



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

**BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN
SANITARIA EN ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER EN AMÉRICA LATINA. UNA
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**BARRIERS TO HEALTHCARE ACCESS IN
ALZHEIMER'S DISEASE IN LATIN AMERICA:
A SYSTEMATIC REVIEW**

Ruth Alexandra González Sánchez
Investigador independiente, Colombia

Juliana Alexandra López Sáenz
Investigador independiente, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rem.v8i2.10943

Barreras de Acceso a la Atención Sanitaria en Enfermedad de Alzheimer en América Latina. Una Revisión Sistemática

Ruth Alexandra González Sánchez¹

gonzalezaleruth@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-4961-5856>

Investigador independiente

Colombia

Juliana Alexandra López Sáenz

julianitalosa@yahoo.es

<https://orcid.org/0009-0006-1016-9848>

Investigador independiente

Colombia

RESUMEN

Las barreras de acceso y las necesidades de salud insatisfechas, son responsables por año de 150.000 muertes evitables en América Latina; los cambios demográficos de la región involucran una mayor prevalencia de la demencia, con una tendencia en aumento según las proyecciones para 2050. Mediante una revisión sistemática de la literatura, en Pubmed y la Biblioteca virtual de salud, desde 2008, aplicando la metodología PRISMA, se busca identificar y clasificar las barreras de acceso a la atención sanitaria para la enfermedad de Alzheimer en América Latina. Se identificaron 403 registros, de los cuales 13 fueron considerados elegibles para análisis, principalmente de tipo observacional. Encontrando que adicional a los determinantes en salud relacionados con las barreras geográficas, económicas y culturales de una región en vías de desarrollo, existe una barrera crítica, debido a la insuficiente formación académica en demencia del personal asistencial sanitario, junto a la escasez de pruebas validadas en la población, que puede resultar en fallos diagnósticos. Por tanto, el estudio de las barreras, representa un desafío crucial para la salud pública en la región, como paso fundamental hacia su eliminación.

Palabras clave: enfermedad de alzhéimer, américa latina, demencia, accesibilidad a servicios de salud

¹ Autor principal.

Correspondencia: gonzalezaleruth@gmail.com

Barriers to Healthcare Access in Alzheimer's Disease in Latin America: A Systematic Review

ABSTRACT

The barriers to access and unmet health needs are responsible for 150,000 avoidable deaths per year in Latin America; demographic changes in the region involve an increased prevalence of dementia, with a rising trend projected for 2050. Through a systematic literature review from 2008 on Pubmed and the Virtual Health Library, applying the PRISMA methodology, we aim to identify and classify the barriers to healthcare access for Alzheimer's disease in Latin America. We identified 403 records, of which 13 were considered eligible for analysis, primarily observational in nature. It was found that in addition to health determinants related to geographical, economic, and cultural barriers in a developing region, there is a critical barrier due to insufficient academic training in dementia among healthcare personnel, along with a scarcity of validated tests in the population, which can result in diagnostic failures. Therefore, studying these barriers represents a crucial challenge for public health in the region, as a fundamental step towards their elimination.

Keywords: *alzheimer's disease, latin America, dementia, accessibility to health services*

Artículo recibido 05 marzo 2024

Aceptado para publicación: 08 abril 2024



INTRODUCCIÓN

América latina, es la región más desigual del mundo(Marinho María Luisa et al., 2023), con especial afectación de los indicadores en atención médica(Soto Añari Marcio et al., 2021); entendiendo la desigualdad en salud, como cualquier diferencia, íntimamente relacionada con las desventajas sociales, económicas y ambientales de una sociedad, que afectan la salud de los individuos(Aranda et al., 2021). El acceso a la salud, se define como la capacidad de hacer uso en el momento requerido, de servicios de salud: integrales, adecuados y de calidad; logrando el acceso universal, con la abolición progresiva de las barreras geográficas, económicas, socioculturales de organización o de género, que impiden a las personas usar dichos servicios. Cuando el sistema de salud es suficiente para cubrir las necesidades de su población, se alcanza la cobertura universal de salud(Pan American Health Organization, 2014).

La continuidad de barreras para el acceso y las necesidades de salud insatisfechas, repercuten no solo en la calidad de vida sino en la mortalidad, siendo responsables por año de 150.000 muertes evitables en la región(Organización Panamericana de la Salud, 2023a).

La eliminación de al menos el 30% de las barreras de acceso, es una de las metas del pacto 30-30-30, para lograr la cobertura universal y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para el 2030 (Organización Panamericana de la Salud, 2020), estrategias que junto a la década de envejecimiento saludable, proporcionan la ruta hacia una asistencia sanitaria integrada, equitativa, asequible y centrada en las necesidades de las personas mayores(Organización Panamericana de la Salud, 2022).

En América Latina la transición demográfica, dada por la disminución de la tasa de fecundidad y el incremento de la esperanza de vida(Organización Panamericana de la Salud, 2023b), ha sido más rápida que en otras regiones del mundo(Ibanez et al., 2021), como resultado la región ha experimentado en medio siglo, el envejecimiento poblacional de dos siglos en Europa(Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2023), con la secundaria aparición de enfermedades relacionadas a la longevidad, las cuales constituyen en la actualidad, la principal carga de enfermedad de los sistemas de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023b).



La población mayor de 60 años se multiplicó por 6,6, en las últimas décadas, en consecuencia, la prevalencia de demencia ha ido en aumento(Xiang et al., 2021), situándose alrededor del 23% en mayores de 80 años y de 39% en mayores de 90 años (Organización Panamericana de la Salud, 2023), ubicándose como una de las primeras causas de discapacidad y la sexta causa de muerte en la región (Llibre Rodríguez et al., 2014).

La demencia es un trastorno neurocognitivo degenerativo, relacionado con la vejez, pero no forma parte del proceso normal de envejecimiento (Organización Panamericana de la Salud, 2023) .La principal forma de demencia es la enfermedad de Alzheimer, que significa entre el 60 al 70 % de todos los casos(Organización Panamericana de la Salud, 2022); en el mundo el 75 % de las personas con demencia no han sido diagnosticadas, por tanto, tampoco han recibido el tratamiento pertinente(Gauthier Serge, 2021).

En el año 2005, aproximadamente 24.2 millones de personas en todo el mundo padecían de demencia (Ferri et al., 2005), actualmente la cifra se estima en 55 millones, con una proyección de aumento para el 2050 de 166 %, siendo mayor para América latina alrededor del 206 % (Organización Panamericana de la Salud, 2023).Según el más reciente informe mundial sobre Alzheimer: “durante las próximas décadas, casi todos los nuevos casos de demencia se producirán en países de renta media y baja”(Simon Long, 2023.p.48).

