa ciudadano para la prevención, detección y tratamiento temprano del Alzheimer y otras demencias, mediante un modelo de actuación comunitaria. Finalizado desde 2018.</li> <li>8. Goiz Zaindu: Estudio piloto que evalúa una intervención multidominio para la prevención de la demencia y el deterioro cognitivo. Finalizado desde 2015.</li> <li>9. Plan Stop Alzheimer Deba: Estudio epidemiológico que examina la prevalencia del Alzheimer en diversas fases y busca desarrollar herramientas para su diagnóstico temprano..</li> </ol>
<p><b>Enfermedades del sistema nervioso</b> Enfermedades neurodegenerativas <b>FUNDACIÓN POLICLINICA GIPUZKOA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio de fase Ib/Ia aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, con dosis múltiples ascendentes y grupos paralelos, para evaluar la seguridad, tolerabilidad, farmacocinética y farmacodinámica de ro7126209 tras infusión intravenosa en pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase prodrómica o de leve a moderada.</li> <li>2. Ensayo clínico Fase IIa, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, de dosis múltiples, multicéntrico y de grupos paralelos para investigar la seguridad, la tolerabilidad y el efecto del ro7269162 sobre los biomarcadores amiloides y no amiloides relacionados con la enfermedad tras su administración oral diaria en participantes con riesgo o en la fase prodrómica de la enfermedad de Alzheimer.</li> <li>3. Estudio en fase IIIb/IV, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos para verificar el beneficio clínico de aducanumab (BIIB037) en participantes con enfermedad de Alzheimer.</li> <li>4. Ensayo multicéntrico de fase 3, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo para evaluar la eficacia y seguridad de AR1001 durante 52 semanas en participantes con enfermedad de Alzheimer en fase inicial.</li> <li>5. Ensayo de fase II/III doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo y de diseño adaptativo, para evaluar la eficacia y la seguridad de ACU193 intravenoso en la enfermedad de Alzheimer precoz</li> </ol>

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

CENTROS DE INVESTIGACIÓN	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
<p><b>Enfermedades del sistema nervioso</b>                      Enfermedades neurodegenerativas  <b>Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. RE-START: Exploring the effectiveness of anti-calcitonin gene-related peptide resumption after discontinuation in migraine.</li> <li>2. Effectiveness and Safety of Teriflunomide in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis and Improvements in Quality of Life: Results from the Real-World TERICARE Study.</li> <li>3. Long-term effectiveness and tolerability of galcanezumab in patients with migraine excluded from clinical trials: real world evidence of 1055 patients with 1 year follow-up from the Galca-Only registry.</li> <li>4. C9ORF72 Gene GGGGCC Hexanucleotide Expansion: A High Clinical Variability from Amyotrophic Lateral Sclerosis to Frontotemporal Dementia.</li> <li>5. Mindfulness-based cognitive therapy versus psychoeducational intervention in bipolar outpatients: Results from a randomized controlled trial.</li> <li>6. Two-year evaluation of a multifamily psychoeducational program (PROTEC) in the family burden and prognosis of bipolar patients..</li> <li>7. Relationship between cognition and age at onset of first-episode psychosis: comparative study between adolescents, young adults, and adults.</li> <li>8. Affective symptom dimensions in early-onset psychosis over time: a principal component factor analysis of the Young Mania Rating Scale and the Hamilton Depression Rating Scale.</li> <li>9. Inflammation biomarkers in suicide attempts and their relation to abuse, global functioning and cognition.</li> </ol>

## 6 ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE ALZHEIMER

A continuación, se incluye el listado de los ensayos clínicos autorizados en **País Vasco** según el Registro Español de Ensayos Clínicos (REEC).

### CÓDIGOS EEC

2016-003440-36	2015-005625-39	2014-002601-38	2017-002702-12	2022-500691-59-00
2014-001967-11	2018-000268-26	2016-002412-40	2015-005495-19	2012-004765-40
2021-001184-25	2015-002957-37	2023-505396-71-00	2016-001634-10	
2012-003242-33	2015-000948-42	2016-000108-27	2023-506183-13-00	
2013-000001-23	2023-504017-79-00	2019-000370-27	2023-505096-68-00	
2017-001800-31	2015-000967-15	2023-506872-29-00	2023-505083-11-01	
2015-000966-72	2012-004944-31	2024-510887-22-00	2015-002715-15	
2021-002179-21	2013-003390-95	2016-001127-32	2023-509678-52-00	
2013-001119-54	2014-000830-42	2020-000766-42	2022-001671-14	
2016-004128-42	2019-003532-23	2013-005031-24	2017-002901-37	
2016-003928-23	2023-506170-12-00	2023-509807-34-00	2017-001365-24	
2024-510888-39-00	2016-004352-30	2019-001476-11	2012-005524-15	
2018-002102-31	2023-508306-15-00	2022-501644-15-01	2022-501188-42-00	
2022-503148-41-00	2016-004169-18	2016-002976-28	2015-002134-49	
2023-506919-18-00	2018-003567-66	2019-004368-22	2011-003151-20	
2012-004763-45	2016-003288-20	2021-003256-17	2017-004893-32	
2012-002843-11	2016-001128-78	2016-000587-42	2012-005542-38	



# 70

Ensayos clínicos sobre Alzheimer en País Vasco

### DATOS SOBRE EEC EN PAÍS VASCO

En País Vasco existen **1,75 ensayos clínicos por centro hospitalario** ya sean públicos o privados.

Se calcula que la ratio de **ensayos clínicos** por cada 100.000 habitantes en País Vasco es de **3**

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN PAÍS VASCO

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2016-003440-36	Un estudio de LY3314814 (AZD3293) en la enfermedad de Alzheimer en fase temprana.
2014-001967-11	Estudio fase IIA, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, grupos paralelos, para evaluar la seguridad y tolerabilidad de PQ912 en sujetos con enfermedad de Alzheimer en fase temprana.
2021-001184-25	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de gantenerumab en participantes en riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer o en las primeras etapas.
2012-003242-33	ESTUDIO MULTICÉNTRICO, ABIERTO, DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO SOBRE SEGURIDAD DE LOS ESTUDIOS EN FASE II ABE4869g Y ABE4955g EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ENTRE LEVE Y MODERADA.
2013-000001-23	Seguridad y tolerabilidad de Lu AE58054 como tratamiento complementario a donepezilo en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada.
2017-001800-31	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad de RO7105705 en pacientes con enfermedad de Alzheimer de Prodrómico a Leve.
2015-000966-72	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2021-002179-21	Un estudio de fase 3 para evaluar la seguridad y la eficacia de masitinib como terapia complementaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada tratados con el tratamiento estándar.
2013-001119-54	Progreso de la enfermedad de Alzheimer leve en pacientes con Solanezumab versus Placebo.
2016-004128-42	Estudio de 24 meses, de grupos paralelos, doble ciego y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de E2609 en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2016-003928-23	Estudio de 24 meses, de grupos paralelos, doble ciego y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de E2609 en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2024-510888-39-00	A phase 3 clinical study to investigate the effects of BAN2401 in subjects with preclinical Alzheimer's Disease.
2018-002102-31	Estudio de Aducanumab (BIIB037) en sujetos con deterioro cognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer o con demencia de la enfermedad de Alzheimer leve para evaluar la seguridad de la administración de dosis continuada en sujetos asintomáticos con anomalías en las imágenes relacionadas con el amiloide.
2022-503148-41-00	Randomised, double-blind, placebo-controlled study to assess safety and efficacy of PRI-002 in patients with MCI or mild dementia due to Alzheimers disease (AD).
2023-506919-18-00	A Research Study Investigating Semaglutide in People With Early Alzheimer's Disease (EVOKE).
2012-004763-45	Estudio de Lu AE58054 en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada tratados con donepezilo.
2012-002843-11	Estudio en Fase II para investigar los efectos de BAN2401 en pacientes con enfermedad de Alzheimer incipiente.

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN PAÍS VASCO

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2015-005625-39	Estudio de LY3314814 en participantes con demencia de la enfermedad de Alzheimer leve (Daybreak).
2018-000268-26	Estudio de extensión para continuar evaluando la seguridad a largo plazo y la tolerabilidad de ABBV-8E12 en sujetos con enfermedad de Alzheimer temprana.
2015-002957-37	Se trata de un estudio multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo, de grupos paralelos. La eficacia y seguridad del fármaco en investigación RVT-101 a una dosis de 35 mg al día cuando se utiliza como un tratamiento adyuvante del tratamiento con donepezilo estable serán evaluados en un período de tratamiento de 24 semanas en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada en terapia estable con donepezil.
2015-000948-42	Eficacia y la seguridad de JNJ-54861911 en sujetos asintomáticos con riesgo de desarrollar demencia de Alzheimer
2023-504017-79-00	A Phase 2a/2b Randomized, Placebo-Controlled Clinical Study to Evaluate the Safety and Efficacy of MK-1942 as Adjunctive Therapy in Participants with Mild to Moderate Alzheimer's Disease Dementia.
2015-000967-15	Estudio fase 3 de Aducanumab en pacientes con enfermedad de Alzheimer temprana
2012-004944-31	Comparación entre la cerebrolisina y el donepezilo: ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado sobre la eficacia y la seguridad en pacientes con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada.
2013-003390-95	Estudio de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer Leve.
2014-000830-42	Estudio para probar si PF-05212377 es seguro y si mejora los síntomas en pacientes con enfermedad de Alzheimer que presentan síntomas neuropsiquiátricos.
2019-003532-23	Ensayo fase 2b, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos en paralelo, de la búsqueda de dosis, seguridad, tolerabilidad y eficacia de PQ912 en sujetos con deterioro cognitivo y demencia leves debidos a la enfermedad de Alzheimer.
2023-506170-12-00	A study to learn if bepranemab is safe and works in people with early stages of Alzheimers Disease.
2016-004352-30	Estudio para testar una nueva vacuna para la enfermedad de Alzheimer en pacientes con sospecha o con enfermedad de Alzheimer muy leve.
2023-508306-15-00	A Phase 3 Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of AR1001 in Participants with Early Alzheimers Disease.
2016-004169-18	Estudio para evaluar la seguridad, tolerabilidad y efecto antiinflamatorio de tres dosis bucales de Sativex® en pacientes con estadios iniciales de demencia tipo Alzheimer.
2018-003567-66	Estudio para evaluar la eficacia y seguridad del T 817MA en pacientes con deficiencia cognitiva leve debido a la enfermedad de Alzheimer o a la enfermedad de Alzheimer leve. Los pacientes serán asignados aleatoriamente a placebo o medicación en investigación; la asignación será desconocida para los pacientes y el médico.
2016-003288-20	Estudio de Eficacia y Seguridad de Crenezumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer de Prodromica a leve.

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN PAÍS VASCO

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2016-001128-78	Ensayo clínico para pacientes con enfermedad de Alzheimer para examinar la seguridad y eficacia del Pimavanserin en el tratamiento de los síntomas de agitación y agresión.
2014-002601-38	Estudio para valorar el efecto de AZD3293 en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial.
2016-002412-40	Estudio de la seguridad y la tolerabilidad de RVT-101 en pacientes con demencia con cuerpos de Lewy (DCL).
2023-505396-71-00	A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study of XPro1595 in Patients with Early Alzheimers Disease with Biomarkers of Inflammation.
2016-000108-27	Estudio fase 3 destinado a probar si el fármaco frena la progresión de la enfermedad en pacientes con problemas de memoria leves (enfermedad de Alzheimer prodrómica).
2019-000370-27	Estudio de COR388 en Sujetos con Enfermedad de Alzheimer.
2023-506872-29-00	A Long-term Extension Study to Evaluate Safety, Tolerability, and Efficacy of AL002 in Alzheimer's Disease.
2024-510887-22-00	A Phase 3 clinical study to investigate the effects of BAN2401 in patients with Early Alzheimer's Disease.
2016-001127-32	Estudio doble ciego, controlado por placebo para analizar la seguridad y eficacia de Pimavanserin en el tratamiento de la agitación y agresión en la enfermedad de Alzheimer.
2020-000766-42	Estudio abierto para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia de la administración a largo plazo de gantenerumab en participantes con enfermedad de Alzheimer.
2013-005031-24	Estudio de prueba de concepto de la enfermedad de Alzheimer con BI 409306 frente a placebo.
2023-509807-34-00	A Phase 2/3 Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Adaptive Design Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Intravenous ACU193 in Early Alzheimers Disease.
2019-001476-11	Ensayo clínico para evaluar AL002 en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2022-501644-15-01	A Study to Assess if BIIB080 Can Change Clinical Dementia Rating-Sum of Boxes Scores, and BIIB080 Safety and Tolerability When Injected Into the Cerebrospinal Fluid of Participants With Mild Cognitive Impairment Due to Alzheimer's Disease (AD) or Mild AD Dementia Between 50 to 80 Years of Age.
2016-002976-28	Estudio de la eficacia y la seguridad de CNP520 en participantes que tienen riesgo de presentar síntomas clínicos de enfermedad de Alzheimer.
2019-004368-22	Un estudio clínico que evalúa la seguridad y tolerabilidad del Aducanumab en sujetos con enfermedad de Alzheimer que participaron previamente en los estudios de Aducanumab 221AD103, 221AD301, 221AD302 y 221AD205.

