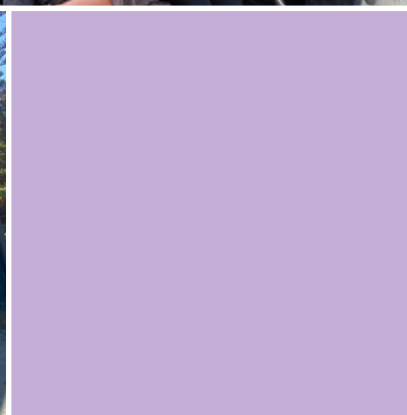
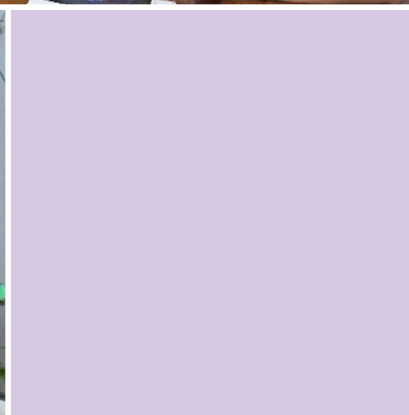
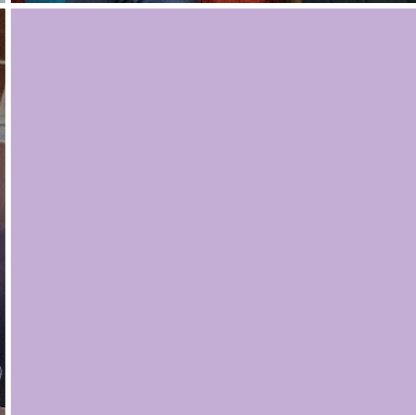
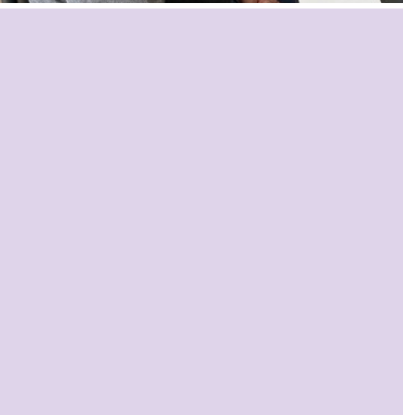




Responsables técnicos	
María Soledad Martínez Gutiérrez	Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Javiera Erazo Leiva	Jefa Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública

Editores	
Francisco Cubillos Chaparro	Profesional Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Rodrigo Zárate Soriano	Profesional Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Daniel Jiménez Fernández	Asesor en Comisión de Servicio Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública

Equipo Técnico revisión MINSAL	
Milena Pereira Romero	Profesional Departamento de Cuidados Integrales de Salud División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales
Felipe Salinas Gallegos	Profesional Unidad de Salud Mental División de Gestión de la red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales
Felipe Peña Quintanilla	Profesional Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Paula Maureira Martinez	Profesional Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Mauricio Gómez Chamorro	Profesional Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Viviana Hernandez Llewellyn	Profesional Departamento de Salud Mental División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública
Javiera Vivanco Escobar	Asesora de Gabinete Subsecretaría de Salud Pública

Participantes de Consulta Pública	
Rocío Agurto	Psicóloga. Salud Municipal de Pitrufquén.
Oscar Allaire	Asesor. Departamento de Gestión en Salud Mental. Servicio de Salud Talcahuano.
Isidora Almarza	Trabajadora Social. Unidad de Memoria Hospital del Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
Javiera Aubert	Terapeuta Ocupacional.
Nicolás Avalos	Kinesiólogo. Coordinador programa de demencias. Hospital Comunitario Dr. Marco Chamorro Iglesias.
Juan Bacigalupo	Profesional asesor. Departamento de Nutrición y alimentos, División de Políticas Sanitarias. MINSAL.
Binti Barrientos	Terapeuta Ocupacional. Coordinadora Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia Puerto Montt.
Margarita Cadenas	Trabajadora Social. Centro de apoyo comunitario para personas con demencia y sus familias Kintún. Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
Trinidad Callejas	Terapeuta Ocupacional. Coordinadora Centro de apoyo comunitario para personas con demencia y sus familias Kintún. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Rodrigo Campos	Jefe de Departamento de Salud Mental. Servicio de Salud Araucanía Norte.
Jairo Carrillo	Terapeuta Ocupacional.
Darinka Contreras	Terapeuta Ocupacional.
Luis Corona	Médico. Instituto Nacional de Geriátría. Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
Benjamín Chacana	Presidente de Corporación de Profesionales de Alzheimer y otras demencias.
Carolina Espinoza	Terapeuta Ocupacional.
Michel Faggioni	Kinesiólogo. Centro de apoyo comunitario para personas con demencia y sus familias Kintún. Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
Rosa María Farres	Voluntaria en ONG Alzheimer Disease International.
Bárbara Gallardo	Neuropsicóloga. Unidad de Memoria Servicio de Neurología, Hospital del Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Vicente Gatica	Neuropsicólogo.
Úrsula Hernández	Neuróloga. Hospital de la Serena. Servicio de Salud de Coquimbo.
Javiera Léniz	Profesora asistente. Escuela de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Ignacio López	Asesor Demencia, Departamento de Salud Mental. Servicio de Salud de Concepción.
Elizabeth Luna	Técnico de Enfermería de Nivel Superior.
Cristian Manríquez	Médico. Etapa de Destinación y Formación (EDF).

Cristian Mendoza	Terapeuta Ocupacional. Centro de día, casa kumelen.
Diana Navas	Neuróloga. Unidad de Memoria Hospital de Puerto Montt.
Karla Negri	Asesora Técnica comunal en demencias. Dirección de Salud Municipal El Bosque.
Polín Olguín	Directorio de Sociedad Chilena de Neuropsicología Clínica.
Ingrid Oyarce	Psicóloga. Centro de Salud Familiar Pucón.
Makarena Peña	Enfermera. CES El Salvador.
Rafael Pizarro	Kinesiólogo. Doctor en Investigación Gerontológica. Académico e investigador en la Universidad San Sebastián.
Natalia Pozo	Neuróloga. Encargada de Unidad de Memoria Hospital Clínico San Borja Arriarán.
Paula Rivera	Médica general.
Christian Salas	Director de Sociedad Chilena de Neuropsicología Clínica.
Felipe Salinas	Neuropsicólogo. Unidad de Memoria Hospital Regional de Copiapó. Servicio de Salud de Atacama.
Jorge Sastre	Referente de Demencia. Servicio de Salud Aysén.
Susan Seguel	Referente Técnico. Departamento de Salud Mental. Servicio de Salud Los Ríos.
Andrea Slachevsky	Neuróloga. Phd. Académica Universidad de Chile. Coordinadora Unidad de Memoria Servicio de Neurología, Hospital del Salvador.
Liliana Toledo	Profesora Asociada. Universidad de Chile.
Javier Valenzuela	Kinesiólogo. Jefe de Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia Aliwen. Hospital El Pino. Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Ruth Vilca	Psicóloga. Fundación Social DARUMA.
Pilar Zuñiga	Encargada de Unidad de Procesos Clínicos. Servicio de Salud Magallanes.

Reconocemos especialmente el valioso aporte de las/os participantes de la Mesa Asesora de Demencias, de los referentes de demencia de SEREMI de Salud y de los Servicios de Salud y los participantes de los Diálogos Regionales de evaluación y propuestas para un nuevo Plan Nacional de Demencia, desarrolladas durante el año 2024.

Extendemos también el agradecimiento a los equipos de atención directa y a las agrupaciones que compartieron registros gráficos de su actividad asistencial cotidiana, labor que representa uno de los pilares fundamentales de este Plan Nacional de Demencia.

ABREVIATURAS

ADI	Alzheimer's Disease International
APS	Atención Primaria en Salud
AVISA	Años de vida saludable perdidos
CACPD	Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia
CONICYT	Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
CLP	Cuidados de Largo Plazo
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud - Ministerio de Salud
ECICEP	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas
EMPA	Examen de Medicina Preventiva de la Persona Adulta
EMPAM	Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor
ENCAVI	Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud
ENS	Estrategia Nacional de Salud
ENS 2016-2017	Encuesta Nacional de Salud 2016-2017
FDA	Food and Drugs Administration
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías explícitas en salud
GES 85	Garantía explícita en salud de enfermedad de Alzheimer y otras demencias
ISP	Instituto de Salud Pública
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria
MIDESOF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
MINSAL	Ministerio de Salud
MINJDDHH	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OO.TT	Orientaciones Técnicas
OO.TT. GES 85	Orientación Técnica del GES de Alzheimer y otras demencias
PAMD	Plan de acción mundial de la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025
PcD	Persona con demencia
PND	Plan Nacional Demencia
PND 2017-2025	Plan Nacional de Demencia 2017-2025
PNsD	Planes Nacionales de Demencia

CONTENIDO

ABREVIATURAS	5
INTRODUCCIÓN	8
¿Por qué actualizar el Plan Nacional de Demencia?	9
ANTECEDENTES	9
Epidemiología	9
El abordaje de la demencia como problema de salud pública en Chile	11
Plan Nacional de Demencia 2017-2025	13
GES de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	16
Evaluación PND 2017-2025: A siete años de su implementación	18
Evaluación por objetivos	19
Evaluación de la cobertura	21
Recursos humanos y formación en demencia	22
Presupuesto para el abordaje de la demencia	22
Recomendaciones y conclusiones del proceso de evaluación	23
Nueva evidencia para la siguiente década del Plan Nacional de Demencia	25
Factores de riesgo de la demencia y su potencial modificable	25
Avances en procesos diagnóstico y tratamientos: Biomarcadores y fármacos antidemenciantes ..	27
Calidad en la atención sanitaria de personas con demencia	28
Barreras de acceso: Financiamiento sostenido y ruralidad	29
PLAN NACIONAL DE DEMENCIA 2025-2035	32
Principios	32
Alcance	33
Visión	33
Objetivos	33
Ejes estratégicos	33

I. Prevención de la demencia	34
II. Proceso diagnóstico, tratamiento y cuidados	37
Provisión de servicios para una red de diagnóstico, tratamiento y cuidados	38
Proceso diagnóstico	41
Proceso de tratamiento	42
III. Sensibilización y participación social en demencia	52
Estigma y la influencia de las narrativas culturales	52
Participación Social en demencia	54
IV. Intersectorialidad para el abordaje de la demencia	58
El rol del Estado en la atención intersectorial de la demencia	59
El rol de la academia en el abordaje intersectorial de las demencias	62
El rol de la sociedad civil en el abordaje intersectorial de las demencias	62
V. Monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Demencia	65
REFERENCIAS	68
ANEXO.....	77

INTRODUCCIÓN

La demencia, o trastorno neurocognitivo mayor, es un término genérico utilizado para referirse a diversas enfermedades que afectan al cerebro, en su mayoría progresivas, caracterizadas por síntomas de deterioro de funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, la atención, la capacidad ejecutiva, entre otras. Este deterioro compromete la autonomía funcional de las personas, es decir, su capacidad para realizar actividades cotidianas habituales tales como, vestirse, alimentarse, tomar medicamentos o administrar dinero y en algunas ocasiones estas dificultades están acompañadas de síntomas psicológicos y conductuales, cuya expresión depende de múltiples factores, como el tipo de demencia, su estadio, la presencia de comorbilidades, junto a características individuales y contextuales.

Son múltiples las enfermedades que pueden causar demencia. Entre aquellas más prevalentes, la enfermedad de Alzheimer es la causa más común. Se estima que entre un 60 a 80% de los casos de personas con demencia corresponde a esta condición; le siguen en frecuencia la demencia vascular (20 a 30%), la demencia por Cuerpos de Lewy (5%) y la demencia frontotemporal (3% en personas de 65 años o más y de 10% en personas menores de 65 años)(15).

Es común que quienes viven con demencia requieran del apoyo de otra persona que les brinde cuidados, compañía y asistencia en el trayecto de la enfermedad. Esto significa un costo, tanto monetario como subjetivo, para aquellas personas que brindan el soporte de cuidados necesario para las personas con demencia, el cual tiende a aumentar a medida que avanza la enfermedad y está influido también por el tipo de demencia, su evolución y el entorno familiar y social en el que vive la persona afectada(39)(62).

En los últimos años se han producido avances significativos en el campo de la prevención, el diagnóstico oportuno, en la investigación de su etiopatogenia e incluso tratamientos dirigidos a frenar la progresión de la enfermedad. Ellos abren nuevas posibilidades para, en el futuro, contar con estrategias que permitan anticiparse e incluso evitar la aparición de la demencia.

Si bien hoy no se cuenta con una cura para esta enfermedad que detenga o revierta su progresión de forma definitiva, si existen tratamientos con alternativas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que contribuyen a un mayor bienestar de las personas con demencia y su entorno de apoyo. Por esta razón, no se puede descuidar un abordaje que ponga en el centro el favorecer una mejor calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad, de quienes realizan labores de cuidado y de su entorno de apoyo.

Para este fin, es importante contar con un sistema de salud fortalecido y con un compromiso de Estado sostenido, que se exprese en acciones intersectoriales que promuevan tanto la prevención de la demencia como el cuidado integral de las personas con esta enfermedad, no solo respecto de su salud, sino también de los aspectos sociales, como la mitigación de los costos asociados al cuidar y el establecimiento de lineamientos compartidos para un abordaje eficaz y coordinado.

El presente documento corresponde a una actualización del Plan Nacional de Demencia del 2017 (PND 2017-2025). Recoge la experiencia acumulada, profundiza los logros alcanzados y establece las áreas prioritarias para la acción sanitaria e intersectorial en un horizonte de 10 años. Asimismo, revitaliza los objetivos del primer Plan a la luz de nueva evidencia científica y promueve una participación social activa para este nuevo periodo.

La primera parte presenta los antecedentes epidemiológicos, el proceso de implementación del PND 2017-2025, así como su evaluación. También, se abordan algunos de los avances científicos relevantes que fundamentan esta actualización. La segunda parte define los alcances, visión, ejes estratégicos y objetivos que actualizan el Plan Nacional de Demencia para el período 2025-2035.

¿POR QUÉ ACTUALIZAR EL PLAN NACIONAL DE DEMENCIA?

La demencia se ha ido consolidando progresivamente como un problema de salud pública, al tener un lugar tanto en el sistema de salud como en la sociedad en general. Este avance ha sido en gran parte, impulsado por la existencia de un Plan Nacional que articula la participación y organización de los diversos sectores del estado en el cuidado de las personas con demencia y la promoción de su calidad de vida.

No obstante los avances que el Plan ha impulsado, persisten desafíos relevantes, tales como: garantizar un acceso equitativo a nivel nacional; fortalecer acciones para la prevención de la demencia; consolidar una articulación intersectorial efectiva; integrar estrategias para la revisión e incorporación de tecnologías sanitarias de forma oportuna y dinámica para detección y tratamiento dado avances en conocimiento y contexto internacional y desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación que asegure una permanente revisión de los desafíos que enfrenta el Plan Nacional para su avance.

A ocho años del lanzamiento del primer Plan Nacional de Demencia, es necesario actualizar sus objetivos y acciones con el fin de reorganizar la respuesta del Estado a esta problemática incorporando las lecciones aprendidas a lo largo de su implementación para proyectarlas al contexto sanitario de la próxima década.

ANTECEDENTES

EPIDEMIOLOGÍA

La demencia es un problema de salud que actualmente desafía los sistemas sanitarios y de apoyo social a nivel mundial y que, sobre todo, impacta en la vida de las personas que desarrollan esta enfermedad y en aquellas que las acompañan a través de labores de cuidado. Se estima que en 2021 a nivel mundial había alrededor de 57 millones de personas con demencia, de las cuales, más del 60% vivían en países de ingresos bajos y medios. Las proyecciones para el año 2030 indican que se llegará a alrededor de 78 millones de personas con demencia y, para el 2050, 139 millones. Además, es la octava causa de muerte y una de las principales causas de dependencia y discapacidad entre personas mayores(4).

En Chile, la prevalencia estimada de demencia corresponde a un 1,06% en la población general(5) y a un 7,0% en personas sobre 60 años, siendo mayor la prevalencia en mujeres (7,7%) que en hombres (5,9%). La demencia, además, es más prevalente en zonas rurales (10,3%) en comparación a zonas urbanas (6,3%)(6). Con base en estas cifras, se estima que hay cerca de 200.000 personas que viven con demencia en el país(7). A ellas debe sumarse, al menos, una persona cuidadora directa, lo que amplifica el impacto de esta condición.

Además, según datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)¹ de los Estados Unidos, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en nuestro país, pasó de ser la quinta causa de muerte el 2011 a la segunda en el 2023. Además, ocupa el tercer lugar de AVISA (años de vida saludable perdidos) en las personas mayores de 70 años de edad(8). Así mismo, la demencia y la enfermedad de Alzheimer constituyen la cuarta principal causa específica de muerte en Chile al año 2024, registrando un aumento de 1,38% respecto al año 2010². Al año 2025, al diferenciar por sexo, constituye la primera causa de muerte en mujeres y la séptima causa de muerte en hombres³.

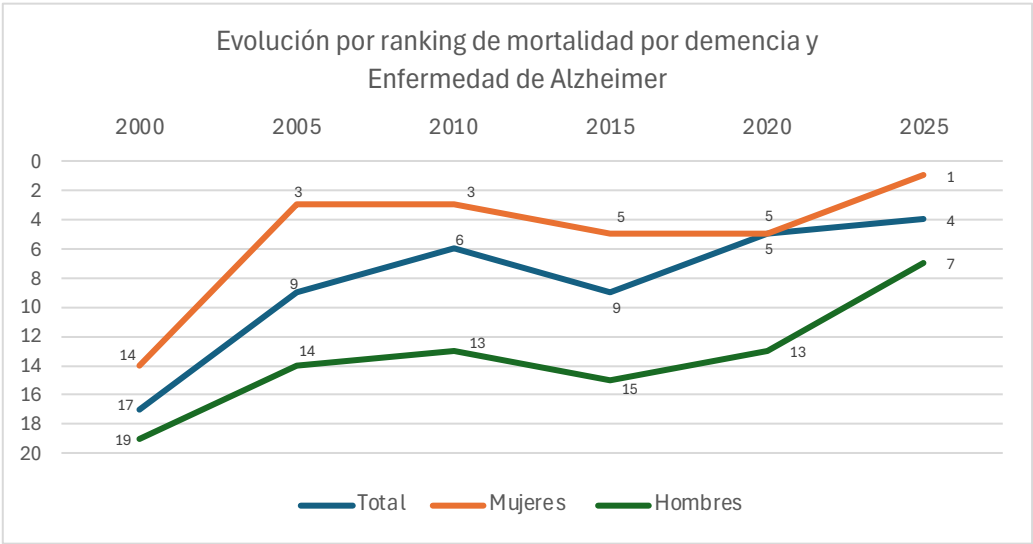


Tabla 1: Evolución anual de mortalidad por demencia y enfermedad de alzheimer en el ranking de causas de defunción para los años entre 2000-2025. Fuente: Elaboración propia basado en DEIS⁴.

Si bien la demencia no es una condición propia ni exclusiva del envejecimiento, de hecho hay algunos tipos de demencia menos frecuentes que comienzan mucho antes de los 60 años, como algunas presentaciones atípicas de la enfermedad de Alzheimer o de demencia fronto-temporal, si existe una alta prevalencia de demencia en la población sobre 60 años, por lo que es importante comprender el envejecimiento poblacional y el cambio demográfico que atraviesa Chile desde hace algunas décadas, como contexto del desafío sanitario que implica el abordaje de este problema de salud.

De acuerdo con los resultados del último Censo poblacional del año 2024, el 14,0% de la población tiene 65 años o más (2.587.238), en contraste con que el 11,4% registrado en el año 2017, lo que evidencia un envejecimiento sostenido de la población. Si bien, no se cumplió la proyección de que para el año 2023 la población de personas mayores de 65 años se equipararía a la de niños bajo 14 años(9), los datos actuales muestran una clara tendencia al alza de personas mayores respecto a mediciones anteriores.

En esta línea, el índice de envejecimiento —que mide la relación entre personas mayores de 65 años y menores de 15 años— pasó de un 56,9% el 2017 a 79% el 2024, es decir, por cada 100 personas de 0 a 14 años, hay 79 personas de 65 años y más en Chile(10). Por otro lado, la Encuesta Nacional de

¹ Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud.

² Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS). Datos extraídos 23.10.25. *Los datos de 2023 y 2024 son de carácter preliminar, sujetos a modificación, con diferencias respecto a la publicación final.

³ Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS). Datos extraídos 4.2.26.

⁴ El gráfico de línea revela la evolución anual del ranking de causas de defunción para los años entre 2000-2025. Los números sobre cada línea indican la posición exacta del ranking para ese año, facilitando la comparación y análisis de tendencias a lo largo del tiempo. *Los datos de 2025 y anteriores son de carácter preliminar, sujetos a modificación, con diferencias respecto a la publicación final.

Salud 2016-2017(108), desarrollada por el Ministerio de Salud, estimó que un 10% de la población de 60 años y más presenta un deterioro cognitivo de acuerdo con resultados del Mini-Mental State Examination (MMSE)⁵.

Estos antecedentes demográficos refuerzan la urgente necesidad de contar con una respuesta frente a los cuidados de las personas con demencia, actualizada y adaptada a las condiciones de vida y necesidades de la población chilena.

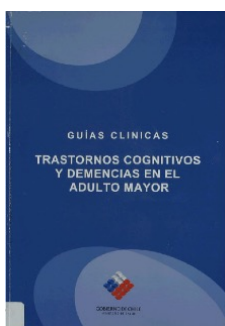
EL ABORDAJE DE LA DEMENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN CHILE



Figura 1: Hitos de una historia del abordaje de las demencias en Chile.

Fuente: Elaboración propia.

El abordaje de la demencia en Chile tiene sus orígenes en iniciativas impulsadas desde la sociedad civil organizada. El primer antecedente es la creación en el año 1990 de "Alzheimer Chile", organización sin fines de lucro dedicada a apoyar a las personas con demencia y sus familias, además de educar y sensibilizar a la comunidad respecto a la enfermedad y los cuidados necesarios. A este esfuerzo se sumó en el año 2012 la Corporación Profesional de Alzheimer y otras demencias (COPRAD), otro actor relevante desde la sociedad civil. Ambas organizaciones han demostrado un gran compromiso en la abogacía por una atención oportuna y de calidad para las personas con demencia y por la priorización de este problema de salud para la salud pública.



Los esfuerzos del Ministerio de Salud (MINSAL) por incorporar al deterioro cognitivo y funcional como un problema de salud que requiere detección y manejo oportuno, comenzaron el año 2005, con la creación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). Este instrumento incluyó herramientas para evaluar funcionalidad y un tamizaje cognitivo breve en población mayor de 65 años. El año 2006 se publicó la Guía Clínica para Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor, el 2009 se crea un programa de demencias en atención de especialidad y en el año 2013 se inauguró el primer Centro Diurno para Personas con Demencia en la comuna de Peñalolén, en la Región Metropolitana.

Hasta el año 2013, el abordaje de las personas con demencia se centraba en la detección del trastorno cognitivo y su manejo clínico en la red de salud. La apertura del primer centro diurno llamado "Kintún" (del mapudungun "mirar" o "buscar alrededor") marcó un cambio en el paradigma de atención y en el abordaje de la persona con esta enfermedad. Esta experiencia piloto, impulsada por el

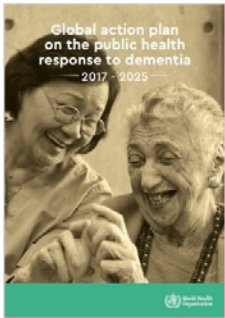
⁵ Puntajes inferiores a 13 puntos.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) visibilizó una demanda de atención y cuidados específica, que estuviese integrada a la comunidad. Esta acción posicionó en el centro de la respuesta institucional, una atención de orientación sociosanitaria que cuida la salud sin disociarla de las características del entorno en donde las personas viven, y con ello la consideración de los determinantes sociales que afectan la salud de cada uno de los beneficiarios de esta política pública.