En este contexto, promover un envejecimiento saludable representa un desafío crucial para la salud pública. Es fundamental abordar las necesidades específicas de la población, lo cual incluye conocer las barreras que dificultan el acceso a la atención sanitaria. Los objetivos de esta revisión fueron identificar y clasificar, las limitaciones para el acceso a la atención sanitaria de la enfermedad de alzheimer en América latina, y explorar la inclusión de las minorías rurales e indígenas en los estudios de barreras de acceso.

MÉTODOLÓGÍA

Esta revisión ha sido realizada según los lineamientos de la edición 2020 de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items or Systematic Reviews and Meta-Analyses)(Page et al., 2021), excluyendo los ítems propuestos para metanálisis, y estudios cuantitativos, detalles explicados a continuación.



Criterios de Elegibilidad

En general se incluyó, excepto las cartas al editor y revisiones sistemáticas, toda la información de los últimos 15 años, debido a lo poco estudiado del tema, sin restricción de idioma. Excluyendo estudios que describieran población latina no residente en América latina. Todos los criterios se enuncian en la Tabla 1.

Fuentes de Información

En noviembre de 2023, se realiza una búsqueda en PubMed y en la Biblioteca virtual de salud (BVS), ambas bajo la misma estrategia; con una segunda revisión el 15 de diciembre implementando una nueva estrategia de búsqueda, ambas detalladas en la Tabla 2.

Estrategia de Búsqueda

Se usaron dos tipos de estrategias de búsqueda, presentadas en la Tabla 2. La cobertura de las bases de datos fue desde 2008 hasta el presente. Las palabras clave se filtraron para aparecer en el título o resumen, sin otro tipo de filtros.

La estrategia se configuró con los términos MESH/DECS (Alzheimer disease, peoples, rural population, Latin America, health inequities, dementia, healthcare disparities, health services accessibility, delivery of health care, south American, public policy, healthy people programs.), unidos mediante los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”.

Proceso de Selección

Las dos investigadores cribaron de manera independiente, en una primera etapa, los títulos de todos los registros recuperados, aplicando los criterios de exclusión definidos, luego se discutieron las discrepancias hasta obtener un consenso de estudios para avanzar a la segunda etapa, donde se mantuvo la independencia, para revisión del resumen y de todo el cuerpo del documento, a través del buscador de texto, identificando los términos MESH/DECS, aplicando los criterios de inclusión, para la obtención definitiva, nuevamente mediante consenso de los estudios elegibles a evaluar a cuerpo completo. En este proceso no se usaron herramientas de automatización; para los documentos que se requirió, fue usado el traductor de Google.



Proceso de Extracción de Datos

La información relevante de cada documento fue extraída sin uso de herramientas de automatización, teniendo en cuenta la caracterización de la población, la frecuencia de uso de servicios médicos, tratamiento o la continuidad del mismo, y la atención medica Cuando un estudio mencionaba información relevante haciendo referencia a uno previo, se corroboraba la información de la lista de referencias, para incluirla o no, según criterios de elegibilidad.

Lista de los Datos

Se uso el modelo de cobertura efectiva de los servicios de salud de Tanahashi(Tanahashi, 1978), adaptado por la OPS en los análisis de barreras en salud, para clasificar la información en cuatro de las cinco dimensiones del modelo, sin incluir el ítem: “personas que reciben los servicios de manera óptima” ya que se escapa del alcance de la presente revisión. Teniendo en cuenta la definición original de cada dimensión, se clasificó las barreras encontradas en los estudios en:

Contacto: la inclinación de la población a contactar con los servicios de salud.

Aceptabilidad: la confianza de los usuarios en los servicios de salud

Disponibilidad: Capacidad de prestación de los servicios, con los recursos físicos, insumos y humanos

Accesibilidad: geográfica, servicios alcanzables; económica: capacidad de pago por parte de la población; organizativa: en lo referido a las instituciones y los modelos de prestación.

Métodos de Síntesis

La síntesis de los datos cualitativos, se llevó a cabo a través del análisis de las líneas temáticas del modelo, mediante descripción narrativa de los hallazgos. De las fuentes de datos analizadas, se extrajo la información usando una matriz de datos creada de Microsoft Excel.

Evaluación de Calidad

La evaluación de la calidad metodológica, se realizó a través de la herramienta GRADEpro; para la obtención de la certeza general de la evidencia, cada investigador por separado evaluó los dominios y posterior se realizó consenso analizando las discrepancias presentadas.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se encontraron inicialmente 322 estudios, mediante la primera estrategia de búsqueda en Pubmed y en BVS. Después de la primera fase de cribado, se seleccionaron 89 artículos, de estos, no fue posible acceder a 2 estudios, obteniendo obtienen 6 estudios tras la segunda fase. Para la segunda estrategia de búsqueda, se encontraron 81 estudios en ambas bases de datos, posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se analizaron 7 estudios, para un total de 13, como se detalla en la Figura 1.

La mayoría de los estudios fue de tipo observacional, de cada uno se determinó los países participantes y la inclusión de población rural o indígena, características de la población participante, metodología, barreras plateadas y la certeza general de la evidencia como se expone en la Tabla 3 De la evaluación de la calidad, tanto la evidencia indirecta, como el no contar con gradiente dosis respuesta ni con la magnitud del efecto de la evidencia, disminuyó la calificación general de certeza de los estudios. Las barreras de acceso exploradas, se clasifican por las cuatro dimensiones, enmarcadas en el modelo de Tanahashi en la Tabla 4.

Entre las barreras identificadas, se observó un enfoque significativo en las barreras de contacto y disponibilidad. En particular, se destacó el hallazgo frecuente de falta de formación académica en demencia, entre los profesionales de la salud en América Latina. En la Figura 2, el tamaño de los sectores representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en los estudios.

Barreras en el Contacto

El deterioro cognitivo en América Latina, culturalmente suele ser atribuible al proceso normal de envejecimiento, por tanto, la identificación de los primeros signos clínicos, no es referida por los familiares, debido a que no se considera como anormalidad, más aun cuando se trata de los jefes de hogar masculinos, según Llibre Rodriguez et al (2008) se encontró menos referencia a los posibles síntomas, dado que socialmente no es adecuado revelar esos aspectos, debido a una cultura del “respeto hacia las personas mayores”, limitando la búsqueda de atención médica oportuna, según Villareal et al (2019) se espera hasta etapas avanzadas, con el incremento de carga para los pacientes, cuidadores y sistemas de salud, acorde con la asociación inversa entre el uso de servicios de salud y la demencia mencionada por Albanase et al (2011)



Estas conductas sociales, son más evidentes en los grupos rurales y étnicos, entre los que se encuentra una prevalencia mayor de demencia en los indígenas latinoamericanos según Soto Añari Marcio et al. (2021), vs los otros grupos raciales de su muestra: blanco, afroamericano y mestizo latinoamericano, así como mayor probabilidad de progresión de deterioro; aunque debe tenerse en cuenta, la barrera lingüística para el diagnóstico y seguimiento en esta población, dado que, aunque en la región el español y el portugués son los idiomas principales, coexisten 455 lenguas vivas, comparado con 287 registradas en Europa, por esta razón para Parra et al (2021), la barrera de idioma se constituyó como una de las cinco planteadas para trabajar de manera prioritaria en los siguientes cinco años.