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN PAÍS VASCO

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2021-003256-17	No se publica el título por ser un ensayo clínico fase I que no incluye población pediátrica.
2016-000587-42	Estudio de extension a largo termino, abierto de seguridad y tolerancia de RVT en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
2017-002702-12	Extensión de fase Abierta de CREAD: Estudio de Crenezumab para evaluar eficacia y seguridad en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer ( EA) de prodrómica a leve.
2015-005495-19	Estudio de RVT-101 en sujetos con demencia con cuerpos de Lewy (DCL).
2016-001634-10	Se trata de un estudio para evaluar la eficacia y la seguridad de ABBV 8E12 en pacientes con enfermedad de Alzheimer incipiente.
2023-506183-13-00	A study to evaluate the safety and long-term biomarker effects of RO7269162 in participants at risk for or at the prodromal stage of Alzheimers Disease (AD).
2023-505096-68-00	A Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Parallel-Group Study, to Assess Efficacy, Safety and Immunogenicity of JNJ-64042056, a Phosphorylated Tau Targeted Active Immunotherapy, in Participants with Preclinical Alzheimers Disease.
2023-505083-11-01	EFFICACY AND SAFETY OF GSK4527226 [AL101] IN PATIENTS WITH EARLY ALZHEIMERS DISEASE.
2015-002715-15	Estudio para evaluar la eficacia de CAD106 y CNP520 en participantes con riesgo de presentar síntomas clínicos de la enfermedad de Alzheimer.
2023-509678-52-00	Brainshuttle AD: A Multiple Ascending Dose Study to Investigate the Safety, Tolerability, Pharmacokinetics, and Pharmacodynamics of RO7126209 Following Intravenous Infusion in Participants With Prodromal or Mild to Moderate Alzheimer's Disease.
2022-001671-14	Estudio para verificar el beneficio clínico de aducanumab en participantes con enfermedad de Alzheimer temprana.
2017-002901-37	Estudio de Fase II de BIIB092 en sujetos con enfermedad de Alzheimer (EA) leve.
2017-001365-24	Un estudio para evaluar la eficacia y seguridad de Gantenerumab en pacientes con Enfermedad de Alzheimer temprana.
2012-005524-15	Estudio de extensión de 36 semanas para evaluar la seguridad de ELND005 oral para el tratamiento de la agitación y la agresividad en pacientes con enfermedad de Alzheimer moderada o grave.
2022-501188-42-00	A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Parallel-group, Multicenter Study to Assess the Efficacy and Safety of JNJ-63733657, an Anti-tau Monoclonal Antibody, in Participants with Early Alzheimers Disease.
2015-002134-49	Ensayo de la eficacia y la seguridad a largo plazo de MK 8931 (SCH 900931) en sujetos con EA prodrómica.
2011-003151-20	Estudio de la eficacia y la seguridad de MK-8931 en la EA leve o moderada (EPOCH).

## LISTADO DETALLADO DE EECC DE ALZHEIMER EN PAÍS VASCO

IDENTIFICADOR	TÍTULO PÚBLICO
2017-004893-32	Estudio para evaluar la seguridad, tolerabilidad y eficacia preliminar de ORY-2001 en pacientes con Alzheimer leve-moderado.
2012-005542-38	Estudio de eficacia y seguridad en pacientes por enfermedad de Alzheimer (EA prodrómica).
2022-500691-59-00	A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study to Evaluate the Safety, Efficacy, Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of ABBV-916 in Subjects with Early Alzheimer's Disease.
2012-004765-40	Estudio de Lu AE58054 en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve o moderada tratados con un inhibidor de la acetilcolinesterasa.

## 7 ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

### AFAS

FEDERACIÓN EUSKADI DE ALZHEIMER	<a href="mailto:contacto@alzheimereskadi.eus">contacto@alzheimereskadi.eus</a>	945246004
AFA ARABA	<a href="mailto:contacto@afaraba.org">contacto@afaraba.org</a>	945246004
AFA BIZKAIA	<a href="mailto:info@afa-bizkaia.com">info@afa-bizkaia.com</a>	944167617
AFAGI	<a href="mailto:afagi@afagi.eus">afagi@afagi.eus</a>	943297118
BURUBIHOTZEZ	<a href="mailto:burubihotzez@gmail.com">burubihotzez@gmail.com</a>	688 76 09 27

**+** **5** Asociaciones de Familiares y Pacientes en País Vasco

### DATOS SOBRE AFAS EN PAÍS VASCO

**50%**

de los expertos encuestados consideran como **BAJO** el nivel de participación de las AFAS en la toma de decisiones.

**38%**

de los expertos encuestados consideran se tiene en cuenta la opinión de las AFAS para implementar mejoras y modificar procesos en el manejo de personas con EA. En paralelo, las AFAS consideran que, habitualmente, no se tienen en cuenta sus opiniones.

## 8 PLAZAS MIR

Las plazas MIR para residentes en las especialidades de **neurología, psiquiatría, geriatría y medicina familiar y comunitaria** en **País Vasco** constituyen un elemento fundamental del manejo de las personas con EA. Esta información adquiere gran relevancia al considerar que estos residentes no solo representan nuevos recursos humanos, sino también futuros especialistas destinados a desempeñar un papel crucial en el tratamiento de personas con EA. El conocimiento de las plazas de cada una de las especialidades proporciona una visión detallada de la capacidad de formación y desarrollo de especialistas en estas áreas clave de la atención médica local.

### PLAZAS MIR 2024

- **10** Neurología
- **115** Medicina Familiar y Comunitaria
- **0** Geriatría
- **18** Psiquiatría



A continuación, se incluyen el número de plazas para las diferentes especialidades hospitalarias de interés para el manejo de la EA:

## MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ÁLAVA	UDM AFYC H. U. ARABA	20
ÁLAVA	UDM AFYC OSI ALTO DEBA	4
BIZKAIA	UDM AFYC H. U. DE CRUCES	17
BIZKAIA	UDM AFYC H. GALDAKAO USANSOLO	12
BIZKAIA	UDM AFYC H. SAN ELOY	5
BIZKAIA	UDM AFYC H. UNIVERSITARIO DE BASURTO	13
BIZKAIA	UDM AFYC H.URDULIZ	5
GIPUZKOA	UDM AFYC H. U. DONOSTIA	21
GIPUZKOA	UDM AFYC OSI BIDASOA	6
GIPUZKOA	UDM AFYC OSI GOIERRI – ALTO UROLA	6
GIPUZKOA	UDM AFYC OSI BAJO DEBA	6

## NEUROLOGÍA

ÁLAVA/ARABA.	H. UNIVERSITARIO ARABA	3
BIZKAIA	H. UNIVERSITARIO CRUCES	3
BIZKAIA	H. UNIVERSITARIO BASURTO	3
BIZKAIA	H. GALDAKAO-USANSOLO	2
BIZKAIA	UDM RED SALUD MENTAL DE BIZKAIA	4
GIPUZKOA	H. UNIVERSITARIO DONOSTIA	3

## PSIQUIATRÍA

ÁLAVA/ARABA.	H. UNIVERSITARIO ARABA	3
BIZKAIA	H. UNIVERSITARIO CRUCES	3
BIZKAIA	H. UNIVERSITARIO BASURTO	3
BIZKAIA	H. GALDAKAO-USANSOLO	2
BIZKAIA	UDM RED SALUD MENTAL DE BIZKAIA	4
GIPUZKOA	H. UNIVERSITARIO DONOSTIA	3

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS FORMATIVOS

57%

de los profesionales sanitarios encuestados consideran que el grado de formación de los profesionales sanitarios que participan en el manejo de la EA en País Vasco es **MODERADO**.

71%

de los profesionales sanitarios afirman que se les han ofertado actividades formativas sobre deterioro cognitivo en los últimos dos años.

## 9 DEPENDENCIA

La dependencia se refiere al **estado de carácter permanente** en el que se encuentran las personas que, debido a factores como la edad, la enfermedad o la discapacidad, requieren la atención de otra persona o asistencia significativa para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.

La **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** reconoce el derecho de los ciudadanos a la promoción de la autonomía personal y a la atención de aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia.

### GRADOS DE DEPENDENCIA

- **Dependencia moderada (Grado I):** si necesita apoyo al menos una vez al día para realizar ciertas actividades básicas de la vida cotidiana (asearse, comer, ir a la compra, etc.) o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Dependencia severa (Grado II):** si necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal
- **Gran dependencia (Grado III):** si necesita ayuda varias veces al día o cuando por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.



### PRESTACIONES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

- Ayuda a domicilio
- Teleasistencia
- Centros de día y de noche
- Atención residencial
- Prestaciones económicas
- Apoyo a cuidadores y respiro
- Adaptación del entorno y transporte

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### AYUDA A DOMICILIO

Es un servicio de naturaleza asistencial y preventiva destinado a ayudar a la persona usuaria en situación de dependencia, o riesgo de dependencia, a permanecer en su domicilio, ofreciéndole una ayuda de atención doméstica y personal que posibilite su desenvolvimiento en el propio domicilio y su integración en el entorno comunitario, evitando situaciones de aislamiento. Sólo podrán acceder a atención doméstica quienes reciban atención personal o se encuentren en riesgo de dependencia.

#### Objetivos:

1. Mantener o mejorar la autonomía personal y prevenir el deterioro, proporcionando ayuda en actividades básicas y cotidianas.
2. Facilitar la permanencia en el hogar el mayor tiempo posible, evitando el ingreso en un centro residencial, siempre que sea viable.
3. Fortalecer el sentimiento de seguridad de las personas usuarias.
4. Ofrecer apoyo a las personas cuidadoras, liberándolas parcialmente de la atención para su propio desarrollo personal y social.
5. Sustituir temporalmente a la persona cuidadora principal en su ausencia, mediante la modalidad de respiro.
6. Detectar necesidades que requieran la intervención de otros servicios para una atención más completa.

#### Población destinataria:

- Situación: Personas en situación de dependencia, o riesgo de dependencia.
- Edad: Sin límites de edad.

#### Requisitos de acceso:

- Administrativos: estar empadronada en el domicilio en el que solicita el servicio a la fecha de la solicitud y permanecer empadronada en el mismo municipio.
- De necesidad: el usuario debe residir en su domicilio o el de un cuidador, en condiciones seguras, necesitar apoyo en actividades diarias y no tener problemas de salud o conductas de riesgo para los cuidadores.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA Y PSICOSOCIAL

Este servicio consiste en un conjunto de prestaciones relacionales de apoyo socioeducativo y/o psicosocial –de carácter individual, familiar y/o grupal– que pueden desarrollarse tanto en el domicilio familiar (educación doméstica, intervención familiar básica) como en el entorno comunitario (educación de calle, intermediación sociocultural).

Sus objetivos son que las personas usuarias: a) adquieran y desarrollen capacidades (actitudes, aptitudes, conocimientos, criterios, pautas, habilidades) personales, familiares o grupales, que favorezcan su desenvolvimiento autónomo, su inclusión social y la adecuada convivencia en el medio familiar y comunitario; b) sustituyan hábitos, conductas, percepciones, sentimientos y actitudes, que resulten inadecuados por otros más adaptados.

#### **Población destinataria:**

- Situación: personas en riesgo de exclusión; personas en riesgo de dependencia; personas menores de edad en situación de riesgo leve o moderado de desprotección, quedando excluidas las personas en situación de riesgo de desprotección grave, menores de edad o adultas, cuya atención corresponde a los Servicios de Intervención Socioeducativa y/o Psicosocial con Familias (2.7.3.1).
- Edad: Sin límites de edad.

#### **Requisitos de acceso:**

- Administrativos: los requisitos generales de titularidad del artículo 3 de la Ley de Servicios Sociales no serán exigibles cuando la intervención se oriente a atender situaciones de riesgo leve o moderado de desprotección que afecten a personas menores de edad.
- De necesidad:
  - Precisar apoyo educativo y/o psicosocial para: mejorar la convivencia familiar; mejorar las habilidades de atención y cuidado de sus miembros; y/o facilitar o posibilitar el desenvolvimiento autónomo.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### APOYO A PERSONAS CUIDADORAS

Este servicio ofrece a las y los cuidadores que forman parte de la red socio-familiar de apoyo de personas en riesgo o situación de dependencia, la posibilidad de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y auto-cuidado.

Sus objetivos son:

- Favorecer una mejora de la calidad de los cuidados ofrecidos por las personas cuidadoras.
- Favorecer una mejora en la calidad de vida de las y los cuidadores principales.
- Favorecer la corresponsabilidad de otras y otros cuidadores.
- Favorecer la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades de cuidado y auto-cuidado.

#### **Población destinataria:**

- Situación: personas cuidadoras no profesionales de personas en riesgo o situación de dependencia, sean o no cuidadoras principales y sean o no familiares.
- Edad: sin límites de edad.

#### **Requisitos de acceso**

- Administrativos: requisito de empadronamiento y permanencia en el municipio en que se presenta la solicitud debe cumplirlo la persona cuidada o la cuidadora principal.
- De necesidad: necesitar apoyo para el auto-cuidado y/o para realizar las tareas de cuidado.

En su caso, necesitar información, orientación y/o formación para realizar el cuidado e incrementar su corresponsabilidad (las personas cuidadoras, actuales o potenciales y distintas a la principal).

El apoyo ofrecido desde este servicio no supone, en ningún caso, la sustitución de la persona cuidadora (esta necesidad se atiende desde las modalidades de respiro previstas en los servicios correspondientes).