Equipo del Centro de Apoyo Comunitario "Kintún" Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Este enfoque inspiró en el año 2017 el primer Plan Nacional de Demencia, cuyo propósito central fue enfrentar los desafíos para el abordaje de las personas que viven con demencia de manera intersectorial, con participación de diversos ministerios, la sociedad civil y la academia, posicionando al cuidado de las personas con demencia como una prioridad para la salud pública y un problema que requiere cuidados colectivos, que conciernen a toda la sociedad.



Para abordar el desafío global que implica el abordaje de las personas con demencia, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2015 el Plan de Acción Mundial sobre la Respuesta de Salud Pública a la Demencia 2017-2025(11) (PAMD), el cual define siete áreas clave para que los Estados Miembros de la OMS desarrollen respuestas multisectoriales ante este desafío sociosanitario. La evaluación del progreso global en estas siete áreas se llevó a cabo a mediados del 2021(12). Si bien se han registrado avances, es probable que al finalizar el período (a fines del 2025) no se logren las metas definidas, lo que ha motivado la decisión de extender la vigencia del Plan de Acción Mundial de 2025 a 2031, siguiendo una recomendación del Consejo Ejecutivo de la OMS.

La nueva vigencia del PAMD, lo deja alineado con el Plan de Acción Mundial sobre la Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos 2022-2031(13). Esto favorece un enfoque más coherente y coordinado en la respuesta mundial a las afecciones neurológicas. Chile ha sido promotor de la renovación de dichos compromisos.

Plan Nacional de Demencia 2017-2025



En Chile, el Plan Nacional de Demencia oficializado el año 2017(14) ha sido una política pública reconocida internacionalmente como una iniciativa pionera en la región(2)(3). Este Plan posicionó a las demencias como un problema de salud pública en nuestro país, y reconoció el desafío de proveer un abordaje sociosanitario que promueva cuidados continuos y de calidad para las personas que viven con demencia, sus familias y sus entornos de apoyo.

El PND 2017-2025 se estructuró con ocho componentes, nueve objetivos y un total de 32 acciones específicas. Para cada una de estas acciones incluyó una descripción detallada, y en algunos casos, incorpora un tercer nivel de acciones complementarias, jerárquicamente subordinadas de las acciones principales.

Componentes	Objetivos	Acciones
Prevención y diagnóstico oportuno	1. Promover la prevención en el abordaje de las demencias.	Integrar programas para la prevención de las demencias con los que existen actualmente para otras patologías crónicas en los distintos niveles de atención de salud. Elaborar protocolos pertinentes.
Acceso a tratamiento farmacológico y no farmacológico de la persona y su entorno.	2. Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de atención de la red con protocolos de referencia y contra-referencia.	Diseñar y actualizar protocolos de psicodiagnóstico, evaluación neuropsicológica y derivación para atención en los niveles primarios y secundarios.
		Implementar un sistema de detección y diagnóstico de la demencia en la Atención Primaria en Salud (APS). Actualizar y elaborar protocolos pertinentes.
		Implementar sistema de consultoría de apoyo a equipos de atención primaria.
		Instaurar el acceso a exámenes diagnósticos para las demencias. Elaborar protocolos pertinentes.
		Creación de clínicas de memoria en la atención secundaria. Elaborar protocolos pertinentes.
Mejor coordinación de los programas de atención y cuidados	3. Diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno para que sea implementado en las redes locales.	Fortalecer la figura del facilitador intersectorial.
		Crear la figura del monitor comunitario
		Crear Centros de día para el apoyo de las personas con demencias.
		Implementar una red de cuidado sociosanitario a nivel comunal coordinado desde los dispositivos de salud
		Crear la estructura adecuada para el tratamiento de personas con trastornos de la conducta de difícil manejo.
		Ampliar la prestación de los cuidados al final de la vida
		Crear Centros de Referencia a nivel nacional en demencias de alta complejidad. Por ejemplo, demencias rápidamente progresivas, demencias en personas jóvenes y demencias atípicas.

Capacitación de los actores sanitarios y sociales	4. Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios.	Fortalecer la formación de pregrado específica sobre las demencias
		Establecer un sistema de formación continua para equipos sociosanitarios
		Establecer un sistema de consultorías de la atención primaria, secundaria y terciaria de las demencias.
		Incentivar la oferta formativa de capacitación técnica.
		Incentivar la oferta formativa de postítulo y postgrado en educación superior.
Seguimiento y actualización del Plan.	5. Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan.	Crear un sistema de registros profesionalizados, que permita generar análisis y estudios periódicos.
		Crear una Comisión Revisora del Plan.
Sensibilización y educación de la comunidad	6. Fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad.	Realizar campañas de educación y sensibilización sobre las demencias.
		Favorecer la agrupación y organización de personas con demencia y sus entornos de apoyo.
		Promover los derechos fundamentales de las personas con demencias.
Promoción de la investigación e innovación.	7. Considerar las demencias y envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional.	Incentivar y priorizar la investigación en demencia.
Sensibilización y educación de la comunidad	8. Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias.	Implementar entornos inclusivos para las personas con demencias.
		Promover la utilización de tecnologías para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con demencia
		Promover una imagen respetuosa, optimista/ favorable de las personas con demencia
		Fomentar en las organizaciones civiles el principio de solidaridad que fomenta esta política.
Contexto ético y jurídico, incluyendo el conflicto de interés.	9. Actualizar el ordenamiento jurídico chileno entorno a las demencias.	Promover iniciativas legislativas que favorezcan el respeto a los derechos fundamentales de las personas que viven con demencia. Y los deberes relativos al entorno próximo.
		Promover una atención adecuada de las personas con demencias en el circuito judicial
		Convertir a Chile en un país líder de opinión en la promoción de los derechos de las personas que viven con demencia

Tabla 2: Resumen de Plan de Acción del Plan Nacional de Demencia 2017.

Fuente: Elaboración propia.

El PND 2017-2025 permitió configurar una red de atención para la persona con demencia y su entorno de cuidados tanto en el sistema de salud como en los entornos socio comunitarios. Se fortaleció la Atención Primaria en Salud (APS), para tener un enfoque promocional y preventivo, integrando también el diagnóstico y tratamiento inicial de casos leves. En la atención especializada, se incorporó la experiencia del Centro Kintún como parte de una política de Estado, se desarrollaron nodos de atención especializados de atención comunitaria, como los Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia (CACPD), que replicaron la experiencia de Kintún. Asimismo, se crearon Unidades de Memoria (UdM), como nodos especializados en el diagnóstico y tratamiento de casos de mayor complejidad, además se consideró la atención de personas cuidadoras en Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) con el objetivo de adaptarlo a las necesidades de atención y continuidad de los cuidados de las personas con demencia.

Los CACPD fueron concebidos originalmente como una estrategia de apoyo integral para personas con diagnóstico de demencia en estadios leves o moderados, además de proveer intervenciones de apoyo dirigidas a la persona cuidadora(14), sin embargo en el marco de la implementación del GES 85 y dada la ausencia de otros nodos de atención de especialidad en gran parte del territorio nacional, los CACPD han cumplido un importante rol en el diagnóstico diferencial y tratamiento de alta complejidad de casos referidos por la APS.

Por otra parte, las UdM fueron conceptualizadas en el PND 2017-2025 como unidades encargadas de la evaluación diagnóstica e intervención de alta complejidad para la persona con demencia severa y su cuidador(14). En el marco de la implementación del GES 85, estas unidades han realizado diagnósticos diferenciales y tratamientos de alta complejidad con énfasis en casos de personas con demencias de difícil diagnóstico, presentaciones atípicas o síntomas conductuales refractarios a tratamiento. En particular, casos que no corresponden a la presentación amnésica de la enfermedad de Alzheimer o que asocian otras alteraciones neurológicas o sistémicas que hacen necesario un mayor estudio de su etiología, entre otros.

Adicionalmente, el Plan integró objetivos intersectoriales orientados a la sensibilización y educación comunitaria, la promoción de la investigación en demencia y la protección de derechos, mediante la promoción de iniciativas de revisión y adecuación del ordenamiento jurídico y normativo vigente.



Agrupación de personas cuidadoras de personas con demencia. Peñalolén, Región Metropolitana.

Desde el 2015, y posteriormente al alero de estos nodos de atención en especialidad, comienzan a formarse agrupaciones de cuidadores y familiares de personas con demencia, como la Agrupación “Inka Newen” en la comuna del Bosque en la región Metropolitana, la “Agrupación de Familiares Kü-

melen" y "Ayekán" de Osorno, que se sumaron a los esfuerzos de agrupaciones más antiguas como "Alzheimer Los Ríos" y "Agrupación K-cuidadores de la familia Cam", de Santiago. Estas organizaciones han tenido un importante rol en reforzar el tejido comunitario en torno a las personas con demencia, generando redes de apoyo y abogacía sobre la necesidad de cuidados continuos y sensibilización social respecto de la enfermedad.

GES de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Con el fin de avanzar en la garantía de una atención sanitaria oportuna y de calidad para las personas con demencia, en el año 2019 el Ministerio de Salud incorpora a la Enfermedad de Alzheimer, junto a otras demencias al régimen de garantías explícitas en salud (GES), transformándose en el problema de salud GES N°85. Esta incorporación permitió que, desde ese año, las personas con demencia cuenten con una garantía legal de acceso a un diagnóstico y tratamiento de calidad, en plazos definidos y con un valor máximo de copago tanto en el sistema de salud público como privado. Esta medida permitió ampliar la cobertura efectiva a nivel nacional, logrando detectar un total de 122.065 personas que potencialmente tendrían demencia⁶, democratizando el acceso a prestaciones de salud con énfasis en la equidad territorial.



Figura 2: Garantías de acceso y oportunidad del GES N°85(15)

La incorporación de las demencias al GES desafió al sistema de salud en múltiples niveles. En primer lugar, requirió un proceso de implementación que reorganizó la oferta de atenciones de salud y restructuró la red asistencial, integrando los requerimientos y definiciones del GES a aquellos lineamientos previamente definidos en el Plan.

Este proceso implicó avances en tres áreas clave:

1. **El fortalecimiento de los equipos clínicos de atención directa** en los territorios donde no existían nodos de atención especializados que pudieran responder a las canastas de mayor complejidad como los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (CACPD) o Unidades de Memoria (UdM).

⁶ Según base de datos SIGGES GES N° 85, fecha de corte al 15-1-2025. *Datos de carácter preliminar, sujetos a modificación, con diferencias respecto a la publicación final.

2. **La elaboración de protocolos clínicos y flujos de atención**, orientados a asegurar la continuidad de los cuidados a lo largo del ciclo asistencial.
3. **La definición de un conjunto mínimo de prestaciones de salud**, necesarias para establecer la sospecha diagnóstica, confirmar el diagnóstico y construir un plan de tratamiento, tanto en la APS como en los niveles de atención especializada.

En el año 2021 se reforzó la atención en el nivel de especialidad con equipos compuestos por profesionales de distintas disciplinas en 28 Servicios de Salud, con el objetivo de robustecer la capacidad asistencial para realizar diagnósticos diferenciales y tratamientos de casos complejos. Estos equipos, que en su mayoría están asociados a un servicio de especialidad ambulatoria de un hospital de alta complejidad, se han constituido como un tercer tipo de equipos de atención (diferentes de una UdM y un CACPD), y han desempeñado un rol muy importante en la resolución de la necesidad de atención especializada en Servicios de Salud que no cuentan con UdM o CACPD.

Muchos de estos equipos, hoy se encuentran en un proceso de transición hacia alguno de estos dos nodos de atención especializada.

GES Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

El GES 85 estructuró la atención de las personas con demencia mediante dos componentes:

- Diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad de personas con demencia en la atención primaria.
- Diagnóstico diferencial y tratamiento de alta complejidad de personas con demencia en el nivel de especialidad.

Además, facilitó la cobertura de esta enfermedad en el sistema de aseguramiento privado de salud.

La elaboración de protocolos y flujos de atención se desarrolló por medio de documentos clave para respaldar la implementación del GES 85 como el de "Orientaciones Técnicas para la implementación del GES N°85 de Alzheimer y otras demencias"(15) (OO.TT. GES 85) que propone un modelo de atención en toda la red asistencial, incluyendo la identificación de actores, acciones y protocolos para la atención de casos con distintos niveles de complejidad.

Asimismo, se desarrolló una Guía de Práctica Clínica(16) (GPC) que entrega recomendaciones basadas en la evidencia sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en personas con demencia por enfermedad de Alzheimer. Complementariamente, se impulsaron procesos de fortalecimiento de competencias técnicas de los equipos de atención directa, a través de jornadas y cursos de capacitación en todo el país⁷.

Como es de público conocimiento, en marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una pandemia de COVID-19. La mayoría de los esfuerzos sanitarios fueron redirigidos a abordar esta emergencia, por lo que en esos años el avance del Plan y la implementación del GES tuvieron un ritmo más pausado de lo presupuestado.

Superada la fase crítica de la pandemia, a mediados del año 2022 se realizaron acciones orientadas al fortalecimiento del Plan. Estas incluyeron la creación de nuevos CACPD, la capacitación de equipos de atención directa, mejoras en aspectos de gobernanza y de los mecanismos de participación como la creación de una "Mesa Asesora de Demencia", conformada por 26 participantes, cuyo rol fue asesorar a jefaturas y equipos técnicos del MINSAL para la implementación, monitoreo y fortalecimiento de áreas estratégicas del PND 2017-2025 y el GES 85.

⁷ Un 90% de los cursos y jornadas fueron realizadas en cada región por medio de la coordinación entre SEREMI y Servicios de Salud, en la mayoría de los casos contó con la valiosa participación como expositores de los equipos de Centros de Apoyo, Unidades de Memoria y equipos de especialidad, para mayor detalle ver en Anexo el documento: Evaluación del Plan Nacional de Demencia 2017-2025: A siete años de su implementación.

Además, se desarrolló un proceso de evaluación que identificó los principales desafíos de implementación que ha tenido el PND 2017-2025.

Evaluación PND 2017-2025: A siete años de su implementación

En el año 2023, considerando los siete años transcurridos de la implementación del PND 2017-2025, los cuatro años desde la incorporación de la demencia al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, y en el contexto de los efectos provocados por la pandemia en las redes de atención y en la trayectoria de la enfermedad de las propias personas con demencia, se inició el proceso de evaluación de la implementación del PND 2017-2025.

Siguiendo las directrices establecidas por la OMS para el desarrollo de planes nacionales de demencia(2), entre el año 2023 y 2024 se planificó y ejecutó una evaluación con el objetivo de consolidar información sobre los principales logros, brechas y desafíos futuros en cuanto a la implementación del PND 201-2025 y el GES 85.

FASE	ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	PRODUCTO
1) Consolidación de evaluación cualitativa y cuantitativa.	Diagnóstico de Cobertura: tratamiento en APS y Especialidad.	Consolidación de datos de atención de personas con demencia en la atención primaria y en especialidad. La fuente de estos datos es el Registro Estadístico Mensuales (REM) y la base de datos de casos GES (SIGGES).	Informe de evaluación: Plan Nacional de Demencia. A siete años de su implementación
	Evaluación del desarrollo técnico del PND.	Consolidación de las acciones y productos realizados entre el 2017 y el 2024 en el marco del PND, las cuales se cotejan con las 32 acciones propuestas en el plan de acción del PND. Como resultado de este proceso, se obtiene un porcentaje de avance de cada objetivo y se realizan recomendaciones para su actualización.	
	Integración de recomendaciones de Mesa Asesora Demencias 2023.	Consolidación de las recomendaciones de las cuatro áreas estratégicas del Plan realizadas por la Mesa Asesora de Demencia a través del documento de “Recomendaciones para la implementación del Plan Nacional de Demencia y del GES de enfermedad de Alzheimer y otras demencias” (2025)(73).	
2) Diálogos de evaluación y actualización Plan Nacional Demencia.	Diálogos participativos regionales de evaluación del PND 2024.	Diálogos ciudadanos con los objetivos de identificar puntos críticos del desarrollo del PND en la región y generar propuestas para la actualización desde un punto de vista territorial. Se realizaron 27 diálogos que contaron con 897 participantes. El producto fue la síntesis de los diálogos ciudadanos realizados en cada región durante el 2024.	
	Seminario Internacional: recomendaciones para una actualización del PND.	Instancia destinada a recoger el análisis crítico sobre el PND y las recomendaciones de expertos internacionales a equipos de gestión para actualización del Plan Nacional de Demencia. El producto fue una síntesis de recomendaciones para la elaboración de objetivos y líneas de desarrollo estratégicas para la actualización del PND	

Tabla 3: Proceso de evaluación 2023-2024 Plan Nacional de Demencia

Las acciones desarrolladas durante la evaluación adoptaron un enfoque participativo, incorporando a distintos actores claves: personas expertas por experiencia vivida (agrupaciones de familiares, personas cuidadoras y personas que viven con demencia), personas expertas por aprendizaje (de áreas como la academia, investigación y de sociedades científicas), y operadores del sistema de atención de personas con demencia a nivel sanitario y socio-comunitario (profesionales y técnicos de la red de atención de salud y de programas sociales). También se promovió la participación de la comunidad en general, garantizando una mirada amplia, diversa y representativa del fenómeno.

El resultado en extenso del proceso de evaluación está sistematizado en el documento; "Informe de evaluación: Plan Nacional de Demencia, a siete años de su implementación"⁸, sin embargo, es ilustrativo revisar sus resultados en términos de a) Cumplimiento de los objetivos del PND 2017-2025, b) Cobertura y detección de casos de personas con demencia, c) Incorporación de recursos humanos y capacitación y d) Financiamiento para dar respuesta a esta demanda de atención.

Evaluación por objetivos

La evaluación del cumplimiento de los nueve objetivos del PND 2017-2025 fue realizada a través de la determinación del estado de avance de cada una de las acciones que los componen. Para ello se utilizaron las categorías adaptadas⁹ de la metodología de evaluación usada en el seguimiento del 5to Plan de Acción de Estado Abierto¹⁰ y en el proceso de monitoreo del Plan Nacional de Salud Mental, realizado por el Departamento de Salud Mental DIPRECE- MINSAL durante el 2025.

Como se ilustra en la figura 3, el avance en el cumplimiento de los objetivos ha sido heterogéneo, con acciones que reflejan diferentes grados de avance.

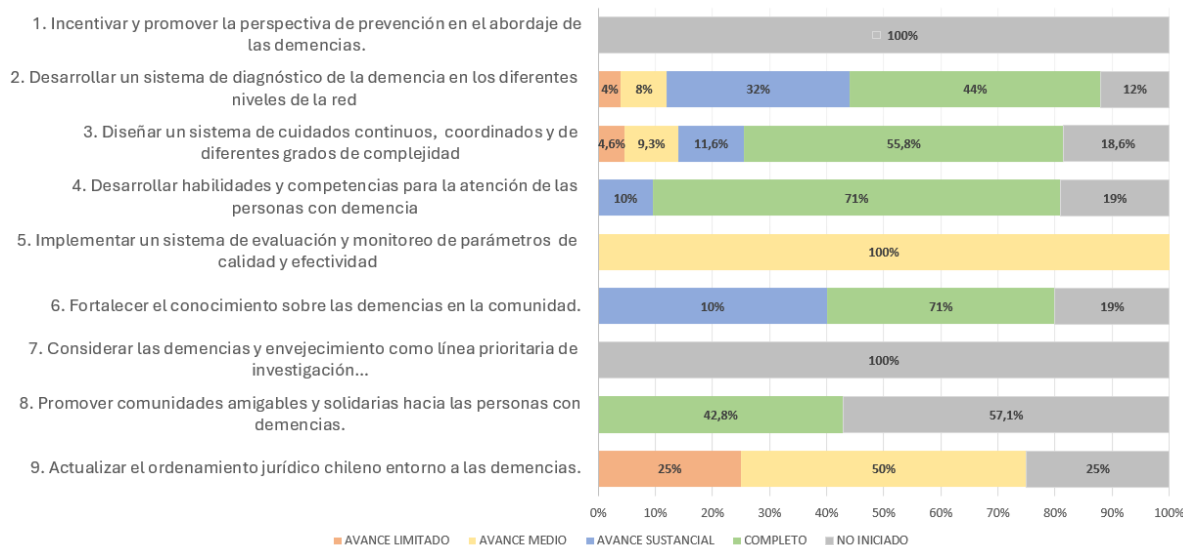


Figura 3: Porcentaje de acciones de cada objetivo del Plan Nacional de Demencia de acuerdo con su nivel de cumplimiento.

⁸ En Anexo se encuentra el Resumen Ejecutivo de este documento.

⁹ No Iniciado: La acción no presenta ningún avance para la consecución de lo comprometido. Avance Limitado: La acción presenta un nivel mínimo de avance. Corresponde a algunas tareas ejecutadas, pero no se registran productos concretos. Avance Medio: La acción se encuentra en la mitad de su implementación. Se iniciaron tareas concretas para su desarrollo, pero aún no se presentan avances significativos para el logro de lo propuesto. Avance Sustancial: La acción se encuentra en un estado avanzado de implementación. Completo: La acción se encuentra cumplida en su cabalidad y se presentan productos para cada elemento de la descripción de la acción.

¹⁰ Disponible en: <https://www.ogp.gob.cl/5to-plan-de-accion/>

Los objetivos con mayor avance, es decir con mayor porcentaje de acciones en un estado de **“completo”** o **“avance sustancial”** son:

- **Objetivo 4:** “Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios”, con un 81%.
- **Objetivo 6:** “Fortalecimiento del conocimiento de las demencias en la comunidad” con un 80%.
- **Objetivo 2:** “Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de la red con protocolos de referencia y contra-referencia” con un 73% de avance.

Los objetivos que tienen mayor disparidad en su desarrollo, es decir que cuentan con **acciones avanzadas** en todas (o casi todas) las categorías, son:

- **Objetivo 3:** “Diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno para que sea implementado en las redes locales”. Con el 55,8% de sus acciones completas, 18% no iniciadas, 11% en avance sustancial, 9,3% en avance medio y 4,6% con un avance limitado.
- **Objetivo 5:** “Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan”. Con todas sus acciones en estado de avance medio.
- **Objetivo 9:** “Actualizar el ordenamiento jurídico chileno entorno a las demencias”. Con el 25% de sus acciones no iniciadas, el 25% de avance limitado y el 50% de avance medio.

Por otra parte, aquellos con menos desarrollo, es decir con porcentaje de acciones en estado **“no iniciado”** o **“avance limitado”** son los objetivos:

- **Objetivo 1:** “Incentivar y promover la perspectiva de prevención en el abordaje de las demencias”, sin acciones desarrolladas.
- **Objetivo 7:** “Considerar las demencias y envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional”, sin acciones desarrolladas.
- **Objetivo 8:** “Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias” con un 57% de acciones no iniciadas.

En términos generales, del total de 41 acciones propuestas en el Plan de Acción del PND 2017-2025, un 50,46% de ellas cuentan con un avance completo, un 15,60% con un avance sustancial, un 9,17% tienen un avance medio, 3,67% tienen un avance limitado y un 21,10% de las acciones comprometidas no han sido iniciadas.