Los estudios de Soto y de Ibanez se destacaron por incluir un mayor número de países de la región, aun así, toda la muestra de Soto provino de clínicas y asociaciones de adultos mayores, por tanto, la población ya ha tenido algún grado de acceso a asistencia sanitaria, además fue contactada para las encuestas de manera telefónica, lo que pudo excluir a la población que no cuenta con este recurso.

La mayoría de las herramientas para el diagnóstico, han sido traducidas en lugar de ser elaboradas para la población local de la región (Montesinos et al., 2022), por tanto no están validadas culturalmente, como menciona Parra et al (2021), y no van consonancia con las características culturales, lo que puede inducir a errores en el diagnóstico, y podría explicar la alta prevalencia en los grupos de bajo nivel educativo, teniendo en cuenta que el desempeño de personas analfabetas puede ser similar al de alfabetizadas con demencia; Lopera et al (2023) recomienda la escala RUDAS y la batería breve de detección cognitiva, para evaluar la demencia en la población latinoamericana, cuando no se cuente con pruebas validadas para el propio país.

En los estudios incluidos en esta revisión, en los cuales se llevó a cabo evaluaciones de deterioro cognitivo, se usaron diferentes pruebas diagnósticas, que se enuncian en la Tabla 5 junto a su validación. Una alternativa para ampliar los estudios de validación, en otros países, es la herramienta FCSRT-Picture, validada en el estudio de Montesinos et al (2022) para población analfabeta y urbana de Perú, teniendo en cuenta que a pesar del progreso al acceso de la educación, aun en este país por ejemplo, aproximadamente el 6 % de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, con especial afectación en mujeres mayores de 60 años de áreas rurales (Montesinos et al., 2022).



Para Villarreal et al (2019), la edad avanzada y el bajo nivel educativo fueron los principales factores de riesgo cognitivo, en su muestra el 59.7% de los mayores de 85 años fueron clasificados con deterioro cognitivo, con un nivel educativo medio de 7.3 años; pero es importante anotar que el total de la muestra, fue seleccionado de un hospital público, por tanto no es representativa de toda la población, donde en otro tipo de entorno, aun dentro de la misma asistencia sanitaria, puede existir un mayor nivel educativo de la población y presentar variaciones en los hallazgos.

Aunado a la baja identificación del deterioro cognitivo, se encuentra la de síntomas emocionales, que se asocian al diagnóstico de demencia, la cual se constituye un factor de riesgo para manifestar ansiedad; más de un 50% de los pacientes sin diagnóstico formal de ansiedad, ya experimentan niveles subclínicos y síntomas depresivos, que no llegan a recibir tratamiento, por no ser reconocidos por el cuidador, el paciente, ni explorados en la consultas asistenciales por el personal de salud, según reportes de Prina et al (2011) en todos los centros, la ansiedad aun en etapa sub umbral se asoció a discapacidad grave.

Barreras en la Aceptabilidad

La salud cognitiva entre la población de adultos mayores en América latina, se considera un tabú, aun entre el personal asistencial, a pesar de los esfuerzos de las campañas de sensibilización, las cuales, producen sentimientos de culpa y no tienen un impacto profundo en la población; por tanto la conciencia y el estigma, se identificó como una barrera por el trabajo de Parra et al (2021) para la detección temprana de la demencia, al igual que lo reportado por Villareal e Ibanez planteando la reducción del estigma como una necesidad crítica.

Barreras en la Disponibilidad

La formación académica en demencia es insuficiente, por parte de los profesionales de salud, conduciendo a diagnósticos tardíos, errados y demoras en la derivación oportuna al especialista; Lopera et al (2023) la clasifica como uno de los principales obstáculos para la detección temprana de la enfermedad de Alzheimer en América latina. En Chile, por ejemplo, el 51% de profesionales sanitarios clasificó como insuficiente sus conocimientos sobre demencia (Parra et al., 2021). en concordancia con los hallazgos de Villarreal et al (2019), donde los profesionales de salud de Panamá, rara vez diagnostican el deterioro cognitivo bajo criterios basados en la evidencia, debido a su normalización



dentro del proceso de envejecimiento, como resultado de la baja capacitación en evaluación y manejo de los problemas de salud mental.

La falta de conocimiento en demencia entre el personal sanitario, según la muestra de Ibanez et al (2020), que abarca 19 países de América Latina, es evidencia de una carencia que persiste más allá de los estudios de pregrado. En el estudio, el 93.16% de la muestra estaba compuesto por médicos, de los cuales el 41.69% tenía especialización, el 11.98% estudios de maestría, el 7.96% contaba con doctorado y solo el 4.04% tenía formación fuera de campos afines. Esta barrera, es crucial, dado que, aplicados adecuadamente, el criterio clínico junto a las pruebas cognitivas alcanza hasta 90% de precisión diagnóstica de la enfermedad de Alzheimer, y ambos constituyen la estrategia fundamental de diagnóstico en América latina(Adrián Maito et al., 2023), donde la disponibilidad de técnicas de imágenes, como la tomografía por emisión de positrones son escasas (Parra et al., 2021).

La aplicación de dichas pruebas cognitivas, se plantea como otra importante barrera para el diagnóstico etiológico de la demencia, según explica Montesinos et al (2022), por la escasez de neuropsicólogos adecuadamente capacitados para realizar e interpretar las pruebas, así como por los tiempos reducidos en atención primaria para la aplicación de las mismas; en este sentido los avances en los enfoques de aprendizaje automático, como una herramienta exitosa para diferenciar entre enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal, se plantean como una alternativa prometedora para el diagnóstico etiológico de la demencia(Adrián Maito et al., 2023).

Barreras en la Accesibilidad

Geográfica

En muchas comunidades de la región, la atención primaria, fundamentalmente en los adultos mayores, es el único contacto sanitario con el que cuentan (Organización Panamericana de la Salud, 2023b), las zonas rurales y de grupos étnicos tienen acceso aún más limitado a la asistencia médica y mayores indicadores de riesgo para la salud (Soto Añari Marcio et al., 2021); incluso en áreas semi rurales según lo observado por Sousa et al (2016), con menor uso de los recursos para el cuidado de la salud, incluida la salud cognitiva, probablemente como resultado secundario, a las diferencias respecto al acceso del transporte público, a los profesionales de salud y tratamientos especializados versus a las áreas urbanas



En su mayoría, los estudios, acerca de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia en América latina, se han llevado a cabo en participantes de zonas urbanas y en un número reducido de países, lo cual limita la información obtenida, teniendo en cuenta la diversidad de la región, de los estudios analizados, solamente incluyeron población rural México y Perú y se trató de las mismas regiones geográficas.