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### ATENCIÓN DIURNA

Estos servicios ponen a disposición de las personas un dispositivo al que acudir durante el día en el que se les ofrece un apoyo de baja intensidad ligado a sus necesidades específicas de atención, de modo que sus objetivos varían en función del colectivo al que se dirigen:

- contribuir al mantenimiento de la autonomía de las personas mayores en riesgo o situación de dependencia (Grado I, con una puntuación en el BVD de entre 25 y 39), a su permanencia en su entorno de vida habitual y su socialización, compensando en su caso situaciones de aislamiento;
- ofrecer a las personas en situación de exclusión un dispositivo al que acudir durante el día y cubrir necesidades básicas de alimentación e higiene, entendiéndose estas situaciones como de acceso urgente.

#### **Población destinataria:**

- Situación: En el primer tipo: personas mayores en riesgo o situación de dependencia (Grado I, que hayan obtenido una puntuación en el BVD entre 25 y 39 puntos). En el segundo tipo: personas en situación de exclusión social.
- Edad: En el primer tipo: tener 65 años o más. En el segundo tipo: tener 18 años o más.

#### **Requisitos de acceso:**

- Administrativos: En el primer tipo, ningún requisito adicional. En el segundo tipo, no se exigirá ningún requisito al margen de la prescripción técnica, teniendo la consideración de servicio de acceso directo pudiendo acceder al servicio, por tanto, sin ser necesario el paso previo por el Servicio Social de Base.
- De necesidad: El servicio debe cubrir necesidades de baja intensidad, sin que el usuario rechace tratamiento para enfermedades infecciosas o mentales. Además, la persona no debe presentar trastornos de conducta que afecten la convivencia o supongan riesgos para sí mismo, otras personas o profesionales, y no debe requerir asistencia sanitaria especializada fuera del alcance del servicio.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES

Este servicio integra dos modalidades de alojamiento, de larga estancia o permanente –o, excepcionalmente, temporal– destinadas a personas mayores en situación de dependencia (Grado I).

Es un servicio de baja intensidad que cuenta con apoyo de personal (en el caso de los apartamentos tutelados, no necesariamente adscrito al mismo) para ejercer las funciones de tutelaje, mediación-intermediación, acompañamiento social y supervisión, así como, en su caso, atención personal y doméstica.

#### Sus objetivos son:

1. Facilitar la permanencia de las personas usuarias en el entorno comunitario.
2. Mejorar su grado de autonomía personal, mantenerlo y/o prevenir el deterioro de las habilidades y capacidades que permiten su desenvolvimiento autónomo.
3. Evitar situaciones de aislamiento.
4. Favorecer su sentimiento de seguridad.

#### Población destinataria:

- Situación: Personas mayores en situación de dependencia (Grado I) que requieren alojamiento de larga estancia o permanente debido a la falta de una alternativa adecuada, problemas de accesibilidad, habitabilidad, convivencia o aislamiento social. Necesitan apoyos de baja intensidad para mantener habilidades relacionales y realizar actividades diarias. El servicio puede incluir a su cónyuge o pareja de hecho, y excepcionalmente, a los hijos a cargo.
- Edad: Personas de 65 años o más.

#### Requisitos de acceso:

- Administrativos: En casos de rotación entre domicilios dentro de la red socio-familiar de apoyo, el requisito puede ser cumplido por la persona cuidada o cualquier familiar cuidador, siempre que haya existido convivencia en el momento de la solicitud.
- De necesidad: El usuario no debe necesitar asistencia sanitaria especializada ni tener trastornos de conducta que pongan en riesgo la convivencia o el funcionamiento del servicio, y debe aceptar el tratamiento necesario para enfermedades infecto-contagiosas o mentales.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### ATENCIÓN RESIDENCIAL

Centros de atención integral de alta intensidad, destinados a servir como vivienda habitual o temporal para personas mayores en situación de dependencia (Grados II y III, y excepcionalmente Grado I) que no pueden satisfacer sus necesidades en su entorno habitual. El objetivo es ofrecer cuidados continuos con un equipo de profesionales que garantizan apoyo físico, psicológico y social, promoviendo la autonomía y la participación comunitaria de los residentes.

#### Sus objetivos son:

1. Proveer cuidados y asistencia para las actividades de la vida diaria, promoviendo la autonomía y evitando su deterioro.
2. Fomentar la participación de los residentes en su entorno y en la comunidad.
3. Mantener relaciones familiares y sociales, promoviendo la vida en comunidad dentro del centro.
4. Proporcionar un entorno seguro y de apoyo para los residentes.
5. En casos de personas con necesidades socio-sanitarias, ofrecer una atención intensiva y coordinada.

#### Población destinataria:

- Personas de 65 años o más en situación de dependencia (Grados II y III, y excepcionalmente Grado I).
- En casos excepcionales, pueden ingresar el cónyuge o familiares de segundo grado que convivan habitualmente con el beneficiario.

#### Requisitos de acceso:

- Requisitos Administrativos: Ningún requisito adicional específico.
- Requisitos de Necesidad: Requieren apoyo de alta intensidad y no necesitan atención sanitaria especializada fuera del alcance de los servicios del centro.
- Otros: Aceptan el tratamiento indicado en casos de enfermedades infecciosas o mentales, y pueden acceder temporalmente en situaciones que impidan la atención en su hogar.

284

RESIDENCIAS

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### ATENCIÓN EN CENTROS DE DÍA PARA NECESIDADES DERIVADAS DE LAS LIMITACIONES EN LA AUTONOMÍA

Este servicio ofrece atención integral, temporal o permanente, a personas en situación de dependencia, discapacidad o enfermedad mental crónica, con el objetivo de mejorar o mantener su autonomía personal y apoyar a sus cuidadores. Proporciona asistencia preventiva, habilitadora y asistencial, con presencia de personal especializado y apoyo de un equipo multidisciplinar para el bienestar físico, psicológico y social de los usuarios, adaptándose a sus necesidades y preferencias.

#### Tipo de servicio:

1. Servicio o centro de día para personas mayores en situación de dependencia.
2. 2, 3 y 4. Servicio o centro de día para personas con discapacidad o para personas con enfermedad mental crónica.

#### Población destinataria:

- Situación: El servicio está dirigido a personas mayores en situación de dependencia con más de 39 puntos en el BVD, y a personas con discapacidad superior al 60% o con enfermedades mentales crónicas o trastornos graves y prolongados.
- Edad: Personas de 65 años o más, en el primer tipo de servicio o centro. Personas de entre 18 y 64 años, en el segundo tipo de servicio o centro, salvo en el subtipo “centros de autonomía personal” en el que no existen límites de edad.

#### Requisitos de acceso:

- Administrativos: Ningún requisito adicional.
- De necesidad:
  - Requerir un apoyo de media o alta intensidad para realizar actividades de la vida diaria.
  - No precisar una asistencia sanitaria especializada y/o permanente fuera del alcance y posibilidades de las dotaciones propias de la red de servicios sociales.
  - No rechazar el tratamiento que corresponda, en caso de padecer una enfermedad infecto-contagiosa y/o enfermedad mental.

200

CENTROS DE DÍA

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### CENTROS DE NOCHE PARA ATENDER NECESIDADES DERIVADAS DE LAS LIMITACIONES EN LA AUTONOMÍA

Es un recurso de atención a personas dependientes que, por diversas causas, en particular de origen psíquico o neurológico, necesitan supervisión de media o alta intensidad en horario nocturno para el control y la regulación del ritmo del sueño y del comportamiento nocturno, sin que dicha supervisión pueda serles ofrecida en su domicilio por sus cuidadores o cuidadoras habituales.

Su objetivo es apoyar a las familias para mejorar su capacidad de proporcionar un cuidado adecuado y así incidir positivamente en la dinámica intrafamiliar, que muchas veces se ve afectada por el estrés de los cuidados continuados. Puede prestarse en un centro de noche (integrado o no en un equipamiento residencial) o articularse como servicio de atención nocturna en el marco de un servicio residencial de los previstos en las fichas 2.4.1, 2.4.2. y 2.4.3.

#### **Tipos de servicios:**

1. Centro o servicio de noche para personas mayores.
2. Centro o servicio de noche para personas con discapacidad.

#### **Población destinataria:**

- Situación: Personas en situación de dependencia.
- Edad: Personas de 65 años o más, en la modalidad 1. Personas de 18 años o más, en la modalidad 2.

#### **Requisitos de acceso:**

- Administrativos: Ningún requisito adicional.
- De necesidad:
  - Requerir una supervisión de media o alta intensidad durante la noche para el control y la regulación del ritmo del sueño y del comportamiento nocturno.
  - No precisar una asistencia sanitaria especializada y/o permanente fuera del alcance y posibilidades de las dotaciones propias de la red de servicios sociales.
  - No rechazar el tratamiento que corresponda, en caso de padecer una enfermedad infecto-contagiosa y/o enfermedad mental.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### RESPIRO

El servicio de respiro proporciona estancias temporales en centros residenciales, de día o de noche, para personas dependientes, con discapacidad o enfermedad mental crónica, normalmente atendidas por su red socio-familiar. Su objetivo principal es ofrecer a la persona cuidadora habitual un tiempo de descanso, recuperación y desarrollo personal o para atender situaciones de necesidad que dificulten el cuidado.

#### Sus objetivos son:

1. Facilitar a la persona cuidadora tiempo personal para descanso, ocio y desarrollo personal, o para enfrentar situaciones que le impidan cuidar temporalmente.
2. Reducir el esfuerzo y la sobrecarga asociados a las tareas de cuidado, previniendo problemas de salud en la persona cuidadora.
3. Posibilitar la permanencia de la persona dependiente en su domicilio habitual, favoreciendo una adecuada situación de cuidado.
4. Promover la autonomía de la persona cuidada, desarrollando habilidades de adaptación y relaciones interpersonales en un entorno comunitario.

#### Población destinataria:

- Personas cuidadoras principales y habituales, no profesionales, de personas en situación de dependencia, con discapacidad o enfermedad mental crónica que les daría acceso a servicios de atención secundaria.
- Sin límite de edad.

#### Requisitos de acceso:

- Administrativos:
  - Tanto la persona cuidadora como la cuidada deben estar empadronadas en el mismo domicilio y en un municipio del Territorio Histórico correspondiente.
  - Deben haber estado empadronadas juntas durante al menos 12 meses consecutivos en algún municipio de la CAPV (Comunidad autónoma de País Vasco).
  - Cumplir los requisitos del servicio de atención secundaria específico.
  - Justificar la convivencia entre la persona cuidadora y la atendida, con excepciones documentadas en un informe social si no viven juntas.
- Necesidad: Tener una necesidad de respiro identificada.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### AYUDAS TÉCNICAS (PRODUCTOS DE APOYO) Y ADAPTACIÓN DEL MEDIO FÍSICO

Este servicio promueve la autonomía personal en actividades diarias proporcionando información y acceso a productos de apoyo, mediante préstamo o cesión temporal, y adaptaciones en el entorno físico para mejorar la accesibilidad. Orientado tanto a personas en sus domicilios como en centros residenciales, el servicio facilita propuestas de adaptación en las viviendas para aumentar la independencia en el hogar, siguiendo principios de accesibilidad universal y ofreciendo ayudas económicas para productos no recuperables cuando es necesario

#### Sus objetivos son:

1. Facilitar productos y adaptaciones que permitan prevenir o aliviar limitaciones de autonomía.
2. Adaptar viviendas eliminando barreras arquitectónicas, mejorando así la accesibilidad y el grado de autonomía en el entorno habitual de la persona.

#### Población destinataria:

- Situación: Personas con discapacidad igual o superior al 33% y personas en situación de dependencia.
- Edad: Sin límite de edad general, excepto:
  - Adaptación de vehículos (a partir de 3 años).
  - Prótesis auditivas (a partir de 16 años).

#### Requisitos de acceso:

- Administrativos:
  - Empadronamiento en un municipio de la CAPV durante al menos 12 meses antes de la solicitud.
  - No haber recibido el mismo tipo de producto o ayuda técnica en los últimos 6 años (excepción para prótesis auditivas en casos justificados).
  - No haber accedido previamente a adaptaciones del medio, a menos que existan nuevas necesidades de movilidad justificadas por agravamiento..
- Necesidad:
  - Justificar la necesidad del producto para reducir los efectos de la discapacidad o dependencia.
  - Necesitar adaptaciones en el domicilio para mejorar accesibilidad y autonomía.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### TRANSPORTE ADAPTADO

Este servicio proporciona transporte puerta a puerta para personas con limitaciones severas de movilidad que requieren apoyo para desplazarse. Está dirigido a quienes no pueden utilizar el transporte público y necesitan realizar desplazamientos para actividades no habituales. El servicio se presta con vehículos adaptados, facilitando el acceso a personas que usan productos de apoyo a la movilidad (como sillas de ruedas, camillas o andadores) y tiene como objetivo principal favorecer la autonomía personal de los usuarios, en colaboración con las áreas de movilidad de la administración pública.

#### **Prestaciones**

Servicios Sociales: Transporte adaptado, facilitado a través de vehículos adecuados.

#### **Población destinataria:**

- Situación: Personas con limitaciones severas de movilidad en situación de dependencia en Grado II y III.
- Edad: Sin límites de edad.