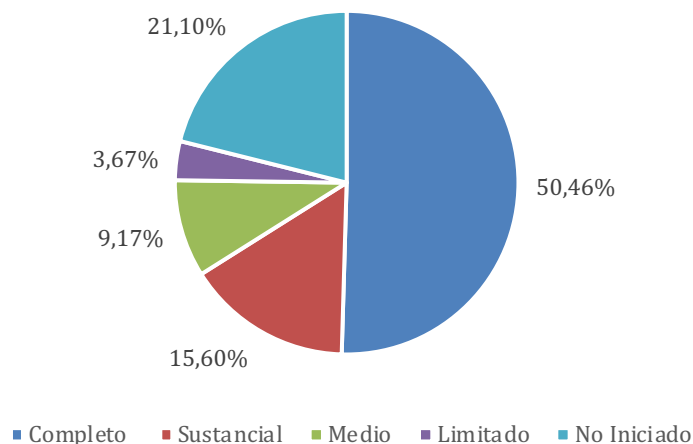


Figura 4: Cumplimiento de acciones del Plan Nacional de Demencia 2017-2025

Para describir la cobertura de diagnóstico y tratamiento de personas con demencia, se analizaron los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de DEIS-MINSAL y la base de datos del Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES) de FONASA.

Evaluación de la cobertura

En términos de cobertura, el año 2014 ingresaron al programa de salud mental con el diagnóstico de demencia 3.921 personas y en el año 2018 (con un año de vigencia del Plan Nacional de Demencia) estas fueron 6.042.



Figura 5: Ingresos a programa de salud mental desde el 2014 al 2023.

Fuente: Resumen Estadísticos Mensuales. Serie A. DEIS-MINSAL

Por otra parte, el año 2020 (cumplido un año de la incorporación de la demencia como problema de salud GES) se detectaron 15.890 personas sobre las cuales se sospechó un caso de demencia, cifra que a fines del 2024, alcanzó las 29.948 personas.

En general, se pasó de detectar a 3.921 personas con demencia el año 2014¹¹, a un total acumulado de 122.065 personas al año 2024 a quienes se les creó un caso con sospecha o diagnóstico confirmado de demencia¹².

Si del total de casos creados se excluyen a aquellos a quienes posteriormente se les descartó el cuadro (12.206 personas, equivalentes a aproximadamente un 10% del total), se observa que entre 2014 y 2024 se ha avanzado en la identificación de 109.859 personas con una alta probabilidad de haber desarrollado una demencia. Esta cifra representa un 54,92% de la prevalencia teórica estimada para nuestro país. De este total, se mantienen en tratamiento el 27,5% (57.661 personas). Este avance es un hito significativo en cuanto a identificación y visibilización de personas con demencia en el sistema de salud.

¹¹ Ingresos de personas con diagnóstico de demencia realizados en Salud Mental. Fuente: REM, serie A y serie P, entre los años 2014 y 2023. Fecha de extracción de datos: 10.09.24. *Datos de los años 2023 y 2024 son de carácter preliminar, sujetos a modificación, con diferencias respecto a la publicación final.

¹² Casos creados de demencia bajo garantía GES 85. Fuente: Base datos SIGGES (FONASA), entre los años 2019 al 2024. Fecha de extracción de datos: 15.1.2025. *Datos de los años 2023 y 2024 son de carácter preliminar, sujetos a modificación, con diferencias respecto a la publicación final.

Recursos humanos y formación en demencia

Entre los años 2015 y 2024 en la atención de especialidad se han incorporado a la red más de 350 cargos para profesionales de medicina, psicología, terapia ocupacional, kinesiología, entre otros. Estos equipos multidisciplinarios están distribuidos entre Centros de Apoyo Comunitario, Unidades de Memoria y equipos de especialidad en demencia. Por su parte en la Atención Primaria, los equipos de salud han asumido de manera progresiva la entrega de cuidados de salud a personas con demencia, incorporando este quehacer dentro de sus prestaciones habituales. A partir del año 2019, se incorporaron recursos per cápita específicos que permitieron aumentar la dotación profesional en establecimientos de administración municipal. En paralelo, los equipos de APS dependientes de los Servicios de Salud fueron reforzados mediante un programa de apoyo técnico y profesional, orientado a fortalecer su capacidad resolutive.

En cuanto a formación, desde el año 2022, el abordaje del Alzheimer y otras demencias fue priorizado como una de las líneas formativas del Programa de Capacitación y Formación de la Atención Primaria, con acciones dirigidas a equipos de Atención Primaria municipal, orientadas al desarrollo de competencias para la detección, diagnóstico y abordaje integral de la demencia. Así, se logró ejecutar un total de 38 cursos y 154 jornadas de demencia a lo largo del país, lo que se tradujo en más de 4.700 horas de formación y 22.289 profesionales y técnicos de las redes de atención sanitaria e intersectoriales capacitados en la temática de demencia entre los años 2015 y 2024. A esto se suma la formación en la estrategia de reducción de brechas de salud mental (por su sigla en inglés, mhGAP)(1), que comenzó a implementarse en 2025 en los centros de APS e incluye un módulo específico sobre demencia.

Presupuesto para el abordaje de la demencia

Por último, entre el año 2017 y el 2024 se ha ejecutado presupuesto para la implementación de los componentes del Plan Nacional de Demencia¹³, que incluye a la Atención Primaria, el desarrollo de unidades funcionales de especialidad (CACPD y UdM) y el fortalecimiento de la sensibilización sobre la construcción social de las demencias. A continuación, se incluyen antecedentes sobre presupuesto asignado a dos programas sociales. Si bien ello no representa la totalidad del presupuesto asignado a la atención de personas con demencia, representa el monto mínimo singularizado de la ejecución presupuestaria en el abordaje de personas con demencia durante el período.

¹³ Información obtenida de los Informes de monitoreo y seguimiento de la oferta pública de los programas sociales "Plan Nacional de Demencia", que incluye atención en APS dependientes de Servicios de Salud, en Unidades de Memoria, intervenciones psicosociales con cuidadores y Sensibilización social en demencia y "Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia" que incluye atención sociosanitaria de personas con demencia y atención de personas cuidadoras. Ambos programas sociales alojan los componentes del Plan Nacional de Demencia. Informes disponibles en el "Banco Integrado de Programas Sociales y No Sociales. BIPS" del Ministerio de Desarrollo Social y Familia: <https://bips.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>

El detalle está descrito en la siguiente tabla:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Plan Nacional de Demencia (incluye Atención Primaria, Unidades de Memoria y Sensibilización social).	1.678.534	1.910.868	2.107.757	2.961.280	2.922.486	3.215.448	3.212.894	3.133.770
Centros de Apoyo Comunitario (incluye atención en Centros de Apoyo e intervención psicosocial con cuidadores)	2.662.412	2.760.585	3.896.201	3.605.328	3.526.886	3.932.500	4.243.648	5.979.870
	4.340.946	4.671.453	6.003.958	6.566.608	6.449.372	7.147.948	7.456.542	9.113.640

Tabla 4: Presupuesto ejecutado (en M\$ de cada año) de Programas Sociales Plan Nacional de Demencia y Centros de Apoyo Comunitario. Fuente: Elaboración propia.

No obstante los avances, es necesario mantener los esfuerzos y actualizar acciones a fin de dar respuesta eficaz a los desafíos persistentes en el abordaje de las personas con demencia y sus familias.

Recomendaciones y conclusiones del proceso de evaluación

El proceso de evaluación del Plan 2017 - 2025, evidenció entre sus principales resultados que los objetivos planteados fueron pertinentes y facilitaron avances significativos, tal como fue destacado por organismos internacionales como la OMS(2) o la Alzheimer Disease International (ADI) (3). La incorporación de todas las áreas de interés críticas asociadas a la temática permitieron mejorar la cobertura y promover la creación de nodos de atención claves para consolidar una red de atención y cuidados para las personas con demencia en los Servicios de Salud.

Por último, del proceso de evaluación, incluyendo la evaluación técnica cualitativa y cuantitativa, las recomendaciones de la Mesa Asesora, los resultados de los Diálogos regionales y otras instancias de participación, se logró identificar aspectos claves para potenciar el abordaje integral e intersectorial de las personas con demencia en un Plan Nacional que actualice las prioridades y énfasis hacia el futuro. Algunos de ellos son:

1	Desarrollar acciones de prevención sobre factores de riesgo de la demencia e integrarlas a las iniciativas que ya están en marcha respecto al cuidado de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.
2	Potenciar la Atención Primaria en salud en las áreas de prevención, sospecha, diagnóstico, tratamiento integral y articulación de la continuidad de cuidados.
3	Dada su relevancia para la atención directa pero también para el fortalecimiento de la red, es necesario continuar con la creación de Centros de Apoyo Comunitario y de Unidades de Memoria, como unidades funcionales de Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) y de Servicios de Neurología en Hospitales de alta o mediana complejidad respectivamente, según prioridad en el territorio ¹⁴ .
4	Fortalecer la atención de personas con demencia en servicios generales de hospitalización para que sea más pertinente, efectiva y de calidad, ajustada a los derechos y necesidades de las personas con demencia en una etapa aguda o en el contexto de la atención por otra situación de salud.
5	Revisión y actualización periódica de protocolos y orientaciones para tratamientos farmacológicos más adecuados, en particular para medicamentos sobre los cuales se desarrolla nueva evidencia, y para tratamientos no farmacológicos multicomponentes, con énfasis en los cuidados cotidianos provistos por una persona cuidadora y el entorno de apoyo.
6	Desarrollar un plan de formación estructurado, continuo y permanente en demencia para los/las profesionales de la red sanitaria, que recoja la experiencia de coordinación entre las Secretarías Regionales Ministeriales de salud y los Servicios de Salud para la optimización y fortalecimiento de esta oferta.
7	Abogar continuamente para que las iniciativas, planes y programas de los distintos ministerios y servicios, en particular Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF), Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUDH) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), sean inclusivos y consideren las necesidades de las personas con trastornos neurocognitivos y de sus entornos de cuidado.
8	Abogar por incorporar la formación en demencia en distintas mallas de formación, tanto profesional, de pre y post grado, como técnica.
9	Contribuir a potenciar líneas de investigación en demencia y envejecimiento en CONICYT y Milenio, a través de convenios de colaboración que permitan sostener una línea de investigación e innovación permanente y continua en la temática.
10	Promover la participación y mayor involucramiento de académicos e investigadores en instancias organizadas por el MINSAL en el marco de la función de extensión que cumplen las instituciones de educación superior.
11	Desarrollar indicadores claros y medibles para cada objetivo del Plan Nacional de Demencia, por ejemplo, integrando al Tablero de Salud Mental las variables críticas para el monitoreo del avance del Plan.
12	Formalizar un comité asesor en demencia como instancia permanente de consulta para el Ministerio de Salud.
13	Contribuir a la promoción de una sociedad inclusiva y entornos accesibles para personas con demencia que permitan transversalizar su cuidado. Para ello es necesario profundizar en acciones de sensibilización de forma coordinada con todos los actores del estado, en particular para la atención de personas con demencia en servicios públicos, además de apoyar la creación de organizaciones de la sociedad civil, como agrupaciones de personas con demencia y personas cuidadoras desde cada territorio.
14	Continuar con una agenda de legislación e implementación normativa que otorgue mayor protección a las personas con demencia en el resguardo de sus derechos, por ejemplo, de la expresión de su voluntad anticipada tanto en ámbitos de cuidados de salud como otros aspectos de su vida.

¹⁴ Oficio ordinario 1020, del 5 de abril de 2024 del Ministerio de Salud.



Visita Domiciliaria. CESFAM Víctor Manuel Fernández. Comuna de Concepción.
Servicio de Salud Concepción.

Nueva evidencia para la siguiente década del Plan Nacional de Demencia

Factores de riesgo de la demencia y su potencial modificable

La evidencia sobre la existencia de factores de riesgo modificables la demencia está disponible como una herramienta para la salud pública desde hace varios años; información sistematizada en los informes de la Comisión Lancet sobre prevención, tratamiento y cuidado de las demencias de los años 2017(17), 2020(18) y 2024(19). Estos Informes han provisto de actualizaciones periódicas sobre factores de riesgo, su potencial modificable, el momento en el curso de vida en el cual tienden a manifestarse y su naturaleza específica, ya sea como riesgos relacionados a estilos de vida determinados, a enfermedades o trastornos de salud, o bien situaciones que afectan la calidad de vida y aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno neurocognitivo mayor, en los últimos años que se conoce con mayor precisión el efecto de cada uno de estos factores en la incidencia de la enfermedad.

Entre los factores de riesgo “no modificables” se encuentran la edad, el sexo y la predisposición genética. La edad, pues a mayor edad aumenta la probabilidad de desarrollar la mayoría de las demencias, especialmente desde los 60 años en adelante. El sexo también constituye un factor relevante: los trastornos neurocognitivos se desarrollan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (20), con la excepción de algunos tipos específicos de demencia de menor prevalencia. Asimismo, la existencia de una genética predisponente(21) se reconoce como un factor de riesgo no modificable para las demencias de origen neurodegenerativo.

Los factores de riesgo modificables son precisamente aquellos que se van desarrollando a lo largo de la vida; desde la edad más temprana hasta la vejez, pero por sobre todo en la edad adulta (entre 30 y 55 años) y afectan a los sujetos conforme a su contexto social y cultural, a las determinantes sociales de la salud que enfrente y a las acciones protectoras que cada uno pueda realizar sobre estos factores.

La última actualización de la publicación de la comisión Lancet el año 2024 respecto a la temática de demencias, actualiza la lista de factores de riesgo, sumando la pérdida de la visión y altos niveles de colesterol a los 12 factores anteriormente identificados: inactividad física, pérdida de la audición, depresión, hipertensión arterial, obesidad, aislamiento social, bajo nivel educativo, traumatismo encéfalo-craneano, diabetes, vivir en un ambiente con excesiva contaminación del aire, consumo excesivo de alcohol y consumo de tabaco.

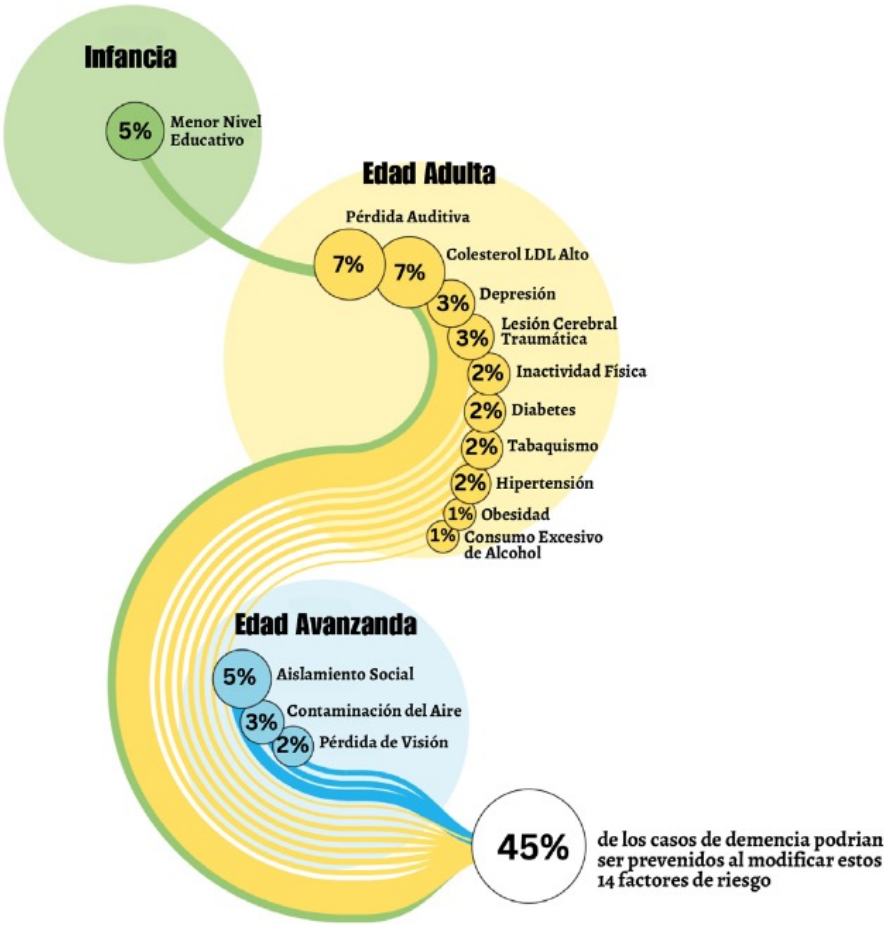


Figura 6: Fracción de riesgo poblacional atribuible a factores modificables en la demencia.
Traducción al español por C. Celis-Morales et al.(102), basado en Livingston et al.(19)

Por otra parte, en nuestro país los factores de riesgo modificables para desarrollar una demencia constituyen un 62% del total de factores de riesgo (a nivel mundial es un 45% y en Sudamérica un 54%)(22). Estas son buenas razones para intervenir oportunamente en dichos factores, en particular

en aquellos con mayor preponderancia en nuestra población; como la obesidad, hipertensión arterial y la inactividad física o sedentarismo.

La identificación de estos factores de riesgo inaugura la posibilidad de generar estrategias y acciones que los disminuyan y por tanto modifiquen la aparición de demencia en la población en casi la mitad de los posibles casos(19).

En el mismo reporte, la comisión Lancet recomienda la puesta en marcha de acciones poblacionales, pero también específicas para los grupos de riesgo identificados, resumidas en la siguiente tabla:

Factor de riesgo	Acciones específicas para reducirlo a lo largo de la vida
Pérdida de audición	Facilitar el acceso oportuno a la población a ayudas técnicas que puedan corregir la hipoacusia.
Menor nivel educativo	Asegurar el acceso a educación de calidad para los habitantes del país. Además, proveer actividades cognitivamente estimulantes para la protección de la cognición de personas adultas (mediana edad).
Depresión	Proveer tratamientos efectivos para este problema de salud mental.
Traumatismo encéfalo craneano	Fomentar el uso de cascos y protectores de la cabeza para personas que usan motocicletas o practican deportes que la pongan en riesgo.
Inactividad física	Fomentar la actividad física a través del ejercicio.
Uso de tabaco	Reducir el consumo de cigarrillos a través de la educación y control de precios, hacer accesibles consejerías para dejar el hábito tabáquico y restringir la posibilidad de fumar en lugares públicos.
Hipertensión	Prevenir y reducir la hipertensión en adultos para mantenerla igual o menor a los 130 mmHg, desde los 40 años.
Colesterol	Detectar y tratar los niveles de colesterol elevados en la adultez (mediana edad).
Obesidad	Mantener un peso saludable y tratar la obesidad tan pronto sea posible.
Diabetes	Identificar y tratar oportunamente la diabetes tipo II en la edad adulta.
Consumo de alcohol	Reducir el consumo de alcohol a través de la sensibilización a la población sobre los efectos de su consumo y aumentando su costo.
Soledad y aislamiento	Priorizar comunidades y entornos amigables con las personas mayores y facilitar su participación en actividades con otras personas.
Pérdida de visión	Proveer de tamizajes y tratamientos accesibles para la comunidad de patologías que generan pérdida de visión.
Polución del aire	Reducir la exposición a la contaminación del aire de la población general.

Tabla 5: Acciones para reducir los factores de riesgo de demencia.
Elaboración propia, basada en (19)

Avances en procesos diagnóstico y tratamientos: Biomarcadores y fármacos antidemenciantes

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia. En la práctica clínica su diagnóstico se realiza habitualmente sin acceso directo a la evidencia neuropatológica de la enfermedad que confirma el diagnóstico. No obstante, los avances en el estudio de los biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer durante la última década permiten hoy contar con exámenes capaces de detectar in vivo, la presencia de las lesiones cerebrales características de la enfermedad – como las

placas de amiloide y ovillos neurofibrilares - facilitando su diagnóstico, especialmente en etapas tempranas(23).

Los biomarcadores más utilizados actualmente incluyen la tomografía por emisión de positrones (PET-CT) con ligandos para beta amiloide y el estudio de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, y más recientemente, en sangre(24).

En Chile, el uso de biomarcadores sigue siendo limitado y aún no están considerados en el estudio diagnóstico convencional de la enfermedad. Sin embargo, algunos centros nacionales privados ya disponen de algunas de estas técnicas, principalmente para el estudio de casos de difícil diagnóstico y/o en situaciones que requieren mayor certeza etiológica. Su uso también se ha extendido en universidades y centros de investigación dedicados al estudio de la enfermedad.

Además de su contribución en el diagnóstico en etapas tempranas y/o formas atípicas de Alzheimer, el estudio de biomarcadores ha sido clave en la búsqueda de nuevos medicamentos para la enfermedad, específicamente fármacos anti-amiloide. Dos de estos medicamentos han obtenido aprobación por parte de la U.S. Food and Drug Administration (FDA)¹⁵(25)(26). Sin embargo, sus beneficios clínicos son modestos y no constituyen una cura. Su potencial para ralentizar la progresión de la enfermedad ha sido objeto de debate, y existen preocupaciones sobre su seguridad, eficacia, criterios de elegibilidad adecuada y los costos. Por estas razones los reguladores de algunos países consideran que los beneficios potenciales no justifican los costos asociados(27).

Si bien los avances recientes en el diagnóstico y tratamiento del Alzheimer generan altas expectativas, también plantean muchas preguntas y desafíos para los individuos, los sistemas de salud y la sociedad. Actualmente, continúan desarrollándose investigaciones para comprender plenamente el potencial de estas nuevas herramientas para diagnosticar y tratar el Alzheimer. La pregunta crucial sobre cuánto pueden modificar el curso de la enfermedad sigue abierta y como en toda innovación o tecnología sanitaria, es rol de las agencias reguladoras y sistemas de salud llevar a cabo evaluaciones objetivas e imparciales de manera periódica, sobre su eficacia y costo-efectividad.

Calidad en la atención sanitaria de personas con demencia

Las atenciones recibidas en los sistemas sanitarios definen en gran medida la experiencia de las personas con demencia. Lograr atenciones de óptima calidad para ellas y sus entornos familiares es un desafío compartido por todos y todas quienes están involucrados tanto en la atención directa, como en acciones preventivas y de promoción de la salud a lo largo del ciclo vital.

La calidad de la atención es un componente esencial para garantizar pertinencia, efectividad y respeto hacia las personas con demencia y sus entornos de apoyo. Al igual que en el PND 2017-2025, en esta actualización los estándares de calidad definidos por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹⁶(28) constituyen una referencia, cuya última actualización publicada en el año 2019 se resume en las siguientes afirmaciones:

¹⁵ Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

¹⁶ Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia del Reino Unido.

1	Las personas que acceden a intervenciones y programas de salud en la mediana edad son informadas de que el riesgo de desarrollar demencia puede reducirse mediante cambios en el estilo de vida.
2	Las personas con sospecha de demencia son derivadas a un servicio especializado en diagnóstico de demencia si las causas reversibles del deterioro cognitivo ya han sido investigadas.
3	A las personas con demencia se les ofrece la oportunidad de discutir la planificación anticipada de cuidados en el momento del diagnóstico y en cada atención sanitaria y sociosanitaria.
4	Las personas con demencia tienen un único profesional designado que coordina su atención.
5	A las personas con demencia se les apoya para elegir entre una variedad de actividades que promuevan el bienestar adaptadas a sus preferencias.
6	Las personas con demencia tienen una evaluación estructurada antes de iniciar un tratamiento no farmacológico o farmacológico para síntomas psicológicos y conductuales.
7	A los cuidadores de personas con demencia se les ofrece educación y formación en habilidades para el cuidado.