Económica

En la enfermedad de Alzheimer, en América Latina, los costos directos e indirectos, en gran parte están a cargo de las familias de los pacientes, siendo principales los costos indirectos de la enfermedad, con variaciones según cada país y sistema de salud. En Chile el 56.4 % de pacientes con demencia reciben tratamiento en el sistema público y el 43.6% en el privado, llevando a desigualdades en el acceso de la atención formal (Hojman et al., 2017), con variedades en el tipo de aseguramiento, como expone Albanase et al (2011) la cobertura de seguro médico, fue clasificada como alta en Puerto Rico, México urbano y Perú, media en México y Venezuela y baja en República Dominicana.

El tipo de seguro médico, es el principal determinante de la región, para lograr el acceso a las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer, de los cuatro medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para la enfermedad de Alzheimer, no todos están disponibles en los países de América Latina como se expone en la Tabla 5, aunque el tratamiento integral es fundamental para mejorar la función cognitiva, la independencia de los pacientes y de forma indirecta la calidad de vida de los cuidadores (Lopera et al., 2023), pero con el agravante como informa Albanase et al (2011) de la falta de servicios de extensión, para aquellos casos en que la demencia es si misma, es la limitante para el acceso a tales intervenciones.

Los sistemas de aseguramiento que exigen pagos directos, puede que excluyan a las personas mayores más pobres, los que no tienen un ingreso regular y por último a aquellos que no cuentan con seguro médico, limitando la búsqueda de atención sanitaria cuando la capacidad de pagos excede el alcance de los adultos mayores, o de sus cuidadores; aunque en la muestra de Albanase et al (2011) probablemente exista un subregistro de las atenciones, dado que se trató de un registro auto informado, y los pacientes puede que no recuerden el uso de servicios de salud y el familiar entrevistado no tenga todos los datos de las atenciones médicas.



En los casos de demencia grave, en los cuales se precisa atención institucional, no se cuenta con cobertura del estado o del sistema de salud y las familias regularmente no pueden cubrir la carga económica de estas atenciones, optando por mantener al paciente en casa (Lopera et al., 2023), con los costos indirectos que implica la pérdida de productividad del cuidador, en su mayoría mujeres (Sousa et al., 2016), hijas y nueras como se observa en los casos analizados por Mayston et al (2017), principalmente menores de 60 años (Hojman et al., 2017), agravando la brecha de género en la tasa de empleo de la región (Organización Internacional del Trabajo, 2021).

Organizativa

La fragmentación de los sistemas de salud, menciona Lopera et al (2023), induce a la interrupción del tratamiento médico adecuado, lo que lleva a una menor probabilidad de recibir y continuar las terapias, especialmente en los grupos étnicos; como también a una pobre conexión entre la atención primaria y la secundaria (Parra et al., 2021), y a un sistema centrado en la detección de enfermedades agudas, con poco alcance en la gestión de aspectos como: nutrición, movilidad, caídas, comportamiento y formación de cuidadores, necesidades presentes en los casos evaluados por Mayston et al (2017).

En América Latina, en su mayoría, la demencia no se considera una prioridad, evidenciado por la existencia de planes nacionales únicamente en Chile, Cuba, Costa Rica, Puerto Rico y México. (Lopera et al., 2023); con baja calidad en la transmisión de las políticas públicas existentes relacionadas con la demencia, según lo reportado por Ibanez et al (2020), con poco conocimiento de estas por parte del personal sanitario, además de escasas de directrices para el diagnóstico y manejo de la demencia en la mayoría de países, a excepción de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú (Lopera et al., 2023).

Aunque los planes nacionales existentes, dan directrices de atención al personal sanitario, acrecientan una barrera de diagnóstico, teniendo en cuenta que en su mayoría recomiendan la remisión desde atención primaria, de pacientes sospechosos de enfermedad de Alzheimer y o demencia a una consulta especializada para la confirmación diagnóstica, con el inconveniente dado por el número reducido de especialistas en la región, lo que prolonga o bloquea el diagnóstico oportuno (Montesinos et al., 2022).



La presente revisión, dada la escasez de estudios sobre el tema, puede enfrentar limitaciones debido a las bases de datos utilizadas. Sin embargo, es probable que al expandir la búsqueda a plataformas adicionales como Google Académico, se pueda incluir una gama más amplia de estudios locales o étnicos, enriqueciendo así el análisis y las conclusiones de esta revisión.

ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS

Tabla 1. Criterios de Elegibilidad.

Criterios de inclusión	Población Latina.	Residente de América Latina, tanto de zona urbana, rural o indígena.
	Edad mayor de 60 años.	Se excluyeron las formas de enfermedad de alzhéimer de inicio temprano.
	Diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en cualquier etapa.	Se incluyó la mención de demencia, cuando fuera generalizada y no se definiera como subtipos vascular o frontotemporal.
	Publicaciones desde 2008 hasta 2023 en las bases de datos mencionadas.	Incluidos estudios, informes de tipo resúmenes de conferencias y gubernamentales sobre políticas públicas y registros de estudios en marcha.
Criterios de exclusión	Uso de tratamientos farmacológicos alternativos o empíricos.	
	Diagnóstico por imágenes	Si el objetivo era la descripción de los hallazgos imagenológicos.
	Estudios enfocados en la genética y/o biomarcadores de la enfermedad de alzhéimer.	Si no describían el acceso de la población objeto de la revisión.
	cartas al editor Revisiones sistemáticas y artículos de revisión.	