#### **Requisitos de acceso:**

- Administrativos: Empadronamiento en un municipio de la Comunidad Autónoma del País Vasco durante los 12 meses previos a la solicitud.
- Necesidad:
  - Residir en el propio domicilio o en un alojamiento de atención primaria.
  - No disponer de un vehículo propio adaptado ni haber solicitado ayudas para adaptar la vivienda o el vehículo.
  - Imposibilidad de utilizar la red pública de transporte.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### TELEASISTENCIA

El servicio de teleasistencia ofrece un dispositivo de telealarma que permite a las personas usuarias contactar de forma inmediata con un centro de atención operado las 24 horas del día, los 365 días del año, por personal capacitado. A través de este sistema, se facilita una respuesta rápida ante cualquier necesidad, reforzando el sentimiento de seguridad y autonomía de los usuarios. El servicio permite activar el contacto tanto por parte de la persona usuaria como del equipo de atención en caso de detectar una posible situación de riesgo.

#### Objetivos

1. Facilitar la permanencia e integración en el entorno familiar y social de personas con limitaciones en su autonomía o en riesgo de aislamiento, evitando el ingreso en servicios residenciales.
2. Ofrecer una conexión constante con redes asistenciales para mejorar la calidad de vida y seguridad de las personas en su domicilio.
3. Proporcionar una intervención inmediata en situaciones de emergencia o necesidad social.
4. Apoyar a la red socio-familiar de la persona usuaria, brindando tranquilidad y permitiendo mayor autonomía a los cuidadores

#### Población Destinataria

- Situación:
  - Personas en situación de riesgo o dependencia.
  - Personas mayores autónomas que viven solas.
  - Personas en riesgo de aislamiento social con necesidades identificadas por el Servicio Social de Base.
- Edad:
  - Sin límite de edad para personas en dependencia o riesgo de aislamiento
  - A partir de 65 años para personas en riesgo de dependencia.
  - A partir de 75 años para personas mayores autónomas que vivan solas.

#### Requisitos de Acceso

- Administrativos: No existen requisitos administrativos adicionales.
- Otros: Capacidad para utilizar el equipo de teleasistencia por parte de la persona interesada o su cuidador. Disponer de una línea telefónica adecuada para la interacción con el sistema de teleasistencia.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL

Su finalidad es promover la autonomía de las personas con dependencia, siendo su objetivo contribuir a la contratación de una asistencia personal que facilite a la persona beneficiaria el acceso a la educación y el trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

#### **Características y condiciones en que se percibe:**

La prestación económica periódica, dentro del SAD (servicio de ayuda a domicilio), es incompatible con otras ayudas del mismo sistema, salvo con la Prestación Económica Vinculada al Servicio (si no se usa para alojamiento). Es compatible con servicios de dependencia, excepto en estancias permanentes en centros residenciales. Si se combina con una estancia residencial superior a dos meses, la prestación se suspende temporalmente. Su compatibilidad con el Servicio de Ayuda a Domicilio depende de las Diputaciones Forales.

#### **Población destinataria:**

- Situación: Personas en situación de dependencia.
- Edad: Personas de edad igual o superior a 3 años.

#### **Requisitos de acceso:**

- Requisitos para la persona con dependencia: Estar empadronada en el municipio correspondiente. Tener capacidad para gestionar los servicios o, si es menor de 18 años o tiene discapacidad intelectual, que lo haga el tutor. Necesitar apoyo para actividades educativas, laborales o diarias.
- Requisitos para el asistente personal: Ser mayor de edad y residente legal en el territorio. Tener contrato con una empresa homologada o contrato laboral. Estar afiliado a la Seguridad Social y tener la formación adecuada. No ser familiar cercano de la persona beneficiaria.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR Y APOYO A PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES

Tiene por objetivo contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada a la persona en situación de dependencia, por una persona de su red socio-familiar de apoyo, que actúe como cuidadora principal y habitual y que ejerza dicha atención por sí misma o con la ayuda de otras personas a las que supervisa.

#### **Características y condiciones en que se percibe:**

Esta prestación, periódica y parte del SAD, es compatible con otros servicios de atención a la dependencia, excepto estancias permanentes en centros residenciales, y se suspende temporalmente durante estancias residenciales temporales. Incluye supervisión de su uso y formación de la persona cuidadora para asegurar la calidad de la atención.

#### **Población destinataria:**

- Situación: Personas en situación de dependencia.
- Edad: Sin límites de edad.

#### **Requisitos de acceso:**

- Para recibir la prestación, la persona dependiente debe estar empadronada en el territorio de solicitud, recibir cuidados en su entorno familiar, y permitir acceso a su vivienda para verificar condiciones.
- La persona cuidadora debe ser mayor de edad, residir legalmente en el país, tener capacidad física y mental para brindar cuidados, y estar disponible para formarse.
- Ambos deben tener una relación de parentesco y convivir juntos, salvo excepciones en áreas rurales o con escasez de recursos, donde no se requiere parentesco ni convivencia.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### AYUDA ECONÓMICA PARA LA ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO NO RECUPERABLES

Facilitar la compra y, en su caso, la instalación de productos de apoyo no recuperables a personas con limitaciones en su autonomía personal, con el fin de favorecer al máximo sus posibilidades de desenvolverse autónomamente y/o de facilitar el apoyo que les prestan otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

De conformidad con lo previsto en el artículo 17.2, letra a, de la Ley de Servicios Sociales, se entenderá por productos de apoyo no recuperables, aquellos que, por sus características, sean intransferibles y beneficien, por tanto, a una única persona demandante o excepcionalmente a varias de forma simultánea.

#### **Características y condiciones en que se percibe:**

Es de pago único. Es compatible con otras prestaciones económicas o ayudas obtenidas por la persona solicitante para el mismo fin, siempre y cuando el importe total de las prestaciones económicas y ayudas percibidas no supere el importe total del dispositivo adquirido. Y es también compatible con cualquier servicio.

#### **Población destinataria:**

- Situación: Personas en situación de dependencia. Y personas con un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
- Edad: Sin límites de edad.

#### **Requisitos de acceso:**

- Permanecer empadronada en cualquier municipio de la CAPV durante 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud.
- Tener reconocida la necesidad del producto de apoyo solicitado mediante informe de valoración del Servicio de ayudas técnicas y adaptación del medio físico (2.7.2.2).
- No haber recibido una prestación económica o ayuda destinada a la adquisición del mismo tipo de producto de apoyo en los 6 años anteriores a la solicitud, salvo causa excepcional debidamente justificada mediante el informe técnico favorable correspondiente.
- Tener una capacidad económica individual inferior al límite máximo que se establezca para acceder a los diferentes productos de apoyo, en los términos en los que dicha capacidad económica individual se defina en la normativa reguladora de los criterios generales de participación económica de las personas obligadas al pago en la financiación de las prestaciones y servicios del SVSS.

## SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### AYUDA ECONÓMICA PARA LA REALIZACIÓN DE ADAPTACIONES EN LA VIVIENDA HABITUAL Y VEHÍCULOS PARTICULARES

Facilitar a las personas con limitaciones en su autonomía personal, la realización de adaptaciones en su vivienda habitual y/o en su vehículo particular con el fin de mejorar su accesibilidad, favorecer al máximo sus posibilidades de desenvolverse autónomamente y facilitar el apoyo que les prestan otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

En el caso de las adaptaciones en la vivienda, sólo podrán afectar a la vivienda habitual, tanto al interior de la vivienda como a los elementos comunes del edificio en el que se encuentre integrada. Las obras de adaptación podrán ser obras de adaptación estructural o también obras auxiliares para la instalación de productos de apoyo.

En el caso de las adaptaciones en el vehículo, sólo podrán afectar a un vehículo particular, ya sea propio de la persona beneficiaria, ya sea propio de una o un familiar.

#### **Características y condiciones en que se percibe:**

Es de pago único. La prestación es compatible con otras ayudas económicas para el mismo fin, siempre que el total no supere el coste de la adaptación; sin embargo, es incompatible con el uso inicial de una vivienda reservada para personas con discapacidad.

#### **Población destinataria:**

- Situación: Personas en situación de dependencia y personas con discapacidad con un grado igual o superior al 33%.
- Edad: Sin límites de edad.

#### **Requisitos de acceso:**

Requisitos para recibir la prestación: estar empadronada en la CAPV por al menos 12 meses, tener reconocida la necesidad de adaptación, presentar un proyecto que cumpla las normas de accesibilidad, no haber recibido ayuda similar en los últimos 10 años (salvo excepción justificada) y tener una capacidad económica dentro de los límites establecidos para acceder a la adaptación.

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN PAÍS VASCO

El **44%** de los expertos encuestados refieren que en el País Vasco existen recursos específicos para la EA leve: programas de estimulación cognitiva de las AFAs (Asociación de Familiares de Alzheimer) de Álava, Gipuzkoa y Bizkaia, talleres de memoria e iniciativas de la Fundación Matia. Sin embargo, los expertos encuestados no identifican ningún recurso específico para personas con EA avanzada.

El **56%** de los expertos encuestados identifican el acceso a **técnicas de estimulación cognitiva** como uno de los recursos para la dependencia más útiles para las personas con EA; **un 33%** de los expertos encuestados identifican los **centros de día**. En menor medida, los expertos encuestados identifican los talleres de memoria, el apoyo en el domicilio (subvenciones, servicios de asesoramiento, etc.), teleasistencia, programas de respiro o programas de apoyo a la utilización de dispositivos inteligentes.

**No existen recursos específicos para la dependencia destinados a personas con EA jóvenes** (menores de 65 años), siendo los recursos los mismos que para el resto de las personas con EA.

**DERIVACIONES A RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA:** un **78%** de los expertos encuestados refieren que las derivaciones ocurren demasiado tarde y solo un **22%** opinan que las derivaciones ocurren de manera adecuada.

**INFORMACIÓN DE RECURSOS A LA DEPENDENCIA:** el **78%** de los expertos encuestados refieren que las personas con EA **son informadas de la existencia de recursos sociosanitarios disponibles**. Por orden de frecuencia:

- Un **85%** de los expertos encuestados afirman que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos públicos disponibles.
- Asimismo, un **43%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos concertados.
- Finalmente, el **43%** de los expertos encuestados señalan que las personas con EA y sus familiares/cuidadores son informados de los recursos privados.

**OFERTA DE RECURSOS PARA LA DEPENDENCIA:** el **89%** de los expertos encuestados señalan la teleasistencia y la atención domiciliaria, y el **78%** refieren los pisos tutelados.

## RESULTADOS SOBRE RECURSOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN PAÍS VASCO

**OTROS RECURSOS DISPONIBLES:** el **22%** de los expertos afirman que la prevención de riesgos es uno de los recursos que habitualmente están disponibles para la dependencia; un **11%** de los expertos encuestados también mencionan la protección legal y la teleasistencia.

**PAPEL DE TRABAJO SOCIAL:** el **78%** de los expertos encuestados valoran como **BAJO** el papel de trabajo social en la EA.

**GRADO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA:** el **78%** de los expertos encuestados refieren que **no existe buena coordinación** entre recursos sociales y sanitarios.

## 10 INNOVACIÓN

## RESPUESTAS SOBRE RECURSOS E INNOVACIÓN

En PAÍS VASCO, se han iniciado **iniciativas innovadoras** tales como:

- **Proyecto Museos y Alzheimer:** desarrollo de visitas guiadas a museos de Euskadi para personas con EA y sus familiares cuidadores (Gertukultura y Facultad de Psicología de la Universidad Pública Vasca).
- **Living Lab - Home Care Lab:** espacio trata de simular las estancias de una casa con tecnología avanzada, experimentando y realizando simulacros de las actividades cotidianas que afrontan las personas en situación de dependencia y/o cronicidad, sus familias, y las personas cuidadoras profesionales.
- **Modelo de atención centrada en la persona de la Fundación Matia:** modelo profesionalizado que busca cuidar apoyando que las personas puedan seguir teniendo control en su entorno, en sus cuidados y en su vida cotidiana, desarrollando sus capacidades y sintiéndose bien.
- **Diversos proyectos de Fundación CITA.**
- **I+D específica en Biodonostia.**
- **Ensayos clínicos en Policlínica Gipuzkoa.**
- **Estimulación cognitiva:** a través de una herramienta de psicoestimulación de la Fundación Matia.
- **Divulgación en la Casa del Cerebro.**
- **Cursos de formación de cuidadores** desde las unidades de deterioro cognitivo.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

## **En relación la atención temprana a la EA:**

- Fomentar un diagnóstico temprano, mejorando la detección de primeros síntomas y concienciando tanto a profesionales como a la población para ello; y preciso, mejorando la accesibilidad a técnicas y recursos diagnósticos, así como, a equipos especializados de profesionales.
- Definir una ruta asistencial para mejorar los flujos desde la detección de primeros síntomas y diagnóstico de la EA, hasta el tratamiento y seguimiento, incluyendo el acceso a recursos sociosanitarios.

## **Sobre la creación y accesibilidad de recursos específicos:**

- Centros de Atención Diurna para Jóvenes con EA (45-65 años): ante la falta de recursos adaptados a este grupo, se recomienda establecer centros específicos que ofrezcan terapias no farmacológicas adecuadas a sus necesidades.
- Ampliación de Centros y Plazas de Día: aumentar tanto el número de centros de día como de plazas disponibles para mejorar el acceso de la población a los servicios de atención diaria.
- Fortalecimiento de Unidades de Memoria y Recursos Sociales: expandir las unidades de memoria existentes y los recursos de apoyo social, cruciales para un manejo integral de la enfermedad.