Estas declaraciones constituyen una valiosa guía que deben ser adaptadas en su implementación a la estructura y organización del sistema de salud chileno considerando, por ejemplo, que la atención de salud de las personas con demencia en nuestro país se realiza bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Este modelo se funda en principios irrenunciables; estar centrado en la persona y su familia, ser integral y resguardar la continuidad del cuidado considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales a través del curso de vida, como determinantes esenciales del estado salud-enfermedad y por tanto del enfoque de cuidados integrales hacia las personas.

En el marco del MAIS y dado el aumento sostenido de la prevalencia de enfermedades no transmisibles asociadas a una alta carga de morbilidad, como la demencia, la implementación progresiva en la red de salud de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrada en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (ECICEP)(29) representa una oportunidad para mejorar la calidad de la atención y los cuidados.

Las personas con demencia, sus familias y/o cuidadores, son parte de la población objetivo de esta estrategia. Por lo tanto, el abordaje de la enfermedad se debe enmarcar tanto en el MAIS como en la ECICEP, especialmente si se considera que:

- Las personas con multimorbilidad de enfermedades crónicas presentan más probabilidad de desarrollar demencia, especialmente si las enfermedades comienzan en la adultez.
- Las personas sobre 50 años que presentan fragilidad también tienen más probabilidades de desarrollar trastornos neurocognitivos menores y demencia (19).

Barreras de acceso: Financiamiento sostenido y ruralidad

Las barreras de acceso a la salud son entendidas como todas aquellas limitaciones a la capacidad de las personas para hacer uso oportuno y adecuado de los servicios de salud. Estas barreras pueden ser geográficas, económicas, organizacionales, de aceptabilidad, socioculturales, entre otras. Por otra parte, la presencia de necesidades de salud insatisfechas en las personas aumenta el riesgo de morbilidad evitable(30), lo que hace muy relevante el poder reducir estas barreras. Para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y atenuar los costos que significan sus cuidados, resulta fundamental facilitar el acceso a una atención de salud oportuna, integral y de calidad(31)(32).

Si bien las barreras identificadas para el acceso a la atención de salud de personas con demencia son variadas y requieren abordajes permanentes(33), en el caso de Chile, los desafíos más persistentes se relacionan con el financiamiento sostenido y con condiciones geográficas diversas, especialmente en zonas rurales. Ambos son desafíos que se han destacado de forma constante en las diversas instancias de evaluación de la política pública (34).

Chile es un país con una distribución territorial extensa y diversa, lo que genera diferencias territoriales relevantes en el acceso a los servicios de salud, en función de la ubicación física de los residentes de una región. Si bien todas las regiones incluyen zonas urbanas y rurales, la proporción entre ambas varía considerablemente.

Los servicios de atención de salud se concentran mayoritariamente en áreas urbanas, lo que implica que los habitantes de zonas rurales enfrentan mayores dificultades para acceder a prestaciones de salud, debiendo destinar más tiempo y recursos en traslados. Esta situación afecta con especial intensidad a las personas mayores, las personas con demencia y sus cuidadores, quienes suelen enfrentar barreras adicionales de movilidad y dependencia funcional. En este sentido, según el estudio de Fuentes y Albala (2014), existen diferencias en la prevalencia de demencia entre población rural y urbana, junto con las diferencias por edad, como se muestra en el siguiente cuadro:

Prevalencia (%) de demencia por grupo de edad en muestras urbanas y rurales en hombres y mujeres						
Demencia	60-64 años	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	Más de 85 años
Urbano	0,94	3,9	3	8,4	17,2	29
Rural	2,6	5,1	6,9	10,6	29,7	50,4
Total	1,2	4,1	3,7	8,8	19,4	32,6
Hombres	1	5,9	3,6	6	18,2	24,4
Mujeres	1,4	3,1	3,8	10,1	20	36,5

Tabla 6: Prevalencia de demencia por edad en población urbana y rural.
Obtenido desde Fuentes & Albala, 2014

La consideración de la ruralidad es importante en las políticas públicas, con el fin de proporcionar mayor equidad territorial en el acceso a los servicios.



Visita Domiciliaria. Equipo demencia, Posta de Salud Rural Melinka.
Servicio de Salud Aysén

Cualquier propuesta de financiamiento sostenido debe considerar estos aspectos, dotando de recursos adecuados y bien distribuidos para asegurar un acceso equitativo a los servicios y nodos de atención en salud, ya sea con nuevos establecimientos o con experiencias innovadoras como el equipo de atención de especialidad que realiza atenciones de manera itinerante, impulsado en el Servicio de Salud de Chiloé.

El principal desafío se presenta en relación con el financiamiento. Si bien la implementación del PND 2017-2025 contempló financiamiento permanente para los nodos de atención de especialidad y el GES incluye a la atención primaria, es necesario dotar de mayores recursos de una manera creciente y sostenida a la atención directa, pero también a otros aspectos que sostienen el abordaje de las demencias, tales como la capacitación y formación de profesionales y técnicos de la red y la sensibilización en la comunidad. Estas acciones deben considerarse como parte fundamental para conseguir los objetivos de este nuevo Plan Nacional, ya que la formación continua y actualizada es determinante para asegurar la calidad de la atención.

Los costos asociados al proceso diagnóstico y tratamiento están sufriendo cambios de la mano de las nuevas tecnologías sanitarias en el campo de las demencias, incluyendo por ejemplo el uso de biomarcadores en la práctica clínica. El plan nacional debe dar cuenta de este dinamismo mediante mecanismos que permitan la revisión regular de sus componentes y su respectivo financiamiento, especialmente en lo referido a la prestación de servicios. En este sentido, el GES contempla la revisión periódica de sus canastas y prestaciones. Esta es una instancia que permite la actualización del conjunto de prestaciones incluidas en el plan de garantías para ajustarse a los costos reales y a la evidencia científica más reciente.

Por otra parte, el financiamiento debe considerar fondos para investigación, ya sea a través de concursos públicos o alianzas estratégicas con centros de estudio. Esto va de la mano con la formación, permitiendo actualizar conocimientos sobre las formas de abordaje más efectivas tanto para las personas que viven con demencia como también para sus cuidadores.



Actividad de integración comunitaria. Centro de Apoyo Comunitario Aliwen.
Hospital El Pino. Servicio de Salud Metropolitano Sur

PLAN NACIONAL DE DEMENCIA 2025-2035

La presente actualización del Plan Nacional de Demencia para el período 2025-2035 busca revitalizar los alcances del Plan construido el 2017, adaptarlo al contexto actual y fortalecer su pertinencia territorial, considerando la participación de la ciudadanía y de actores claves provenientes de distintos ámbitos relacionados con la demencia.

En primera instancia, el Plan presenta sus principios rectores, una definición de su alcance y una visión respecto hacia donde se transitará en el sector salud como país en el abordaje integral de las personas con demencia. A continuación, se desarrollan los objetivos de este Plan y los Ejes Estratégicos que establecen las temáticas centrales a desplegar para cumplir con estos objetivos. Al final de cada eje se indican las temáticas sobre las cuales posteriormente se definirán las acciones de este Plan Nacional de Demencia.

PRINCIPIOS

- **Dignidad**, entendida como valor inherente al ser humano, por el hecho de ser miembro de su especie.
- **Autonomía**, entendida como facultad de adoptar decisiones sobre la propia vida, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando a los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se tomarán medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.¹⁷
- **Participación**, es un derecho-deber. La participación es inherente al ser humano; parte de su existencia como ser social. Se tiene el derecho a permanecer integrado en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar. De lo anterior, deriva el deber de compartir habilidades y conocimientos con los demás, integrar la vida en el desarrollo y en el progreso de Chile(101).
- **Solidaridad**, que supone que las personas con demencia son sujetos de derecho, pudiendo exigir al Estado el ejercicio y la defensa de éstos. Lo anterior, requiere que las personas no sean consideradas meras beneficiarias de asistencia pública. La solidaridad es un esfuerzo hacia un orden social más justo para las personas con demencia, en el que las tensiones puedan ser mejor resueltas y los conflictos encuentren más fácilmente su solución negociada. Se manifiesta en la distribución de bienes, en la atención al interior del circuito judicial, en los órganos sanitarios y otros de la administración del Estado, en la remuneración del trabajo al cuidador, entre otros.
- **Equidad**, respecto a la accesibilidad y cobertura de los servicios sanitarios y sociales para la prevención, diagnóstico, tratamiento y abordaje de la demencia en toda la población que lo requiera, en todo el territorio nacional. Esta atención debe cumplir con criterios de calidad equivalentes y pertinentes a las particularidades de la población a la que está dirigido, incluyendo enfoques de género, interculturalidad y vulnerabilidad.

¹⁷ Artículo 5º, Declaración de Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, 2006

ALCANCE

El presente plan es un hoja de ruta para la planificación sociosanitaria relacionada con el abordaje de las personas con demencia tanto para la articulación intersectorial del nivel central, como para la red de atención sanitaria pública y privada.

Define objetivos y entrega recomendaciones para las acciones a desarrollar en cinco ejes estratégicos que incluyen aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y construcción social de la enfermedad. El plan proveerá de indicadores y un sistema de evaluación periódica de sus avances.

VISIÓN

Una sociedad que promueva la prevención de la demencia y la calidad de vida de las personas que viven con demencia y sus familias, priorizando su bienestar, participación activa y acceso equitativo a una red de cuidados integrales, con base en un modelo de atención centrado en la persona, informado por la evidencia y con una sostenida articulación intersectorial.

OBJETIVOS

1. Desarrollar una estrategia integral de prevención de factores de riesgo de la demencia.
2. Fortalecer la capacidad diagnóstica y de tratamiento en la atención primaria y atención de especialidad.
3. Desarrollar un sistema de cuidados continuos, integrados y de diferentes grados de complejidad.
4. Incrementar habilidades y competencias en los actores socio-sanitarios para la atención de personas con demencia y las personas que las cuidan.
5. Promover comunidades amigables y solidarias con las personas con demencia, fortaleciendo el conocimiento social sobre este problema de salud y fomentando entornos inclusivos.
6. Contribuir a generar conocimiento local en demencias, considerando la temática como una línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional.
7. Fortalecer el enfoque y protección de derechos de las personas con demencia en el marco jurídico vigente.
8. Desarrollar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Demencia que materialice el compromiso de tratar las demencias como una prioridad de salud pública.

EJES ESTRATÉGICOS

- I. Prevención de la demencia.
- II. Procesos de diagnóstico, de tratamiento y cuidados.
- III. Sensibilización y participación social.
- IV. Intersectorialidad para el abordaje de la demencia.
- V. Monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Demencia.

La construcción de estos ejes es el resultado del análisis de la evaluación del PND 2017-2025 y pone el acento en aquellas áreas prioritarias para un nuevo período.

A continuación, se presenta cada eje para comprender su relevancia, informando de sus avances y de las temáticas más relevantes sobre las cuales se generarán acciones específicas.

I. Prevención de la demencia

Por medio de este eje se busca reducir la incidencia de casos de demencia en Chile, mediante el control de los factores de riesgo modificables reconocidos en la evidencia internacional.

Considerando el avance en la evidencia disponible para la prevención de las demencias, la OMS mediante el PAMD(11) reconoce el potencial modificable de la enfermedad por medio acciones específicas que intervengan en los factores de riesgo que año a año se han identificado. Estas acciones son principalmente de tres tipos:

- Incorporación de la demencia a las políticas, campañas y programas de prevención de enfermedades no transmisibles y de promoción de la salud ya en marcha, en particular aquellos que promuevan actividades y hábitos para una vida saludable.
- Promoción de acciones sustentadas en la evidencia que consideren características especiales de la población (como edad, género y otras), de tal modo que sean culturalmente pertinentes.
- Una adecuada capacitación en prevención de factores de riesgo con los equipos sanitarios, sobre todo de Atención Primaria.

Considerar acciones de este tipo contribuye a la prevención de nuevos casos de demencias y a retrasar su inicio, tal como ha sucedido en Estados Unidos y países de la Unión Europea que han tenido una baja en su incidencia luego de desarrollar estrategias de prevención en demencia, entre otras variables(36). Además, prevenir la demencia es una acción potencialmente costo-efectiva frente al tratamiento y cuidados que requerirían las personas al desarrollar demencia(37)(38)(70), en particular para el gasto de bolsillo que realizan personas de estratos económicos bajos y medio-bajos, los cuales en nuestro país son considerablemente altos(39).

Para ello, es necesario considerar un modelo de prevención de factores de riesgo que incluya tanto acciones poblacionales (de regulación y política) como acciones diseñadas hacia grupos específico con alto riesgo(40).

Prevención de la demencia en el PND 2017-2025

En el PND 2017-2025, la necesidad de prevenir las demencias se expresó a través del primer objetivo de **"Incentivar y promover la perspectiva de prevención en el abordaje de las demencias"**.

Si bien la prevención y tratamiento de las patologías crónicas y metabólicas es un objetivo de la Estrategia Nacional de Salud(35) y la APS tiene un rol activo en ello, este objetivo tuvo un avance menor, dado que no desarrolló una oferta explícita que contenga lo que ya está en marcha respecto al cuidado de los factores de riesgo.

En el ámbito de las acciones poblacionales, es necesario un enfoque de "salud cerebral" referido a la integridad estructural y funcional del cerebro, la salud cognitiva y la capacidad funcional de las personas que está constantemente influenciada por el entorno y los determinantes sociales de la salud(103). Además, es necesaria la prevención primaria que abarque todo el ciclo vital,(21) y que contribuyan a una equidad sanitaria(41) al estar centrada en cambiar entornos físicos, sociales, económicos y/o legislativos que favorezcan ambientes menos propicios para el desarrollo de la demencia(42).

Sobre las acciones hacia grupos específicos, la OMS dispone directrices para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia(43) con recomendación experta para su aplicación. En ellas destacan acciones con evidencia de mayor efectividad y efectos a largo plazo en la prevención de riesgos cardio-metabólicos, como hipertensión, diabetes, obesidad, sedentarismo o inactividad física(40).

En la población chilena, contamos con estudios que nos permite conocer con mayor precisión la presencia de estos factores de riesgo. Por ejemplo, están más presentes en mujeres, sobre todo por la mayor prevalencia de depresión, tendencia a la obesidad e inactividad física, especialmente asociada a niveles socioeconómicos más bajos(44). Esto último es una consideración importante para realizar campañas preventivas que consideren los determinantes sociales de salud(45) (como la educación y nivel socioeconómico) especialmente sobre factores de riesgo cardio-metabólicos.

Las acciones de prevención de factores de riesgo de la demencia deben estar fuertemente ligadas a lo que se realice sobre otras patologías crónicas. En nuestro país estas acciones se organizan en los objetivos sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030(35) y en el "Plan Nacional de Enfermedades No Transmisibles"(46). Esta estrategia incluye acciones sobre *estilos de vida saludable* (reducción de consumo de tabaco, de alcohol y aumento de la actividad física, entre otros) y *enfermedades crónicas no transmisibles y violencia* (reducción de enfermedades cardiovasculares y cerebrovascular, de diabetes mellitus, reducción de trastornos de salud mental, entre otros).

Algunos resultados alentadores de la evaluación de fin de década de la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios 2011-2020(47) nos muestran; la reducción de la población con hábito tabáquico en un 23% entre el 2003 y el 2016, que al menos un 32% de las personas con hipertensión arterial elevada son controladas y han alcanzado niveles normales de presión arterial y que, a pesar del aumento significativo de número absoluto de personas con obesidad y con diabetes de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS 2016-2017), la cobertura efectiva de personas con diabetes mellitus tipo 2 aumentó de un 34 a 55%(47).

Por último, la Atención Primaria de Salud como nivel estratégico para la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades, tiene un rol en la prevención de la demencia a través de los principios del MAIS y la ECICEP(29). Este marco promueve una atención continua, integral y centrada en las personas, que considera su historia de vida, condiciones de salud y determinantes sociales, y que se expresa a través de la organización del cuidado en torno a la estratificación de riesgo, el ingreso integral, el plan de cuidados integrales y la gestión de casos.

La APS aborda activamente los factores de riesgo modificables a lo largo del curso de vida, mediante acciones coordinadas que incluyen el Examen de Medicina Preventiva para la Persona Adulta (EMPA) y el EMPAM, controles cardiovasculares, atención domiciliaria, orientación en estilos de vida, acompañamiento en salud mental, actividades de promoción de la salud y articulación con redes comunitarias y acciones que refuerzan la funcionalidad, el autocuidado y la estimulación cognitiva.



Actividad con la comunidad. Hospital de la Familia y la Comunidad Yumbel. Servicio de Salud Biobío

Estas acciones integradas permiten reducir riesgos y favorecer entornos protectores para el envejecimiento, constituyéndose la Atención Primaria en el eje articulador del abordaje preventivo de las demencias.

Es relevante también, considerar la evidencia respecto a diferencias étnicas en la incidencia y percepción sobre factores de riesgo para la demencia⁽¹⁰⁵⁾⁽¹⁰⁶⁾⁽¹⁰⁷⁾. Estas revisiones dan cuenta de las diferencias entre factores de riesgo y factores protectores para la demencia en distintas culturas, lo que representa el desafío de incluir dichas consideraciones en el trabajo de los equipos de salud.

Para prevenir el riesgo de demencia, es necesario materializar acciones en las siguientes temáticas:

- › **Prevención de factores de riesgo integrada a las iniciativas vigentes**
Estrategia de prevención de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, en particular sobre: manejo de hipertensión, dislipidemia, uso de tabaco, consumo de alcohol, sedentarismo y obesidad, que incorpore el monitoreo de su plan de acción explicita su contribución a la prevención del desarrollo de demencia.
- › **Perspectiva de curso de vida**
Incorporación de la perspectiva de curso de vida en la prevención de factores de riesgo de la demencia con acciones que consideren desde la infancia hasta la adultez mayor, por ejemplo, a través de campañas de protección de la "salud cerebral" desde la infancia.
- › **Conocimiento de los factores de riesgo en la población general**
Fortalecer el conocimiento social sobre los factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos(48), explorando plataformas virtuales y privilegiando población con mayor riesgo de desarrollarlas(49).
- › **Relevar importancia del GES 56 de Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono, el GES 59 de Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro/a y el GES 77 de Hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años.**
Fortalecer los GES de hipoacusia, mejorando su cobertura, acceso a audífonos, seguimiento y rehabilitación de manera oportuna.
- › **Aislamiento social involuntario**
Detección, monitoreo y seguimiento del aislamiento social involuntario de personas mayores en la Atención Primaria y generar estrategias de integración a la oferta de soporte social presentes en su territorio.

II. Proceso diagnóstico, tratamiento y cuidados

Por medio de este eje se busca mejorar el acceso al diagnóstico oportuno para las personas con sospecha de demencia y aumentar la capacidad diagnóstica y de tratamiento en la red asistencial. Además, desarrollar estándares de calidad de la atención, así como una red de cuidados sociosanitarios para las personas que viven con demencia y su entorno de apoyo.

En este eje estratégico se desarrollan los desafíos en cuanto a:

1. El diseño y la capacidad de la red de atención para personas con demencia.
2. El fortalecimiento de procesos de diagnóstico.
3. El fortalecimiento de procesos de tratamiento.
4. El abordaje de las necesidades de cuidados continuos y a largo plazo de personas con demencia

Provisión de servicios para una red de diagnóstico, tratamiento y cuidados

Mental Health Gap Action Programme (MhGAP) para la Atención Primaria

Como parte del esfuerzo de capacitación, se ha iniciado la implementación progresiva del programa **mhGAP** de la OMS en la APS, que incluye un módulo específico sobre demencia con orientaciones para el reconocimiento temprano del deterioro cognitivo, el manejo de síntomas conductuales y el acompañamiento a personas cuidadoras.

Esta instancia formativa es complementaria al Programa de Capacitación y Formación de la APS, en el cual se ha priorizado el abordaje de la demencia, consolidando el compromiso institucional con el desarrollo de capacidades para un cuidado integral, articulado con el territorio y sensible a las trayectorias de vida de las personas con demencia.

Una de las barreras de acceso para que las personas con demencia reciban una atención de salud oportuna es la accesibilidad al sistema de salud, es decir la organización y prestación adecuada de servicios que permiten a las personas recibir una atención de salud cuando la requieran(30). En este sentido, el acceso oportuno a la atención es un componente de gran relevancia para la organización de los servicios sanitarios, la cual también debe considerar el trayecto de atención que tienen las personas con deterioro cognitivo o demencia en la red. Esta trayectoria varía entre países, entre otras cosas, según cómo los sistemas de salud organicen su oferta y flujos de derivación, lo que finalmente impacta en los tiempos de atención. Por ejemplo, datos internacionales agrupados muestran una media de tiempo desde el inicio de los primeros síntomas y la primera atención en el nivel primario o de especialidad de 48 y 56 meses respectivamente para personas con demencia(50). Una vez establecida la queja cognitiva, la media internacional es de dos visitas para investigar el defecto cognitivo y arribar a un diagnóstico(51).

Estas consideraciones son de gran relevancia para fortalecer una red de atención para realizar la sospecha y diagnóstico oportuno de la demencia, la cual se enmarca en la coordinación entre profesionales, nodos de atención y niveles de complejidad sanitaria que dan respuesta al problema de salud de los usuarios, valiéndose de la oferta asistencial disponible con un modelo de atención centrado en la persona(14).

En nuestro país, la **Atención Primaria en Salud** representa el eje central en la atención de salud de las personas con demencia, no solo por constituir la puerta de entrada al sistema sanitario, sino que también por ser el espacio donde se promueve un enfoque preventivo y una mirada integral de los problemas de salud.

A partir del año 2017, el PND 2017-2025 impulsó el fortalecimiento de los equipos de salud para la entrega de cuidados en torno a la detección de la sospecha, diagnóstico y manejo de personas con demencia de mediana complejidad, lo que se ha visto reforzado con la implementación del GES 85, al definir funciones clínicas, criterios de derivación y rutas de atención específicas en este nivel. Esta labor se articula con el MAIS y se profundiza actualmente a través de la implementación progresiva de la ECICEP. En este marco, la APS cumple un rol esencial en la identificación temprana, el abordaje oportuno y el acompañamiento continuo de las personas con demencia y sus redes de apoyo.

Una necesidad prioritaria para consolidar la respuesta en APS es fortalecer las competencias clínicas y comunitarias de los equipos de salud en el abordaje de las demencias, desde una perspectiva integral, continua y centrada en la persona.



Intervención individual en domicilio. CESFAM Cabrero. Servicio de Salud Biobío

En el **nivel secundario de especialidad**, el PND 2017-2025 impulsó la creación de dos tipos de nodos de atención para la atención de personas con demencia, por un lado, los Centros de Apoyo Comunitario de Personas con Demencia y, por otro, las Unidades de Memoria.

Adicionalmente a ello, la necesidad de dar respuesta a las garantías del GES 85, impulsó la creación de decenas de equipos de especialidad cuya organización interna buscó acercarse al modelo de atención desarrollado por las Unidades de Memoria.

En esta actualización del Plan para el período 2025-2035 tanto los CACPD como las UdM son definidas como unidades funcionales¹⁸. Esto quiere decir que son parte y dependen técnica y administrativamente de otros establecimientos en la red. En el caso de los CACPD, son dependientes de COSAM y, por su parte, las UdM dependen de Servicios de Neurología en hospitales de mediana o alta complejidad.



Equipo Unidad de Memoria. Hospital del Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

¹⁸ Oficio ordinario N°1020, del 5 de Abril del 2024.

Actualmente, ambas unidades funcionales pueden brindar las canastas correspondientes al GES de Alzheimer y otras Demencias de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de Alta Complejidad, pero con distintos énfasis. En el caso de los CACPD con un abordaje clínico específico desde una perspectiva de trabajo que fomente la integración socio-comunitaria y calidad de vida de la persona con demencia y su entorno de apoyo. En el caso de las UdM, con un abordaje clínico específico para casos de personas con demencias de difícil diagnóstico, presentaciones atípicas o síntomas conductuales refractarios entre otros.