Fuente: elaboración propia

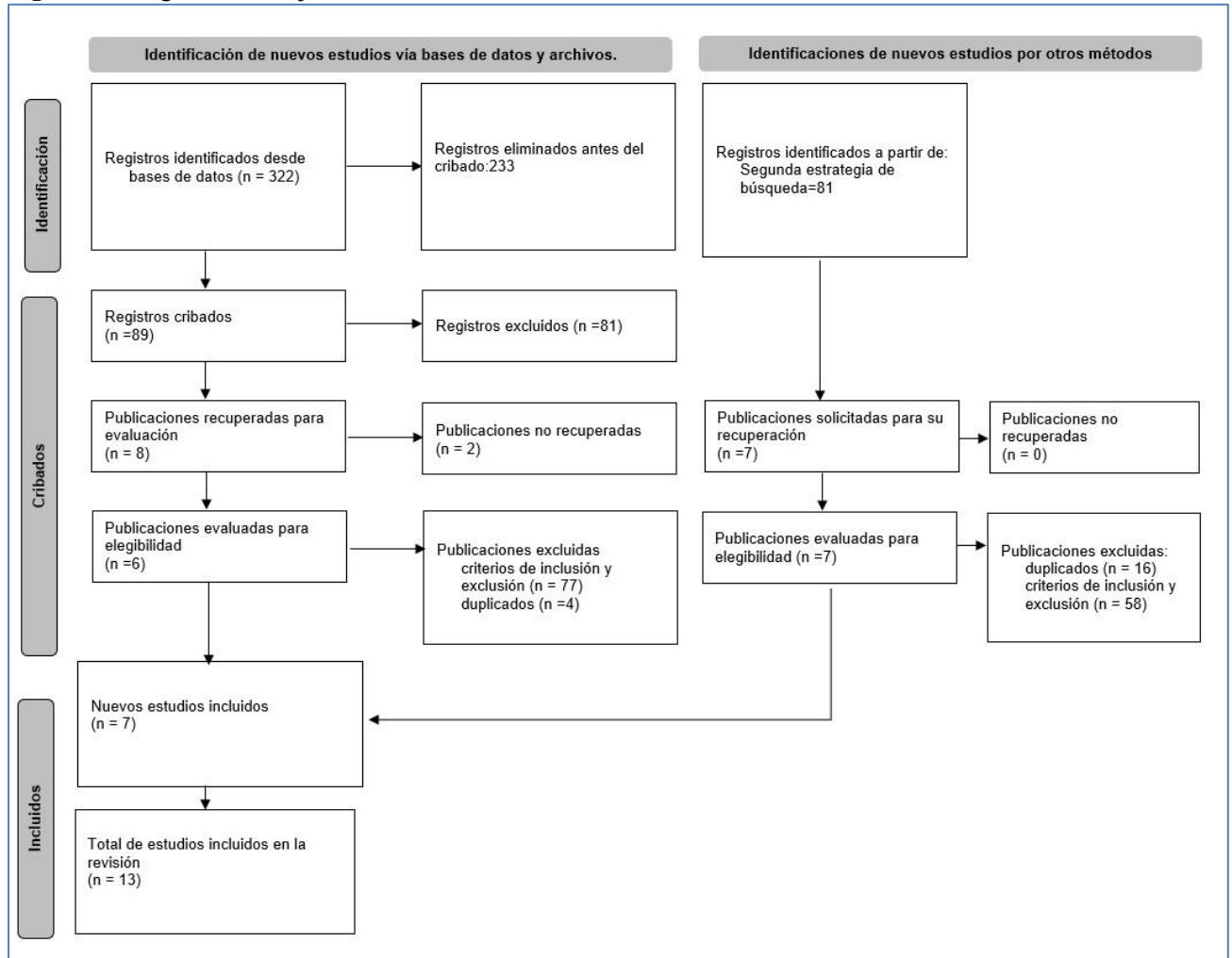
Tabla 2. Estrategias de búsqueda.

BASE DE DATOS	ESTRETEGIA DE BUSQUEDA	RESULTADOS
PUBMED Primera estrategia	(((((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (Latin America[MeSH Terms])) OR ((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (Indigenous Peoples[MeSH Terms])) OR ((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (Health Inequities[MeSH Terms])) OR ((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (rural population[MeSH Terms])) OR ((Health Inequities[MeSH Terms]) AND (Latin America[MeSH Terms])) AND (2008:2023[mdat])) NOT (Genetic Testing)	191
PUBMED Segunda estrategia	((LATIN AMERICA) AND (DEMENTIA)) AND (Healthcare Disparities)	4
	((Rural Population) AND (LATIN AMERICA)) AND (DEMENTIA)	24
	((public Policy) OR (Healthy People Programs)) AND (DEMENTIA) AND (LATIN AMERICA)	11
	((LATIN AMERICA) AND (Health Services Accessibility)) AND (DEMENTIA)	2
BVS Primera estrategia	((LATIN AMERICA) AND (DEMENTIA)) AND (Delivery of Health Care)	13
	(((((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (Latin America[MeSH Terms])) OR ((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (Indigenous Peoples[MeSH Terms])) OR ((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (Health Inequities[MeSH Terms])) OR ((alzheimer disease[MeSH Terms]) AND (rural population[MeSH Terms])) OR ((Health Inequities[MeSH Terms]) AND (Latin America[MeSH Terms])) AND (2008:2023[mdat])) NOT (Genetic Testing)	92
BVS Segunda estrategia	((Rural Population) AND (LATIN AMERICA)) AND (DEMENTIA)	27