## **En cuanto a la capacitación y formación profesional:**

- Aumento de profesionales especializados en diagnóstico temprano: fortalecer la colaboración público-privada y aumentar el número de especialistas en diagnóstico temprano, crucial para aplicar terapias innovadoras, como las antiamiloides.
- Formación especializada para enfermería: capacitar a los profesionales de enfermería en la detección y seguimiento del deterioro cognitivo, mejorando la detección temprana y asegurando un seguimiento continuo.
- Incorporación de geriatras en el equipo asistencial: integrar geriatras especializados en los equipos de atención a la demencia, aportando un enfoque integral y específico a los tratamientos.

## **Mejorar la coordinación y gestión de servicios:**

- Optimización del proceso diagnóstico y coordinación interservicios: aumentar la duración de las consultas, maximizar el uso de resonancias magnéticas y facilitar biomarcadores en sangre. Mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y sociales para garantizar una atención continua y sin brechas.
- Información sobre Unidades Psicogeríatras: los profesionales sanitarios consideran la falta de información y el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos como un área de mejora, por lo que recomiendan ofrecer información que sea accesible sobre qué centros disponen de unidades especializadas para el abordaje de estos síntomas.

## **Fomentar la atención integral y apoyo a personas con EA y cuidadores:**

- Fomento de una Atención Integral Especializada: crear comisiones y grupos de trabajo conjuntos entre el sector público y privado para asegurar una atención integral a los pacientes con demencia y apoyo constante a sus cuidadores. Evitar la institucionalización temprana de las personas con EA mediante apoyo comunitario y familiar.

Aunque las preguntas realizadas y la metodología para obtener la información son diferentes respecto al estudio MapEA realizado en 2017, se pueden extraer algunas conclusiones generales que se presentan a continuación:

## HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN:

Desde el **estudio MapEA 2017**, se han implementado **ocho nuevas herramientas** en el País Vasco, como la **Guía informativa para familiares de personas con demencia (AFARABA)** y el **Plan de Salud Euskadi 2030**. Aunque el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)** y la **Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud** han sido introducidos a nivel nacional, su **implementación en el País Vasco se considera limitada** y necesita mayor impulso.

## PROCESO ASISTENCIAL:

- Persisten **retos importantes en el proceso asistencial**. Entre ellos:
  - **Diagnóstico tardío**: los profesionales de atención primaria no siempre derivan a las personas con síntomas a tiempo.
  - **Listas de espera y escasez de especialistas**: la falta de geriatras y otros especialistas provoca demoras en el diagnóstico y tratamiento.
  - **Acceso limitado a recursos tecnológicos y genéticos**: la disponibilidad de pruebas como RM y PET es insuficiente, lo cual ralentiza el diagnóstico temprano.
  - **Seguimiento espaciado**: la periodicidad de las consultas de seguimiento es demasiado amplia, afectando la monitorización de la efectividad y tolerancia a los tratamientos.
  - **Incorporación en cuidados paliativos**: la EA y otras demencias requieren inclusión formal en los programas de cuidados paliativos, asegurando así un abordaje integral hasta el final de la vida.

## RECURSOS

A pesar del aumento en el número de equipos tecnológicos desde 2017 (por ejemplo, de TACs de **37 a 46** y de PETs de **5 a 8**), la optimización del uso de estos recursos sigue siendo un desafío. **Los profesionales sanitarios enfatizan la necesidad de maximizar tanto la disponibilidad de las máquinas como el acceso de los pacientes a estos recursos**. Además, los profesionales sanitarios **no disponen de acceso** para solicitar una prueba PET amiloide en el caso de sospecha de EA. Solo está disponible a través de fondos de proyectos de investigación.

# GLOSARIO

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ABVD</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>AFA</b>	Asociación de Familiares de Alzheimer
<b>AIVD</b>	Actividades instrumentales de la vida diaria
<b>ApoE</b>	Apolipoproteína E
<b>CAPV</b>	Comunidad autónoma de País Vasco
<b>DC</b>	Deterioro cognitivo
<b>EA</b>	Enfermedad de Alzheimer
<b>EPOC</b>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<b>ESAD</b>	Equipo de soporte de atención domiciliaria
<b>FAQ</b>	Functional Activities Questionnaire
<b>FAST</b>	Functional Assessment Stages
<b>GDS</b>	Escala del deterioro global
<b>HCE</b>	Historia clínica electrónica
<b>LCR</b>	Líquido cefalorraquídeo
<b>MEC</b>	Mini-examen cognoscitivo
<b>MMSE</b>	Mini-Mental State Examination
<b>OG</b>	Osabide Global
<b>PET</b>	Tomografía de emisión de positrones
<b>PET FDG</b>	Tomografía por Emisión de Positrones con Fluorodesoxiglucosa
<b>REEC</b>	Registro Español de Ensayos Clínicos
<b>RM</b>	Resonancia Magnética
<b>SAD</b>	Servicio de ayuda a domicilio
<b>SCPD</b>	Síntomas Conductuales y Psicológicos en la Demencia
<b>SPECT</b>	Tomografía computarizada por emisión de fotón único
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada
<b>TIN</b>	Test del informador



# Proyecto MapEA



# ANEXOS

---

MAPEA  
Mapa de recursos para enfermos  
de Alzheimer



## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ÁLAVA/ARABA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Sallurtegi	Agurain/Salvatierra	945 31 24 41
Vivienda Comunitaria Mikelats	Alegría-Dulantzi	945 40 07 34
Vivienda Comunitaria Mikel Anitua	Alegría-Dulantzi	945 40 09 59 / 686 48 39 89
Vivienda comunitaria San Mamés Etxea	Amurrio	945 89 24 13
Residencia San Antón de Armuru	Amurrio	945 89 10 11
Residencia Maskuribai	Amurrio	945 06 62 12 / 945 06 62 10 / 629 56 57 05
Residencia La Encina Artziniega	Artziniega	945 39 69 08 / 676 31 24 02
Vivienda comunitaria de Asparrena	Asparrena	945 31 45 47
Residencia Alday	Ayala/Aiara	945 39 90 23
Residencia Geriátrica Gaztelu	Barrundia	945 30 70 59 / 666 87 36 00
Residencia Hogar Larrea	Barrundia	945 30 72 02 / 646 75 28 40
Residencia de 3ª edad Nuestra Señora de Okon	Bernedo	945 37 82 98
Vivienda comunitaria de Campezo	Campezo/Kanpezu	945 41 51 81
Residencia Burgelu	Elburgo/Burgelu	658 74 08 19 / 945 40 06 86
Residencia de Pobes	Erriberagoitia/Ribera Alta	627 49 97 84
Residencia Ribera Alta	Erriberagoitia/Ribera Alta	945 36 20 58 / 627 49 97 97 / 627 49 97 84
Residencia Villodas	Iruña Oka/Iruña de Oca	945 36 40 95
Vivienda comunitaria El Manantial	Iruña Oka/Iruña de Oca	945 36 15 64
Vivienda comunitaria La Barbacana	Laguardia	945 60 08 05
Residencia San Roque	Laudio/Llodio	946 72 97 50
Residencia Aiara	Okondo	945 89 80 61
Residencia Nuestra Señora de las Viñas	Oyón-Oion	945 62 26 20
Residencia Perpetuo Socorro de Rivabellosa	Ribera Baja/Erribera Beitia	945 35 50 92 / 945 35 51 60
Residencia Samaniego	Samaniego	945 60 92 50

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ÁLAVA/ARABA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Zubitxu	San Millán/Donemiliaga	945 30 19 28
Vivienda comunitaria Zabalbide	Urkabustaiz	945 43 72 94 / 602 70 63 30
Vivienda comunitaria de Espejo	Valdegovía/Gaubea	945 35 12 17
Apartamentos tutelados de mayores Aurora	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 81
Residencia de mayores Aurora	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 76 / 945 16 11 77
Vivienda Comunitaria Los Rosales	Vitoria-Gasteiz	945 33 99 01 / 660 30 97 60
Residencia Palacio de la Burullería	Vitoria-Gasteiz	945 40 38 42 / 682 62 33 14
Vivienda comunitaria Agure Salburua	Vitoria-Gasteiz	945 00 16 62
Residencia Tagore	Vitoria-Gasteiz	945 13 06 69
Centro integral de atención a mayores San Prudencio	Vitoria-Gasteiz	945 16 17 05
Residencia Agure Ricallor	Vitoria-Gasteiz	945 10 90 90
Vivienda comunitaria Agure Arkaiate	Vitoria-Gasteiz	945 71 68 40
Vivienda comunitaria María Teresa Landa	Vitoria-Gasteiz	945 27 78 84 / 686 48 39 90
Vivienda comunitaria Zirauntza	Vitoria-Gasteiz	945 13 38 10 / 687 45 00 26
Residencia Albertia Iradier	Vitoria-Gasteiz	945 00 94 29
Apartamentos para mayores San Antonio	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 83
Residencia Lorea Adurtza	Vitoria-Gasteiz	665 72 93 30 / 607 44 83 93
Apartamentos Santa María de Olárizu	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 85
Vivienda comunitaria Los Molinos	Vitoria-Gasteiz	945 16 16 20 / 945 16 16 21
Residencia Albertia Campus	Vitoria-Gasteiz	945 77 89 16
Caser Residencial Alto del Prado	Vitoria-Gasteiz	945 15 42 15
Residencia Juan Pablo I	Vitoria-Gasteiz	945 13 22 02 / 945 13 44 70
Residencia y Hospital de Cuidados IMQ Igurco Araba	Vitoria-Gasteiz	945 14 21 00
Residencia Jesús Guridi	Vitoria-Gasteiz	945 23 25 62

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ÁLAVA/ARABA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de atención a personas mayores Ariznabarra	Vitoria-Gasteiz	945 15 09 60
Apartamentos Beato Tomás de Zumárraga	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 08
Vivienda comunitaria Avenida Etxea	Vitoria-Gasteiz	945 00 99 44
Sanitas San Martín	Vitoria-Gasteiz	945 16 29 90
Residencia Aitona Etxea	Vitoria-Gasteiz	945 22 76 87
Apartamentos tutelados de mayores Ramiro de Maeztu	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 80
Residencia Ajuria	Vitoria-Gasteiz	945 22 53 50
Residencia Albertia Centro	Vitoria-Gasteiz	945 14 64 44
Residencia Lorea - Txagorritxu, S. L.	Vitoria-Gasteiz	945 22 79 89
DomusVi Gazalbide	Vitoria-Gasteiz	945 22 30 11
Residencia Txagorritxu	Vitoria-Gasteiz	945 24 49 00
Vivienda comunitaria psicogerítrica Pablo Neruda	Vitoria-Gasteiz	945 22 54 31
Apartamentos tutelados de mayores Bizia	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 79
Apartamentos Blas de Otero	Vitoria-Gasteiz	945 16 16 67
Residencia Roure	Vitoria-Gasteiz	945 30 35 21
Residencia Agure Zabalzana	Vitoria-Gasteiz	945 10 77 88
Residencia psicogerítrica Lakua	Vitoria-Gasteiz	945 17 82 27
Residencia Lakua	Vitoria-Gasteiz	945 06 86 11
Vivienda comunitaria Aitona Bi	Vitoria-Gasteiz	945 22 76 87 / 669 74 85 42
Vivienda Comunitaria Aitona	Vitoria-Gasteiz	945 22 27 87
Vivienda comunitaria Araba	Vitoria-Gasteiz	945 27 02 97
Residencia Geriátrica El Pilar	Vitoria-Gasteiz	945 35 41 55 / 626 28 41 01
Residencia Zadorra	Vitoria-Gasteiz	945 27 39 67
Vivienda Comunitaria San Esteban de Betoño	Vitoria-Gasteiz	945 25 52 06

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – ÁLAVA/ARABA (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Vivienda comunitaria Ikatzbizi	Vitoria-Gasteiz	945 24 42 26
Vivienda comunitaria Adei	Vitoria-Gasteiz	945 24 36 36 / 685 89 61 94
Residencia Zelaizabal	Vitoria-Gasteiz	945 27 29 47
Residencia Elorri	Vitoria-Gasteiz	945 20 47 24
Residencia Casa Vasca	Vitoria-Gasteiz	945 33 65 22
Residencia LOVI	Vitoria-Gasteiz	945 27 02 63
Vivienda comunitaria Carema Residencial	Vitoria-Gasteiz	945 29 34 20
Residencia Arcaya	Vitoria-Gasteiz	945 29 31 63
Residencia Ascarza	Vitoria-Gasteiz	945 29 35 35
Residencia Betania Garden	Vitoria-Gasteiz	945 71 61 80
Residencia Lasarte Amets	Vitoria-Gasteiz	945 33 84 07 / 630 62 52 03
Vivienda comunitaria Otazu	Vitoria-Gasteiz	945 29 35 56
Residencia Ariñez	Vitoria-Gasteiz	945 35 41 46
Colisée Miñano	Vitoria-Gasteiz	945 12 44 25
Vivienda comunitaria Ullibarri Arrazua	Vitoria-Gasteiz	945 29 34 17
Residencia Yécora	Yécora/Iekora	945 62 25 06
Vivienda comunitaria Murua	Zigoitia	945 22 52 26 / 609 69 33 33
Residencia Gorbea	Zuia	945 43 04 45
Residencia Orobide	Zuia	945 43 09 31
Residencia Purísima Concepción	Zuia	945 43 00 08 / 945 46 26 16