La distribución de estas unidades muestra una alta heterogeneidad desde el punto de vista de la oferta entre servicios de salud, por lo que uno de los objetivos del presente plan es lograr una oferta más uniforme y equitativa para todo el territorio nacional que permita una mejor especialización y diferenciación de funciones dentro de un mismo servicio de salud.



Centro de Apoyo Comunitario Kimunche. Servicio de Salud Araucanía Sur

El **nivel terciario de atención cerrada** de salud cumple un rol importante, principalmente en el diagnóstico diferencial y en atenciones de otras condiciones de salud.

En el proceso de diagnóstico diferencial, la hospitalización de la persona con demencia permite el estudio completo de una amplia variedad de causas potencialmente tratables de casos que no pueden ser completamente resueltos por el nivel primario y secundario, como son cuadros de demencia rápidamente progresiva o cuadros atípicos en quienes se sospechen causas sistémicas, en particular en el caso de tumores.

Finalmente, cabe destacar el gran número de personas con demencia que se hospitalizan en servicios clínicos generales por una causa distinta de esta enfermedad. Las personas con demencia son más susceptibles de desarrollar un delirium o síndrome confusional agudo durante una hospitalización por cualquier otra causa. Por este motivo la hospitalización de personas con demencia requiere de cuidados específicos, en particular para prevenir eventos adversos evitables durante la hospitalización, más comunes en el caso de personas con demencia(52).

Proceso diagnóstico

Diagnóstico en el PND 2017-2025

En el PND 2017-2025, el proceso diagnóstico está inscrito en el segundo objetivo de **"desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de la red con protocolos de referencia y contrarreferencia"**.

Este objetivo avanzó principalmente a través del diseño de protocolos psicodiagnósticos y en la implementación de un sistema de detección y diagnóstico en la APS, cuya implementación en los diferentes territorios es necesario seguir reforzando.

El objetivo de realizar un diagnóstico oportuno, de un nivel de precisión etiológica adecuado a la situación clínica de cada paciente, en consideración de la integralidad de sus necesidades derivadas de la demencia es un permanente desafío para la red de atención, en particular por la latencia en los tiempos de respuesta de la red. Estos tiempos varían, entre otros factores, por el tipo de demencia. Por ejemplo, el diagnóstico de formas menos frecuentes de demencia suele tomar más tiempo y tener más errores en el diagnóstico inicial, como la demencia causada por cuerpos de Lewy o la demencia frontotemporal(53).

Si bien en nuestro país no contamos con datos que permitan una comparación en estos términos, el GES de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias ha establecido garantías explícitas para el diagnóstico de la demencia en 60 días y 120

para un diagnóstico diferencial, guiando de esta forma gran parte de la provisión de servicios hacia establecer un diagnóstico oportuno(15).

La pesquisa de demencia en APS se puede realizar por múltiples vías siendo la atención a la queja cognitiva el pilar fundamental de la sospecha diagnóstica. No obstante, en nuestro país se han implementado otras estrategias para la detección en población que no presenta una queja cognitiva. En el marco del MAIS instaurado el año 2005, se comenzó a aplicar el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que incluye un tamizaje cognitivo y una escala de funcionalidad. Si bien se utiliza como condición para la sospecha y apertura de las garantías un puntaje alterado en dichas escalas, esta no debe ser una barrera de acceso al proceso diagnóstico cuando existe una sospecha fundada en la historia y examen clínico, dado que la evidencia ha mostrado la limitada capacidad de las pruebas de cribado cognitivo para mejorar la detección de demencia y la alta tasa de falsos positivos en población de menor escolaridad o con déficits sensoriales previos (54) (55). Una vez establecida la sospecha de una demencia debe iniciarse la búsqueda de la posible etiología.

Este diagnóstico comienza en la APS y comprende el conjunto de acciones destinadas a evaluar hipótesis alternativas a una enfermedad neurodegenerativa. Su importancia radica en la posibilidad de pesquisar problemas de salud comunes que pueden causar síntomas similares a una demencia como la depresión, el hipotiroidismo, déficit de vitamina B12 entre otras, y que pueden ser tratables y/o reversibles en este nivel de atención. En este sentido, la canasta de diagnóstico del GES 85 incorpora exámenes y prestaciones que fortalecen la capacidad diagnóstica de este nivel asistencial, como la medición de la vitamina B12 por inmunoensayo y la Atención integral por terapeuta ocupacional, respectivamente.

Para reducir las brechas en el acceso a una evaluación oportuna, es esencial que todos los integrantes de los equipos de salud en APS cuenten con competencias clínicas para participar activamente en este proceso diagnóstico. La integración de estas capacidades en los equipos existentes, a través de procesos formativos que fortalezcan el trabajo colaborativo e interdisciplinario, permite mejorar la resolutive local y avanzar hacia un abordaje más oportuno y equitativo, sin depender exclusivamente de la atención especializada.

El diagnóstico en la atención de especialidad puede valerse de herramientas no disponibles en el nivel primario de salud. Sin embargo, el eje central de este proceso sigue siendo una evaluación clínica integral, que incluye la recopilación de una historia clínica detallada, un examen físico exhaustivo y una exploración de las funciones cognitivas, así como la valoración del impacto funcional de los síntomas cognitivos.

Esta aproximación puede complementarse con escalas psicométricas, evaluaciones neuropsicológicas y funcionales formales, entre otros estudios complementarios, según cada caso. Asimismo, el uso de neuroimágenes y, eventualmente, biomarcadores puede contribuir al diagnóstico diferencial etiopatogénico, permitiendo diferenciar entre la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas menos comunes, como la demencia frontotemporal, la demencia vascular o la demencia por cuerpos de Lewy, entre otras.



Intervención individual. Centro de Apoyo Comunitario Aliwen. Hospital y CRS El Pino.
Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Es importante considerar que la necesidad de adaptación de los instrumentos diagnósticos a las realidades locales e interculturalidad, considerando el nivel educativo, el idioma y las prácticas culturales. En comunidades migrantes, por ejemplo, el estrés, el duelo migratorio y las barreras idiomáticas pueden alterar los resultados de las pruebas cognitivas convencionales⁽³³⁾.

Proceso de tratamiento

Chile ha sido líder en la región en el desarrollo de un plan nacional de demencia. Esto ha permitido avanzar en la reducción del estigma y un mayor reconocimiento de las múltiples necesidades médicas, sociales y espirituales de las personas con demencia y sus familias. En este sentido, la elaboración de un plan de cuidados integrales que incluya en el tratamiento todas las tecnologías sanitarias disponibles (farmacológicas y no farmacológicas), acciones de apoyo para las personas que realizan labores de cuidado y los cuidados a largo plazo que sean necesarios para la persona, son una herramienta fundamental para encauzar estas necesidades. Este proceso debe desarrollarse desde un enfoque centrado en la persona, que respete sus valores, preferencias y autonomía, que considere su trayectoria de vida y contexto familiar y comunitario, y asegure que la atención sea continua, pertinente y equitativa a lo largo de todo el curso de la enfermedad, en todos los niveles del sistema de salud.

Tratamiento farmacológico y no farmacológico en el PND 2017-2025

El PND 2017-2025 incluyó acciones del tratamiento en el tercer objetivo de diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona con demencia y su entorno para ser implementado en las redes locales.

Este objetivo se desarrolló principalmente mediante la elaboración de documentos técnicos que definen y recomiendan acciones basadas en la evidencia para la implementación de un tratamiento en la APS y en la atención de especialidad.

Para ello, se requiere una organización del cuidado que garantice la coordinación entre nodos de atención y niveles de atención, a la vez que permita estructurar trayectorias asistenciales coherentes. En este marco, el rol de la Gestión Terapéutica o Gestión de casos, entendida como aquella función permanente de comunicación, coordinación y seguimiento de la persona con demencia y su entorno de apoyo, desde el diagnóstico hasta los cuidados de fin de vida, es clave para estructurar cuidados continuos(28)(16). Estas funciones deben incorporarse dentro de un enfoque más amplio de integración asistencial, en el que la Atención Primaria de Salud cumple un rol clave en la continuidad, y donde el conjunto de la red sanitaria, desde sus distintos niveles, se articula para ofrecer cuidados progresivos, colaborativos y adaptados a las necesidades y contextos de las personas con demencia y sus entornos.



Visita Domiciliaria. Hospital Comunitario Mejillones. Servicio de Salud Antofagasta

Tratamiento farmacológico

Si bien hoy en día no existe una cura para la Enfermedad de Alzheimer y las demencias neurodegenerativas en general, se dispone de un arsenal farmacológico para el manejo sintomático de la enfermedad cuyas indicaciones y forma de uso han sido detalladas en las orientaciones técnicas del GES 85. De manera general podemos distinguir un primer grupo de medicamentos aprobados por la FDA para la Enfermedad de Alzheimer, denominados comúnmente como antidemenciantes, pese a no ser drogas modificadoras de la enfermedad. Este es el caso de los inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y antagonistas de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) (memantina).

El segundo grupo lo conforman aquellos fármacos destinados al manejo de los síntomas neuropsiquiátricos, conductuales y psicológicos en las personas con demencia, así como las comorbilidades psiquiátricas que puedan presentar. En este grupo se incluyen fármacos antipsicóticos, anti-

depresivos e hipnóticos. Aunque la evidencia de su beneficio es limitada, se suelen utilizar cuando los síntomas no han respondido a la implementación de estrategias no farmacológicas. Además, su prescripción debe realizarse con precaución y tomando en consideración el perfil de efectos adversos de cada medicación. En el caso específico de los antipsicóticos, se ha alertado del aumento de mortalidad por eventos cardio y cerebrovasculares en pacientes adultos mayores con demencia(56) (57), limitando su uso como tratamiento a corto plazo (6 semanas) en personas con demencia sin riesgo cardiovascular, que no respondan a otras medidas no farmacológicas y con permanente valoración médica(58).

Finalmente, y como se mencionó en la introducción del presente Plan, en los últimos años se han desarrollado fármacos dirigidos contra la proteína beta-amiloide para el tratamiento del Alzheimer. Dos anticuerpos han recibido aprobación por parte de la FDA, pero se ha cuestionado el estrecho margen de beneficio clínico y el riesgo de complicaciones asociadas a estos tratamientos. De hecho, la valoración de estos medicamentos por parte de las agencias regulatorias no ha sido unánime.

Considerando lo anterior es de gran utilidad establecer un mecanismo de revisión periódica de evidencia actualizada respecto a la eficacia y costo-efectividad de los tratamientos farmacológicos disponibles, para guiar la toma de decisiones reflejada en las actualizaciones del decreto GES de este problema de salud.

Tratamiento no farmacológico

Dado el estado actual del avance en el tratamiento farmacológico para los efectos cognitivos, psicológicos y conductuales de la demencia antes expuesto, el tratamiento no farmacológico es el eje principal del plan de tratamiento para los cuidados integrales de las personas con demencia. Comienza a partir del momento en que el médico/a entrega el diagnóstico de deterioro cognitivo a la persona usuaria, sea este un deterioro cognitivo menor o una demencia, independiente de que el diagnóstico etiológico aún no esté completamente dilucidado.

Se comprende por tratamiento no farmacológico, a todas aquellas intervenciones que contribuyen al bienestar de la persona con demencia y que impactan principalmente en los síntomas psicológico-conductuales y otra sintomatología propia del avance de la enfermedad que no involucre fármacos. Sobre este tipo de intervenciones se han realizado estudios sobre su costo-efectividad (por reducción de uso de servicios de salud), efectos sobre la carga de cuidados en personas cuidadoras y en la calidad de vida de las personas con demencia(19)(59).



Taller Grupal. Programa Salud Mental. Hospital de Lota. Servicio de Salud Concepción

Estas intervenciones involucran no solo a quien desarrolla un deterioro cognitivo, sino que también al entorno más próximo que asume las labores de cuidado. Por ello, se contemplan todas las acciones vinculadas al acompañamiento post-diagnóstico comprendidas dentro de un Plan de Cuidados Integral.

La evidencia nos indica que las intervenciones de este tipo que estén adaptadas a nuestro contexto cultural y lenguaje, pueden tener una mayor efectividad que las que no lo están para tratar los síntomas psicológico conductuales(19)(60). Al mismo tiempo, no deben ser aplicadas de manera estandarizada a todas las personas con demencia, sino más bien deben estar ajustadas a las necesidades de cada una de ellas y su entorno de apoyo, respetando e integrando sus preferencias para que puedan disfrutar del máximo nivel de bienestar y calidad de vida posible. Asimismo, se deben considerar los recursos personales, familiares y culturales que este entorno posee, con el fin de integrar más aspectos que puedan beneficiar y potenciar estas intervenciones.

Del mismo modo que con los tratamientos farmacológicos, es necesario fortalecer el acceso a este tipo de opciones terapéuticas, en los distintos niveles de atención y conforme a las necesidades de cada persona con demencia y su entorno de apoyo, por medio de la actualización de guías clínicas, de lineamientos para su implementación y de capacitación de los equipos, entre otros.



Intervención grupal. Centro Comunitario para personas con demencia Quemanta.
Servicio de Salud de Magallanes.

Cuidados continuos y de largo plazo

Vivir con demencia, muchas veces implica contar con el apoyo de un otro que acompaña y cuida el paso por esta enfermedad. Por su naturaleza crónica, la demencia va generando progresivamente discapacidad y dependencia, situando a los cuidados como uno de los ejes organizadores de la vida cotidiana, tanto de quien vive con demencia como de su entorno próximo.

En este contexto, los cuidados continuos se refieren tanto a la articulación entre los distintos niveles de complejidad en salud para proveer cuidados de largo plazo como también a los cuidados realizados por el entorno de apoyo o entorno próximo a la persona con demencia.

El entorno próximo es definido en el PND 2017-2025 para referirse a la persona que realiza labores de cuidado, su familia y los agentes sociosanitarios presentes en la comunidad.

Las personas que realizan labores de cuidado son un actor esencial para que el tratamiento sea exitoso, pero por sobre todo para que las personas que viven con demencia tengan los máximos niveles de bienestar posibles. El plan de cuidados debe contemplar acciones preventivas, promocionales, de acompañamiento y tratamiento de la salud de las personas cuidadoras, especialmente en lo referente a sobrecarga y otras situaciones de salud mental(61).

El apoyo que brindan las personas que cuidan es uno de los factores más relevantes para satisfacer las necesidades de las personas con demencia, lo que también trae consecuencias para quienes realizan dichas labores.

Personas cuidadoras en el PND 2017-2025

En el tercer y sexto objetivo del PND 2017-2025 se incluyeron acciones específicas para el apoyo de personas cuidadoras, entre las que se cuentan:

- Definir y diseñar un programa de intervenciones psicoeducativas dirigidas a la familia y la comunidad.
- Implementar un sistema de acreditación nacional de cuidadores calificados.
- Favorecer la agrupación y organización de personas con demencia y sus entornos de apoyos.

Si bien estas acciones se han realizado a nivel local, es necesario avanzar en la profundización de los cuidados brindados a las personas que cuidan a través de una perspectiva intersectorial que incorpore modificaciones en el modelo de atención de personas con demencia en la red sanitaria y en el abordaje de sus necesidades desde una perspectiva socio-comunitaria.

La OMS reconoce la importancia de la labor realizada por las personas que cuidan y destaca la necesidad de proveer soporte social para reconocer, facilitar y apoyar esta función y así como prevenir las posibles consecuencias negativas para su salud. Para ello, recomienda las siguientes acciones:

- Proveer información certera, adaptada y de manera accesible, programas de entrenamiento, instancias de respiro y otras iniciativas que respondan a las necesidades expresadas por las personas cuidadoras.
- Capacitar a los equipos sociosanitarios en estrategias para la prevención y reducción del estrés y sobrecarga de las personas cuidadoras.
- Desarrollar o fortalecer acciones de apoyo a las personas cuidadoras a través de programas, políticas y/o legislación necesaria para la promoción y protección de sus derechos.
- Implicar a las personas cuidadoras en la planificación de los cuidados, considerando sus deseos y preferencias.

En nuestro país, el estudio (62), realizado con cuidadores de personas con demencia en Chile, describen un perfil de cuidadores/as en su mayoría como familiares de la persona que se cuida (98%), de sexo femenino (74,9%) y que llevan más de 5 años al cuidado de la persona (41,9%). También muestra que estar a cargo del cuidado de una persona con un deterioro progresivo, genera repercusiones en al menos tres dimensiones: a) laboral 12,7% deben dejar de trabajar y 47,3% reducen sus horas de trabajo; b) física, un 60% presenta lumbago crónico y c) mental, el 62% refieren niveles de sobrecarga severa y 46% presentan algún trastorno de salud mental, la prevalencia de estos trastornos es mayor comparada a la población general(63)(64) y comparado a cuidadores/as de personas con otras enfermedades físicas que generan discapacidad(65).



Actividad Comunitaria. CESFAM Los Volcanes. Comuna Chillán. Servicio de Salud Ñuble

Por otra parte, un estudio de necesidades no satisfechas en personas con demencia en Chile(109), indica la importancia de apoyar la labor de las personas que realizan labores de cuidado, dado que algunas características de las personas cuidadoras suelen ser predictores de necesidades no satisfechas, como por ejemplo ser joven, contar con bajo nivel de apoyo social percibido, exceso de trabajo y presencia de trastornos ansiosos.

En este escenario, en los últimos años nuestro país ha avanzado en el desarrollo de un sistema intersectorial que dé soporte a las necesidades de cuidado de manera transversal como una respuesta a la necesidad de atención integral para personas en situación de dependencia, en especial personas mayores, con discapacidad y todas aquellas que requieren cuidados específicos como lo es el Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados. Bajo este marco, las personas con demencia y aquellas que realizan labores asociadas a sus cuidados, serían beneficiarias directas de esta política pública. No obstante, es necesario seguir avanzando con acciones de apoyo específicas para las personas que cuidan a personas con demencia, sobre todo aquellas que apunten al cuidado de su salud y a facilitar su labor de cuidado.

Por otro lado, los Cuidados de Largo Plazo (CLP) se refieren a un conjunto continuo de servicios y apoyos necesarios para personas que, por condiciones crónicas o degenerativas, presentan pérdida de autonomía en actividades básicas de la vida diaria. En el caso de la demencia, los CLP deben abordar tanto las necesidades cognitivas como funcionales, considerando la progresión de la enfermedad y su impacto familiar y social.

A nivel global, la OMS precisa la necesidad urgente de transformar los modelos tradicionales de institucionalización hacia redes comunitarias integradas de cuidado. Establece que los países deben desarrollar políticas que promuevan el envejecimiento en el lugar, apoyo a cuidadores y servicios ambulatorios de calidad, evitando la dependencia excesiva de instituciones(11).

Se ha observado que los sistemas más eficaces combinan prestaciones domiciliarias, tecnologías de asistencia, redes de cuidadores formales e informales y sistemas de financiamiento público que aseguran acceso universal(67). Desde este enfoque, esta actualización busca fortalecer estas dimensiones, considerando que son acciones que ya se realizan en la red.

En cuanto a las intervenciones domiciliarias, estas pueden realizarse desde la fase diagnóstica, para obtener información complementaria que permita arribar a una evaluación más precisa pero además, forman parte de las intervenciones a lo largo del tratamiento. Esto permite, entre otras cosas, revisar dinámicas familiares y de cuidado, así como evaluar las condiciones de habitabilidad que puedan mejorarse en pos de un cuidado más adecuado.

En el ámbito de las tecnologías de asistencia, la Célula de Telegeriatría del Hospital Digital del Ministerio de Salud¹⁹, es un pilar fundamental del PND en cuanto provee de apoyo telemático a equipos de atención con dudas diagnósticas o de abordaje para el tratamiento de la persona con demencia y sus cuidadores/as, con respuestas en un corto plazo que fortalecen la resolutiveidad de los distintos nodos de atención.

Por otro lado, está pendiente el desarrollo e implementación de estrategias de teleasistencia directa a personas que realizan labores de cuidado, que permitan intervenir en lugares más alejados de los centros urbanos.

En términos del fortalecimiento de redes de apoyo, se requiere avanzar en el trabajo de sensibilización comunitaria en torno a los cuidados de las personas con demencia y en el apoyo a la creación y funcionamiento de agrupaciones de personas cuidadoras y familiares en distintos territorios del país. Estas organizaciones, forman parte integral y fundamental en el desarrollo e implementación de las políticas públicas relacionadas con demencia.



Visita Domiciliaria, Centro de Apoyo Comunitario Kimunche. Servicio de Salud Araucanía Sur

En nuestro país se han realizado acciones para fortalecer los cuidados des-institucionalizados y que se desarrollen en el contexto más próximo de la persona con demencia, por ejemplo, a través de programas de atención domiciliaria y de centros diurnos. Sin embargo, su alcance es limitado y es necesario profundizarlos a través de una red de cuidados formalmente establecida(68).

Considerando lo anterior, existen principios que es necesario considerar a la hora de establecer un abordaje adecuado de las personas con demencia y su entorno:

¹⁹ Estrategia de telemedicina asincrónica, donde se evalúan casos de personas de 60 años o más, en cualquier condición de funcionalidad, derivados desde Atención primaria con un equipo multidisciplinario (geriatra, neuropsicología, farmacia clínica). En el caso de la demencia, su objetivo es dar respuesta a las inquietudes de equipos de APS en torno a sospecha, confirmación diagnóstica e indicaciones de tratamiento. Más información en <https://portalsaluddigital.minsal.cl/telemedicina-asincronica/celula-geriatria/>.

- Derecho a vivir en comunidad y con autonomía, conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Atención centrada en la persona, basada en sus necesidades, valores y contexto social.
- Sustitución de cuidados asilares por entornos intermedios como hogares protegidos, viviendas tuteladas o redes de cuidado domiciliario.
- Participación activa de la persona y su entorno familiar en el diseño del plan de cuidados(69).

Por tanto, respecto a proceso diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados, se deben considerar acciones en las siguientes temáticas:

Sobre la red para el diagnóstico, tratamiento y cuidados

- › **Mapa de red para la atención de personas con demencia en todos los servicios de salud.**
Construcción de un modelo de mapa de red compartido para todos los Servicios de Salud para fortalecer un acceso equitativo al nivel de especialidad para todo paciente que lo requiera. Y asegurar un flujo en la red adecuado a las necesidades del paciente y su familia.
- › **Unidades funcionales Centros de Apoyo Comunitario y Unidades de Memoria**
Definir su radio de acción de acuerdo con la planificación de cada servicio de salud. Así mismo, la formalización de los equipos de especialidad como Unidades de Memoria según estándares y protocolos definidos.
- › **Calidad de atención de las personas con demencia**
Generar una definición operativa que permita objetivar la calidad de la atención en las unidades funcionales de especialidad para personas con demencia (Centros de Apoyo Comunitario y Unidades de Memoria).
- › **Atención de personas con demencia en servicios generales de hospitalización**
Desarrollar orientaciones para una atención pertinente, con estándares de calidad y ajustadas a las necesidades de las personas con demencia en una etapa aguda o en el contexto de la atención por otra situación de salud.
- › **Brecha de profesionales médicos y no médicos en APS**
Definir una brecha para planificar y avanzar en un plan de cierre de brecha de recursos humanos.
- › **Recursos operativos para ejecutar los procesos de tratamiento y cuidados.**
En condiciones de alta dispersión geográfica, es necesario contemplar recursos para la movilización de equipos clínicos, entre otras necesidades.
- › **Estrategia de capacitación y transferencia técnica**
Que contribuya al fortalecimiento de conocimientos técnicos de manera continua y sistematizada. La capacitación debe abarcar no sólo los aspectos clínicos de sospecha, diagnóstico, tratamiento y acompañamiento, sino también la comunicación efectiva, y el apoyo emocional tanto a la persona con demencia como a sus familias(17), además del desarrollo de capacidades diagnósticas en los equipos que trabajan con poblaciones culturalmente diversas.