Fuente: elaboración propia



Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



Fuente. modificación de flujo proporcionado por metodología PRISMA

Tabla 3. Características de los estudios

Nº	Autor Año	País	Participantes	Tipo de estudio	Metodología	Barreas analizadas	Certeza general de la evidencia (GRADE)
1	Lopera 2023	Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Perú	Panel multidisciplinario de 8 neurólogos, geriatras y psiquiatras, expertos en enfermedad de Alzheimer.	Reunión de expertos	Se asignó a cada participante, una pregunta sobre las barreras que limitan el acceso al diagnóstico y manejo de la enfermedad de Alzheimer en AL. Las respuestas, según búsqueda de la literatura y experiencia personal, fueron debatidas en reuniones virtuales por tres días, hasta llegar a un consenso.	Contacto. Aceptabilidad. Disponibilidad. Accesibilidad: geográfica económica organizativa	NO APLICA
2	Soto 2021	Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Perú, República Dominicana Venezuela.	5245 adultos entre 60 a 94 años.	Transversal	Aplicación telefónica aplicando la Evaluación Cognitiva de Montreal, y la escala "Alzheimer Disease 8" a una muestra obtenida de clínicas y asociaciones de adultos mayores públicas y privadas.	Contacto. Accesibilidad: geográfica.	⊕○○○ Muy baja
3	Parra 2020	--	250 expertos en demencia	Reunión de expertos	Mediante una encuesta, se identificó y priorizó, previa búsqueda en bases de datos, 5 áreas de la demencia en AL, sobre las cuales proponer un marco de conocimientos para el abordaje de dichas áreas con iniciativas locales.	Contacto. Disponibilidad.	NO APLICA
4	Ibanez 2020	Argentina, México, Colombia, Perú, Ecuador, Uruguay, Chile, Paraguay, Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Cuba, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana Venezuela	3365 profesionales de la salud, edad media de 52 años, que trabajan en envejecimiento, 93.16 % fueron médicos, 73.16% más de 10 años de experiencia, 41.69% con estudios de especialización.	Transversal	Encuesta sobre conocimiento de la demencia, incluido el acceso y la transmisión de políticas públicas, las barreras debidas al estigma, la necesidad de manuales de diagnóstico y plataformas de intercambio de datos, así como la opinión y el impacto de los insights conductuales en los programas de evaluación de la demencia.	Contacto Disponibilidad Accesibilidad: organizativa	⊕⊕○○ Baja
5	Mayston 2017	Perú, México, (China y Nigeria)	24 familias (6 por país) de sitios urbanos y rurales, que tuvieran un residente >65 años con necesidades de atención.	Estudios de caso colectivo.	Entrevistas narrativas al adulto mayor y las personas clave en su cuidado práctico o económico.	Contacto Accesibilidad: Organizativa.	⊕○○○ Muy baja
6	Prina 2011	Cuba, México, Perú (incluyeron rural); República Dominicana, Venezuela, (China India)	15021 >65 años	Transversal	Encuestas	Contacto	⊕⊕○○ Baja
7	Albanase 2011	Cuba; México y Perú (incluyeron rural); República Dominicana, Puerto Rico Venezuela, (China, India)	17944 >65 años	Transversal	Encuestas para conocer el uso de servicios comunitarios de atención médica, (incluido tradicional) en los últimos 3 meses, en asociación con indicadores de necesidad, factores predisponentes y habitantes	Contacto Accesibilidad: económica.	⊕⊕○○ Baja
8	Libre 2008	Cuba, México, Perú República Dominicana, Venezuela, (China India)	14960 >65 años (México y Perú incluyeron sociedades rurales)	Transversal.	Entrevista al adulto mayor y a informantes, examen físico y paraclínico, sobre comorbilidades, trastornos mentales: incluida la demencia; carga del cuidador y determinantes sociales.	Contacto.	⊕○○○ Muy baja
9	Hojman 2017	Chile	330 pacientes con demencia y el cuidador informal (no remunerado con conocimiento del paciente por al menos 10 años).	Transversal	A través de muestreo por conveniencia, a los cuidadores se les aplicó un cuestionario de autocompletar, para evaluar 4 aspectos: socioeconómico, confirmar diagnóstico de demencia, valorar la carga del cuidador y los costos de la demencia, directos e indirectos por parte de los cuidadores		⊕⊕○○ Baja
10	Sousa 2016	Brasil 128 pacientes y su principal cuidador. (España 146 pacientes y sus familias)	Pacientes ambulatorios de un centro de enfermedad de Alzheimer, de la universidad de Rio de Janeiro y de la unidad de memoria del Hospital en Girona, España.	Transversal	A los pacientes se aplicó una evaluación cognitiva, y a los cuidadores, se les evaluó la carga y los factores sociodemográficos.	Accesibilidad: económica.	⊕○○○ Muy baja
11	Maïto 2023	Argentina, Chile Colombia México, Perú	1792 participantes reclutados, de centros de investigación: 904 con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, 282 demencia frontotemporal y 606 sanos	Transversal	En cada centro, según sus estándares se realizó el diagnóstico clínico, cognitivo y la evaluación de condición social, usando modelos de análisis de aprendizaje automático se evaluó la capacidad de los datos recopilados de discriminar entre enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal y sanos.	Disponibilidad	⊕○○○ Muy baja
12	Montesinos 2022	Perú	63 pacientes con demencia por enfermedad de Alzheimer, 60 con deterioro cognitivo leve amnésico 64 cognitivamente sanos.	Transversal	Transversal Los participantes se evaluaron clínica, funcional y cognitivamente, con la herramienta FCSRT-Picture (con el propósito de validarla) por diferente evaluador en tres fases: Selección: para detectar el deterioro. Diagnóstico para valorar gravedad. Clasificación: sanos, cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer.	Disponibilidad organizativa	⊕○○○ Muy baja
13	Villareal 2019	Panamá	423 mayores de 65 años del departamento geriátrico (de consulta externa) del hospital público más grande del país.	Cohorte	Se realizó entrevista, clínica, evaluaciones físicas y pruebas cognitivas además de mediciones séricas de APOE y de comorbilidades, con seguimiento desde 09/2012 hasta 01/2013, y posteriores evaluaciones de seguimiento a submuestras desde 02/2013 hasta 01/2016.	Contacto Disponibilidad	⊕⊕○○ Baja

Fuente. Elaboración propia con base en los hallazgos.

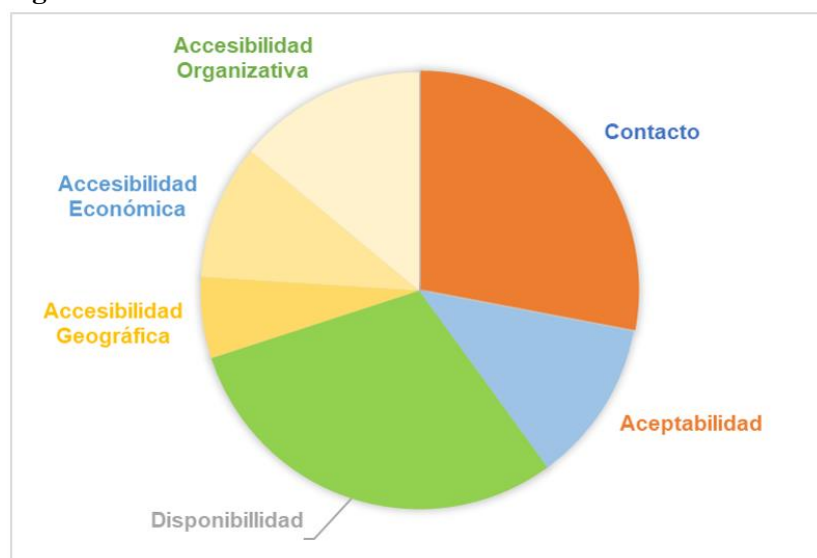


Tabla 4. Barreras de acceso en la atención sanitaria.

CONTACTO	ACEPTABILIDAD	DISPONIBILIDAD	ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA	ACCESIBILIDAD ECONOMICA	ACCESIBILIDAD ORGANIZATIVA
Mitos sobre el envejecimiento	Discriminación por edad de parte de los sistemas de salud.	Insuficiente formación académica en demencia de los profesionales de salud	Acceso único a la atención primaria..	Los costos de cuidado se asumen por las familias.	Falta de cobertura universal y pública de la salud.
Normalización del deterioro de la memoria en la vejez por las familias y el personal sanitario.	No realización de pruebas de detección en atención primaria.	Financiamiento limitado para investigación	Zonas rurales y grupos étnicos acceso muy limitado a la atención sanitaria.	La terapia farmacológica en algunos países implica costos de bolsillo.	Diagnóstico y tratamiento no estandarizados.
Mayor prevalencia de demencia en indígenas que en otros grupos raciales.	Respuestas no satisfactorias de los servicios de salud	Escasez de especialistas en geriatría y demencia especialmente en América del Sur.	Bajo uso de recursos de cuidado, en áreas semirurales.	Falta de cobertura para institucionalización en demencia grave.	Sistemas de salud fragmentados: pobre conexión entre la atención primaria y la secundaria.
Retraso de las familias en buscar ayuda sanitaria, hasta en fases muy avanzadas del deterioro.	Bajo impacto de las campañas para promover la salud cognitiva.	Baja disponibilidad de biomarcadores e imágenes.		Trámites de autorización para la cobertura por el sistema público.	No es una prioridad para la mayoría de los países de la región.
Diversidad lingüística en la región.	Estigmatización de la demencia	El tratamiento y apoyo no farmacológico, depende en varios países del tipo de seguro y no es universal.		Sistemas de salud con pagos directos.	Uso de pruebas para el diagnóstico no adaptadas a la población.
Bajo nivel educativo.		Poca investigación sobre manejo no farmacológico y ensayos clínicos.			Sistema de salud y sociales débiles
Inseguridad económica que lleva a restringir el uso de la atención médica.		Insuficiente investigación en grupos indígenas.			Herramientas diagnósticas no desarrolladas en la región, por lo que no tienen validez cultural.
La cultura de respeto a la persona mayor.		Bajos niveles de sensibilización en demencia por parte del personal sanitario.			Bajo acceso a las políticas públicas de demencia.
Bajo nivel de comprensión de la enfermedad por los cuidadores.		Escasez de neuropsicólogos capacitados.			Limitada participación del Estado en la prestación de cuidado a personas dependientes y de apoyo a cuidadores informales.
Dificultad para reconocer los síntomas de ansiedad y depresión por los cuidadores.		Baja representatividad, en investigación principalmente solo Argentina, Brasil, Colombia y México.			Falta de servicios de extensión.
Bajos niveles de conciencia sobre la demencia como condición médica.		Direccionamiento de los planes nacionales de remitir a un especialista para confirmar el diagnóstico.			
El deterioro cognitivo en sí mismo como autolimitante.					

Fuente. Elaboración propia con base en los estudios

Figura 2. Distribución de las barreras de acceso



Fuente. Elaboración propia con base en los hallazgos

Tabla 5. Pruebas utilizadas para diagnóstico de demencia

Estudio	prueba de diagnóstico deterioro cognitivo	Validez reportada para la población evaluada
Villareal 2019	Versión española de 30 ítems del Mini-Mental State Examination (MMSE)	no
Albanase 2011	Algoritmo 10/66	si
Libre 2008	Algoritmo 10/66	si
soto 2021	Alzheimer Disease 8 Versión telefónica del Montreal Cognitive Assessment	no no
Montesinos 2022	FCSRT-Picture	no, pero el propósito fue validarla
Prina 2011	algoritmo 10/66	si

Fuente. Elaboración propia con base en los estudios

Tabla 6. Cobertura de medicación por el sistema público en AL

Donepezilo	Rivastigmina	Galatamina	Memantina
Argentina Con certificado de discapacidad	Argentina Con certificado de discapacidad	Argentina Con certificado de discapacidad	Argentina Con certificado de discapacidad
Brasil	Brasil	Brasil *prescrito por especialista	Brasil
Chile *prescrito por especialista	Chile *prescrito por especialista	Chile	Chile
Colombia	Colombia	Colombia	Chile
_____	Guatemala, presentación solución oral	_____	Colombia
México	México	México	México

Fuente: Elaboración propia con base en los hallazgos.

CONCLUSIONES

En la población de América latina, existen limitaciones para el acceso a la atención sanitaria de la enfermedad de alzhéimer, dadas por las características propias de una región en vía de desarrollo, además de su diversidad cultural y lingüística, agravado por el bajo nivel de investigación basada en las características de sus habitantes y la aplicación de pruebas escasamente validadas



Las barreras para la atención sanitaria en la región se pueden clasificar en problemas de contacto, aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad, geográfica, económica y de organización. Incluyendo como principales obstáculos la mitificación del deterioro cognitivo, la estigmatización por parte de los sistemas de salud; como barrera crítica de resaltar la insuficiente formación en demencia del personal sanitario; los costos indirectos y de bolsillo, así como la falta de priorización por parte de los gobiernos. Es probable que la dimensión del problema aun sea desconocida, especialmente lo que corresponde a las comunidades rurales e indígenas, debido a la escasa representación de grupos minoritarios en los estudios, y la falta de herramientas diagnósticas validadas, lo que es particularmente relevante en una región caracterizada por una amplia diversidad étnica.

Eliminar las barreras de acceso al diagnóstico correcto y la atención de la demencia y la enfermedad de Alzheimer, representa un reto para los gobiernos de América Latina, este debe ser asumido como un desafío actual, continuo y en aumento, ya que siempre hay posibilidad de contribuir a la calidad de vida de los pacientes y sus familias, y es imperativo que se tomen medidas para hacerlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adrián Maito, M., Hernando Santamaría-García, ad, Sebastián Moguilner, ad, Possin, K. L., Godoy, M. E., Alberto Avila-Funes, J., María Behrens, ae I., Ignacio Brusco, ae L., Martín Bruno, ae A., Juan Cardona, ae F., Nilton Custodio, ae, Adolfo García, ae M., Shireen Javandel, ae, Francisco Lopera, ae, Diana Matallana, ae L., Bruce Miller, ae, Maira Okada de Oliveira, ae, Stefanie Pina-Escudero, ae D., Andrea Slachevsky, ae, ... Ibañez, A. (2023). Classification of Alzheimer's disease and frontotemporal dementia using routine clinical and cognitive measures across multicentric underrepresented samples: a cross sectional observational study. *www.thelancet.com*, 17. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100387>
- Albanese, E., Liu, Z., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K., Jimenez-Velazquez, I. Z., Llibre Rodriguez, J. J., Salas, A., Sosa, A. L., Uwakwe, R., Williams, J. D., Borges, G., Jotheeswaran, A., Klibanski, M. G., McCrone, P., Ferri, C. P., & Prince, M. J. (2011). Equity in the delivery of community healthcare to older people: Findings from 10/66 Dementia research group cross-sectional surveys in Latin America, China, India and Nigeria. En *BMC Health Services Research* (Vol. 11). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-153>