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – GIPUZKOA/GUIPÚZCOA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Vivienda comunitaria Agerre	Aia	943 83 55 52
Residencia San Juan Bautista	Andoain	943 59 39 35
Apartamentos tutelados Torresoroa	Antzuola	943 78 62 84
Residencia Debagoiena	Aretxabaleta	943 77 20 88
Residencia Iturbide	Arrasate/Mondragón	943 79 72 11
Casa Hospital San Juan de Dios	Arrasate/Mondragón	943 79 39 00
Unidad Residencial Psicogeríátrica Benito Menni	Arrasate/Mondragón	943 79 44 11
Apartamento tutelado	Arrasate/Mondragón	943 79 08 00
Apartamento tutelado	Arrasate/Mondragón	943 79 27 65 / 943 79 32 54
Vivienda comunitaria	Asteasu	943 69 33 09
Apartamentos municipales para mayores	Astigarraga	943 33 04 96
Residencia San José y apartamentos tutelados	Azkoitia	943 85 13 23
Residencia San Martín	Azpeitia	943 81 43 50
Fundación Arangoiti	Beasain	943 88 01 56
Vivienda comunitaria	Beasain	943 02 80 75
Vivienda comunitaria	Bergara	943 11 08 32
Residencia de Ancianos Kabia-Bergara Mizpirualde	Bergara	943 76 13 68
Residencia Seminario Egotiza	Donostia/San Sebastián	943 22 38 69
Centro sociosanitario Cruz Roja	Donostia/San Sebastián	943 31 66 10
Sanitas Residencial Miramón	Donostia/San Sebastián	943 30 93 10 / 902 19 52 29
Residencia Nuestra Señora de la Paz	Donostia/San Sebastián	943 27 54 23
Residencia Aldakonea	Donostia/San Sebastián	943 27 82 38 / 943 27 81 00
Clínica San Ignacio	Donostia/San Sebastián	943 28 73 00
Villa Residencial Hermano Gárate	Donostia/San Sebastián	943 28 73 00

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – GIPUZKOA/GUIPÚZCOA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
DomusVi Villa Sacramento	Donostia/San Sebastián	943 32 00 73 / 902 19 62 14
Residencia Villa Herminia	Donostia/San Sebastián	943 29 21 41
Residencia San José de la Montaña	Donostia/San Sebastián	943 27 08 50
Fundación Zorroaga	Donostia/San Sebastián	943 45 18 00
Residencia Txara 2	Donostia/San Sebastián	943 29 26 22
Aita Etxe	Donostia/San Sebastián	943 27 76 34 / 620 01 83 41
Centro gerontológico Lamourous Zubiaurre	Donostia/San Sebastián	943 32 77 93
Centro gerontológico Alai-Etxe	Donostia/San Sebastián	943 40 06 43
Centro gerontológico Txara1	Donostia/San Sebastián	943 32 68 38
DomusVi Berra	Donostia/San Sebastián	943 35 30 30
Centro Residencial Ricardo Bermingham	Donostia/San Sebastián	943 31 71 00
Centro gerontológico Berio	Donostia/San Sebastián	943 31 10 90 / 943 31 10 88
Residencia Berriz 1	Donostia/San Sebastián	943 31 68 71
Centro gerontológico Julián Rezola	Donostia/San Sebastián	943 31 71 20
Residencia San Andrés	Eibar	943 20 19 25
Centro Egogain	Eibar	943 82 00 87
Piso tutelado municipal	Elgeta	943 76 80 22
Residencia San Lázaro	Elgoibar	943 74 02 96
Residencia Sanmarkosene	Errenteria	943 34 43 46
Residencia Sagrado Corazón	Errenteria	943 52 60 00
Residencia José Arana	Eskoriatza	943 71 46 57
Residencia Santa María Magdalena	Hernani	943 33 11 03
Fundación Residencia San Gabriel	Hondarribia	943 64 10 30 / 943 64 72 72
Caser Residencial Betharram	Hondarribia	943 64 71 69

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – GIPUZKOA/GUIPÚZCOA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Vivienda comunitaria municipal	Ibarra	943 67 04 15
Vivienda comunitaria municipal	Idiazabal	943 18 71 64
Caser Residencial Anaka	Irun	943 66 77 80
Residencia asistida de Cruz Roja en Irún	Irun	943 61 12 03
Residencia Servicios Bidasoa Tercera Edad	Irun	943 61 87 98
Residencia Inmaculada	Irun	943 66 76 34
Residencia Ama Xantalen	Irun	943 50 53 94
Residencia Atsobakar	Lasarte-Oria	943 36 69 51 / 943 36 67 70
Sanitas Residencial Txindoki	Lazkao	943 80 55 92
Residencia Santa Cruz	Legazpi	943 73 00 71
Viviendas tuteladas Meazti Etxea	Legazpi	943 73 70 30
Residencia Mikel Deuna	Mutriku	943 60 38 71
Residencia Fundación Petra Lekuona	Oiartzun	943 26 10 80
San Martín Egoitza	Oñati	943 71 64 48
Residencia San José	Ordizia	943 88 11 19 / 943 88 15 08
Apartamentos tutelados	Orio	943 83 03 46
Residencia Municipal de Ancianos de Pasaia	Pasaia	943 40 40 68
Apartamentos tutelados de Pasaia	Pasaia	943 00 43 20
Residencia San Juan y La Magdalena	Segura	943 80 10 08 / 943 80 14 44
Residencia de ancianos Nuestra Señora de la Merced	Soraluze-Placencia de las Armas	943 75 11 36
Residencia Yurreamendi	Tolosa	943 67 03 25
Residencia San Cosme y San Damián	Tolosa	943 67 27 32
Residencia Santiago	Villabona	943 69 11 12
Apartamentos tutelados María Etxetxiki	Zarautz	943 24 30 77

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – GIPUZKOA/GUIPÚZCOA (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Santa Ana Egoitza	Zarautz	943 83 31 50
Apartamentos tutelados	Zegama	943 80 13 51
Residencia San Juan de Zestoa	Zestoa	943 14 70 19
Residencia Gisasola	Zestoa	943 89 70 77
Centro Gerontológico Fraisoro	Zizurkil	943 69 60 51
Apartamentos tutelados Branka	Zumaia	943 86 22 00 / 943 86 02 94
Centro Residencial Otezuri	Zumaia	943 14 33 39
Residencia San Juan	Zumaia	943 86 12 73
Centro Sociosanitario Argixao	Zumarraga	943 72 98 48

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro Residencial Sanfuentes	Abanto y Ciérvana-Abanto Zierbena	946 36 34 35
Centro Asistencial Gallarta	Abanto y Ciérvana-Abanto Zierbena	946 36 93 62
Vivienda comunitaria Gure Etxea	Amorebieta-Etxano	946 73 09 67
Residencia Gure Etxea II	Amorebieta-Etxano	946 30 96 80
Residencia José María Azkuna	Amorebieta-Etxano	946 30 99 55
Residencia Piñudi	Amorebieta-Etxano	946 30 86 34
Residencia Igorco Orúe	Amorebieta-Etxano	946 30 05 50
DomusVi Arandia	Arrigorriaga	946 07 67 55
Residencia Argietxea	Arrigorriaga	946 55 35 53
Residencia Zuetxe-Bakio	Bakio	946 19 46 01
Residencia León Trucios	Balmaseda	946 80 06 01
DomusVi Las Laceras	Balmaseda	946 03 81 41
Hogar Residencial Íñigo de Loiola	Barakaldo	944 38 70 60
Hogar Residencial Lasaitasuna	Barakaldo	957 70 30 66
Clece Vitam Altos Hornos	Barakaldo	946 66 06 16
Complejo Residencial Santa Teresa	Barakaldo	946 57 25 75
Residencia Nuestra Señora de Leire	Barakaldo	946 55 56 01 / 944 91 15 13
Vivienda comunitaria C.I.S.C.	Barakaldo	944 18 45 00
Residencia Santa Águeda	Barakaldo	944 37 87 14
Centro de atención especializada en mayores Fundación Miranda	Barakaldo	944 38 26 75
Sanitas Residencial Barakaldo	Barakaldo	944 78 30 20
Hogar Residencial Beurko Berria	Barakaldo	944 37 57 00
Residencia El Pilar	Barakaldo	944 78 22 60

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Vivienda Comunitaria Barrika Barri	Barrika	946 77 44 77
Residencia Barrika Barri	Barrika	946 77 44 77
Residencia Fundación Elorduy	Barrika	946 77 01 40
Vivienda comunitaria San Telmo	Barrika	946 77 11 47
Residencia San Miguel	Basauri	944 26 21 52
Residencia Alai	Basauri	944 26 16 43
Residencia Bidebieta	Basauri	944 40 82 48
Residencia de ancianos Etxe Maitia	Basauri	944 66 64 10
Residencia Bizkotxalde	Basauri	944 05 00 00
Residencia Jandoniz	Bedia	946 31 31 30
Residencia municipal y vivienda comunitaria Sancti Spiritus	Bermeo	946 17 91 66
Egoitz Alai	Bermeo	946 02 98 86
Residencia Berastegui	Bilbao	944 23 35 26
Residencia Mazarredo	Bilbao	944 23 12 06
Vivienda comunitaria Iturrola	Bilbao	944 24 98 88
Residencia Rodríguez de Andoin IV	Bilbao	944 10 20 84
Vivienda comunitaria Amatxu de Begoña	Bilbao	944 21 12 05
Residencia Gazteluondo	Bilbao	946 56 78 85
Residencia Lezeaga Basurto	Bilbao	946 55 47 98
Vivienda comunitaria Zorroza	Bilbao	695 79 05 59
Residencia Conde de Aresti	Bilbao	944 15 60 92
V. C. Residencia Ibaizabal	Bilbao	944 16 44 00
Piso tutelado Alkar Biziz Cortes	Bilbao	944 15 57 23

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Anai Cantero	Bilbao	944 16 95 58
Piso tutelado Alkar Biziz-Gimnasio	Bilbao	944 15 57 23
Piso tutelado Alkar Biziz - Indalecio Prieto	Bilbao	944 15 57 23
Centro asistencial Bilbozar	Bilbao	946 79 27 41
Residencia Miravilla	Bilbao	944 16 05 80
Residencia Anai-Cantero III	Bilbao	946 57 54 41
Residencia FLOPEG 18	Bilbao	944 15 39 01
DomusVi Arbidea	Bilbao	944 73 85 89
Residencia Arbolantxa	Bilbao	944 12 11 33
Residencia Txurdinagabbarri	Bilbao	944 59 80 47
JN Bizkaia	Bilbao	944 73 00 34
Caser Residencial Txurdinaga	Bilbao	944 02 25 70
Residencia Bolueta	Bilbao	944 73 86 30
Residencia Andia	Bilbao	944 73 20 19
DomusVi Miraflores	Bilbao	944 33 37 56
Residencia Izaro XXI	Bilbao	944 12 31 28
Residencia Anai Artean	Bilbao	944 33 35 79
Vivienda comunitaria Aire Berria	Bilbao	607 74 82 59
Colisée Kirikiño	Bilbao	944 12 74 00
Vivienda comunitaria Ansola	Bilbao	944 15 73 04
Centro El Arenal	Bilbao	944 79 00 00
Vivienda comunitaria Casco Viejo	Bilbao	944 16 06 38
DomusVi Ribera	Bilbao	946 79 29 38

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (IV)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Vidalia Santutxu	Bilbao	941 19 80 39
Residencia Mi Casa - Hermanitas de los Pobres	Bilbao	944 33 57 02
Residencia Begoñako Ama	Bilbao	944 16 71 33
Vivienda comunitaria Monte Sinaí	Bilbao	944 33 92 27
Vivienda comunitaria Aitenetxe	Bilbao	944 46 06 60 / 679 26 52 92
Residencia Virgen de Begoña	Bilbao	944 45 80 09
Residencia Jado Egoitza	Bilbao	944 45 05 17
Residencia Fundadora Siervas de Jesús	Bilbao	944 46 58 00
Orpea Bilbao	Bilbao	944 77 03 03
Residencia Zumaia	Bilbao	944 46 11 92
Vivienda comunitaria Bertendona	Bilbao	944 15 59 42
Vivienda comunitaria Ayala	Bilbao	944 74 14 83
V. C. Gurutxe	Bilbao	944 16 88 78
Vivienda comunitaria El Parque	Bilbao	944 44 89 60
Vivienda comunitaria Irabel	Bilbao	944 22 00 74
Vivienda Comunitaria Nire Etxea II	Bilbao	944 15 99 91
V. C. Residencia Ama	Bilbao	944 10 90 43
Vivienda comunitaria Nire Amona	Bilbao	946 07 40 77 / 639 81 69 96
Vivienda comunitaria Gure Leku	Bilbao	944 23 74 69
Vivienda comunitaria Residencia Bizia	Bilbao	944 24 12 22
Vivienda comunitaria Goizargi	Bilbao	944 23 78 02
Vivienda comunitaria Garai II 2000	Bilbao	944 24 31 02
Colisée Indautxu	Bilbao	944 22 30 01

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (V)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Ballesol Bilbao	Bilbao	944 59 54 70
Indautxu Gurena	Bilbao	944 44 34 04
Residencia Religiosas Angélicas	Bilbao	944 70 20 05
Colisee Bilbao - San Antonio	Bilbao	944 39 50 40
Vivienda comunitaria Sagrado Corazón	Bilbao	944 27 26 59
Vivienda comunitaria López de Haro	Bilbao	944 23 52 44
Vivienda comunitaria Gran Vía 49	Bilbao	944 42 55 72
Vivienda comunitaria Bizkaiko Andra Mari I y II	Bilbao	944 27 62 94
Vivienda Comunitaria Astarloa Berri II	Bilbao	944 24 36 70 / 656 70 68 24
Vivienda comunitaria Moyua	Bilbao	944 24 99 36
Vivienda comunitaria María Victoria	Bilbao	944 41 61 94
Residencia Ederra Berri	Bilbao	944 27 15 24 / 696 45 35 97
Vivienda comunitaria Aguirre	Bilbao	944 42 59 72
Vivienda comunitaria Noa	Bilbao	944 44 46 43
Vivienda comunitaria Alameda 2002	Bilbao	944 21 72 19
Residencia Geriátrica Zure-Etxea Bilbao	Bilbao	944 27 57 35
Centro geriátrico Abando	Bilbao	944 39 92 64
Colisée Bilbao	Bilbao	944 39 47 70
Geriátrico Loreak	Bilbao	944 27 76 04 / 944 42 39 08
Santa y Real Casa de Misericordia	Bilbao	944 41 19 00
Vivienda Comunitaria Garai	Bilbao	944 41 23 33
Residencia Zorrozgoiti	Bilbao	944 74 25 36
Vivienda comunitaria Deusto	Bilbao	944 74 78 17

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (VI)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Ibarrekolanda	Bilbao	944 91 15 13
Residencia Artxanda La Esperanza	Bilbao	944 45 62 50
Caser Residencial Artxanda	Bilbao	944 13 41 11
Residencia Etxe Giroa	Bilbao	944 75 32 66
Residencia Vitalitas Sarriko	Bilbao	944 05 35 64
Residencia Anai Cantero II	Bilbao	944 00 31 09
Residencia Arroategi	Busturia	946 87 00 03
Residencia Zelaiondo	Busturia	946 17 11 22
Arratiako Egoitza - Herri Erakunde Autonomoa	Dima	946 31 57 76
Residencia Piedadeondo	Dima	946 31 17 74
Residencia Tabira	Durango	944 66 88 52
Residencia Joxe Miel Barandiaran	Durango	946 21 54 38
Residencia Astarloa	Durango	946 20 38 14
Residencia Andra Mari	Durango	946 03 25 31
Residencia Lagun Etxea	Ea	946 27 50 04 / 696 47 80 24
Centro Asistencial Elorrio	Elorrio	946 58 26 54 / 946 58 32 31
Residencia Astrabudua	Erandio	944 91 15 13
Residencia Martiartu	Erandio	944 63 47 83
Sanitas Residencial Loramendi	Erandio	944 01 45 00
Igurco Unbe Residencia Sociosanitaria	Erandio	944 53 70 02
Residencia Elizalde	Erandio	944 53 12 36
Hogar residencia San José	Erandio	944 03 67 00
Vivienda comunitaria Osasun	Erandio	944 53 13 77

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (VII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Apartamentos tutelados Erandio	Erandio	944 67 62 50
Residencia Abeletxe	Ermua	943 25 77 77
Igurco Residencia Calabria	Forua	946 25 60 73
Residencia San Andrés	Galdakao	944 57 09 57
DomusVi Aperribai	Galdakao	944 26 23 34
Residencia Usánsolo	Galdakao	944 57 22 24
Virgen de la Vega	Galdakao	944 57 30 67
Residencia Elexalde	Galdakao	944 57 33 35
Residencia Santa Bárbara	Galdakao	944 56 00 69
Residencia San Andrés II	Galdakao	944 57 38 28
Geriátrico Aitzea	Gamiz-Fika	946 15 33 44
Gatikako Santa María Egoitza	Gatika	946 94 10 31
Residencia Bizia	Gatika	946 27 85 71
Residencia Torrezuri	Gernika-Lumo	946 25 82 88
Fundación Residencia Calzada	Gernika-Lumo	946 25 08 90
Residencia Bidearte	Getxo	944 64 72 45
Apartamentos tutelados de tercera edad	Getxo	944 66 01 55
Fundación Beato Domingo Iturrate	Getxo	944 30 00 24
Apartamentos tutelados tercera edad de Getxo	Getxo	944 66 01 51
Residencias San Esteban 1 y 2	Getxo	944 91 01 01
Residencia y Vivienda comunitaria del Sagrado Corazón de Getxo	Getxo	944 03 47 40
Vivienda comunitaria Sastegui	Getxo	944 91 20 54
Residencia Andra Mari	Getxo	944 30 07 49

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (VIII)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Santa María de Getxo	Getxo	944 60 73 51
Vivienda comunitaria Eguzki	Getxo	944 91 00 24 / 605 77 13 40
Vivienda comunitaria Lasaitasun	Gordexola	946 69 23 79
Vivienda comunitaria Villa Fali	Gordexola	946 79 80 57
Geriátrico Biotzak	Güeñes	946 69 01 41
Hospital Asilo Nuestra Señora de los Desamparados	Karrantza Harana/Valle de Carranza	946 80 63 49 / 608 54 96 57
Centro Asistencial Leioa	Leioa	944 64 98 00
Residencia Uribarren - Abaroa	Lekeitio	946 84 00 55
Residencia y apartamentos tutelados Loiu Gurena	Loiu	944 53 00 49
Hermandad del Santo Hospital San Roque - S. Roke Egoetxea	Markina-Xemein	946 16 62 21
Residencia geriátrica Las Magnolias	Meñaka	946 74 24 24
Residencia Geure Etxea Santo Hospital y Asilo de la Caridad	Mundaka	946 87 60 95
Residencia Colisée Larrauri	Mungia	946 74 53 07
Residencia San Jose - Etxe Alai	Mungia	946 74 47 41
Oizpe Egoitza	Munitibar-Arbatzegi Gerrikaitz	946 16 41 35
Residencia de Pobeña	Muskiz	946 70 79 77
Residencia La Alegría	Muskiz	946 70 80 61
Residencia Marcelo Gangoiti	Muskiz	946 70 84 90
Residencia Olabe	Muxika	946 25 29 45
Residencia Artibai	Ondarroa	946 83 32 31
Andra Mari Santo Hospital	Orozko	946 33 99 90
Residencia Otxartaga	Ortuella	966 64 03 08
Residencia de ancianos de Otxandio - Otxandioko Egoitza	Otxandio	945 46 14 03

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (IX)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Santo Hospital del Glorioso San Juan Bautista	Portugalete	944 61 34 39
Residencia Rodríguez Andoin V	Portugalete	944 83 00 86
Residencia Centro Elguezabal	Portugalete	944 83 55 11
Fundación Aspaldiko	Portugalete	944 62 50 00
Residencia Atsoa	Santurtzi	944 83 26 07
Residencia Zoragarri	Santurtzi	944 83 82 79
Vivienda comunitaria Jado	Santurtzi	944 93 82 07
Vivienda comunitaria Kaia	Santurtzi	944 83 35 65
Residencia Nuestra Señora de Begoña	Santurtzi	944 83 68 75 / 944 83 31 25
Residencia Albiz Santiago Llanos	Sestao	946 57 22 20
Residencia municipal Juan Ellacuria Larrauri	Sestao	944 96 46 11
Residencia Larrabarrena Sondika	Sondika	944 53 57 32
Residencia Argaluz	Sopela	946 76 55 14
Residencia Sopelana	Sopela	946 76 48 47
Residencia Avellaneda	Sopuerta	946 50 40 79
Residencia Geriátrica Zure-Etxea Sopuerta	Sopuerta	946 50 40 24
Residencia Emilia Mitxelena	Trucios-Turtzioz	946 80 90 45
GSR Santamariñe	Urduliz	946 76 63 71
Residencia municipal de ancianos Ciudad de Orduña	Orduña/Orduña	945 38 30 25
Hogar del anciano San Pancracio	Valle de Trápaga-Trapagaran	944 92 30 39
Residencia Lombardia	Zalla	946 67 11 77
Organismo autónomo local - Residencia Zallako Eguzki	Zalla	946 67 02 54 / 946 67 02 55
Residencia Truiuondo	Zamudio	946 57 55 00

## CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL – BIZKAIA/VIZCAYA (X)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Residencia Arbildu	Zeberio	946 48 12 77
Residencia Eusebio Aldekoa	Zeberio	946 48 11 08
Geriátrico La Arena	Zierbena	946 36 50 33 / 946 36 52 85
Residencia Nuestra Señora del Socorro	Zierbena	946 36 53 65

## CENTROS DE DÍA – ÁLAVA/ARABA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro rural de atención diurna de Salvatierra/Agurain	Agurain/Salvatierra	945 31 27 09
Centro de día de Sallurtegi	Agurain/Salvatierra	945 31 24 41
Centro rural de atención diurna de Alegría-Dulantzi	Alegría-Dulantzi	945 40 06 71
Centro rural de atención diurna de Amurrio	Amurrio	945 89 07 76
Servicio de estancia diurna de la Residencia San Antón de Armuru	Amurrio	945 89 10 11
Servicio de estancia diurna Maskuribai	Amurrio	945 06 62 12 / 945 06 62 10 / 629 56 57 05
Centro rural de atención diurna de Aramaio	Aramaio	945 44 50 16
Centro rural de atención diurna Arraia-Maeztu	Arraia-Maeztu	945 41 00 33
Centro rural de atención diurna de Artziniega	Artziniega	945 39 63 16
Centro rural de atención diurna de Asparrena	Asparrena	945 30 47 47
Centro Rural de Atención Diurna Ayala	Ayala/Aiara	945 39 90 23
Servicio de atención diurna de la Residencia Geriátrica Gaztelu	Barrundia	945 30 70 59 / 666 87 36 00
Servicio de atención diurna Residencia Hogar Larrea	Barrundia	945 31 72 02 / 646 75 28 40
Servicio de atención diurna V. C. Campezo	Campezo/Kanpezu	945 41 52 27
Centro rural de atención diurna de Elvillar	Elvillar/Bilar	945 60 42 16
Centro de día de Pobes	Erriberagoitia/Ribera Alta	627 49 97 84
Servicio de atención diurna de la Residencia Ribera Alta	Erriberagoitia/Ribera Alta	945 36 20 58 / 627 49 97 97 / 627 49 97 82
Centro rural de atención diurna de Harana/Valle de Arana	Harana/Valle de Arana	945 40 60 38
Servicio de atención diurna de la Residencia Villodas	Iruña Oka/Iruña de Oca	945 36 40 95
Centro rural de atención diurna de Iruña Oka	Iruña Oka/Iruña de Oca	945 36 14 26
Centro rural de atención diurna de Lagrán	Lagrán	945 40 54 24
Servicio de estancia diurna de la Residencia La Barbacana	Laguardia	945 60 08 05
Centro de día San Roque	Laudio/Llodio	946 72 97 50
Servicio de estancia diurna de la Residencia Nuestra Señora de las Viñas	Oyón-Oion	945 62 26 20

## CENTROS DE DÍA – ÁLAVA/ARABA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro rural de atención diurna de Ribera Baja	Ribera Baja/Erribera Beitia	945 35 53 63
Servicio de atención diurna de la Residencia Perpetuo Socorro de Rivabellosa	Ribera Baja/Erribera Beitia	945 35 50 92 / 945 35 51 60
Servicio de estancia diurna de la Residencia Samaniego	Samaniego	945 60 92 50
Servicio de estancia diurna de la Residencia Zubitxu	San Millán/Donemiliaga	945 30 19 28 / 699 84 43 90
Servicio de atención diurna V. C. de Espejo	Valdegovía/Gaubea	945 35 12 17
Centro rural de atención diurna de Valdegovía	Valdegovía/Gaubea	945 35 32 96
UED del Centro integral de atención a mayores San Prudencio	Vitoria-Gasteiz	945 16 17 05
Alai Centro de Día	Vitoria-Gasteiz	945 21 01 92 / 626 22 28 03
Servicio de atención diurna de la V. C. Zirauntza	Vitoria-Gasteiz	945 13 38 10
Servicio de estancia diurna Albertia Iradier	Vitoria-Gasteiz	945 00 94 29
Servicio de estancia diurna de los Apartamentos Santa María de Olárizu	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 85
Servicio de estancia diurna Albertia Campus	Vitoria-Gasteiz	945 14 64 44
Centro de Día En Buenas Manos	Vitoria-Gasteiz	945 98 00 02 / 606 88 20 46
Centro de día Ariznabarra	Vitoria-Gasteiz	945 15 09 60
Servicio de estancia diurna de los Apartamentos Beato Tomás Zumárraga	Vitoria-Gasteiz	945 16 11 08
Centro de día Ajuria	Vitoria-Gasteiz	945 25 53 50
Servicio de estancia diurna de Residencia Albertia Centro	Vitoria-Gasteiz	945 14 64 44
Servicio de estancia diurna y psicogeriatrico Txagorritxu	Vitoria-Gasteiz	945 24 49 00
Centro de día Psicogeriatrico Bizia	Vitoria-Gasteiz	945 24 19 12
Servicio de estancia diurna de los Apartamentos Blas de Otero	Vitoria-Gasteiz	945 16 16 67
Servicio de estancia diurna de la Residencia Roure	Vitoria-Gasteiz	945 30 35 21
Centro de día Agure Zabalzana	Vitoria-Gasteiz	945 10 77 88
UED de la Residencia psicogeriatrica Lakua	Vitoria-Gasteiz	945 17 82 27
Servicio de estancia diurna Aitona Bi	Vitoria-Gasteiz	945 22 76 87 / 669 74 85 42

## CENTROS DE DÍA – ÁLAVA/ARABA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de atención diurna de la V. C. Araba	Vitoria-Gasteiz	945 27 02 97
Centro de día de la Residencia Geriátrica El Pilar	Vitoria-Gasteiz	945 35 41 55 / 626 28 41 01
Centro de día Zadorra	Vitoria-Gasteiz	945 27 39 67
Servicio de atención diurna de la V. C. San Esteban de Betoño	Vitoria-Gasteiz	945 25 52 06
Servicio de atención diurna de la V. C. Adei	Vitoria-Gasteiz	945 24 36 36 / 685 89 61 94
Servicio de atención diurna de la Residencia Zelaizabal	Vitoria-Gasteiz	945 27 29 47
Servicio de atención diurna de la Residencia LOVI	Vitoria-Gasteiz	945 27 02 63
Servicio de estancia diurna de la Residencia Ariñez	Vitoria-Gasteiz	945 35 41 46
Servicio de estancia diurna Colisee Miñano	Vitoria-Gasteiz	945 12 44 25
Servicio de estancia diurna de la Vivienda Comunitaria Ullibarri Arrazua	Vitoria-Gasteiz	945 29 34 17
Servicio de atención diurna de la Residencia Yécora	Yécora/Iekora	945 62 25 06 / 677 51 99 73
Centro rural de atención diurna de Zigoitia	Zigoitia	945 46 43 10
Centro rural de atención diurna de Zuia	Zuia	945 43 03 92
Servicio de estancia diurna de la Residencia Orobide	Zuia	945 43 09 31
Centro de día de la Residencia Purísima Concepción	Zuia	945 43 00 08 / 945 46 26 16

## CENTROS DE DÍA – GIPUZKOA/GUIPÚCOA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Pakeleku	Andoain	943 30 43 43 / 943 30 07 46
Centro de día Torresoroa	Antzuola	943 76 62 46
Centro de día Debagoiena	Aretxabaleta	943 77 20 88
Centro de día psicogerriátrico Aita Menni	Arrasate/Mondragón	943 77 02 50
Centro de día de Astigarraga	Astigarraga	943 33 74 01
Centro de día San José	Azkoitia	943 85 13 23
Centro de día Bista Eder	Azpeitia	943 15 74 96
Centro de día de Beasain	Beasain	943 88 02 09 / 678 73 86 10
Centro de día Loinatz	Beasain	943 88 44 65 / 943 02 80 75
Centro de día municipal de Bergara	Bergara	943 76 09 76
Centro de día de Bidegoian	Bidania-Goiatz	943 68 11 99
Centro de día	Deba	943 19 29 33 / 943 19 28 40
Centro de día Elizaran	Donostia/San Sebastián	943 42 90 91
Centro de día Amaraene	Donostia/San Sebastián	943 45 85 21
Centro de día de la Residencia Nuestra Señora de la Paz	Donostia/San Sebastián	943 27 54 23
Centro de día Aldakonea	Donostia/San Sebastián	943 27 81 00 / 943 27 82 38
Centro de día DomusVi Villa Sacramento	Donostia/San Sebastián	943 32 00 73
Centro de día Villa Las Mercedes	Donostia/San Sebastián	943 29 31 11
Centro de día de la Fundación Zorroaga	Donostia/San Sebastián	943 45 18 00
Centro de día Lamourous	Donostia/San Sebastián	943 32 77 93
Centro de día DomusVi Berra	Donostia/San Sebastián	943 35 30 30
Centro de día Bermingham	Donostia/San Sebastián	943 21 58 16
Centro de día Berio	Donostia/San Sebastián	943 31 10 90
Centro de día Julián Rezola	Donostia/San Sebastián	943 31 71 20

## CENTROS DE DÍA – GIPUZKOA/GUIPÚCOA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Egogain	Eibar	943 82 00 87
Centro de día	Elgoibar	943 74 10 08
Centro de día Sanmarkosene	Errenteria	943 34 43 46
Centro de día Errenteria	Errenteria	943 00 07 26
Centro de día Olibet	Errenteria	943 34 16 72 / 678 73 86 10
Centro de día de Errezil	Errezil	943 81 29 89
Centro de día de Eskoriatza	Eskoriatza	943 71 46 57
Centro de día de Getaria	Getaria	943 14 06 18 / 687 83 48 93
Centro de día Santa Magdalena	Hernani	943 33 11 03
Centro de día Gibeleta	Hondarribia	943 64 41 62 / 943 64 30 59
Centro de día Caser Residencial Betharram	Hondarribia	943 64 71 69
Centro de día Pilarrenea	Idiazabal	943 18 70 74
Centro de día Caser Residencial Anaka	Irun	943 66 77 80
Centro de día Servicios Bidasoa Tercera Edad	Irun	943 61 87 98
Servicio de estancia diurna Inmaculada	Irun	943 66 76 34
Centro de Día Artia	Irun	943 57 09 90 / 616 64 42 63
Centro de atención diurna Ama Xantalen	Irun	943 50 53 94
Centro de día Atsobakar	Lasarte-Oria	943 36 69 51 / 943 36 67 70
Centro de día de Sanitas Residencial Txindoki	Lazkao	943 80 55 92
Centro de día municipal de Legazpi	Legazpi	943 73 12 76 / 943 73 70 30
Centro de día de Lezo	Lezo	943 34 65 28
Centro de día de Mendaro	Mendaro	943 03 17 46
Centro de día de la Residencia Mikel Deuna	Mutriku	943 60 38 71
Centro de día Aiton-Etxe	Oiartzun	943 49 21 46 / 688 68 60 42

## CENTROS DE DÍA – GIPUZKOA/GUIPÚCOA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro municipal de día de Oñati	Oñati	943 71 64 48
Centro de Día de Ordizia	Ordizia	943 88 85 70 / 943 80 56 10
Centro de día de Orio	Orio	943 83 33 49 / 687 83 48 93
Centro de día El Paseo	Pasaia	943 52 89 54
Centro de día municipal de Pasaia	Pasaia	943 40 40 68
Servicio de estancia diurna de la Residencia San Juan y La Magdalena	Segura	943 80 10 08 / 943 80 14 44
Centro de día Soraluze	Soraluze-Placencia de las Armas	943 75 18 11
Centro de día Madre María Josefa	Tolosa	943 65 51 21
Centro de día de la Residencia San Cosme y San Damián	Tolosa	943 67 27 32
Centro de día de Urnieta	Urnieta	943 55 31 96
Centro de día de Santa Bárbara	Urretxu	943 53 20 91 / 943 03 80 83
Centro de día Puntapax	Usurbil	943 37 71 10
Servicio de atención diurna Santiago	Villabona	943 69 11 12
Centro de día María Etxetxiki	Zarautz	943 00 51 11
Centro de día de Zegama	Zegama	943 80 16 10
Centro de día municipal San Juan de Zestoa	Zestoa	943 14 70 19 / 943 14 71 32
Centro de día Fraisoro	Zizurkil	943 69 60 51
Centro de día municipal Branka	Zumaia	943 86 22 00 / 943 86 02 94
Centro de día Argixao	Zumarraga	943 72 98 48

## CENTROS DE DÍA – BIZKAIA/VIZCAYA (I)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro de día Bizigura	Abanto y Ciérvana-Abanto Zierbena	946 56 81 16
Centro de día Nafarroa	Amorebieta-Etxano	946 30 01 90
Servicio de estancia diurna DomusVi Arandia	Arrigorriaga	946 07 67 55
Centro de día DomusVi Las Laceras	Balmaseda	946 03 81 41
Centro de día Lasaitasuna	Barakaldo	957 70 30 66 / 657 70 30 66
Centro de día Laztana	Barakaldo	946 05 94 00 / 722 27 70 80
Centro de día Integración Socio Cultural	Barakaldo	944 18 45 00
Servicio de estancia diurna Fundación Miranda	Barakaldo	944 38 26 75
Centro de día municipal La Paz	Barakaldo	944 99 25 82
Centro de día Bizkotxalde	Basauri	944 05 00 00
Centro de día Ormabarrieta	Bermeo	946 02 82 81
Centro de atención municipal	Bermeo	946 17 91 66
Centro de día Isozaki-Atea	Bilbao	946 12 35 89
Centro de día Errekalde	Bilbao	946 75 61 16
Servicio de estancia diurna de la Residencia Gazteluondo	Bilbao	946 56 78 85
Centro de día Bideberri	Bilbao	944 16 10 55
Centro de día San Adrián	Bilbao	944 70 07 06
Servicio de estancia diurna del Centro asistencial Bilbozar	Bilbao	946 79 27 41
Centro de día Karmelo	Bilbao	944 59 76 32
Centro de día Txurdinagabbarri	Bilbao	944 59 80 47
Centro de día Coliséé Kirikiño	Bilbao	944 12 74 00
Centro de día Otxarkoaga	Bilbao	944 59 81 54
Egunon Etxea Centro de día	Bilbao	944 16 39 55

## CENTROS DE DÍA – BIZKAIA/VIZCAYA (II)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Servicio de estancia diurna de la Residencia Vidalia Santutxu	Bilbao	941 19 80 39
Centro de día Ercilla	Bilbao	944 74 42 58
Servicio de estancia diurna Indautxu Gurena	Bilbao	944 44 34 04
Centro de día Etxaniz	Bilbao	946 62 05 35
Centro de día Coliséo Bilbao - San Antonio	Bilbao	944 39 50 40
Servicio de estancia diurna de la Vivienda Comunitaria Astarloa Berri II	Bilbao	944 24 36 70 / 656 70 68 24
Servicio de estancia diurna de la Residencia Ederria Berri	Bilbao	944 27 15 24 / 696 45 35 97
Centro de día Temimo	Bilbao	944 75 29 26
Centro de día Sarriko	Bilbao	944 05 25 24 / 691 50 26 03
Centro de día de la Residencia Arroategi	Busturia	946 87 00 03
Centro de día Arratiako Egoitza	Dima	946 31 57 76
Centro de día Tabira Berri	Durango	944 66 88 52
Centro de día Eguzkimore	Durango	946 20 03 38
Centro de día Joxe Miel Barandiaran	Durango	946 21 54 38
Centro de día San José	Erandio	944 03 67 00
Centro de día de la Residencia Abeletxe	Ermua	943 25 77 77
Centro de día Bizipoz Nerbioi	Etxebarri	946 51 03 16
Centro de día asistencial Plazakoetxe	Galdakao	944 57 34 91
Centro de día Torrezuri	Gernika-Lumo	946 25 82 88 / 656 79 04 07
Centro de día Fundación Residencia Calzada	Gernika-Lumo	946 25 08 90
Centro de día Acacias	Getxo	946 02 32 00
Servicio de atención diurna municipal Sagrado Corazón de Getxo	Getxo	944 03 47 40
Centro de día Aiboa	Getxo	944 65 94 44

## CENTROS DE DÍA – BIZKAIA/VIZCAYA (III)

CENTRO	LOCALIDAD	TELÉFONO
Centro Rural Polivalente Gure-Etxea	Ispaster	946 84 29 99
Centro de día Galua	Karrantza Harana/Valle de Carranza	663 57 03 28
Centro de día Estartetxe de Leioa	Leioa	944 80 35 68
Centro de día Uribarren - Abaroa	Lekeitio	946 84 00 55
Loiu Gurena Centro de día	Loiu	944 53 00 49
Centro de día San Roke	Markina-Xemein	946 16 62 21
Centro de día San Jose - Etxe Alai	Mungia	946 74 47 41
Centro de día de Muskiz	Muskiz	946 70 66 30
Centro de día de la Residencia Olabe	Muxika	946 25 29 45
Centro de día Ondarroa	Ondarroa	946 03 60 63
Centro de día Andra Mari Santo Hospital de Orozco	Orozko	946 33 99 90
Centro de día Otxartaga	Ortuella	946 64 03 08
Servicio de estancia diurna de la Residencia de ancianos de Otxandio	Otxandio	945 46 14 03
Centro de día San Roque	Portugalete	944 62 50 00
Centro de día Aspaldiko	Portugalete	944 62 50 00
Centro de día de Bullón	Santurtzi	944 93 81 27
Servicio de estancia diurna de la Vivienda comunitaria Jado	Santurtzi	944 61 54 55
Centro de día Sestao Berria	Sestao	944 72 34 26
Centro de día municipal Juan Ellacuria Larrauri	Sestao	944 96 46 11
Centro de día Ugao-Gane	Ugao-Miraballes	946 48 29 52
Centro de día municipal Urduña-Orduña	Urduña/Orduña	945 38 31 55 / 945 38 30 25
Centro de día Orconera	Valle de Trápaga-Trapagaran	944 92 53 92
Centro de día Enkarterri	Zalla	946 67 10 82 / 665 75 52 72
Centro de día Truiuondo	Zamudio	946 57 55 00