Sobre proceso diagnóstico:

› **Proceso diagnóstico en la Atención Primaria y de Especialidad.**

Fortalecer desde la sospecha, respondiendo oportunamente a la consulta por queja de memoria u otra función cognitiva por parte del paciente o su entorno, para finalmente arribar a un diagnóstico con la mayor precisión posible.

› **Evaluación neuropsicológica en la atención primaria y especialidad.**

Fortalecer la evaluación neuropsicológica en la red de salud, por medio de lineamientos sobre su uso, capacitación de los profesionales e incorporación de herramientas de telemedicina y teleasistencia para su aplicación en zonas remotas.

› **Batería de exámenes para personas con demencia.**

Evaluar sistemáticamente la evidencia clínica y de costo efectividad para la inclusión de bio-marcadores en las actualizaciones sucesivas del decreto GES, especialmente para el estudio de los casos atípicos y de difícil diagnóstico etiológico, demencias rápidamente progresivas y donde se requiera evidencia del proceso fisiopatológico subyacente.

Sobre el tratamiento:

› **Uso adecuado de fármacos para personas con demencia.**

Elaborar y actualizar permanentemente las guías de práctica clínica de fármacos para la prescripción de antidemenciantes y el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. Además de la evaluación de costo-efectividad de estos medicamentos en la actualización del decreto GES.

› **Acceso a intervenciones no farmacológicas.**

Desarrollar orientaciones para la aplicación de intervenciones multimodales, de estimulación cognitiva, basadas en la ocupación, actividad y ejercicio físico, en modalidades individuales y grupales que estén respaldadas por la evidencia y adaptadas a las necesidades del consultante, a quien realiza labores de cuidado y al curso de la enfermedad. Estas deben ser provistas por la red de salud más cercana a donde la persona vive.

› **Estrategias de acompañamiento post diagnóstico.**

Desarrollar estrategia de acompañamiento que incorporen acciones de gestión terapéutica centrada en las necesidades de la persona con demencia y su entorno de apoyo.

Sobre cuidados continuos y a largo plazo:

- › **Intervenciones psicoeducativas para el entorno de apoyo.**
Desarrollar intervenciones psicoeducativas para el entorno de apoyo de las personas con demencia, que abarquen desde el diagnóstico de la enfermedad hasta los cuidados de fin de vida.
- › **Teleasistencia dirigida a cuidadores y familiares.**
Desarrollar mecanismos de teleasistencia para personas cuidadoras y entorno de apoyo en modalidades individuales o grupales
- › **Acompañamiento de personas cuidadoras.**
Desarrollar orientaciones para acompañamiento de apoyo en atención primaria y de especialidad, especialmente dirigidos para el prevenir la carga de cuidados de la persona que realiza estas labores.
- › **Salud mental de las personas cuidadoras.**
Desarrollar iniciativas que fortalezcan la salud mental de las personas cuidadoras que presentan carga de cuidados, que incluya registro, evaluación y derivación oportunamente para un tratamiento en caso de que corresponda.
- › **Labor de cuidados de personas con demencia.**
Abogar por el reconocimiento, en el ordenamiento jurídico normativo, como la Ley N° 21.380 sobre atención preferente de cuidadores y cuidadoras en el ámbito de la salud, y en su incorporación al grupo beneficiado por la Política Nacional de Apoyos y Cuidados.
- › **Asociatividad de personas que cuidan.**
Apoyar la creación de agrupaciones de cuidadores y personas que viven con demencia en cada territorio, junto con el fortalecimiento y expansión de las ya existentes.
- › **Equipos de Establecimientos de Larga Estadía de personas mayores y Centros Diurnos Comunitarios.**
Promover instancias de capacitación en conjunto con el SENAMA para la atención pertinente de personas con demencia beneficiarias de estos servicios.

III. Sensibilización y participación social en demencia

Por medio de este eje se busca reducir el estigma y sus consecuencias, generar mayor sensibilización social sobre las demencias en la población general, así como consolidar instancias de participación social de las personas con demencia y/o su entorno de apoyo en la elaboración, monitoreo y evaluación de acciones dirigidas a aumentar su calidad de vida.

La falta de comprensión y el estigma asociado a la demencia constituyen barreras importantes para el diagnóstico oportuno, el acceso a servicios de apoyo adecuados y la plena inclusión social de las personas afectadas y sus familias(71). La construcción social de la enfermedad, moldeada por las creencias culturales, las percepciones sociales y las experiencias individuales, influye significativamente en la forma en cómo se entiende, se vive y se responde a la demencia(72)(73). Una construcción social negativa se puede manifestar como miedo, aislamiento, discriminación y prejuicios, dificultando la búsqueda de ayuda, el acceso a tratamientos y la participación plena en la sociedad. Las demencias, al ser condiciones médicas complejas, también están atravesadas por procesos de construcción social que afectan la forma en que son entendidas, representadas y gestionadas en el ámbito de las políticas públicas(74). El estigma hacia las personas con demencia se ha expresado a través de ideas estereotipadas del tipo: las personas con demencia son una carga para las familias, un peligro para sí mismos, viejos, débiles, incompetentes y no confiables, entre otros(100).

Durante los últimos años, se ha consolidado una perspectiva que reconoce la importancia de la sensibilización y la inclusión como ejes estratégicos para el diseño de políticas efectivas(75). Diversos estudios enfatizan en que la sensibilización comunitaria sobre la demencia es fundamental para erradicar estigmas, garantizar el acceso a servicios y fomentar la participación de personas afectadas en sus comunidades. Estas acciones también deben ir acompañadas de marcos legales y normativos basados en derechos humanos(76)(77).



Actividad comunitaria. Centro de apoyo Comunitario Quicalcura. Servicio de Salud Aconcagua

Estigma y la influencia de las narrativas culturales

Para comprender la construcción social de la demencia, es necesario abordar los diferentes modelos teóricos que explican su naturaleza y su impacto. El modelo biomédico, tradicionalmente predominante, se centra en las causas fisiológicas y genéticas. Este enfoque, aunque fundamental para el diagnóstico y el tratamiento, puede ignorar el impacto psicológico y social de esta enfermedad en las personas.

Es conocida la influencia del entorno social y las experiencias individuales en el curso de la enfermedad y la calidad de vida de la persona, sobre todo cuando envejece. En este sentido, la OMS entiende el envejecimiento positivo como una visión donde la longevidad no es solo una cuestión de años vividos, sino de vida vivida con calidad, dignidad y autonomía. Esto se articula principalmente a través del marco de “envejecimiento activo” (Active Ageing), presentado en 2002, que integra los principios de salud, participación y seguridad como pilares para una experiencia positiva de una vida más prolongada(78).

En síntesis, la participación activa en la comunidad y una vida significativa pueden mitigar los efectos negativos del envejecimiento y de la demencia, para ello es crucial integrar enfoques para una comprensión integral, que valore tanto los aspectos biológicos como los socioculturales de la enfermedad.

Las representaciones culturales influyen significativamente en la construcción social de las demencias. Las narrativas tradicionales asocian la enfermedad con la pérdida de identidad y la incapacidad, reforzando estereotipos negativos que pueden fomentar el aislamiento social y la discriminación(67). Estas ideas preconcebidas repercuten en la forma en que se percibe y trata a las personas afectadas(79).

El estigma ligado a la demencia genera barreras en el acceso a servicios y en la integración social de las personas afectadas. La etiqueta de “demencia” a menudo conduce a la marginalización y a la subinversión en servicios de salud y apoyo psicosocial(80)(81). Reconocer, afrontar y combatir estos prejuicios es fundamental para promover una sociedad inclusiva y justa.

La construcción social de la demencia influye directamente en la formulación de políticas públicas. Una visión basada en el miedo y la ignorancia puede resultar en respuestas insuficientes, mientras que una perspectiva informada y empática favorece la implementación de estrategias integrales de prevención y cuidado(82). La sensibilización social se configura, por tanto, como una herramienta esencial para la toma de decisiones a nivel institucional.

Las campañas de sensibilización sobre la demencia son cruciales para contrarrestar el estigma, promover la búsqueda temprana de ayuda y mejorar la comprensión pública de la enfermedad(17). Para lograr un impacto significativo, estas campañas requieren un diseño estratégico y una implementación efectiva, considerando diferentes públicos objetivos y utilizando métodos de comunicación eficaces.

En este sentido, la OMS(11) considera que sensibilizar a la sociedad sobre la demencia no es opcional, sino esencial para reducir el estigma, mejorar el diagnóstico temprano y garantizar una atención digna y respetuosa para las personas afectadas, sobre ello enfatiza en los siguientes puntos:

- El estigma y la discriminación siguen siendo barreras críticas para el acceso a la atención médica y al apoyo comunitario.
- Los esfuerzos de sensibilización deben ser multicanales, inclusivos y adaptados a contextos culturales diversos.
- La OMS insta a los gobiernos a liderar campañas nacionales de concienciación y a incluir la demencia en los programas educativos y de salud pública.
- La sensibilización no es una actividad opcional, sino un componente estructural de la respuesta a la demencia.

Además, tanto desde la OPS como organismos internacionales como ADI, han insistido en que los sistemas de salud deben ser culturalmente sensibles, lo que implica, considerar acciones en, al menos, los siguientes puntos:

- Formar equipos de salud con enfoque intercultural.
- Traducir materiales educativos a lenguas originarias.
- Reconocer prácticas tradicionales de cuidado.
- Incluir a líderes comunitarios en el diseño de políticas públicas.



Actividad de sensibilización comunitaria intergeneracional.
Centro de apoyo Comunitario Quemanta. Servicio de Salud Magallanes

En el caso de Chile, una de las recomendaciones que ha planteado la Mesa Asesora de Demencias va en esta dirección. Por ejemplo, se releva la importancia de fortalecer el enfoque territorial e intercultural en la atención primaria, principalmente en aquellas zonas con alta presencia de población migrante internacional y aquellas con alta presencia de personas pertenecientes a pueblos originarios. En este sentido, debe fortalecerse la formación en enfoque intercultural para estos equipos de salud.

Participación Social en demencia

La participación social en Salud se define como "un proceso de cooperación entre el Estado y las personas, que incluye y es más amplio que la participación ciudadana, correspondiendo a la capacidad de la sociedad civil en su conjunto, organizada o no organizada, incidir en las decisiones respecto de la salud, con relación al diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de los recursos públicos"(104).

Participación en el PND 2017-2025

El PND 2017-2025 establece como una de sus líneas estratégicas el fortalecimiento de la participación social mediante el desarrollo de mesas comunales de trabajo, redes de apoyo intersectoriales y actividades de sensibilización territorial, orientadas a construir una sociedad más inclusiva(14)(83).

La realización de estas acciones ha sido responsabilidad de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, quienes a través del trabajo territorial y de vinculación con otros actores, han desarrollado campañas de sensibilización, capacitaciones, jornadas de formación, diálogos ciudadanos, entre otros.

La participación social en políticas públicas se define como el proceso mediante el cual las personas, grupos y comunidades intervienen de manera activa en la definición, formulación, implementación y evaluación de políticas que afectan su vida cotidiana. Este concepto, fuertemente vinculado a los principios de la gobernanza democrática y la equidad, ha cobrado especial relevancia en el ámbito de la salud pública, sobre todo frente a problemáticas complejas como las demencias, que involucran factores no solamente médicos, sino también sociales, económicos y éticos.

La OMS ha establecido que una respuesta efectiva frente a las demencias, esto es diseño, ejecución y evaluación de políticas y programas, debe incluir la voz activa de las personas que viven con la enfermedad, las personas que realizan labores de cuidado y las comunidades en general(11).

Gajardo y Abusleme(84) destacan que la construcción del PND 2017-2025 ha incluido mecanismos participativos relevantes, aunque aún se observan desafíos para una participación sostenida y efectiva de actores no institucionales.

Por su parte, estudios nacionales (75) evidencian que en el contexto chileno la participación social ha permitido visibilizar barreras en la atención a personas con demencia, especialmente en territorios rurales y en el nivel de atención primaria de salud. Así, se ha promovido una co-construcción de soluciones desde las realidades locales, un elemento que la OMS también considera esencial para una política efectiva(85).



Actividad de sensibilización comunitaria. Centro de Apoyo Comunitario Quicalcura.
Servicio de Salud Aconcagua

En nuestro país, en el contexto de fortalecimiento del PND 2017-2025 se conformó una “Mesa Asesora de Demencia”. Esta instancia funcionó desde octubre 2022 a noviembre 2023 y tuvo como objetivo la revisión y entrega de recomendaciones al MINSAL en cuatro áreas clave:

- El análisis de la oferta programática.
- Sistema de evaluación y monitoreo del Plan Nacional y GES.
- Acciones de apoyo a personas cuidadoras de personas con demencia.
- Formación de competencias técnicas en equipos de atención.

Los resultados de esta labor están plasmados en el documento de Recomendaciones al nivel central para la implementación del *Plan Nacional de Demencia y el GES de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*(34) y recogidas por el proceso de evaluación del PND 2017-2025 antes mencionado.

Así mismo, durante el año 2024 se realizaron Diálogos Ciudadanos Regionales en el contexto de la evaluación del Plan Nacional de Demencia, contando con 27 diálogos y 897 personas participantes de ellos, a lo largo del país. Un resumen de sus conclusiones se puede encontrar en el resumen ejecutivo del Informe de evaluación del Plan Nacional que se encuentra en Anexo.



Diálogos regionales Plan Nacional de Demencia. SEREMI Región de Los Lagos

Considerando lo anterior, para sensibilizar en demencia a la población, combatir el estigma y promover la participación es necesario realizar acciones en las siguientes temáticas:

› **Campañas de sensibilización.**

Profundizar lo realizado en el contexto del PND 2017-2025 respecto a iniciativas comunicacionales que desmitifiquen la demencia con énfasis en cómo prevenir la demencia, los recursos disponibles para tratarla y en el resguardo de la calidad de vida de las personas que viven con demencia.

› **Promoción de la Inclusión Social.**

Promover políticas y programas que faciliten la participación plena de las personas con demencia en la sociedad, promoviendo su acceso a actividades comunitarias, recreativas y culturales. El diseño de entornos accesibles y la promoción de la autonomía son esenciales para su integración social(86). Asimismo, se debe promover y fortalecer el rol intersectorial en el sentido de identificar los recursos los recursos comunitarios disponibles, conocer las organizaciones comunitarias y trabajar en coordinación con municipios.

› **Promoción de la participación en el Plan Nacional de Demencia**

– **Comité Asesor del Plan Nacional de Demencia**

Desarrollo de un comité asesor compuesto por personas expertas por experiencia y por aprendizaje, que acompañe la implementación del Plan Nacional y que sea un ente consultivo para orientar la política pública. Su conformación contará con 12 integrantes: tres representantes de la academia y/o sociedades científicas, tres representantes de organizaciones de la sociedad civil, tres representantes de agrupaciones de personas que viven con demencia o de personas cuidadoras y/o familiares de personas con demencia y tres representantes de la red de atención sanitaria de personas con demencia. La selección de los participantes estará a cargo del Departamento de Salud Mental del MINSAL y su funcionamiento, alcance y duración será normado a través de una Resolución Exenta.

– **Panel Nacional de Expertos por experiencia vivida(87).**

Conformación de un grupo panel de personas con demencia y personas que realizan labores de cuidado, dedicado a evaluar cualitativamente del avance de la implementación del Plan Nacional de Demencia. La metodología de su funcionamiento estará sancionada por Resolución Exenta en los primeros años de vigencia de este Plan.

IV. Intersectorialidad para el abordaje de la demencia

Por medio de este eje se busca lograr una acción articulada del Estado, la academia y la sociedad civil para el abordaje integral de las personas con demencia y su entorno de apoyo.

La intersectorialidad se refiere a la coordinación de actores, recursos y decisiones entre distintos sectores del Estado y sociedad civil, orientada hacia la solución de problemas sociales complejos. Implica una superación de la lógica sectorial tradicional para lograr respuestas integrales, efectivas y sostenibles. El trabajo intersectorial debe implicar la construcción de espacios comunes donde se redefinen los problemas públicos, para formular respuestas interdependientes que superen la lógica uni sectorial(88)(89).

En el ámbito de la salud pública, la intersectorialidad se fundamenta en que la salud no solo depende de factores que aborda directamente el sector salud, sino de múltiples determinantes sociales (educación, vivienda, empleo, ambiente, etc.) que se deben enfrentar desde todos los sectores del Estado(35)(90). Este enfoque ha sido clave en el diseño de estrategias nacionales y planes de acción para enfermedades crónicas, incluyendo demencia, VIH, obesidad, la salud mental, entre otras.

La atención de las personas con demencias requiere un enfoque intersectorial, es decir, una colaboración articulada entre distintos actores: el Estado, la sociedad civil, las organizaciones académicas, las agrupaciones de usuarios y los cuidadores, como las principales. Este enfoque reconoce que la atención integral de la demencia no puede recaer exclusivamente en el sistema de salud, sino que requiere la interacción de múltiples sectores que aborden los aspectos médicos, sociales, económicos y psicológicos de la enfermedad.

Intersectorialidad en el PND 2017-2025

En el PND 2017-2025, se conceptualiza la intersectorialidad como la coordinación activa entre distintos sectores del Estado y la sociedad —salud, desarrollo social, educación, trabajo, vivienda, justicia, ciencia y tecnología, entre otros— para enfrentar de forma integral el desafío que representa la demencia.

Cada uno de estos actores debe tener un rol diferente, capaz de complementarse y articularse con los demás, con el fin de dar una respuesta integral para este problema de salud. Así, la respuesta debiera abarcar todos los ámbitos que puedan verse afectados, tanto para la persona que vive con demencia como para sus cuidadores.

A nivel global, la OMS promueve la importancia de la intersectorialidad en el abordaje integral de las personas con demencia, enfatizando la necesidad de colaboración entre sistemas de salud, servicios sociales y comunidades(11)(91).



Actividad comunitaria. CESFAM San Nicolás, comuna de San Nicolás.
Servicio de Salud Ñuble.

Para efectos de este Plan, el siguiente cuadro muestra los principales actores y sus funciones:

Estado	▪ Diseña, implementa y evalúa planes y políticas públicas ▪ Coordina el trabajo intersectorial. ▪ Financia servicios y programas. ▪ Garantiza marcos normativos y derechos ▪ Rinde cuentas sobre el avance de las políticas públicas.
Academia	▪ Genera evidencia científica sobre demencia y salud pública. ▪ Evalúa impacto de políticas públicas. ▪ Forma profesionales con enfoque biopsicosocial. ▪ Apoya en el diseño técnico de estrategias y protocolos.
Sociedad civil	▪ Participa en mesas técnicas y consultas ciudadanas. ▪ Organiza redes de apoyo comunitarias. ▪ Visibiliza necesidades no cubiertas. ▪ Promueve la inclusión y defensa de derechos de personas con demencia y cuidadores.

Tabla 7: Actores y funciones en la intersectorialidad en demencias.
Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presentan estas acciones de manera más específica:

El rol del Estado en la atención intersectorial de la demencia

El Estado desempeña un papel central en la respuesta intersectorial a la demencia, a través del diseño de políticas públicas, la asignación de recursos y la regulación de los servicios de atención⁽⁹¹⁾. En muchos países, los planes nacionales de demencia han sido fundamentales para establecer estrategias coordinadas entre los sectores público y privado en pos de beneficiar la calidad de vida de la persona con demencia y su entorno de apoyo.

El rol del Estado puede definirse en función de las acciones que desarrolla cada Ministerio. Dado el avance de las acciones implementadas por el PND 2017-2025 y comprendiendo que el abordaje

sociosanitario de las personas con demencia es un compromiso de múltiples actores, a continuación se describen acciones intersectoriales que potencialmente puede realizar cada ministerio, muchas de ellas ya en curso:

Ministerio de Salud	Le corresponde brindar atención en todos los niveles de atención, considerando la incorporación de las demencias en el régimen de enfermedades GES. Asimismo, promueve la articulación entre la atención primaria y la de especialidad, el desarrollo de nuevos servicios, así como la regulación y normativa respecto a la atención sanitaria de las personas con este problema de salud. Además asume un rol normativo en este Plan Nacional, en tanto articula y favorece la acción con otros ministerios, monitorea, evalúa y actualiza las directrices que de este se desprenden.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	La articulación con este ministerio es fundamental, ya que es la instancia mandatada institucionalmente a diseñar y ejecutar políticas públicas dirigidas a las personas mayores y su entorno más próximo. En el caso de las personas con demencia, la oferta de centros diurnos para personas mayores y ELEAM pueden complementarse con las acciones sanitarias, propiciando la integralidad en la atención y favoreciendo la inclusión de las personas con demencia en estos dispositivos. Además, puede aportar en la elaboración e implementación de programas de apoyo a cuidadores y familias.
Ministerio de Educación	Cumple un rol fundamental en la elaboración, coordinación, ejecución y evaluación de políticas y programas para la educación superior, por lo que puede abogar para promover la formación de profesionales y técnicos del área sanitaria y social en temáticas relacionadas con las demencias.
Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género	Su rol institucional es diseñar, implementar y evaluar políticas, planes y normas para garantizar la igualdad de derechos y la equidad de género. Dada la alta prevalencia de la demencia en mujeres y considerando que los roles de cuidado históricamente han sido asumidos por este género, las acciones coordinadas con este ministerio son muy importantes para, por ejemplo visibilizar y reducir las brechas de género en el cuidado, fortalecer el acceso a tratamiento oportuno y reducción de mortalidad.
Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación	Desarrolla un rol estratégico para promover y fortalecer la generación de conocimiento y evidencia actualizada en torno a mecanismo de prevención, diagnóstico y tratamientos para la demencia aplicables a la población chilena. Además de promover el desarrollo de tecnologías acordes y adecuadas a las necesidades de las personas con este problema de salud.
Ministerio de Vivienda y Urbanismo	Puede promover políticas públicas que consideren, por ejemplo, la adaptación de viviendas y una planificación urbana accesible, que considere acceso a servicios sanitarios y sociales a personas con demencia.
Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Su rol es clave en el desarrollo de políticas laborales para personas que realizan labores de cuidado, asegurando, por ejemplo, compatibilidad entre funciones propias del trabajo y ejercicio de los cuidados y su inclusión en el sistema de seguridad social.
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Puede promover cuerpos legales y legislación a nivel nacional para asegurar la protección de derechos de personas con demencia, así como la creación e implementación de leyes que reconozcan y resguarden también a las personas cuidadoras.

Tabla 8: Áreas para el desarrollo intersectorial en demencia desde diferentes ministerios.
Fuente: elaboración propia.

Uno de los elementos necesarios de seguir impulsando en nuestra sociedad, es el principio de que las personas con demencia son titulares plenos de derechos y para ello son necesarios los poderes ejecutivos, legislativos y judiciales del Estado.

En el artículo N°12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) se promueve la noción de "apoyos para la toma de decisiones", desafiando los modelos sustitutivos tradicionales(92). Este paradigma fomenta la participación activa de la persona afectada en las decisiones que la involucran, incluso en etapas avanzadas, mediante apoyos y salvaguardas.



Conversatorio con la comunidad. Hospital de la Familia y Comunidad Yumbel. Servicio de Salud Bio-bío

Por otro lado, la OMS considera que la protección de derechos es un pilar estratégico de toda política de demencia(11). Establece como meta que todos los Estados adopten, antes de 2025, marcos normativos que salvaguarden la dignidad, autonomía y seguridad jurídica de las personas con demencia bajo los siguientes lineamientos:

- Integración legal del concepto de "capacidad con apoyo".
- Eliminación de prácticas discriminatorias como la interdicción automática.
- Participación activa de personas con demencia en la formulación de políticas.
- Creación de mecanismos para prevenir abusos en instituciones y entornos domiciliarios.