- Aranda, M. P., Kremer, I. N., Hinton, L., Zissimopoulos, J., Whitmer, R. A., Hummel, C. H., Trejo, L., & Fabius, C. (2021). Impact of dementia: Health disparities, population trends, care interventions, and economic costs. En *Journal of the American Geriatrics Society* (Vol. 69, Número 7, pp. 1774-1783). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jgs.17345>
- Acosta Silva, S., & Paredes Cruz, I. (2022). Prevención y tratamiento de la litiasis renal: Medidas dietéticas y farmacológicas. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, 3(1), 148–170. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v3i1.50>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P. R., Rimmer, E., & Sczufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112-2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
- Gauthier Serge, R.-N. R.-N. M. M. W. Claire. (2021). *World Alzheimer report 2021: Journey through the diagnosis of dementia*. <https://www.knowledge-action-portal.com/en/content/world-alzheimer-report-2021>
- Hojman, D. A., Duarte, F., Ruiz-Tagle, J., Budnich, M., Delgado, C., & Slachevsky, A. (2017). The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLoS ONE*, 12(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172204>
- Ibanez, A., Flichtentrei, D., Hesse, E., Dottori, M., Tomio, A., Slachevsky, A., Serrano, C. M., Gonzalez-Billaut, C., Custodio, N., Miranda, C., Bustin, J., Cetckovitch, M., Torrente, F., Olavarria, L., Leon, T., Beber, B. C., Bruki, S., Suemoto, C. K., Nitrini, R., ... Yokoyama, J. S. (2020). The power of knowledge about dementia in Latin America across health professionals working on aging. *Alzheimer's and Dementia: Diagnosis, Assessment and Disease Monitoring*, 12(1). <https://doi.org/10.1002/dad2.12117>
- Ibanez, A., Yokoyama, J. S., Possin, K. L., Matallana, D., Lopera, F., Nitrini, R., Takada, L. T., Custodio, N., Sosa Ortiz, A. L., Avila-Funes, J. A., Behrens, M. I., Slachevsky, A., Myers, R. M.,



- Cochran, J. N., Brusco, L. I., Bruno, M. A., Brucki, S. M. D., Pina-Escudero, S. D., Okada de Oliveira, M., ... Miller, B. L. (2021). The Multi-Partner Consortium to Expand Dementia Research in Latin America (ReDLat): Driving Multicentric Research and Implementation Science. *Frontiers in Neurology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.631722>
- Llibre Rodríguez, D. J., Raúl, M., Gutiérrez, F., & Ii, H. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe Dementias and Alzheimer's disease in Latin America and the Caribbean. En *Revista Cubana de Salud Pública* (Vol. 40, Número 3). <http://scielo.sld.cu>
- Llibre Rodriguez, J. J., Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. S., Krishnamoorthy, E. S., Salas, A., Sosa, A. L., Acosta, I., Dewey, M. E., Gaona, C., Jotheeswaran, A. T., Li, S., Rodriguez, D., Rodriguez, G., Kumar, S., Valhuerdi, A., & Prince, M. (2008). Articles Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *www.thelancet.com*, 372. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Lopera, F., Custodio, N., Rico-Restrepo, M., Allegri, R. F., Barrientos, J. D., Garcia Batres, E., Calandri, I. L., Calero Moscoso, C., Caramelli, P., Duran Quiroz, J. C., Jansen, A. M., Mimenza Alvarado, A. J., Nitrini, R., Parodi, J. F., Ramos, C., Slachevsky, A., & Brucki, S. M. D. (2023). A task force for diagnosis and treatment of people with Alzheimer's disease in Latin America. En *Frontiers in Neurology* (Vol. 14). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1198869>
- Marinho María Luisa, Dahuabe Antonia, & Arenas de Mesa Alberto. (2023). *Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible*. <https://hdl.handle.net/11362/68552>
- Mayston, R., Lloyd-Sherlock, P., Gallardo, S., Wang, H., Huang, Y., Montes De Oca, V., Ezeah, P., Guerra, M., Sosa, A. L., Liu, Z., Uwakwe, R., Guerchet, M. M., & Prince, M. (2017). A journey without maps — Understanding the costs of caring for dependent older people in Nigeria, China, Mexico and Peru. *PLoS ONE*, 12(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182360>
- Montesinos, R., Parodi, J. F., Diaz, M. M., Herrera-Perez, E., Valeriano-Lorenzo, E., Soto, A., Delgado, C., Slachevsky, A., & Custodio, N. (2022). Validation of Picture Free and Cued Selective



Reminding Test for Illiteracy in Lima, Peru. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 37. <https://doi.org/10.1177/15333175221094396>

Organización Internacional del Trabajo. (2021). *Empleo informal en la economía rural de América latina 2012 - 2019 Un panorama y tendencias regionales pre-pandemia*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/americas/rolima/documents/publication/wcms_795313.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Pacto 30 30 30. Aps para la Salud Universal*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53926>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. En *Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275326589>

Organización Panamericana de la Salud. (2023a). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. En *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/https://doi.org/10.37774/9789275327562>

Organización Panamericana de la Salud. (2023b). Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la región de las Américas. En *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275326985>

Organización Panamericana de la Salud. (2023c). *La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo*. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275326657>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. En *The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>



- Pan American Health Organization. (2014). *CD53.R14: Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>
- Parra, M. A., Baez, S., Sedeño, L., Gonzalez Campo, C., Santamaría-García, H., Aprahamian, I., Bertolucci, P. H. F., Bustin, J., Camargos Bicalho, M. A., Cano-Gutierrez, C., Caramelli, P., Chaves, M. L. F., Cogram, P., Beber, B. C., Court, F. A., de Souza, L. C., Custodio, N., Damian, A., de la Cruz, M., ... Ibanez, A. (2021). Dementia in Latin America: Paving the way toward a regional action plan. *Alzheimer's and Dementia*, 17(2), 295-313. <https://doi.org/10.1002/alz.12202>
- Prina, A. M., Ferri, C. P., Guerra, M., Brayne, C., & Prince, M. (2011). Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: Cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 485-491. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083915>
- Simon Long, C. B., W. Weidner. (2023). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2023: Cómo reducir el riesgo de demencia: nunca es demasiado pronto, nunca es demasiado tarde*.
- Soto Añari Marcio, Camargo Loida, Ramos Henderson Miguel, Rivera Fernández Claudia, Denegri Solís Lucia, Calle Ursula, Mori Nicanor, Ocampo Barbá Ninoska, López Fernanda, Porto Maria, Caldichoury-Obando, N., Saldías, C., Gargiulo, P., Castellanos, C., Shelach-Bellido, S., & López, N. (2021). Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Latin America during the COVID-19 Pandemic. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11(3), 213-221. <https://doi.org/10.1159/000518922>
- Sousa, M. F. B., Santos, R. L., Turró-Garriga, O., Dias, R., Dourado, M. C. N., & Conde-Sala, J. L. (2016). Factors associated with caregiver burden: Comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD). *International Psychogeriatrics*, 28(8), 1363-1374. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000508>
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. En *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 56, Número 2).
- Villarreal Alcibiades, Lao Ambar R. Pérez, Oviedo Diana, Grajales Shantal, Carreira Maria, & Bitton Gabrielle. (2019). The Panama aging research initiative longitudinal study. *MEDICC Review*, 21(3). <https://doi.org/10.37757/MR2019.V21.N2-3.10>



Xiang, Y., Vilmenay, K., Poon, A. N., Ayanian, S., Aitken, C. F., & Chan, K. Y. (2021). Systematic Review Estimating the Burden of Dementia in the Latin America and Caribbean Region: A Bayesian Approach. En *Frontiers in Neurology* (Vol. 12). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.628520>