La OMS también enfatiza la transversalización del enfoque de derechos en estrategias de salud, envejecimiento y discapacidad.

En Chile, el diagnóstico respecto al marco normativo sobre demencia realizado en el PND 2017-2025 sigue estando vigente, en cuanto a que continúa siendo parcial y fragmentado. Actualmente no existe un marco legislativo armónico que regule los derechos de las personas con demencia, y la figura jurídica de la interdicción²⁰ sigue siendo el principal instrumento para declarar la incapacidad legal, contraviniendo estándares internacionales(93). Entre estas normativas existentes que aún mantienen desafíos de considerar las necesidades de personas con demencias se cuentan la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

²⁰ Código Civil de 1857

En el mes de julio del año 2024 se ingresa al Senado de la República el proyecto de Ley Integral de Salud Mental (Boletín 17003-11), el cual incorpora modificaciones de dos cuerpos legales (Código Sanitario Art. 131 y Ley 21.331, Art. 2) para incluir a las personas con algún trastorno de origen neurológico que derive en discapacidad intelectual o psíquica en el grupo de enfermedades o trastornos de Salud Mental. Esta modificación incorpora a las personas con demencia en el grupo de ciudadanos a quienes este proyecto de ley resguarda sus derechos en atenciones de salud, en especial cuando reciben atención en servicios de salud mental, pero también incluye una instancia de articulación intersectorial que posibilita la acción de protección de derechos en servicios residenciales u otros espacios de la vida comunitaria. Busca además generar un espacio efectivo de coordinación interministerial, asegurando el buen uso de los recursos públicos y una coordinación efectiva.

El rol de la academia en el abordaje intersectorial de las demencias

La academia desempeña un papel fundamental en proveer evidencia científica, formación profesional, desarrollo tecnológico y evaluación de políticas públicas. Su contribución desde distintas disciplinas es clave para una mejor caracterización del problema socio-sanitario que representa la demencia, así como para mejorar la calidad del diagnóstico, tratamiento y apoyo a las personas con demencia y su entorno de apoyo.

Las áreas que podría desarrollar esta instancia son variadas, pudiendo aportar en los siguientes aspectos:

Producción de conocimiento y evidencia científica	Para la formulación de políticas públicas informadas por la evidencia, es fundamental que las universidades y centros de investigación generen estudios que permitan comprender mejor las causas, evolución y tratamiento de las demencias.
Formación y capacitación de profesionales	Las instituciones académicas cumplen un rol fundamental en la provisión de profesionales y técnicos a la red de salud al ser responsables de la formación de profesionales de medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, kinesiología entre otras profesiones, que participan en la atención a personas con demencia.
Desarrollo de tecnologías de asistencia en salud	Las instituciones académicas pueden contribuir con innovación tecnológica para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y su entorno.
Evaluación de políticas públicas y procesos de atención	Las universidades y núcleos de investigación pueden tener un rol clave en la medición, monitoreo y evaluación del impacto de políticas y programas del Estado dirigidos a las demencias.

Tabla 9: Áreas para el desarrollo intersectorial en demencia desde la academia.
Fuente: elaboración propia.

El rol de la sociedad civil en el abordaje intersectorial de las demencias

La sociedad civil organizada cumple un papel clave en la respuesta intersectorial a las demencias, actuando como intermediaria entre el Estado, la academia y la comunidad. A través de organizaciones no gubernamentales (ONG), agrupaciones de pacientes, asociaciones de cuidadores y redes comunitarias, la sociedad civil impulsa la defensa de derechos, el acceso a servicios y la sensibilización pública sobre la demencia.

En concreto, sus acciones pueden abarcar distintos ámbitos y deben ser consideradas como parte fundamental del trabajo intersectorial, ya que aportan además una mirada crítica que puede llevar

a cambios y mejoras necesarias para la implementación de políticas públicas adecuadas a las necesidades de las personas con demencia y su entorno de apoyo. Estas acciones pueden enmarcarse en los siguientes ámbitos:

Sensibilización y educación comunitaria	En este ámbito, las organizaciones de la sociedad civil aportan a reducir el estigma asociado a la demencia y aumentar el conocimiento sobre su impacto en las personas, familias y comunidades.
Defensa de derechos y políticas públicas	En este punto, se pueden promover acciones para que las necesidades de las personas con demencia y sus familias sean consideradas en la legislación y en las políticas públicas. Asimismo, promover instancias de participación efectiva de personas usuarias y familiares en esto.
Apoyo a pacientes y cuidadores	Uno de los objetivos fundamentales tiene que ver con el brindar contención emocional y asistencia práctica a personas con demencia y su entorno.

Tabla 10: Áreas para el desarrollo intersectorial en demencia desde la sociedad civil.

Fuente: elaboración propia.



Planificación mes del Alzheimer 2025. Equipo de Unidad de Memoria, Hospital de Puerto Montt y Agrupación de amigos y familiares de la Demencia. Servicio de Salud de Reloncaví

Con todo, es necesario avanzar en las siguientes temáticas que fortalezcan la intersectorialidad en demencia:

En el Estado:

› **Articulación intersectorial.**

Fortalecer la articulación intersectorial mediante la coordinación de los esfuerzos sectoriales, junto con establecer un sistema de información compartido entre los ministerios para monitorear el avance de los acuerdos. Especial atención merece la articulación con Sistema nacional de cuidados y centros diurnos de SENAMA.

› **Derechos de las personas con demencia.**

Abogar por el resguardo de los derechos de las personas con demencia, en tanto se reconozca y resguarde el derecho a la autonomía, el principio de apoyo en la toma de decisiones con mecanismos de revisión periódica, reversibilidad y participación, además de la prevención, investigación y sanción de abusos hacia personas con demencia y la creación de observatorios de derechos de personas mayores y con demencia, entre otros tópicos.

En la Academia:

› **Conocimiento y evidencia científica.**

Fortalecer el avance en el conocimiento científico en demencia, en áreas de epidemiología, factores de riesgo y prevención de las demencias, desarrollo de biomarcadores, diseño, adaptación y evaluación de intervenciones psicosociales para personas con demencia y personas cuidadoras, calidad en la atención de personas con demencia en la APS y atención de especialidad.

› **Contenidos de salud mental en mallas curriculares.**

Abogar por la incorporación de contenidos sobre salud mental y demencias en carreras de la salud y ciencias sociales, además de la implementación de cursos, postítulo, y especialización en neurociencias, demencias y geriatría para profesionales en ejercicio.

› **Tecnologías de asistencia en salud.**

Abogar por el desarrollo de modelos que incorporen nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial para un diagnóstico oportuno de la enfermedad, de aplicaciones móviles para apoyo a personas cuidadoras y diseño de entornos inteligentes adaptados a personas con demencia.

› **Evaluación de la política pública y modelos de atención.**

Por medio de su participación en la evaluación de parámetros de efectividad del Plan Nacional de Demencia, de estudios sobre equidad en el acceso a tratamiento y propuestas para ajustes a la política pública con base a esos resultados.

En la Sociedad civil:

› **Sensibilización y educación comunitaria.**

Por medio de su participación activa en las campañas de sensibilización en medios de comunicación y redes sociales de su región. Talleres y charlas en comunidades para informar sobre signos tempranos y cuidados. Programas de formación para actores locales y redes de apoyo comunitario.

› **Defensa de derechos e incidencia en la política pública.**

Para mejorar la cobertura de salud y apoyo social, de participación en mesas de trabajo con el Estado para el diseño de estrategias nacionales y políticas públicas y de defensa de los derechos de las personas con demencia contra la discriminación y el abandono.

› **Apoyo a personas con demencia y personas cuidadoras.**

Mediante la creación de grupos de apoyo para familiares y cuidadores, de centros de día y programas de respiro para aliviar la sobrecarga de las personas cuidadoras e instancias de apoyo mutuo y orientación para familias.

V. Monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Demencia

Por medio de este eje se busca contar con un mecanismo de monitoreo y evaluación del presente Plan Nacional, con indicadores para establecer su cumplimiento y resultados, así como también mecanismos de comunicación social de sus avances.

Tener un mecanismo de monitoreo y evaluación de los objetivos, acciones y actividades de los Planes Nacionales de Demencia (PNsD), es un elemento de vital importancia para identificar y comprender los desafíos de implementación que tiene el plan, la pertinencia de sus objetivos y acciones propuestas en cada territorio y la actualización de los desafíos sanitarios que esta enfermedad implica.

Es importante considerar que el *monitoreo* incluye un seguimiento periódico de aspectos claves del Plan, por medio de indicadores y metas que den cuenta del progreso de la implementación(96). Para ello debe proveer de información sobre áreas sensibles en las cuales se pueden presentar dificultades como, por ejemplo, la provisión de servicios, el avance en documentos normativos o el cumplimiento de plazos para que se ajusten a lo previsto(97).

Por otro lado, la *evaluación*, se refiere a un proceso sistemático y continuo que puede reflejar la eficacia del Plan basándose en el logro de los objetivos planteados(96). Este proceso es crucial para identificar si aquello planificado, no solo avanza, sino también si el avance está teniendo los resultados esperados bajo los estándares previamente definidos, lo que permite ajustar estrategias y adaptarse, dentro de lo posible, a las contingencias(97).

En el contexto internacional, el seguimiento y evaluación de los PNsD han sido procesos heterogéneos, marcados por las características que cada país ha adoptado para la implementación de su Plan o estrategia y dependientes de cómo está estructurado el sistema de salud en cada país(85).

Evaluación y monitoreo en el PND 2017-2025

En el PND 2017-2025 este elemento estuvo presente en el quinto objetivo de **"Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del Plan"**, mediante el diseño e implementación de sistemas de registro de información con relación a las personas que viven con demencia, sus entornos próximos y las acciones propuestas en este Plan.

Consideró la socialización de los resultados y la creación de una comisión revisora del Plan, con definiciones, funciones y atribuciones reglamentadas, asegurando la participación de equipos de intervención en esta instancia.

Si bien los estudios respecto a evaluación de PNsD son limitados, experiencias de países como Dinamarca, Alemania e Italia, identificaron en evaluaciones ex post, que el no incluir medidas para monitorear y evaluar el avance de sus Planes, ha sido un elemento crítico, que no les ha permitido cotejar adecuadamente los avances de sus iniciativas locales(98).

Respecto a procesos de evaluación y monitoreo de Planes Nacionales de campos cercanos a la demencia, como por ejemplo salud mental, las recomendaciones apuntan a considerar la evaluación como parte del Plan, el que además debe tener identificadas las responsabilidades y fuentes de financiamiento. Para aplacar el costo del proceso de evaluación y resguardar la calidad del proceso evaluativo, se recomienda una alianza con la academia. Por último, se establece la posibilidad de realizar evaluaciones de aspectos específicos del Plan,

que se puedan integrar a una evaluación de mayor envergadura y que se puedan reportar a la población(86).

La OMS(2) indica que el monitoreo sistemático y la evaluación del uso de servicios de cuidados sanitarios y sociales, es una oportunidad para contar con evidencia de buena calidad que informe a la toma de decisión respecto a la provisión de servicios para personas con demencia, desde la prevención hasta los cuidados de fin de vida. Para este objetivo, propone tres acciones a los estados miembros:

- Desarrollar, aplicar y mejorar sistemas nacionales de vigilancia y monitoreo, integrados a los sistemas de información sanitaria ya en marcha para mejorar la calidad y disponibilidad de datos intersectoriales disponibles.
- Actualizar o crear iniciativas legislativas respecto a la recopilación e intercambio de datos entre sistemas sanitarios y sociales de atención de personas con demencia, la cual se integre en un sistema nacional que se informe regularmente a la comunidad.
- Recopilar y utilizar todos los datos necesarios respecto a epidemiología, cuidados y recursos relativos a la atención de personas con demencia para su aplicación a la política pública.

Si bien la recomendación de la OMS apunta a integrar datos para generar información de carácter intersectorial, es posible identificar la necesidad de contar, al menos para una primera etapa, con la recopilación sistemática de datos para generar indicadores básicos respecto a la atención sanitaria de personas con demencia. Para una segunda etapa, integrar dichos datos con los proporcionados por la atención en dispositivos sociales de personas con demencia y su entorno de apoyo.

El proceso de evaluación del PND 2017-2025, evidenció que estas acciones se han cumplido parcialmente, la primera de ellas con la creación el año 2023 de la “Reportería de Salud Mental”, cuya actualización periódica con datos validados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL permite visualizar las atenciones de personas con demencia por cada centro de atención, nivel de complejidad, servicio de salud, etc. La segunda, a través de la creación en el año 2023 de la “Mesa Asesora de Demencia” instancia que sirvió como primera aproximación para evaluar la implementación de áreas claves del Plan Nacional.

Si bien se verifica el cumplimiento parcial del objetivo por medio de estas acciones, una de las principales falencias del Plan 2017 - 2025 es no contar con un proceso de monitoreo y evaluación estructurado en su plan de acción, así como tampoco con una línea base sobre la cual medir el avance de su implementación.

Contar con datos confiables y con actualización periódica que permita registrar el comportamiento de las acciones desarrolladas en el Plan, es un primer paso fundamental para establecer un sistema de monitoreo adecuado. Para ello, es importante determinar la capacidad del sistema de salud para recoger estos datos y posteriormente transformarlos en información que vaya orientando el avance de la política pública(16).

En este sentido, para monitorear el avance en la prevención del riesgo de desarrollar una demencia, los datos recopilados en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), y Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) son fundamentales. Ambas encuestas nos pueden informar respecto al avance o retroceso de los catorce factores de riesgo identificados dado que cuentan con representatividad nacional.

Para la provisión de servicios y en específico para dar cuenta de la cobertura de atención, en cuanto a sospecha, diagnósticos y tratamientos desarrollados en la Atención Primaria y Especialidad, se cuentan con los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y con los datos provistos por el Sistema

de gestión de garantías explícitas de salud (SIGGES). Esta información se actualiza mensual y semestralmente y nos permite aproximarnos territorialmente a la cantidad de personas que reciben algún tipo de atención relacionado con este problema de salud en el sistema de salud público.

Para las acciones que no están contenidas en los instrumentos antes mencionados es necesario establecer un reporte anual de las mismas que refleje su estado de avance.

Por otra parte, es necesario potenciar la calidad y disponibilidad de los datos recabados, para informar y difundir con la sociedad en general y con grupos específicos interesados en la temática los avances y desafíos de la implementación del Plan Nacional de Demencia. Para este fin, la disponibilidad de los datos en la Reportería de Salud Mental, es una herramienta estratégica por potenciar con nuevos datos pero también sumando información sobre el funcionamiento y calidad de la atención.

Por último, desarrollar mecanismos de control y monitoreo de la implementación del PND externos al Ministerio de Salud, es una buena práctica implementada en varios países con Planes Nacionales de esta naturaleza. En función de esto, la instancia de participación "Comité Asesor del Plan Nacional de Demencia" descrita en el Eje de Participación, puede participar de las acciones de monitoreo que se definan en la implementación del Plan.

En cuanto a la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación, es necesario avanzar en las siguientes temáticas:

- › **Instrumento de monitoreo de las acciones de este Plan Nacional de Demencia.**
Diseñar e implementar un instrumento de seguimiento de acciones e indicadores de este Plan Nacional, que incorpore mecanismos de medición de los avances en objetivos, acciones, responsables, metas e indicadores.
- › **Sistema de gestión del monitoreo del avance del Plan Nacional de Demencia.**
Diseño y elaboración de un sistema de gestión del monitoreo, con identificación de participantes de las divisiones ministeriales implicadas, sus responsabilidades y periodicidad de sus reportes.
- › **Sistema de gestión del proceso de evaluación de los avances del Plan Nacional de Demencia.**
Diseño y elaboración de una nueva actualización, con identificación de participantes de las divisiones ministeriales implicadas, de representantes de la sociedad civil y de la academia que desarrollarán el proceso, sus responsabilidades y periodicidad de sus reportes.
- › **Reportes del Plan Nacional de Demencia**
Desarrollo de una plataforma que contenga medición de indicadores y grados de avance del Plan Nacional de Demencia.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP 2.0 para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de atención de salud no especializada: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP). Ginebra: OMS; 2016.
2. World Health Organization. Towards a dementia plan: a WHO guide. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272642>
3. Alzheimer's Disease International. From plan to impact VIII: Time to deliver. Londres: Alzheimer's Disease International; 2025. Disponible en: <https://www.alzint.org/u/From-Plan-to-Impact-VIII.pdf>
4. World Health Organization. Fact sheets of dementia [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 31 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
5. Slachevsky A, Arriagada P, Maturana J, Rojas R. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Chile: Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias. Santiago: Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (Coprada); Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (Sonepsyn); 2012. Disponible en: https://www.coprada.cl/wpcontent/uploads/2018/01/pasos_coprada_alzheimer_chile.pdf
6. Fuentes P, Albala C. An update on aging and dementia in Chile. Dement Neuropsychol. 2014;8(4):317-322. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1980-57642014DN84000003>
7. Universidad de Chile. Policy Paper Demencias. Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, VID; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.34720/5amj-bt82>
8. Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME). Resumen de causas y riesgos de GBD 2021: Enfermedad de Alzheimer. [consultado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
9. Instituto Nacional de Estadísticas, CELADE. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2015.
10. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2024: Resultados preliminares. Disponible en: <https://www.censo2024.cl/>
11. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
12. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf?sequence=1>
13. World Health Organization. Intersectoral global action plan on Epilepsy and other neurological disorders 2022-2031. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371495/9789240076624-eng.pdf?sequence=1>

14. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Demencias 2017. Santiago: Gobierno de Chile; 2015. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wpcontent/uploads/2024/05/2017-Plan-Nacional-Demencias-1.pdf>
15. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la implementación del GES N°85 de Alzheimer y otras demencias [Internet]. Santiago de Chile: 2023 [citado 2024 nov 20]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023.07.21-OOTT-GES-Alzheimer-y-otras-Demencias-RV2.pdf>
16. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Demencia tipo Alzheimer 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencias/recomendaciones-grade/>
17. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017;390:2673-2734. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2931363-6>
18. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396:413-446. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620303676?via%3Dihub>
19. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, Ames D, Banerjee S, Burns A, Brayne C, Fox NC, Ferri CP, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Nakasujja N, Rockwood K, Samus Q, Shirai K, Singh-Manoux A, Schneider LS, Walsh S, Yao Y, Sommerlad A, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*. 2024 Aug 10;404(10452):572-628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0. Epub 2024 Jul 31. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2824%2901296-0>
20. Ferretti MT, Iulita MF, Cavedo E, et al. Sex differences in Alzheimer disease — The gateway to precision medicine. *Nat Rev Neurol*. 2018;14(8):457-469.
21. Kivipelto M, Mangialasche F, Anstey KJ. Pivotal points in the science of dementia risk reduction. *Lancet*. 2024;404(10452):501-503. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01546-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01546-0)
22. Silva Paradela R, Calandri I, Pozo Castro N, et al. Population attributable fractions for risk factors for dementia in seven Latin American countries: an analysis using cross-sectional survey data. *Lancet Glob Health*. 2024;12(10):e1600-e1610. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00275-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00275-4)
23. Allegri RF, Chrem Mendez P, Russo MJ, et al. Biomarkers of Alzheimer's disease in mild cognitive impairment: Experience in a memory clinic from Latin America. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021;36(3):201-208. doi:10.1016/j.nrl.2017.12.011
24. Schindler SE, Galasko D, Pereira AC, et al. Acceptable performance of blood biomarker tests of amyloid pathology — recommendations from the Global CEO Initiative on Alzheimer's Disease. *Nat Rev Neurol*. 2024;20:426-439. <https://doi.org/10.1038/s41582-024-00977-5>
25. Harris E. Alzheimer Drug Lecanemab Gains Traditional FDA Approval. *JAMA*. 2023;330(6):495.
26. Harris E. FDA Green-Lights Second Alzheimer Drug, Donanemab. *JAMA*. 2024;332(7):524. doi:10.1001/jama.2024.13386

27. Iacobucci G. Benefits of Alzheimer's drugs remain too small to justify costs, says NICE. *BMJ*. 2025;389:r1270. doi:10.1136/bmj.r1270
28. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Londres: NICE; 2018 Jun.
29. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Marco Operativo. Santiago, Chile: MINSAL; 2025.
30. Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>
31. Sorrentino M, Fiorilla C, Mercogliano M, et al. Barriers for access and utilization of dementia care services in Europe: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2025;25:162. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05805->
32. González Sánchez RA, López Sáenz JA. Barreras de Acceso a la Atención Sanitaria en Enfermedad de Alzheimer en América Latina. Una Revisión Sistemática. *Ciencia Latina* [Internet]. 2024 May 10 [citado 2025 Jul 1];8(2):5262-84. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10943>
33. Ibáñez A, Slachevsky A, Serrano CM. Manual de Buenas Prácticas para el diagnóstico de demencia. 1.a ed. Banco Interamericano de desarrollo; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3CkAdMq>
34. Ministerio de Salud. Recomendaciones al nivel central para la implementación del Plan Nacional de Demencia y el GES de enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Mesa Asesora de Demencia 2022-2023. Santiago; 2024. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024-Recomendaciones-a-la-autoridad.-Mesa-Asesora-Demencia.pdf>
35. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
36. Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R, et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*. 2020 Aug 4;95(5):e519-e531. doi:10.1212/WNL.0000000000010022
37. Kim YJ. Estimating Willingness to Pay for Dementia Prevention and Policy Implications. 2024 Feb 29.
38. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950>
39. Hojman DA, Duarte F, Ruiz-Tagle J, et al. The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLoS ONE*. 2017;12(3):e0172204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172204>

40. Coates AL, Fair HL, Lea EJ, et al. Insights for dementia risk reduction among lower SES adults in OECD countries: scoping review of interventions targeting multiple common health risk factors. *Int J Equity Health*. 2025;24:52. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02386-6>
41. Walsh S, Merrick R, Brayne C. The relevance of social and commercial determinants for neurological health. *Lancet Neurol*. 2022;21(12):1151-1160. doi:10.1016/S1474-4422(22)00428-8
42. Walsh S, Govia I, Wallace L, et al. A whole-population approach is required for dementia risk reduction. *Lancet Healthy Longev*. 2022;3(1):e6-e8.
43. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Washington, D.C.: 2020.
44. Vergara RC, Zitko P, Slachevsky A, et al. Population attributable fraction of modifiable risk factors for dementia in Chile. *Alzheimer's Dement*. 2022;14:e12273. <https://doi.org/10.1002/dad2.12273>
45. Mariman JJ, Vergara RC, San Martin C, et al. Modifiable dementia risk factors in Chilean adults are distinctively associated with social determinants of health. Cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2025;25:1117. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22220-6>
46. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Enfermedades No Transmisibles: Análisis de situación y plan de acción 2024-2034. (documento en elaboración).
47. Ministerio de Salud. Evaluación de final de la década. Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios 2011-2020. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Evaluación-de-Final-de-la-Decada-2011-2020.pdf>
48. Kjelvik G, Rokstad AM, Stuebs J, et al. Public knowledge about dementia risk reduction in Norway. *BMC Public Health*. 2022;22:2046. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14433>
49. Van Asbroeck S, Köhler S, Wimmers SCPM, et al. Multidomain Dementia Risk Reduction in Primary Care is Feasible: A Proof-of-concept study. *J Alzheimers Dis*. 2024;99(4):1455-1471. doi:10.3233/JAD-240229
50. Volpe U, Amin H, Ayinde OO, et al. Pathways to care for people with dementia: An international multicentre study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35:163-173. <https://doi.org/10.1002/gps.5223>
51. Roth S, Burnie N, Suridjan I, et al. Current Diagnostic Pathways for Alzheimer's Disease: A Cross-Sectional Real-World Study Across Six Countries. *J Alzheimers Dis Rep*. 2023 Jun 29;7(1):659-674.
52. Catalán L, Oliveira D. Preventable adverse events and related outcomes among people with dementia in hospital settings: scoping review. *Aging Ment Health*. 2025;15(6):774. <http://doi:10.1080/13607863.2025.2484355>
53. Giebel C, Silva-Ribeiro W, Watson J, et al. A Systematic Review on the Evidence of Misdiagnosis in Dementia and Its Impact on Accessing Dementia Care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024 Oct;39(10):e6158.

54. Patnode CD, Perdue LA, Rossom RC, et al. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 Feb. Report No.: 19-05257-EF-1. PMID: 32129963.
55. Jiménez D, Lavados M, Rojas P, et al. Evaluación del minimental abreviado de la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) como screening para la detección de demencia en la atención primaria. *Rev Méd Chile*. 2017 Jul;145(7):862-868. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700862&lng=es.
56. Tampi RR, Tampi DJ, Balachandran S, Srinivasan S. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. *Ther Adv Chronic Dis*. 2016 Sep;7(5):229-45. <https://doi.org/10.1177/2040622316658463>
57. Lenzer J. FDA warns about using antipsychotic drugs for dementia. *BMJ*. 2005 Apr 23;330(7497):922. doi:10.1136/bmj.330.7497.922-c.
58. Instituto de salud pública; Agencia Nacional de Medicamentos. Resolución Exenta 1078 modifica las indicaciones de los productos farmacéuticos que contienen risperidona, incorpora advertencias en los folletos de información al profesional y paciente y deja sin efecto la resolución nº 4.654/15 exenta. Disponible en: <https://bcn.cl/3s4eh>
59. Guzzon A, Rebba V, Paccagnella O, et al. The value of supportive care: A systematic review of cost-effectiveness of nonpharmacological interventions for dementia. *PLoS ONE*. 2023;18(5):e0285305. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285305>
60. Gauthier S, Webster C, Servaes S, et al. World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. Londres: Alzheimer's Disease International; 2022. Disponible en: <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf>
61. Ibáñez Guerra SA, Pérez CE, Castro FA. Estrategias de afrontamiento y recursos de apoyo frente al estrés en cuidadores primarios de personas con discapacidad de la ciudad de Quito. Quito: Universidad Politécnica Salesiana; 2020. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/29579>
62. Slachevsky A, Budinich M, Miranda-Castillo C, et al. The CUIDEME Study: determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *J Alzheimers Dis*. 2013;35(2):297-306. doi:10.3233/JAD-122086
63. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, et al. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*. 2004;33(2):61-67. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)79352-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)79352-X)
64. Méndez L, Giraldo O, Aguirre-Acevedo D, Lopera F. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación E280A en presenilina 1. *Rev Chil Neuropsicol*. 2010;5(2):137-145. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314915007>
65. Kim Y, Schulz R. Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *J Aging Health*. 2008;20(5):483-503. <https://doi.org/10.1177/0898264308317533>

66. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Informe de cuidados Observatorio Social Marzo 2024. Santiago de Chile; 2024. Disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf
67. OECD. Addressing Dementia: The OECD Response. OECD Health Policy Studies. París: OECD Publishing; 2015. <https://doi.org/10.1787/9789264231726-en>
68. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Informe de Cuidados. Santiago: Gobierno de Chile; 2024. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf
69. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
70. McRae I, Zheng L, Bourke S, et al. Cost-Effectiveness of Dementia Prevention Interventions. *J Prev Alzheimers Dis.* 2021;8(2):210-217.
71. Brigiano M, Calabrese L, Chirico I, et al. Within My Walls, I Escape Being Underestimated: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Stigma and Help-Seeking in Dementia. *Behav Sci (Basel).* 2025 Jun 3;15(6):774.
72. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1963. Disponible en: <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>
73. Farhana N, Peckham A, Marani H, et al. The Social Construction of Dementia: Implications for Healthcare Experiences of Caregivers and People Living with Dementia. *J Patient Exp.* 2023 Nov 5;10:23743735231211066.
74. Guajardo G, Tijoux ME, Abusleme MT, eds. La construcción social de las demencias en las personas mayores de la Región Metropolitana, Chile. Santiago de Chile: SENAMA, FLACSO Chile, Instituto Chileno de Terapia Familiar; 2015.
75. Toledo Sarmiento C. Trayectorias asistenciales de personas con demencia y sus cuidadoras en diferentes contextos de política pública [tesis de magíster]. Santiago: Universidad de Chile; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181500>
76. Giménez R. Las demencias como desafío colectivo: una mirada desde los derechos humanos. En: Garay-Vega C, coordinadora. Demencias y ciudadanía: Aportes para el abordaje desde la perspectiva de derechos humanos. Buenos Aires: Teseo Press; 2021. p. 69-87.
77. Gutiérrez-Robledo LMF, et al. Costos asociados a la atención de personas con demencia en residencias para personas mayores. *Rev Salud Bienestar Social [Internet].* 2023. Disponible en: <https://revistasaludybienestarsocial.uady.mx/Salud/article/view/190>
78. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato a las personas mayores: una visión general. Ginebra: OMS; 2002.
79. García A, López R. Estigma y discriminación asociados a los trastornos mentales: reflexiones desde la salud pública. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39(4):682-700.

80. Alzheimer's Association. Informe 2020 sobre el Alzheimer y datos y cifras sobre la enfermedad. *Alzheimers Dement*. 2020;16(3):391-460. <https://doi.org/10.1002/alz.12068>
81. Organización Mundial de la Salud. Cuidados innovadores para las personas con demencia: iniciativa mundial sobre salud mental. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565077>
82. Rodríguez A, Hernández J. Envejecimiento, dependencia y cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe: políticas públicas y desafíos. Santiago: CEPAL; 2017. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42669>
83. Troncoso-Pantoja C, Leiva AM. Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del siglo XXI. *Rev Med Chile*. 2020;148(6):799-807. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n6/0717-6163-rmc-148-06-0799.pdf>
84. Gajardo J, Abusleme M. Plan nacional de demencias: antecedentes globales y síntesis de la estrategia chilena. *Rev Med Clin Las Condes*. 2016;27(3):386-92. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401630030X>
85. World Health Organization. Towards a dementia-inclusive society: WHO toolkit for dementia-friendly initiatives. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 May 6]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031531>
86. Farhana K, Saha M, Lindsay S, et al. Beneficios de la voz comunitaria: un marco para comprender la inclusión de la voz de la comunidad en HCI4D. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*. 2023;7(GROUP):1-29.
87. Scottish Government. Dementia in Scotland: Everyone's story. 2024.
88. Jurado CN. La intersectorialidad como paradigma de gestión pública: aportes para la transformación institucional del Estado. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2007. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6507>
89. Lazo R. Las organizaciones de la sociedad civil en el contexto de la cooperación Sur-Sur chilena: las potencialidades de una asociación estratégica para el desarrollo. *Rev Agora*. 2015;22(2):123-40. Disponible en: <http://agora.edu.es/descarga/articulo/7849810.pdf>
90. Schmets G, Rajan D, Kadandale S. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Ginebra: OMS; 2016. 712 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>
91. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. Washington; 2015.
92. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
93. Muñoz-Saldaña J. Capacidad jurídica de las personas con discapacidad en Chile: desafíos desde la perspectiva de los derechos humanos. *Rev Chil Derecho*. 2020;47(2):423-48.
94. Gobierno de Chile. Ley N°20.584: Derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional; 2012.

95. Gobierno de Chile. Ley N°20.422: Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. 2010.
96. World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43631>
97. World Health Organization. Guidance on mental health policy and strategic action plans. Module 3. Process for developing, implementing, and evaluating mental health policy and strategic action plans. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380467/9789240106833-eng.pdf?sequence=1>
98. Boeree NC, Zoller C, Huijsman R. The Implementation of National Dementia Plans: A Multiple-Case Study on Denmark, Germany, and Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10220. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910220>
99. Aliev AA, Tomaskova H, Winkler P, et al. Methods and tools to assess implementation of mental health policies and plans: A systematic review. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2023;10:e12. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.3>
100. Alzheimer's Disease International. 2024. World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia. London, England: Alzheimer's Disease International. Disponible en <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
101. Arenas A. Adulto Mayor, nuevas perspectivas para el desarrollo humano. Santiago: Ediciones Universidad Finis Terrae; 2012.
102. Celis-Morales CA, Troncoso-Pantoja C, Leiva A, Nazar G. El 45% de los casos de demencia se atribuyen a 14 factores de riesgo modificables. *Rev Med Chile* [Internet]. 5 de marzo de 2025 [citado el 1 de noviembre de 2025];153(02). Disponible en: <https://revistamedicade-chile.cl/index.php/rmedica/article/view/11123>
103. Migeot J, Pina-Escudero SD, Hernandez H, et al. Social exposome and brain health outcomes of dementia across Latin America. *Nat Commun*. 2025;16:8196. doi:10.1038/s41467-025-63277-6.
104. Ministerio de Salud (Chile). Resolución Exenta N° 857: Norma General de participación social en la gestión pública de salud. Santiago: Ministerio de Salud;2024 [18 junio]. Disponible en: https://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/spp/archivos/RES_EXENTA_N_857_APRUEBA_NORMA_GENERAL_DE_PARTICIPACION_SOCIAL_EN_LA_GESTION_PUBLICA_DE_SALUD.pdf
105. Aravena JM, Muñoz H, Vargas D, Albala C, Levy BR. Contrast in beliefs and knowledge about dementia risk reduction in Southern Latin American Indigenous and non-Indigenous older adults: a qualitative analysis. *Alzheimers Dement*. 2025 Jan 9;20(Suppl 7):e092368. doi:10.1002/alz.092368.
106. Shiekh SI, Cadogan SL, Lin LY, Mathur R, Smeeth L, Warren-Gash C. Ethnic Differences in Dementia Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis*. 2021;80(1):337-355. doi: 10.3233/JAD-201209.

107. Parra MA, Baez S, Allegri R, Nitrini R, Lopera F, Slachevsky A, Custodio N, Lira D, Piguet O, Kumfor F, Huepe D, Cogram P, Bak T, Manes F, Ibanez A. Dementia in Latin America: Assessing the present and envisioning the future. *Neurology*. 2018 Jan 30;90(5):222-231. doi: 10.1212/WNL.0000000000004897
108. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta nacional de salud (ENS): contenido informativo descargable. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2018. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuesta-ens-descargable/>
109. Tapia Muñoz T, Slachevsky A, León-Campos MO, Madrid M, Caqueo-Úrizar A, Rohde GC, Miranda-Castillo C. Predictors of unmet needs in Chilean older people with dementia: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2019 Apr 15;19(1):106. doi: 10.1186/s12877-019-1131-1.

ANEXO

INFORME DE EVALUACIÓN: PLAN NACIONAL DE DEMENCIA, A SIETE AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

RESUMEN EJECUTIVO

Departamento de Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Mayo, 2025.

Antecedentes:

- Avanzados ocho años desde la puesta en marcha de nuestro Plan Nacional de Demencia (PND) y cinco años desde la incorporación de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema de salud GES, es necesario evaluar la implementación de esta política sanitaria para detectar brechas y desafíos para el desarrollo futuro de una estrategia nacional que esté alineada a los objetivos sanitarios del país y del mundo en el ámbito de las demencias.
- En este informe se presenta un resumen de los resultados del proceso de evaluación del Plan Nacional de Demencia, estructurados en cinco apartados: el primero consiste en el análisis de la trayectoria de cobertura de personas con procesos diagnósticos y de tratamientos desde antes de la entrada de vigencia del Plan Nacional de Demencia (2017) y el GES de Alzheimer y otras Demencias (2019), tanto en la atención primaria como en especialidad. El segundo da cuenta del análisis del cumplimiento de cada acción de los nueve objetivos y de las áreas estratégicas de nuestro Plan. El tercer apartado resume las sugerencias entregadas al Nivel Central por la Mesa Asesora de Demencia 2022-2023. Finalmente, el cuarto y quinto apartado exponen las sugerencias de los diálogos regionales realizados por Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y el Seminario Internacional, respectivamente, para cerrar con las conclusiones de este proceso.

1. Cobertura de Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria y Especialidad

- Para este reporte se analizaron los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM - DEIS MINSAL) y la base de datos SIGGES (GES - FONASA). De ellos sabemos que, en el año 2014, 3.921 personas ingresaron al programa de salud mental con el diagnóstico de demencia, tanto en la atención primaria como en especialidad. La incorporación de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema de salud GES a fines del año 2019, nos permite contar con el registro de 113.353 personas con caso GES creado entre 2019 y 2024 (como sospecha o caso confirmado)²¹.
- Si del total de casos creados, consideramos al 10% (11.277) que se les descartó el cuadro, tenemos que desde el 2014 a septiembre 2024 se ha avanzado en identificar a 102.076 personas que muy probablemente han desarrollado una demencia, esto es un 53,17% de la prevalencia teórica estimada para nuestro país. De ellos, se mantienen en tratamiento el 27,5% (57.661 personas).
- Respecto de la red pública, los Servicios de Salud que más han avanzado en la creación de casos respecto a la prevalencia teórica ajustada a su población son: Osorno, Metropolitano Oriente, Magallanes, Aconcagua y Arica y Parinacota. En los tres primeros se implementaron los dos

²¹ Fecha de corte: septiembre 2024

nodos de atención de especialidad del Plan Nacional de Demencia como experiencias piloto (que se mantienen hasta hoy), además de desarrollar acciones de capacitación a los equipos de la red y de sensibilización a la comunidad en la temática de demencia desde la SEREMI.

2. Evaluación del Desarrollo Técnico del Plan Nacional de Demencia

- Para el apartado de evaluación técnica del Plan Nacional de Demencia, se realizó una valoración ex post del avance de la implementación del Plan en nuestro país, desde el 2017 al 2024. Se estudiaron las 41 acciones contenidas en nueve objetivos. Para este fin, se creó un instrumento y se adaptaron categorías de avance para aplicar a cada acción.
- La evaluación global del Plan nos indica que un 21,10% de las acciones comprometidas no han sido iniciadas, un 3,67% de estas acciones tienen un avance limitado, un 9,17% tienen un avance medio, un 15,60% tienen un avance sustancial y un 50,46% de sus acciones cuentan con un avance total.
- Los objetivos que cuentan con mayor avance son (4) Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios, con un 81% de acciones con avances sustancial o completo y el (6) Fortalecimiento del conocimiento de las demencias en la comunidad con un 80% de sus acciones avanzadas sustancial o completamente.
 - El objetivo cuatro, avanzó principalmente por medio de la transferencia de conocimientos técnicos a los equipos de la red, a través de instancias de formación continua. En estos seis años, se han desarrollado un total de 78 cursos (con horas certificadas) y 154 jornadas (sin certificación), un 95% de ellas realizadas en cada región por medio de la coordinación entre SEREMI y Servicios de Salud. En total se cuenta con 4.725 horas de formación y 22.289 personas capacitadas en temáticas del campo de la demencia.
 - En el caso del objetivo número seis, su avance refleja el trabajo realizado respecto a sensibilización social sobre las demencias, impulsado desde el nivel central pero principalmente desde las regiones por medio de SEREMI y Servicios de Salud. En este período se realizaron 30 Diálogos Regionales sobre construcción social y estigma hacia personas con demencia y 43 acciones de comunicación social regional (cápsulas radiales, mensajes en redes, ferias informativas, etc.).
- Los objetivos del Plan Nacional con menos desarrollo son (1) Incentivar y promover la perspectiva de prevención en el abordaje de las demencias y (7) Considerar las demencias y envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional, ambos con sus únicas acciones no desarrolladas.
- Por otra parte, en el análisis del desarrollo de áreas estratégicas del Plan Nacional, destacan los desafíos presentes en Provisión de Servicios y recursos humanos y en la Coordinación Intersectorial.
 - Respecto a la primera, sus principales desafíos son completar la brecha de nodos de atención de especialidad existentes, en el caso de los Centros de Apoyo Comunitario, 14 centros faltantes y en el caso de las Unidades de Memoria, formalizar los equipos de especialidad para convertirse en Unidades de Memoria. Con esto se podría contar con al menos una Unidad de Memoria y un Centro de Apoyo por cada Servicio de Salud. En el caso de la Atención Primaria, el desafío es avanzar en capacitación a los equipos de atención y en la figura del facilitador intersectorial, por medio de la figura de Gestión del

Cuidado de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP) para personas con demencia.

- Respecto a la coordinación intersectorial, de la cual forman parte acciones que dicen relación principalmente con la vinculación con las instituciones de educación superior para la inclusión de temáticas alusivas a demencia en las mallas curriculares de carreras de la salud técnicas, de pregrado y en postgrado y el fomento de la investigación en demencia. Es necesario desarrollar una agenda en el mediano plazo para impulsar la formación en demencias en las mallas de curriculares de las carreras de salud e impulsar el desarrollo de investigaciones en el área, con énfasis en la generación de datos locales.

3. Sugerencias de Mesa Asesora de Demencia

- La Mesa Asesora de Demencia 2023, desarrolló y entregó a la autoridad su documento de observaciones y sugerencias sobre seis áreas claves del Plan Nacional, las cuales se resumen de este modo:
 - El primero de ellos es el fortalecimiento de la rectoría y supervisión desde el nivel central, en el cual destacan la necesidad de avanzar en documentos de gestión pendientes, como orientaciones técnicas y protocolos de atención para la atención primaria y especialidad.
 - En el área de fortalecimiento de RR.HH. apuntan a completar la brecha de nodos de atención de especialidad, profesionales en la atención primaria y de fortalecimiento de la Meso-gestión, así como el establecimiento de polos docente asistenciales especializados en demencia.
 - En formación y capacitación de la red, se aboga por establecer un plan de transferencia de conocimientos técnicos de manera continua, centralizada y sistemática. Así como establecer jornadas de intercambio de buenas prácticas, disponibilidad de cápsulas y cursos centralizadamente, coordinados con actores intersectoriales.
 - En recursos para la implementación, se recomienda cubrir brecha de infraestructura para el desarrollo de equipos de intervención en especialidad y, prioritariamente, asegurar recursos para realizar visitas domiciliarias en contextos rurales y de alta dispersión territorial.
 - En acciones con personas cuidadoras, se establece como necesario el avanzar en el reconocimiento de las personas que cuidan en los documentos normativos, protocolos y orientaciones para la práctica clínica, además de abogar por la inclusión de personas cuidadoras de personas con demencia en el sistema nacional de cuidados y otras instancias de protección social que ayuden a su labor.
 - En propuestas para el seguimiento y monitoreo del Plan Nacional, se recomiendan una serie de indicadores en función de sus nueve objetivos iniciales.

4. Diálogos Regionales de Evaluación

- Dentro de las acciones de sensibilización y construcción social de las demencias, una de las dimensiones del Plan Nacional ejecutada principalmente por las SEREMI, el año 2024 se instruyó a los equipos regionales a realizar diálogos ciudadanos en el marco de la evaluación y actualización de este plan.

- Se desarrollaron un total de 27 diálogos, al menos uno por región entre agosto y diciembre del año 2024. La convocatoria fue amplia y participaron un total de 897 personas, entre académicos, investigadores, estudiantes, representantes de asociaciones de personas cuidadoras y familiares, equipos de atención directa y organizaciones de la sociedad civil.
- Sus principales recomendaciones son:
 - Aumento de Recursos: Se requiere un incremento significativo de recursos humanos (profesionales especializados, especialmente en atención primaria), financieros y materiales.
 - Mejor Coordinación: Es fundamental mejorar la coordinación intersectorial, uniendo los diferentes niveles de atención (primaria, secundaria, especializada), municipalidades y organizaciones comunitarias. Esto incluye fortalecer las vías de derivación y la comunicación.
 - Capacitación y Fortalecimiento: Se necesitan programas integrales de capacitación para profesionales de la salud (en atención primaria y todas las especialidades involucradas), cuidadores y la comunidad, cubriendo diagnóstico, tratamiento, estrategias de cuidado y sensibilidad cultural.
 - Mayor Participación Comunitaria: Es crucial una mayor participación de la comunidad, las familias, cuidadores y organizaciones en el diseño e implementación de los programas. Esto genera apropiación local y redes de apoyo más efectivas.
 - Detección Temprana y Prevención: Se deben implementar programas para promover la detección y prevención temprana de la demencia.
 - Apoyo Integral a Cuidadores: Reconociendo la carga sobre los cuidadores, se debe mejorar el apoyo integral, incluyendo el cuidado de relevo, capacitación y apoyo emocional.
 - Abordar Desigualdades Territoriales: Es necesario abordar los desafíos específicos de cada región, especialmente en zonas rurales y aisladas, adaptando los programas y servicios a los contextos locales, considerando factores culturales y asegurando acceso equitativo a la atención.
 - Des-estigmatización: Se debe combatir activamente el estigma asociado a la demencia mediante campañas de concienciación y educación.

5. Sugerencias de expertas y expertos internacionales en Seminario de Evaluación del Plan Nacional de Demencia

- El equipo de demencias del Departamento de Salud Mental de MINSAL organizó un seminario con expertos internacionales en áreas específicas del Plan de Demencias, en el contexto de las acciones para evaluar y actualización de este Plan. Sus principales recomendaciones son:
 - Desarrollar indicadores claros y medibles para cada objetivo del Plan Nacional de Demencia.
 - Actualizar el ordenamiento jurídico, por ejemplo, incluir a las personas con demencia en la ley integral de salud mental.
 - Fortalecer la formación en demencia en las mallas curriculares de pregrado y posgrado.
 - Implementar estrategias de prevención de demencia adaptadas a cada región del país.

- Crear un registro nacional de datos sobre prevalencia, desarrollo y tratamiento de la demencia.
- Formalizar y potenciar la mesa asesora de demencia como instancia permanente de monitoreo.
- Desarrollar acciones para apoyar la creación de organizaciones de personas con demencia y sus cuidadores.
- Generar acciones para la construcción de entornos inclusivos para personas con demencia.
- Promover la creación de tecnologías para mejorar la calidad de vida de personas con demencia.
- Elaborar un documento sobre voluntades anticipadas específico para personas con demencia.
- Profundizar las transferencias técnicas sobre demencia al sistema judicial.
- Crear espacios de diálogo y mesas de trabajo intersectoriales regulares incluyendo al sector privado.
- Formalizar alianzas público-privadas para financiar proyectos específicos del plan de demencia.

6. Conclusiones

- Es necesario desarrollar las acciones identificadas como pendientes el Plan original, además de actualizar el documento del Plan Nacional de Demencia, manteniendo los logros y definiendo los ejes estratégicos para la acción sanitaria e intersectorial en un plazo de 10 años, los cuales pueden ser:
 - Prevención de demencia
 - Procesos diagnósticos, de tratamientos y cuidados
 - Sensibilización en demencia y participación social
 - Intersectorialidad.
 - Monitoreo y evaluación del Plan Nacional Demencia
- La actualización debe considerar la nueva evidencia, recomendaciones internacionales, los diálogos regionales desarrollados y la evaluación de las acciones realizadas de los años de vigencia del actual PND. Con todo, se debe revisar la pertinencia actual de los nueve objetivos propuestos y sus acciones, en particular las barreras para la implementación de estas acciones y con ello definir su continuidad. Adicionalmente se requiere establecer una línea de base, metas e indicadores para monitorear los avances del Plan.



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile