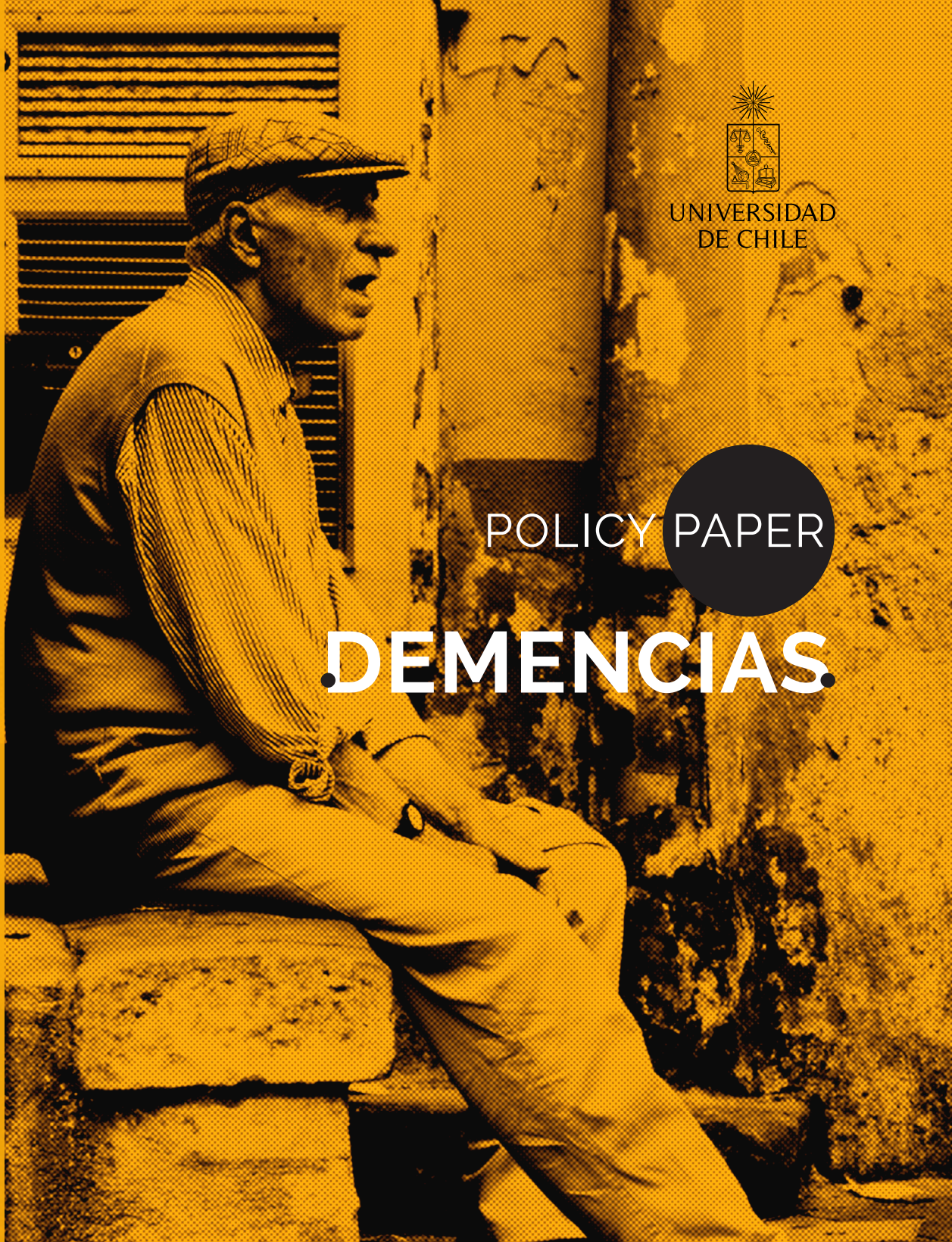

UNIVERSIDAD DE CHILE

POLICY PAPER

# DEMENCIAS.

UNIVERSIDAD DE CHILE • POLICY PAPER N°1 • SERIE ENVEJECIMIENTO

POLICY PAPER

# DEMENCIAS

UNIVERSIDAD DE CHILE

VID INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN CREACIÓN ARTÍSTICA
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
UNIVERSIDAD DE CHILE

RedesTd
Unidad de Redes Transdisciplinarias

REPÚBLICA DE CHILE
SENADO

Gero

Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría

Coprad

Documento preparado y editado por la Unidad de Redes Transdisciplinarias de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.

Hay temas que el Chile del futuro no puede eludir. Uno de ellos es el envejecimiento de su población. Múltiples consecuencias están asociadas a este fenómeno, siendo las demencias, una de las más preponderantes.

Este Policy Paper es una aproximación desde distintas miradas a este fenómeno y sus impactos en la sociedad. Corresponde a un trabajo conjunto que reúne múltiples perspectivas con el objetivo de informar, posicionar, enriquecer las políticas públicas ya desplegadas, e impulsar la generación de conocimientos para mejorar la vida de las personas con demencias e implementar políticas públicas basadas en la evidencia.

Este texto busca posicionar la necesidad de que Chile cuente con una política integral e intersectorial para las demencias que, primero, aborde desde la prevención, el diagnóstico oportuno y la continuidad de los cuidados socio-sanitarios de las personas; y que, segundo, impulse la investigación e innovación, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con demencias y enfrentar como país los desafíos asociados a éstas.

Desde nuestro rol público debemos observar, evaluar y responder a estos desafíos, pero no desde cualquier lugar. Debemos hacerlo desde una mirada integral e integradora, desde una perspectiva de largo plazo, desde la comprensión de lo clave que resulta la generación de conocimientos y desde el deber de convergencia que nos imprimen estos temas país.

Con este documento hacemos un llamado a tomadores de decisión, investigadores, profesionales, organizaciones no gubernamentales y a la comunidad en general, a fin de que el tema sea

abordado de manera global como política pública, impactando en la vida de miles de personas y sus familias que hoy viven con estas enfermedades, preparándonos además para el escenario que se avecina en el marco de las dinámicas demográficas de envejecimiento que hoy tenemos como país. ●

***Ennio Vivaldi**, Rector Universidad de Chile.*
***Guido Girardi**, Presidente Comisión Desafíos del Futuro, Ciencia, Tecnología e Innovación e integrante Comisión de Salud del Senado de la República.*
***Rabindranath Quinteros**, Presidente Comisión de Salud del Senado de la República.*
***Francisco Chahuán**, integrante Comisión de Salud y Comisión Desafíos del Futuro, Ciencia, Tecnología e Innovación del Senado de la República.*
***Carolina Goic**, integrante Comisión de Salud y Comisión Desafíos del Futuro, Ciencia, Tecnología e Innovación del Senado de la República.*
***Christian González**, Director GERO y académico Universidad de Chile.*
***Andrea Slachevsky**, Directora Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría del Hospital del Salvador y Facultad de Medicina, Universidad de Chile, GERO, Clínica Alemana y Vicepresidenta de COPRAD.*

POLICY PAPER

Impulsar propuestas y miradas sobre los grandes desafíos que tenemos como país es uno de los deberes que tenemos como universidad estatal. Para ello, una de las claves es la colaboración, tanto a nivel nacional como internacional, motivo por el cual desarrollamos estos documentos que, desde esa mirada, serán instrumentos para informar e influir en la sociedad chilena y sus autoridades.

*Flavio Salazar Onfray*
*Vicerrector de Investigación y Desarrollo*
*Universidad de Chile.*

# ÍNDICE


9 RESUMEN EJECUTIVO.

13 ANTECEDENTES.

23 EL PLAN NACIONAL DE DEMENCIA.

35 COMPARACIÓN CON EXPERIENCIA INTERNACIONAL

43 DESAFÍOS FUTUROS Y PROPUESTAS

51 AUTORES / REVISORES / COLABORADORES

59 REFERENCIAS

# 1.

# RESUMEN EJECUTIVO

Las demencias se caracterizan por el deterioro de una o más capacidades cognitivas, generalmente asociado a alteraciones conductuales, que en conjunto son suficientes para causar pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria de las personas. Las demencias pueden ser causadas por múltiples enfermedades, siendo las más frecuentes las demencias por la enfermedad de Alzheimer y las demencias por lesiones vasculares cerebrales.

Actualmente en nuestro país viven más de 200 mil personas con algún tipo de demencia. Si consideramos además el impacto a nivel familiar de estas enfermedades, se puede inferir que cerca de 800 mil personas estarían asumiendo la carga de la enfermedad, ya sea por el cuidado que implica, como por encontrarse en sus grupos familiares o próximos.

Las posibilidades de tener demencia se incrementan con el paso de los años. Su prevalencia es de 5 a 8% en los individuos entre 65-70 años. Esta se duplica siendo de 15 a 20% en los mayores de 75 años y de 25 a 40% en los mayores de 85 años (Nitrini, Bottino, Albala, Custodio, Capuñay, Ketzoian, Llibre Rodríguez et al. 2019).

El acelerado cambio demográfico que vive nuestro país, donde una de sus principales consecuencias es el envejecimiento de la población, posicionan a Chile como el segundo país de la región latinoamericana con mayor esperanza de vida luego de Costa Rica, motivo por el cual para el 2050 más de medio millón de personas presentarán algún tipo de demencia.

Tanto la demencia tipo Alzheimer como la mayoría de las otras demencias son enfermedades sin un tratamiento curativo al día de hoy, por lo que el esfuerzo debe estar puesto en la prevención, el diagnóstico oportuno y la mejoría en la calidad de vida de la perso-

na con demencia y de su entorno cercano, esto último por la carga asociada al cuidado que generalmente recae en familiares, situación que desemboca en un desgaste multidimensional, es decir, físico, emocional y económico. En ese contexto, el fortalecimiento de la investigación y la capacitación y educación en demencias son esenciales tanto para incrementar el conocimiento sobre éstas como para implementar políticas públicas basadas en evidencia y encontrar tratamientos más efectivos.

Este escenario hace más urgente contar con una respuesta integral a estas enfermedades, analizada, diseñada e implementada desde una mirada intersectorial, considerando -indudablemente- el carácter biomédico de su abordaje, pero también el social, comunitario y por supuesto, el económico.

Como respuesta a esta realidad, el Ministerio de Salud (MINSAL) convocó a realizar un trabajo conjunto a la comunidad, a académicos universitarios y profesionales de la salud con experiencia en el campo de las demencias. Bajo el liderazgo del MINSAL se reunieron también otros actores del Poder Ejecutivo. Fruto de este trabajo coordinado y colaborativo se creó el Plan Nacional de Demencia, iniciativa que se encuentra actualmente en fase de implementación, generando un modelo de atención de personas con demencia y sus familias pionero a nivel nacional y que sigue el ejemplo de la experiencia internacional, pero adaptada al contexto chileno; propuesta sobre la que también están puestos los ojos de otros países que están evaluando la implementación de este tipo de políticas públicas.

Una de las principales fortalezas de este Plan es que abarca los diferentes tipos de demencias a partir de un enfoque global de las mismas. Si bien hay especificidades en función del tipo de demencia, una proporción muy significativa de éstas son multifactoriales y sus tratamientos y atención socio-sanitaria es aplicable al conjunto de los trastornos demenciantes.

Otras de las fortalezas del Plan es su enfoque en la prevención y la atención de salud de las personas con demencia, dado que éstas deben considerarse como patologías crónicas, progresivas y cambiantes, en las que las necesidades de las personas y su entorno van evolucionando y es necesario un acompañamiento flexible a cada realidad.

Es por esto que el Plan Nacional de Demencia constituye una oportunidad para complementar y enriquecer otras políticas públicas. Esta iniciativa se articula y es un insumo para una política

global de envejecimiento, pero a la vez las demencias no son patologías exclusivas de personas mayores por lo que este Plan no debe ser absorbido por otras iniciativas, sino que debe ahondar sus objetivos en el ámbito de la salud pública.

Es en este contexto que este reporte nace como producto de la acabada reflexión interdisciplinaria entre distintos actores del ámbito nacional e internacional. Se incluyeron profesionales médicos de especialidades afines al diagnóstico y manejo de las demencias (neurólogos, geriatras, psiquiatras, etc.), profesionales de salud no médicos, miembros de la sociedad civil, de agrupaciones sociales relacionadas con el cuidado de personas con demencia y sus familiares y miembros de la academia, tanto del área de las ciencias biomédicas, biológicas como de las ciencias sociales.

Es así como el objetivo del presente trabajo es dar una visión completa y resumida de la situación actual de la demencia en nuestro país, comenzando por evaluar la implementación y planteamientos del ya mencionado Plan Nacional de Demencia y su evolución, considerando en este análisis las mejoras necesarias a la iniciativa. Todo esto, relevando la centralidad de que las demencias son una prioridad para las políticas públicas, siempre desde una perspectiva integral y multidimensional del abordaje de las mismas, en donde la experiencia nacional e internacional, el aporte de la academia y la investigación resultan claves para su éxito.

*"Una propuesta sólida y basada en evidencia como esta política pública no puede más que ser respaldada en cuanto, por un lado, responde a una urgente necesidad país que sólo se acentuará con el paso del tiempo, y por otro, recoge la experiencia e investigación seria que realizan expertos de nuestro país, que buscan impactar con ello en la calidad de vida de las y los chilenos".*

**Ennio Vivaldi**
**Rector**
**Universidad de Chile.**

*"Sin duda el envejecimiento es un tema país que ya estamos enfrentando y que se irá incrementando con el correr de los años. Una de las consecuencias más difíciles de enfrentar relacionada con este fenómeno son las demencias y su abordaje por parte del sistema de salud, la sociedad y la investigación para generar conocimientos y respuestas. Por ello, cómo estemos preparados para abordar integralmente el impacto de estas enfermedades marcará la diferencia del Chile que seremos.*

*Es en ese contexto que creo firmemente que debemos hacernos cargo y actuar desde el lugar que estemos en pos de un abordaje integral de esta realidad. Debemos cuidar mejor a quienes padecen demencias, debemos preparar más a quienes las y los tratan, y por sobre todo debemos saber más de estas enfermedades".*

**Andrea Rodríguez**
**Vicerrectora de Investigación y Desarrollo**
**Universidad de Concepción.**

# 2.

# ANTECEDENTES

## CONTEXTO MUNDIAL

En el mundo existen más de 50 millones de personas con demencia, lo que representa un incremento de un 147% en las últimas dos décadas. Con una prevalencia mayor en mujeres, la demencia fue la quinta causa de muerte en el mundo, generando más de 2,4 millones de fallecimientos al año. A nivel global, las demencias generan 28,8 millones de años de vida perdidos por discapacidad, causando gran impacto social y económico (Nichols, 2019).



## CONTEXTO NACIONAL

En Chile, actualmente el 1,06% de la población (200.000 personas) presenta Alzheimer u otra demencia. Con 3.432 defunciones anuales es la cuarta causa específica de muerte (OMS, 2017; Russ, Muriami, Icaza, Slachevsky, Starr, 2016).

Según las proyecciones, el 2050 el 3,1% de la población (626.000 personas) tendrá Alzheimer u otra demencia (Nitrini, Bottino, Albala, Custodio, Capuñay, Ketzoian, Llibre Rodríguez et al. 2019; Slachevsky, Arriagada, Maturana, Rojas, 2012). En ese contexto, en las últimas dos décadas, la cantidad de años de vida saludable perdidos por presentar una demencia, se incrementó en más del 200% (Murray, Vos, Lozano, 2012).

El aumento esperado de las demencias en nuestro país está relacionado con múltiples factores tanto sociales como de salud. Quizás el más importante tiene que ver con el acelerado envejecimiento de la población. Se espera que para el 2025, las personas mayores de 60 años sean el 20% de la población, superando, a partir de ese año, al grupo de menores de 15 años (SENAMA 2018).

Con el avance de la edad aumenta significativamente el riesgo de demencia, asociado al aumento de otros factores de riesgo como la hipertensión, diabetes, menor contacto social, entre otras variables.

Las demencias constituyen además uno de los principales trastornos de salud mental de los adultos mayores. Las personas con demencia presentan con frecuencia síntomas psicológicos y conductuales, junto a las fallas cognitivas. Además, la aparición de deterioro cognitivo y otros síntomas de demencia aumentan la presencia de síntomas de salud mental, tanto en la persona con demencia como en sus cuidadores. Los trastornos de salud mental a lo largo del ciclo vital, como los trastornos del ánimo, constituyen un factor de riesgo para la aparición de demencias. Se estima que 1 de cada 3 chilenos sufrirá un problema de salud mental a lo largo de su vida, escenario a pesar del cual el gasto público en salud mental es menor a la mitad de lo sugerido en el Plan Nacional de Salud Mental (Minsal 2017), descuidando especialmente los aspectos preventivos.

En este contexto, el Gobierno de Chile con la coordinación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), del Ministerio de Desarrollo Social y con el liderazgo de la Primera Dama, se está desarrollando un programa para las personas mayores de nuestro país, que se fundamenta en un trabajo intersectorial coordinado y basado en cuatro conceptos fundamentales: saludable, seguro, institucional y participativo. Este proyecto buscaría, entre otras cosas, la disminución de la incidencia de demencia y un mejor cuidado para las personas ya diagnosticadas.

En este contexto, un grupo multidisciplinario de académicos, clínicos y políticos han presentado un proyecto de Ley de Salud Mental, aún en discusión. Ante todo esto, un punto importante será analizar la evolución del proyecto de Salud Mental, su impacto en el manejo de personas con demencia y sus cuidadores y la oportunidad de coordinación con el Plan Nacional de Demencia.

## 2.1 ALTO COSTO DE LAS DEMENCIAS

En nuestro país las demencias tienen un costo de 6,6 millones de pesos al año por paciente, donde un 75% corresponde al cuidado informal, asumido en gran parte de los casos por familiares, que a su vez mayoritariamente son mujeres (Hojman, Duarte, Ruiz-Tagle, Budnich, Delgado, Slachevsky, 2017).

El gasto asociado a las demencias incluye costos directos e indirectos. El costo directo corresponde a los gastos médicos (consultas médicas, medicamentos y exámenes) y los costos sociales (costos de institucionalización, pago de cuidadores profesionales, entre otros).

El costo indirecto, en tanto, corresponde al gasto asociado a los cuidados aportados a personas con demencias por cuidadores no remunerados, las que en su mayoría, son mujeres.

Los costos médicos directos representan el 21%, mientras que los costos sociales directos representan el 5% y los costos indirectos constituyen 74% de la cifra total.

El costo mensual promedio está inversamente relacionado con el nivel socioeconómico (NSE). El en caso de personas de alto NSE es de 450 mil pesos chilenos y de bajo NSE es de 660 mil pesos chilenos (Hojman, Duarte, Ruiz-Tagle, Budnich, Delgado, Slachevsky, 2017).

Actualmente no existe cobertura en las Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES) ni con la Ley 20.850 que "Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo" (Ley Ricarte Soto) -la que además suele usarse para enfermedades de baja prevalencia-, tanto para la persona con demencia como para la persona cuidadora. Esto implica que la mayoría del costo debe ser cubierto por la familia, situación que se está revirtiendo poco a poco con la implementación del Plan Nacional de Demencia, pero su cobertura es aún limitada.



## 2.2 IMPACTO EN CUIDADORES

A medida que la demencia avanza, la persona que la padece requiere una mayor asistencia y supervisión en las actividades de la vida diaria. En la mayoría de los casos, esta labor es realizada por un cuidador informal no remunerado, usualmente un familiar, de sexo femenino en más del 70% de los casos (Slachevsky, Budinich, Miranda-Castillo, 2013).

El cuidado de personas con demencia está asociado a trastornos de salud mental en 46,7% de los cuidadores y con la percepción de alta sobrecarga en un 63%, viendo también mermadas sus capacidades laborales (Slachevsky, Budinich, Miranda-Castillo, 2013). Pero no sólo eso. Es importante mencionar que el cuidado y tratamiento de las demencias no sólo impacta a cuidadores informales, sino que también sobrecargan a los equipos socio-sanitarios, sobretodo

en contextos de escasa formación en el diagnóstico y manejo de estos pacientes (Spector, Revolta, Orrell, 2016).

Los cuidados inadecuados o la omisión de ellos por desconocimiento es una forma de maltrato, que no solo sería responsabilidad de quien cuida, sino que del sistema que debería apoyar estos cuidados.

*"Las demencias son un problema público que afecta a las personas que padecen la enfermedad, pero que también afecta directamente la calidad de vida todo el núcleo familiar. La persona se hace cada vez más dependiente, menos autovalente, provocando que quienes están a cargo muchas veces pierden la posibilidad de poder trabajar, profundizando el nivel de empobrecimiento. Por ello, se requiere apoyo a las familias, ya sea en términos financieros, como también psicológicos y gregarios: que este apoyo vaya sensibilizando a la población.*

*Además, se requiere de una mirada país, ya que este fenómeno nos atraviesa y no está localizado sino que tiene expresión en cada una de las regiones, en cada una de las provincias y eso hace que sea necesaria la coordinación del Estado para poder enfrentar estas dificultades en la multiplicidad de aspectos que afecta, tanto en lo social como en lo sanitario".*

**Paulina Urrutia, 50 años, actriz.**
**Cuidadora de su esposo, Augusto Góngora, de 67 años con Alzheimer.**

*"Es imperioso instalar en el imaginario nacional el abordaje y el impacto de las demencias. Ante el veloz incremento del envejecimiento de la población, debemos actuar como país desde la institucionalidad, pero también como sociedad, sensibilizando y preparando a las comunidades para poder reconocer y tratar tiempo a quienes padecen demencia pero también para acoger y apoyar a quienes quedamos a cargo de nuestras y nuestro enfermos. Este es un gran desafío que nos compete a todos: a las autoridades, a los profesionales de la salud y a la sociedad en su conjunto".*

**Benjamín Chacana, Presidente de la Corporación Profesional Alzheimer y otras Demencias (COPRAD).**
**Cuidó a su madre Lilia Ponce Mena, con Alzheimer.**

### 2.3 DEMENCIA COMO PATOLOGÍA INCURABLE Y COMPLEJA PERO TRATABLE

Las intervenciones sociosanitarias tienen un demostrado impacto positivo en las personas con demencias, sus familias y la sociedad (Szeto, Lewis, 2016). A esto se suma que el manejo preventivo podría disminuir el riesgo de demencia hasta en un tercio de la población afectada (Livingston, Sommerlad, Orgeta, Costafreda, Huntley, Ames, 2017). Al respecto se ha estimado que retardar el inicio de la enfermedad en cinco años disminuirá en 57% el número de personas padeciendo demencia (Jorm, Korten, Henderson, 1987).

Por otro lado, el cuidado proactivo de la demencia y la gestión del cuidado tienen el potencial de prevenir crisis agudas, reduciendo con ello las visitas a servicios de urgencia, hospitalizaciones y reingresos. También han demostrado mejora en la calidad del cuidado, la reducción de trastornos neuropsiquiátricos y mejora en la percepción de calidad de vida en pacientes y sus cuidadores (Tan, Jennings, Reuben, 2014).

## ABORDAJE COSTO-EFECTIVO

La experiencia internacional ha mostrado que en países con un Plan Nacional de Demencia las metas sanitarias en la materia se cumplen de manera significativa en comparación con países en que la atención no se encuentra organizada de esta manera (Engedal, Laks, 2016).

La carencia de estrategias estatales, políticas y planes concretos de apoyo a la investigación, prevención y tratamiento del Alzheimer y otras demencias termina generando costos más altos para el sistema de salud que los que generaría la implantación y operación de un plan de atención adecuado (Saxena, Wortmann, Acosta, Prince, Krishnamoorthy, 2018). Peor aún, estos costos crecen año a año, poniendo en riesgo la sustentabilidad del sistema de salud pública de nuestro país, con consecuencias que deberán soportar las generaciones futuras.

Parte de la dificultad para un adecuado manejo de las necesidades de personas con demencia y sus cuidadores viene de un escaso conocimiento de la enfermedad, tanto de los familiares, los organismos sociales y los mismos profesionales de salud, lo que se traduce en una falta de actividades efectivas diseñadas específicamente para las personas con demencia y sus cuidadores, y con ello, en una situación no abordada de manera idónea (Tapia,

Slachevsky, León-Campos, Madrid, Caqueo-Urízar, Rohde y Miranda-Castillo, 2019).

## DEMENCIA Y OTRAS ENFERMEDADES

Cifras internacionales dan cuenta que un porcentaje sobre el 90% de las personas con demencia tendrían a lo menos una condición de salud adicional y cerca del 60%, tres o más condiciones asociadas (Bunn, Burn, Goodman, 2014).

Además, las personas con demencia se ven expuestas a infradiagnóstico de patologías como hipertensión arterial, déficit visual, auditivo, artrosis y depresión (Schubert, Boustani, Callahan, 2006). El pronóstico de las personas con demencia y otras enfermedades (comorbilidades) es más adverso, es decir, el deterioro funcional se produce uno o dos años antes que en aquellos con demencia y sin comorbilidad (Prince, Acosta, Ferri, 2010).

## DEMENCIA COMO PROBLEMA QUE REQUIERE UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA ESPECÍFICO

Existen numerosos elementos que justifican que la demencia tenga un manejo específico en la salud pública (Dartigues, Helmer, Dubois, 2002). Estos son:

- Alta frecuencia de la enfermedad.
- Prevalencia en aumento.
- Consecuencias importantes de la enfermedad que impactan siempre al cuidador.
- Alto costo social.
- Alto impacto en la opinión pública.
- El acceso al diagnóstico y tratamiento no es equitativo.
- Brechas en el acceso al diagnóstico y atención socio-sanitaria.
- Existencia de acciones terapéuticas y/o preventivas efectivas.
- Existencia de una política pública de salud para las demencias.

En este contexto, la demencia genera desafíos únicos, que requieren un manejo interdisciplinario y especializado, no sólo en la atención clínica directa, sino que en la coordinación entre niveles de salud, actores sociales y políticos (NICE, 2018). ●

*"Desde miradas locales y pertinentes, los Estados deben visualizar las consecuencias sociales, culturales, médicas y económicas del envejecimiento en una perspectiva de largo plazo. Esto último, considerando que para nuestras realidades latinoamericanas es fundamental el manejo óptimo y efectivo de los recursos. En este contexto, un Plan Nacional de Demencia representa un ejercicio responsable y efectivo de las inversiones económicas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias que atraviesan esta patología.*

*Además, el Plan resultaría en un alto impacto sanitario, pero también social y emocional de la población, al mismo tiempo que materializaría el cumplimiento de la Convención Interamericana que Protege los Derechos Humanos de las Personas Mayores que fue aprobada el 15 de junio del 2015 y ratificada por la República de Chile, texto y que en su artículo 19, el Derechos a la Salud -inciso h- plantea: 'promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer'.*

*Los esfuerzos que está realizando Chile constituyen un ejemplo para la región y son útiles no sólo para este país, sino que para toda Latinoamérica dada la falta de políticas públicas en esta materia. Esperamos que este Plan sirva de orientación al resto de los países".*

**Mónica Roqué**
**Presidenta**
**Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria.**

*"La demencia es la crisis de salud global del siglo XXI. Ninguna persona, cultura ni nación es inmune a esta devastadora enfermedad. De hecho, basados en datos presentados durante el simposio satélite de la Alzheimer's Association International Conference (AAIC) en Buenos Aires en 2018, la prevalencia de demencia es mayor en América Latina que en cualquier otra parte del mundo.*

*Un paso significativo que los gobiernos pueden tomar para enfrentar esta crisis de salud pública es crear un Plan Nacional de Demencia para sus países. Un Plan Nacional de Demencia evalúa las brechas y necesidades relacionadas con la demencia e identifica soluciones de políticas para abordarlas, adaptadas a la medida de la cultura y la demografía únicas de ese país. Los planes crean un medio que abarca una variedad de temas, desde mejorar la calidad de la atención social y de salud hasta expandir el apoyo brindado a los cuidadores y aumentar el financiamiento en investigación. Un Plan Nacional creado y emitido por el gobierno establece una infraestructura y responsabilidad que, en última instancia, puede conducir a mejores cuidados, programas y servicios para las personas que viven con demencia y sus familias.*

*Como miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Chile debe avanzar y unirse al creciente número de naciones en todo el mundo que están creando un Plan Integral de Demencia para enfrentar la siempre creciente asociada a ésta".*

**Harry Johns**
**President and CEO**
**U.S. Alzheimer's Association. Chair, World Dementia Council.**

P.PA
PER

# 3.

# EL PLAN NACIONAL DE DEMENCIA

## LINEAMIENTOS INTERNACIONALES

En el 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Alzheimers Disease International (ADI) solicitaron a los gobiernos declarar las demencias como una prioridad de salud pública e instaurar las medidas para abordarlas desarrollando e implementado Planes Nacionales para las Demencias (NICE, 2018).

De acuerdo con la OMS, un plan o estrategia nacional de demencias implica articular, potenciar y hacer más eficientes los recursos existentes en los países, evitando la fragmentación y un cuidado desorganizado, comprendiendo que en la persona coexiste la demencia con un sin número de condicionantes (OMS, 2012).

Por ejemplo, a nivel de atenciones clínicas, la OMS señala que "la detección de la demencia requiere una coordinación efectiva entre los Servicios de Atención Primaria de Salud (APS) y los especializados", mientras que el nivel secundario de salud debe reservarse para el apoyo diagnóstico y terapéutico en casos de mayor complejidad (Saxena, Wortmann, Acosta, Prince, Krishnamoorthy, 2018).

Sin embargo en nuestro país el sistema de salud se ha caracterizado por una entrega de servicios fragmentada, dificultando el acceso y uso eficiente de los recursos.

## LAS CONSECUENCIAS DE UN ABORDAJE FRAGMENTADO

En Chile, el diagnóstico de demencia ha sido realizado mayoritariamente por especialistas del nivel secundario/terciario, sobrecargando a estos niveles del sistema de controles de seguimiento

de este tipo de casos. Este nivel se focaliza además solamente en realizar intervenciones acotadas, principalmente farmacológicas, sin abarcar la complejidad del problema de la demencia ni realizar intervenciones no farmacológicas individuales, familiares ni sociales, de probada costo-efectividad en otras experiencias (Carrion, Folkvord, Anastasiadou, Aymerich, 2018).

La APS tiene la posibilidad de cumplir un rol en la detección y manejo de distintas patologías de forma integral, incluyendo intervenciones de prevención y familiares. En las patologías crónicas en general y en demencia en particular, se hace fundamental tener una coordinación en red eficaz, centrada en la APS con guía de los niveles secundarios. En experiencias internacionales se ha demostrado que el manejo colaborativo y coordinado entre niveles de atención de salud genera los mejores resultados (Dreier-Wolfgramm, Michalowsky, Austrom, van der Marck, Iliffe, Alder, Vollmar, Thyrian, Wucherer, Zwingmann, Hoffmann, 2017).

Tal como en otras patologías crónicas, la presencia de médicos familiares en la APS ha permitido optimizar y hacer cada vez más costo-efectivo el manejo de las demencias (Ann Fam Med. 2016).

Existen esfuerzos para poder definir el rol de la APS en general y de los médicos de familia en particular en el manejo de la demencia. Por ejemplo, la experiencia canadiense describe que el médico familiar tiene un lugar en todo el ciclo de la demencia, desde su prevención, pasando por el diagnóstico precoz, descartando causas reversibles y coordinando cuidados post diagnósticos, recibiendo supervisión en caso necesario (Moore, Frank y Chambers, 2018).

Existe evidencia de que el manejo de las personas con demencia en servicios ambulatorios como la APS supervisados por especialistas tendría ventajas específicas en el manejo de síntomas conductuales propios de las demencias, como la apatía, por la mayor capacidad de estimulación y de contacto con el medio que tienen estos dispositivos (Suzuki, Kazui, Yoshiyama, Azuma, Kanemoto, Sato, Suehiro, Ikeda, 2018).

## PLAN NACIONAL DE DEMENCIA: TRABAJO COORDINADO DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

El Plan Nacional de Demencia de Chile es el resultado de varios años de trabajo de investigación y gestión, cuyo objetivo fue instalar y crear conciencia a nivel país respecto a esta realidad. El Plan

potencia el trabajo multidisciplinario, pasando de la atención por médico especialista único al manejo por múltiples profesionales, uniendo los aspectos médicos con los sociales, psicológicos, fonoaudiológicos y funcionales, modelo con el que se potencia el diagnóstico y tratamiento integral, que si bien inicialmente es de mayor costo, ha mostrado mejorar significativamente la calidad de vida de personas con demencias y sus cuidadores, a la vez de ser costo-efectivo (Grand, Caspar, Macdonald, 2011).

Iniciativas como estas contribuyen a aunar los esfuerzos, evitando la fragmentación de los cuidados en salud. Este estilo de trabajo de cuidado coordinado ha probado ser el más efectivo en numerosas patologías crónicas no transmisibles y también ha mostrado reiteradas veces su efectividad en el manejo de personas con demencia y sus cuidadores (Tan, Jennings, Reuben, 2014).

La finalidad de mejorar la coordinación y optimización de los cuidados, permite crear instancias como las consultorías de casos complejos para la APS, facilitando la resolución y guías de casos, generando costos menores a nivel sanitario.

Junto a esto, con el auge tecnológico actual se ha creado la posibilidad de atenciones a distancia. En el caso específico de las demencias existe experiencia internacional de uso tanto en diagnóstico (Gentry, Lapid y Rummans, 2018) como en tratamiento de síntomas conductuales (Piau, Nourhashemi, De Mauléon, Tchalla, et al, 2018).



## HISTORIA DEL PLAN

El año 2005, en la APS del país, se implementó el Modelo de Atención Integral en Salud, con el objetivo de lograr un envejecimiento saludable y activo en la población. Para ello, se comenzaron a realizar controles de salud mediante el Examen Anual de Medicina Preventiva (EMPAM). Sin embargo, no existía un protocolo de manejo frente al diagnóstico de posible deterioro cognitivo (Custodio, Wheelock, Thumala, Slachevsky, 2017).

Junto con la implementación de estas acciones, el año 2006 el MINSAL publicó las Guías Clínicas de Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor, documento destinado a los médicos de la APS. Lo anterior se complementa con el nivel secundario a través del Programa para el Tratamiento de la Enfermedad de Al-

zheimer y Otras Demencias, el cual fue ejecutado durante el año 2009 por el Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública del MINSAL.

En lo clínico, existe la experiencia de atención cerrada de la Unidad de Psicogeriatría del Centro de Rehabilitación La Florida de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA), que desde la década de los años '90 ha sido una unidad especializada en el manejo de personas con demencias preferentemente con trastorno conductual y psíquico.

En el año 2011, en el contexto de los Objetivos Sanitarios de la Década del MINSAL, se mencionan las demencias como una importante causa de pérdida de autovalencia en adultos mayores. Por lo tanto, los objetivos planteados en el Plan Nacional de Demencia se encuentran en coherencia con los éstos últimos.

En la sociedad civil, en tanto, existen diferentes corporaciones dedicadas al apoyo de personas con demencias y a concientizar a la sociedad sobre estas enfermedades. La más antigua es la Corporación Alzheimer Chile, adscrita al Alzheimer's Disease International (ADI). Desde el año 2012, además, existe la Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias (COPRAD), organismo que enfatiza su trabajo en concientizar sobre los trastornos demenciantes y la necesidad de impulsar políticas públicas en la materia. También, a lo largo del país se crearon diferentes agrupaciones de familiares -con presencia en las redes sociales- como por ejemplo, "La Voz del Recuerdo en Antofagasta" y "Agrupación Alzheimer Concepción Chile- Corporación Alzheimer Concepción Chile".

El año 2012 COPRAD impulsó la campaña "No te olvido" la cual representó un hito comunicacional en la visualización del impacto de las demencias en nuestro país. En conjunto con la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Chile (SONEPSYN), presentaron el mismo año una propuesta de Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias., documento de trabajo denominado "Plan Nacional de Alzheimer y otra Demencias".

A finales del mismo año, bajo el alero del entonces presidente de la Cámara de Diputados, Nicolás Mönckeberg, se organizó el seminario "Que Chile no olvide a los que olvidan", en el que se entregaron más de 11.000 firmas reunidas para apoyar la creación de un Plan Nacional de Demencia.

En el año 2013 inició su funcionamiento el primer Centro Diurno para personas con demencias y sus entornos de apoyo, Kintun,

proyecto piloto financiado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y la Ilustre Municipalidad de Peñalolén. Los centros diurnos o centros comunitarios de apoyo a la demencia, son dispositivos que brindan un apoyo especializado a personas que requieran intervenciones más intensivas en un periodo de tiempo con foco en el ajuste ambiental, capacidad de cuidado del entorno y solución de problemas psicosociales (Gajardo, Aravena, Budinich, Larraín, Fuentes y Gitlin, 2017).

A través de Kintun se implementó por primera vez un modelo sociosanitario desde el Estado para el abordaje de las demencias que sigue siendo un referente en términos de atenciones basadas en evidencia en el servicio público.

Finalmente, el 1 de octubre del 2014, la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de resolución N°180 solicitando al Ejecutivo, encabezado en ese momento por la Presidenta Michelle Bachelet, que una comisión asesora elaborara un Plan Nacional de Demencia para nuestro país.

## PRINCIPALES COMPONENTES Y OBJETIVOS DEL PLAN



El año 2017, el MINSAL oficializó el Plan Nacional de Demencia, documento que fue elaborado en colaboración con el SENAMA, las Sociedades Científicas, organizaciones no-gubernamentales y la academia.

El Plan Nacional de Demencia plantea nueve objetivos para responder a las necesidades de las personas con demencias y mitigar su impacto en nuestro país. Estos son:

1. Promover la prevención en el abordaje de las demencias;
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;
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;
4. Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios;
5. Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan;

6. Fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad;
7. Considerar las demencias y el envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional;
8. Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias, y
9. Actualizar el ordenamiento jurídico chileno entorno a las demencias.

Los principales componentes del Plan incluyen el desarrollo de dispositivos asociados a demencias en todos los niveles de atención en salud.

En la APS se plantea la formación del Programa de Demencia, para la capacitación de médicos generales en el diagnóstico y manejo de las mismas, junto con el apoyo de profesionales no médicos capacitados.

Además, se busca crear nuevos centros de apoyo comunitario para las personas con demencias y sus cuidadores, así como Unidades de Memoria en el nivel secundario para poder facilitar la coordinación, capacitación, supervisión y apoyo en casos complejos tanto en diagnóstico como en manejo. Todos estos dispositivos se sostienen en un sistema de apoyo sanitario y social con énfasis en los cuidados continuos y en la prevención.

Todos los dispositivos del Plan Nacional de Demencia tienen como tarea adicional la creación de investigación local y relevante en la materia así como la educación entre los profesionales de salud y para la comunidad.

Desde 2015 a la fecha, se han implementado 10 centros similares a Kintún (Coquimbo, Los Andes/San Felipe, El Bosque, Rancagua, Talca, Talcahuano, Temuco, Osorno y Punta Arenas). Estos centros diurnos o centros comunitarios de apoyo a la demencia, son instituciones que brindan un apoyo especializado a personas que requieran intervenciones más intensivas en un periodo de tiempo con foco en el ajuste ambiental, capacidad de cuidado del entorno, y solución de problemas psicosociales.

El año 2017, el MINSAL inició la implementación del Plan Nacional de Demencia en los Servicios de Salud de Punta Arenas, Osorno y Metropolitano Oriente con el fortalecimiento de la atención de personas con demencias y su entorno (Ver figura 1).

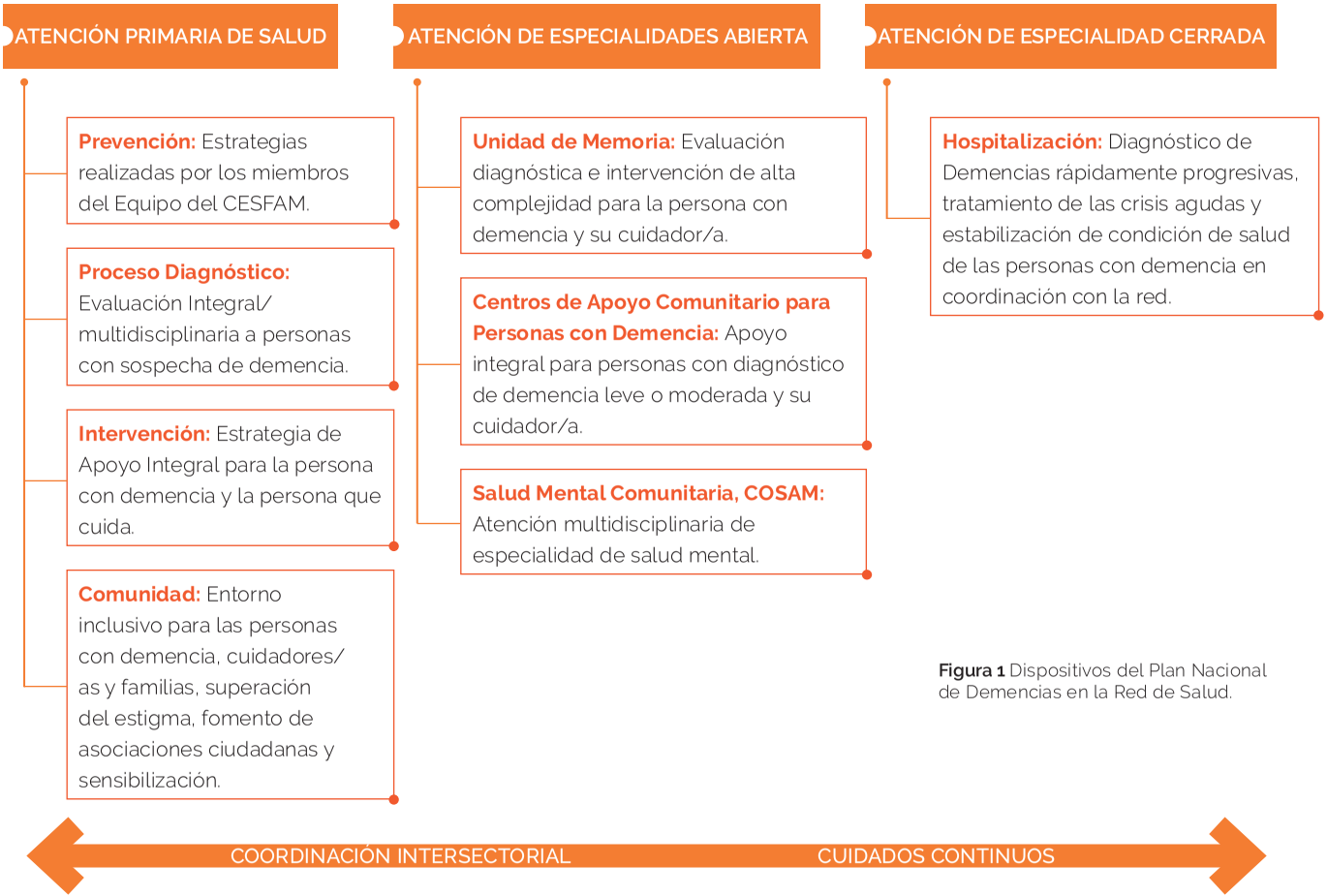


**Figura 1** Dispositivos del Plan Nacional de Demencias en la Red de Salud.

*"Para mí, trabajadora, ha sido tremendamente importante el apoyo que me han dado en la Unidad de Memoria, porque me han dado la tranquilidad de saber que hay un diagnóstico certero. Además, hay apoyo psicológico para mí, hay apoyo para él, tenemos el apoyo farmacológico también. Si esto se replicara en otros lugares, las personas no tendrían que andar deambulando de médico en médico".*

**Loreto Contreras, 59 años, Analista de Datos.**
**Cuidadora de su esposo de 84 años con afasia progresiva.**

*"La enfermera del consultorio lo derivó al Kintun. Ahí yo digo que me enseñaron porque desde la ignorancia, a veces le decía que no, que lo que él estaba diciendo no era verdad. Allí me dijeron que tenía que dejarlo. Fui tratando de hacer todo lo que me fueron aconsejando. Además, incluso, fui a talleres. Me costó harto hacer cosas porque yo no sólo cuido a mi papá, yo cuido a mi mamá. Ahí me enseñaron a manejar la enfermedad, cómo tratarlo a él y a explicarle a mi entorno cómo tratar al abuelito. Ojalá que todas las personas lo tuvieran".*

**Eliana Calderón, 53 años, dueña de casa.**
**Cuidadora de su padre de 87 años con Alzheimer.**

### 3.1 EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE DEMENCIA

Es posible plantear que las fortalezas del Plan Nacional de Demencia son:

I. Cumple con los lineamientos de organismos internacionales como la OMS y la ADI.
II. Se sustenta sobre la base de la estructura existente, considerando la articulación e intersectorialidad.
III. Concibe el abordaje de las demencias de una forma integral e integradora, tanto a nivel del individuo como de su entorno, teniendo un enfoque territorial con un componente fundamental de diagnóstico y abordaje a nivel de la atención primaria, centros de apoyo y dispositivos de salud mental, alineándose en torno a los siguientes objetivos:

    1. Promover la prevención en el abordaje de las demencias.
    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
    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.
    4. Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios
    5. Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan.
    6. Fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad.
    7. Considerar las demencias y envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional.
    8. Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias.
    9. Actualizar el ordenamiento jurídico chileno entorno a las demencias.

En cuanto a las oportunidades planteadas por esta iniciativa, podemos destacar:

1. Prevención mediante el abordaje de factores de riesgo modificables potenciando estrategias ya existentes.

2. Formación de recursos humanos especializados en atención geriátrica y gerontológica, generando equipos de trabajo inter y transdisciplinarios que puedan brindar un real abordaje sociosanitario, pudiendo ser una referencia para otros ámbitos en materia de este tipo de cuidado.
3. Factibilidad de organizar el abordaje diagnóstico y post diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
4. Posibilidad de incluir también el trabajo con residencias para personas mayores con las cuales el Estado mantiene vínculo.
5. Modelo para manejar otras condiciones crónicas y de complejidad.
6. Oportunidad de fortalecer una medida de política de cuidado sociosanitario o seguro social que vincule las políticas de dependencia con el Plan Nacional de Demencia, considerando que las demencias son una de las principales causas de dependencia.
7. Oportunidad de gestión pública-privada que permita acelerar la escalada del Plan. ●

P.PA
PER

*"A pesar del enorme avance de Chile al respecto representado en el Plan Nacional de Demencia, hay camino por transitar en lo que respecta a conocer, manejar la enfermedad, apoyar a quienes prestan ayuda a los enfermos y sobre todo prevenir y entender sus síntomas tempranos. Destaco el llamado a incorporar las demencias al plan AUGE y la necesidad de continuar la investigación referida a sus diversas dimensiones, además de hacer extensible lo aprendido en el sector público al privado, especialmente en lo que se refiere a trabajo en equipo".*

**Beatrice Ávalos**
**Premio Nacional de Ciencias de la Educación 2013.**

*"El aumento progresivo de la prevalencia de demencias en una población envejeciendo, obliga a que todos los profesionales médicos, independiente de su especialidad, tengan conocimientos sobre este tema. El Plan Nacional de Demencia corresponde a un esfuerzo mancomunado para lograr un manejo coordinado e integrado de estas patologías en nuestra red de salud, propuesta que pone el énfasis en los cuidados continuos y en el fortalecimiento de la atención primaria de salud, lo que va en la línea del desarrollo de políticas públicas sostenidas, costo-efectivas y de un alto impacto social, que incluye además la formación en esta materia a diferentes profesionales de la salud. Necesitamos saber, estar preparados y poder responder con la mejor atención posible a nuestros pacientes de hoy y a los del futuro".*

**Izkia Siches**
**Presidenta del Colegio Médico de Chile.**

P.PA
PER

# 4.

# COMPARACIÓN CON EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Recientemente, el Plan Nacional de Demencia chileno fue mencionado en la prestigiosa revista Lancet Neurology, instancia en la que se releva que para el 2017 sólo nuestro país había desarrollado un plan integral para las demencias, respondiendo al llamado de la OMS del 2012. En el artículo se reconoce al Plan Nacional de Demencia de Chile como el más importante de la región, convirtiendo a nuestro país en líder latinoamericano en la implementación de políticas públicas para las demencias (The Lancet Neurology, 2018).

Sobre esto, hay que considerar que son muy pocos los Estados que han desarrollado un Plan Nacional en la materia. En América Latina son sólo Costa Rica, Cuba y Chile.

En América Latina han existido otras iniciativas como el "Plan Estratégico Nacional PAMI para un cerebro saludable, enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2016-2019", presentado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) de Argentina, que fue discontinuado el 2017 por las nuevas jefaturas. En tanto, en México el Instituto Nacional de Geriatría lideró una propuesta de Plan Nacional de Demencia, que aún no ha sido aprobado por el Gobierno, mientras que en Bolivia se ha aprobado leyes para personas con demencia, pero sin apoyo financiero asociado.

Es más, si se compara el Plan desarrollado en Chile con el presente en Costa Rica, es posible distinguir que este último no tiene recursos económicos específicos, por lo que se limita a organizar los recursos ya disponibles, viendo mermada su capacidad de formación de profesionales y de fortalecimiento de la APS en el diagnóstico y manejo de los pacientes, tanto en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

El esfuerzo realizado en la capacitación de la APS, pilar fundamental del Plan Nacional de Demencia, ha permitido que Chile sea uno de los pocos países en que todo el proceso de manejo de las demencias -desde el primer punto de contacto, pasando por la prevención, la sospecha diagnóstica hasta la confirmación y tratamiento-, pueda ser realizado por médicos no especialistas, lo que aumenta significativamente la oportunidad y la cobertura.

En esa línea, la OECD insta a los países a seguir el ejemplo de Chile en la creación de dispositivos como Kintun, que se centran en el manejo de los casos a través de la figura del referente, profesional ocupado del caso y de la coordinación de éste a través de los distintos niveles de atención (OECD, 2018).

Así, al comparar el Plan Nacional de Demencia con la experiencia internacional vemos que múltiples países –como China, República Checa, India, Malta, Irlanda del Norte y EE.UU.– están actualmente desarrollando abordajes nacionales para responder al impacto de las demencias. Sin embargo, muchos aún no han sido completados o implementados (Bunn, 2010).

Otros países europeos y asiáticos ya han identificado a la demencia como una prioridad y comenzaron a dar pasos hacia el desarrollo de una política o plan nacional. Algunos de ellos son:

- SUECIA: Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy. Leeds, Department of Health, 2000.
- AUSTRALIA: Dementia Initiative National Evaluation: Overview and Summary of Main Findings. Final report. Report of the LAMA Consortium. Canberra, Department of Health and Ageing, 2009.
- CANADÁ: Ontario's Strategy for Alzheimer Disease and Related Dementias: PREPARING FOR OUR FUTURE. Toronto, Ministry of Health and Long-Term Care, 1999.
- DINAMARCA: National Handlingsplan for Demensindsatsen. (National dementia plan available in Danish). Copenhagen, Ministry of Social Affairs and Integration, 2010.
- FRANCIA: French National Plan for "Alzheimer and related diseases" 2008–2012. Paris, Ministry of Health, 2008.
- JAPÓN: Emergency Project for Improvement of Medical Care and Quality of Life for People with Dementia. Project Report. (In Japanese). Tokyo, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2008.

La experiencia de Suecia es del año 1992, cuando dicho país desarrolló una política social para la demencia, buscando que la persona con esta patología desarrolle una vida símil a los otros miembros de la comunidad (Ericksson, 2010). Esto marcó un cambio radical en el manejo centrado en la patología, que era prevalente hasta ese entonces. En 2010, Suecia también estableció pautas nacionales específicas para la atención de la demencia (Socialstyrelsen, 2010).

La experiencia en Alemania, en tanto, es distinta ya que no posee un Plan Nacional al respecto, pero el tema es considerado prioritario y se aborda desde la coordinación intersectorial entre distintos ministerios (Salud, Familia, Tercera Edad, Investigación, Trabajo y Bienestar Social).

En países de atención descentralizada –como Australia, Canadá, Suiza o EE.UU.– se han desarrollado distintas políticas regionales para el manejo de las demencias.

El Plan Nacional de manejo más integral de demencia es probablemente el francés, para el cual se realizó un gasto de cerca de 1.600 millones de euros para el tratamiento de personas con Alzheimer y otras demencias, así como para sus cuidadores (Ministerio de Salud de Francia, 2008).

En esta iniciativa el foco está puesto en tres acciones principales: potenciar la investigación en demencia, cambiar la forma de comprensión social de la demencia y mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares, promoviendo el diagnóstico oportuno y fortaleciendo el tratamiento y apoyo. Para esto se generaron unidades de memoria y equipos multidisciplinarios que se ocupan del diagnóstico y tratamiento, pero sin olvidar la capacitación y coordinación de redes entre los diferentes actores.

El desarrollo de planes de demencia no es exclusivo de países de alto nivel económico. Incluso países como India han presentado políticas sociales para el manejo de los adultos mayores en general y de las personas con demencia en particular. En estas políticas unen el manejo intersectorial con la educación social en demencia y la creación de centros de asistencia especializada (Alzheimer.org, 2010).

Al respecto, el ADI realizó un valioso análisis de los planes nacionales a nivel mundial y sus principales características (Alzheimer Disease International, 2012). Recientemente el ADI ha realizado dos texto de actualización sobre la situación mundial de los planes de demencia, en los cuales motiva a los distintos gobiernos a seguir los ejemplos de aquellos países donde existen políticas públicas específicas para demencia. En ambos textos se destaca la existencia del Plan Nacional de Demencias como pionero en nuestra region. ( Alzheimer Disease International, 2018. Alzheimer Disease International, 2019)

## EXPERIENCIA COMPARADA

La experiencia comparada muestra algunas semejanzas y diferencias entre los distintos planes existentes en el mundo. Como semejanzas vemos que en la mayoría de los planes se busca el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario, comprendiendo que el manejo de la demencia no debe ser sólo del especialista, sino que debe incluir toda la red de salud en el diagnóstico y manejo. A esto se suma que en la mayoría de los planes se trabaja también en la educación continua a la sociedad en temas de demencia.

En términos de la estructura protocolar del Plan de nuestro país, vemos que está fuertemente inspirada en el modelo francés y en el plan de acción para la enfermedad de Alzheimer de Quebec, en que se incluye la labor de psicoeducación social con la clínica, realizada por equipos multidisciplinarios que se ocupan del tratamiento y coordinación de casos y redes (Bergman, 2009; Ministerio de Salud de Francia, 2008).

Una diferencia importante es que en las experiencias internacionales se ha unido el manejo de las demencias con la investigación médica, obteniendo recursos combinados de la academia y de los servicios sanitarios. En nuestro país la investigación es un objetivo secundario del Plan, sin contar con apoyo financiero ni protocolos asociados al mismo.

Otra diferencia con respecto al financiamiento viene de las particularidades del sistema de salud chileno. En otros países es financiado por el seguro único de salud, usualmente transversal a la población. En Chile, en cambio, es financiado por el presupuesto nacional a través del Ministerio de Salud y beneficia, al menos inicialmente, a los asegurados por el Fondo Nacional de la Salud (FONASA). En esta dimensión es importante considerar que aproximadamente el 90% de los adultos mayores en Chile están afiliados a FONASA y se atienden preferentemente en el Sistema Público de Salud.

*"A medida que la población mundial envejece, la demencia es un desafío global cada vez mayor y los países necesitan crear e implementar nuevos enfoques para lidiar con el impacto y ayudar a las personas con demencia y sus cuidadores. Para ser exitoso, un Plan Nacional de Demencia debe estar arraigado en resultados científicos que hayan demostrado resultados concretos y rentables. El plan se convierte en la hoja de ruta para generar cambios tanto en las políticas públicas como en las interacciones sociales de la comunidad. Una visión multidimensional de este fenómeno creciente va más allá de la enfermedad de Alzheimer, reconociendo las especificidades y particularidades de otras patologías neurodegenerativas y psiquiátricas, adaptando a la medida tratamientos para cada individuo.*

*Apoyo firmemente los esfuerzos para crear un plan de este tipo para Chile y creo que el trabajo que se ha hecho ayudará a guiar a otros países a crear cambios productivos para hacer frente a este creciente problema para las personas saludables y la economía. El proceso que está comenzando Chile con respecto al manejo de la demencia, usando este enfoque integrado es el correcto y los resultados ya son visibles en las vidas de los pacientes y sus familias. Además, la propuesta del presente artículo de fortalecer la investigación en demencia es esencial para desarrollar políticas públicas enraizadas en la ciencia. Este trabajo es esencial para construir comunidades duraderas y exitosas".*

**Bruce L. Miller, MD**
**A.W. and Mary Margaret Clausen**
**Distinguished Professor in Neurology**
**Director, Memory and Aging Center**
**Director, Global Brain Health Institute**
**Joint Appointment in Psychiatry**
**UC San Francisco School of Medicine**

*"El Plan de Acción Regional sobre Demencia en Personas Mayores de la OPS de 2015 marcó el primer plan de este tipo entre todas las regiones. A su vez, la Asamblea de la OMS de 2017 adoptó el Plan de Acción Mundial para la Demencia y, a fines de ese mismo año, Chile adoptó su Plan Nacional. Este último fue presentado como un ejemplo por la ADI en su publicación de 2018 "From Plan to Impact", tanto para el proceso de su desarrollo como por la calidad de su contenido en línea con las pautas establecidas por la OPS y la OMS, así como por tener un presupuesto asignado para su implementación.*

*Con 50 millones de personas afectadas por demencia en todo el mundo en 2018, cifra que se pronostica que aumente a 82 millones en 2030 y a 152 millones en 2050, ningún país puede quedarse atrás en la asignación de demencia como una prioridad de salud pública, y desarrollar e implementar políticas públicas relacionadas. Más aún en América Latina, donde, según el Informe Mundial de Alzheimer 2015, de todas las regiones, los profesionales esperan ver el mayor aumento proporcional de personas que viven con demencia entre 2015 y 2050: más del 300%".*

**Paola Barbarino**
**Chief Executive Officer**
**Alzheimer's Disease International (ADI).**

*"El envejecimiento de la población será un desafío para países como Chile en América del Sur durante el siglo XXI. El problema más importante será la dependencia en las actividades de la vida diaria de decenas de miles de personas mayores.*

*Las demencias representan la causa más importante de dependencia en la población mayor. Por lo tanto, la prevención y la manejo de la dependencia en Enfermedad de Alzheimer y condiciones asociadas es particularmente relevante. Este es el principal objetivo del "Plan Nacional de Demencia".*

*Apoyo firmemente el Plan y al equipo que lo organiza. Será necesaria una evaluación cuidadosa de la fase piloto del Plan antes de la extensión a todo el país, pero el primer informe de esta fase se ve muy bien.*

*Chile es el primer país de Sudamérica que se ha ocupado de este fenómeno. Es particularmente importante que lleve a cabo este proceso hasta el final".*

**Jean François Dartigues**
**Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED)**
**Université de Bordeaux.**

P.PA
PER

# 5.

# DESAFÍOS FUTUROS Y PROPUESTAS

El manejo exitoso de la demencia, tal como ha sucedido en otros países, no puede sostenerse únicamente por la atención clínica especializada, sino que debe ser un manejo global e integral a nivel país.

El Plan Nacional de Demencia busca generar conciencia sobre la importancia de estas enfermedades en el país, interpelando a la opinión pública y a los estamentos políticos para generar modificaciones en las leyes y políticas públicas. Busca actualizar las antiguas normativas sanitarias para hacerlas atingentes a los desafíos sociales y clínicos propios de la estructura actual de nuestra sociedad, aceleradamente envejecida y con alta prevalencia de demencia.

En este contexto realizamos las siguientes propuestas a futuro, recopilando los principales desafíos encontrados en la creación e implementación del Plan:



## 1. DESAFÍO DE COBERTURA - PROPUESTA: INGRESO AL AUGE

Las demencias deben incorporarse a las Garantías Explícitas de Salud (GES -AUGE) para asegurar el acceso al diagnóstico y a cuidados sociosanitarios continuos durante las diferentes etapas de estas enfermedades. Considerando las recomendaciones ya mencionadas, la incorporación de las demencias al AUGE sólo es factible si se fortalece y expande el Plan Nacional de Demencia. La presencia de dos estrategias paralelas de manejo de demencia dificultaría la coordinación de cuidados e intervenciones, dividiendo esfuerzos cuando lo recomendado a nivel internacional es la unificación e integración de miradas.

En la línea del aumento de la cobertura y mayor resolutividad, deben potenciarse las consultorías y la telemedicina, pudiendo ésta última tener un rol tanto diagnóstico como terapéutico.

## 2. DESAFÍO DE EDUCACIÓN EN DEMENCIAS - PROPUESTA: FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La formación en demencia suele ser escasa en las escuelas de pregrado de la mayoría de las carreras de la salud y afines. Se deben actualizar los programas de pregrado de las carreras de salud incorporando a las demencias como una temática relevante.

Considerando las brechas en recursos humanos existentes en la actualidad, uno de los objetivos del Plan es generar instancias presenciales y virtuales de capacitación de los distintos equipos de salud.

Deben existir además instancias de formación para la comunidad para aumentar la conciencia con respecto a la demencia, promoviendo la prevención, la consulta oportuna, la solidaridad y el respeto hacia las personas con demencias.

La experiencia en otros países como Francia ha mostrado incluso la posibilidad de la creación de nuevos tipos de empleo, tanto en la coordinación de casos complejos como en la organización del cuidado.

En nuestro país la labor del cuidado formal de personas con demencia no cuenta con una adecuada estandarización de los conocimientos ni formación específica. Si bien el foco del Plan está en fortalecer y apoyar a los cuidadores informales, dentro de la formación de recursos humanos en demencia se debe formar a los cuidadores formales, ante el inminente aumento de la necesidad de los mismos.

La educación en demencia no debe quedar en manos sólo del médico y de los profesionales de la salud, sino que debe ser transversal y temprana, incorporándose en los programas del Ministerio de Educación para el aprendizaje de estrategias de promoción de salud general, de detección oportuna de la demencia, y de inclusión social de las personas con demencias.

## 3. DESAFÍO: FALTA DE INVESTIGACIÓN LOCAL EN DEMENCIA Y EN IMPLEMENTACIÓN - PROPUESTA: PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MEJORA CONTINUA

El Plan Nacional de Demencia es una oportunidad irrepetible para la generación de conocimiento interdisciplinario local, tanto en investigación clínica como en estudios de implementación, que permitan optimizar y mejorar el estándar de atención en base a la evaluación de la experiencia local.

Existe además la oportunidad de profundizar en la investigación de los aspectos bioéticos relevantes a las demencias, como el manejo de información, las voluntades anticipadas, la diferencia entre autonomía y autovalencia, o la persona con demencia como sujeto de derechos generando un espacio de investigación y reflexión, tanto a nivel sanitario como legal y social.

En el caso de las demencias, la legislación actual, 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, dificulta la participación de personas con deterioro cognitivo leve y/o demencia en protocolos de investigación. Esta medida, creada con el fin de proteger a los pacientes, no facilita estudios de diagnóstico clínico o de tratamientos no farmacológicos.

Asimismo, otra dimensión relevante de realizar son los estudios de costo efectividad del plan, necesarios para mostrar que esta forma de manejo genera beneficios económicos y sociales, superiores a los del modelo de tratamiento realizado hasta la fecha.

Finalmente, otra de las potencialidades de ahondar en el ámbito investigativo es la creación de redes internacionales de intercambio de experiencias y de investigación conjunta con otros países.

## 4. DESAFÍO DE INTEGRACIÓN INTERSECTORIAL - PROPUESTA: FORTALECER COORDINACIÓN DESDE EL PLAN

En relación con la integración, se requiere incrementar la intersectorialidad entre distintos actores ministeriales (Ministerios de Salud, de Desarrollo Social, de Justicia y Derechos Humanos, y de Educación) y entidades de trabajo aplicado (municipalidades, entre otras), Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, con el fin de impulsar la implementación de las diversas estrategias del Plan, perfilándose como una iniciativa unificada e intersectorial.

La articulación con los distintos dispositivos sanitarios es fundamental. El Plan Nacional de Demencia se centra en la idea de continuidad del cuidado, en el cual el manejo debe ser coordinado a través de todos los niveles de atención de salud y de las distintas especialidades, logrando un tratamiento individualizado y costo efectivo. Para responder a esa necesidad, en los dispositivos del Plan se ha creado la labor de referente o gestor de caso, profesional encargado de la coordinación de todas las intervenciones sanitarias, facilitando el tránsito y el contacto entre el paciente y los servicios de salud.

La integración no debe ser únicamente entre distintos dispositivos sanitarios sino que también entre distintas especialidades de la medicina, rescatando por ejemplo, la idea de valoración integral impulsada por los geriatras, quienes también han trabajado en el cuidado hospitalario de personas con demencia, la precisión diagnóstica de los neurólogos, y el manejo adecuado de psicofármacos de los psiquiatras.

## RECOMENDACIONES FINALES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

EJE 1

### Priorización de las demencias en las políticas públicas y en la sociedad

Es fundamental incorporar el cuidado de personas con demencia y sus cuidadores a la discusión política, considerando el alto costo social, económico y personal.

Es necesario además integrar la idea de que si bien la demencia no es curable, si es prevenible y tratable de manera costo-efectiva, permitiendo que las personas con demencias y su entorno tengan una mejor calidad de vida.

A esto se suma la urgencia de impulsar la solidaridad e inclusión social de las personas con demencias.

EJE 2

### Fortalecer el Plan Nacional de Demencia

El Plan Nacional de Demencia se encuentra, hasta la fecha, en fase de implementación en algunas comunas de nuestro país, casi exclusivamente por el Ministerio de Salud, lo que ha dificultado la consolidación del cuidado intersectorial. Se recomienda entonces fortalecer las estrategias ya en curso y transformarlas en multisectoriales a nivel nacional.

Se recomienda fortalecer el liderazgo y supervisión desde nivel central de modo que se cautele por la ejecución de los programas, la asistencia técnica a los equipos, la transferencia de buenas prácticas y la asignación de los recursos para lo que determina el Plan.

Se precisa además ampliar el presupuesto en manejo de demencias, sostenido en estrategias basadas en evidencia científica y que integre los distintos niveles de atención de salud. Se motiva además a facilitar la integración entre los distintos actores (mundo académico, clínico, política pública y sociedad civil) en la implementación del Plan Nacional de Demencia.

EJE 3

**Incorporación de las demencias al AUGE-GES**

La incorporación de las demencias al AUGE/ GES no puede limitarse a la sola demencia tipo  Alzheimer, debiendo considerar los diversos tipos de demencias en sus diferentes etapas. Se debe garantizar el diagnóstico y post-diagnóstico para asegurar la continuidad de los cuidados.

Un AUGE/ GES de demencia debe concebirse como una adición a la estructura del Plan, ya que por sí sólo dada las características de la demencia y las brechas de cuidado a la fecha, sin la implementación de los dispositivos y la formación de recursos humanos propuestos en el Plan Nacional de Demencia no sería factible garantizar la calidad y cobertura que personas con demencia y su entorno requieren.

EJE 4

**Generación de conocimiento y formación de recursos humanos**

La investigación es un pilar fundamental para la generación de nuevos conocimientos y la mejoría continua de las políticas públicas. Se debe impulsar la investigación en demencias en sus diferentes dimensiones, desde las biológicas a los aspectos sociales, éticos y legales. Con ello, se debe fomentar la generación de datos con iniciativas como un registro nacional de demencias.

Otro elemento crucial es el impulso a la formación de recursos humanos en demencias desde pregrado a postgrado.

Si bien la mayoría de las políticas públicas buscan ordenar el manejo de pacientes en el sector público de salud, no es adecuado olvidar al grupo de población atendido en el sistema privado. La generación de conocimiento y experiencia producto de la aplicación del Plan Nacional de Demencia, puede traducirse en lineamientos técnicos y guías de buenas prácticas clínicas, homologables para el servicio privado, y que además puedan funcionar como reguladores o un “mínimo exigible” para la atención de personas con demencias.

Es destacable que en el sistema privado suele privilegiarse la atención por especialista, en modalidad de atención única y hay menor experiencia en el trabajo multidisciplinario. La formación en trabajo en equipo en demencia pudiera entonces impactar no sólo al mundo público si no que servir como meta de calidad y costo eficacia para el sistema privado de salud.

P.PA
PER

# 6.

# AUTORES / REVISORES / COLABORADORES

## ACADÉMICOS Y PROFESIONALES

**Cecilia Albala**. Médica. Doctora en Salud Pública. Académica Instituto de Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. Premio Amanda Labarca Universidad de Chile.

**Ximena Aguilera**. Médica Especialista en Salud Pública. Académica Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Past-presidente Sociedad Chilena de Salubridad.

**Luis Aguayo**. Doctor en Ciencias. Académico Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Concepción.

**Patricia Alegría**.* Neuropsicóloga. Directora Corporación Alzheimer Chile.

**Maricarmen Andrade**. Médico Internista-Geriatra. Coordinadora de Geriatría Clínica Universidad de los Andes. Directora Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.

**Paulina Arriagada**. Neuróloga. Past-coordinadora Grupo de Neurología Cognitiva y Demencias, Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Chile.

**Rubén Alvarado**. Médico Geriatra Centro de Rehabilitación La Florida de Capredena y del Hospital de la Fuerza Aérea de Chile.

**Alejandra Ximena Araya**. Enfermera-Matrona. Especialista en Enfermería del Adulto con mención en Gerontogeriatría. Doctorado en Ciencias de Enfermería (PhD). Profesor Investigador, Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello.

**Lorena Araneda**. Neuróloga. Red Salud UC Christus.

**José Miguel Aravena.** Terapeuta Ocupacional. Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.

**Marcelo Arnold**. Antropólogo. Doctor en Ciencias Sociales, Director Magíster análisis sistémico aplicado a la sociedad. Académico Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.

**Oscar Arteaga**. Médico especialista en Salud Pública. Doctor en Salud Pública.Académico Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Bernardo Barra**. Psiquiatra. Programa de psicogerontología Red UC-Christus. Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Vice-presidente Sociedad Chilena de Salud Mental.

**Nelly Baeza**. Médica. Vicepresidenta Sociedad Chilena de Salubridad.

**María Isabel Behrens**. Neurologa. Doctora en Ciencias. Académica Departamento de Neurociencia Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Jorge Calderón**. Psiquiatra. Académico Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Trinidad Callejas**. Terapeuta Ocupacional. Directora Centro KINTUN, Peñalolén.

**Julio César Cárdenas**. Bioquímico. Doctor en Ciencias Biomédicas. Académico Centro de Biología Integrativa Universidad Mayor.

**Benjamín Chacana**.* Presidente Corporación Profesional Alzheimer y otras Demencias (COPRAD).

**Pedro Chaná**. Neurólogo. Académico Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Presidente Centro de Estudios de Trastornos del Movimiento (CETRAM).

**Marco Cornejo**. Odontologo. Doctor en Salud Pública. Académico Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

**Felipe A. Court**. Biólogo. PhD, Edinburgh University. Director Center for Integrative Biology Universidad Mayor. Académico Facultad de Ciencias Universidad Mayor.

**Carolina Delgado**. Neuróloga. Master en Neurociencias. Académica Departamento Neurología y Neurocirugía Norte y Departamento de Neurociencia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Gonzalo Farías**. Neurólogo. Doctor en Ciencias. Académico Depar-

tamento de Neurociencia y Departamento de Neurología y Neurocirugía Norte Universidad de Chile.

**Gerardo Fasce**. Geriatra. Jefe Sección de Geriatría del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH). Jefe de la Unidad de Cuidados del Adulto Mayor de Clínica las Condes. Vicepresidente de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.

**Alejandra Fuentes**. Socióloga. Doctora en Salud Pública. Académica Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

**Jean Gajardo**. Terapeuta Ocupacional. Doctor en Salud Pública. Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Director Centro de Salud Pública Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile.

**Pablo Gallardo**. Geriatra. Director (S) Instituto Nacional de Geriatría (INGER).

**Eduardo Gallegos**. Geriatra. Académico Programa Especialidad Geriatría USACH-Capredena.

**Viviana García**. Fonoaudióloga. Directora Centro Interdisciplinario para el Adulto Mayor- Gerópolis, Universidad de Valparaíso.

**Rodrigo Gómez**. Neurólogo. Universidad de Santiago. Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría. Servicio de Neurología. Hospital del Salvador.

**Christian Gonzalez**. Neurocientista. Doctor en Neurociencias. Director GERO. Académico Facultad de Ciencias, Universidad de Chile.

**Fernando Hansen.** Neurólogo. Académico Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.

**Claudio Hetz**. Neurocientista. Director Instituto de Neurociencia Biomédica. Académico Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Cecilia Hidalgo**.* Bioquímica. Doctora en Ciencias Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Premio Nacional de Ciencia. Presidenta de Academia Chilena de Ciencia.

**Daniel Hojman**.* Economista. Doctor en Economía. Vicerrector de Asuntos Económicos y Gestión Institucional. Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.

**Mariela Honores**. Enfermera. Coordinadora Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia “ARREBOL”, Subdepartamento de Salud Mental, Dirección Servicio Salud O’Higgins.

**Agustin Ibañez**. Neurocientista. Doctor en Psicología. Universidad Adolfo Ibáñez, Fundación INECO, CONICET y Global Brain Health Institute, University of California San Francisco (GBHI-UCSF).

**Gloria Icaza**. Bioestadistica. Doctora en Salud Pública. Académica Universidad de Talca

**Manuel Kukuljan**.* Médico. Doctor en Ciencias. Decano Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Soraya León**. Odontóloga. MSc, PhD, Directora del Magíster en Odontogeriatría, Universidad de Talca. Presidenta de la Sociedad de Odontogeriatría de Chile (SOGCh).

**Tomás León**. Psiquiatra. Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría. Servicio de Neurología. Unidad de Memoria Hospital del Salvador.

**Patricia Lillo**. Neuróloga. Doctora en Neurociencias . Departamento de Neurología Sur/Departamento de Neurociencia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Neurología, Hospital San José, SSMN. Investigadora GERO.

**Rodrigo Martínez**. Presidente Sociedad Chilena de Salubridad. Académico Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Claudia Miranda**. Psicóloga. Doctora en Envejecimiento y Salud Mental. Académica.Universidad Andrés Bello.

**Barbara Muñoz**. Neuróloga. Unidad de Memoria Magallanes.

**Ángela Nervi**. Neuróloga. Red Salud UC Christus.

**Mónica Nivelo**. Médico. Magíster en Salud Pública. Departamento Atención Primaria y Salud Familiar. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Jessica Olate**. Enfermera. Magister en Educación en Ciencias de la Salud. Académica Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Loreto Olavarría**. Neuropsicóloga. Master en Neurociencias Cognitivas. Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría. Servicio de Neurología. Unidad de Memoria Hospital del Salvador.

**Teresa Matus**. Trabajadora Social. Doctora en Sociología y Trabajo Social. Directora de Trabajo Social Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

**Adrian Palacios**.* Académico. Doctor en Neurociencias. Vicerrector de Investigación, Universidad de Valparaíso.

**Teresa Parrao**. Neuropsicología. Doctora en Neuropsicología. Universidad Alberto Hurtado.

**Ivan Palomo**. Director Centro Interdisciplinario en Envejecimiento, Universidad de Talca.

**Doina Pavel.** Fonoaudióloga. Integrante de Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile y Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (COPRAD).

**Andrea Quiroz**. Enfermera. Académica Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

**Gustav Rodhe**. Neurológo. Universidad de Valparaíso.

**Graciela Rojas**.* Psiquiatra. Doctora en Medicina. Directora Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Francisca Sanfuentes**. Médico Familiar. Unidad de Memoria Magallanes.

**Felipe Salech**. Geriatria. Doctor en Ciencias Biomédicas. Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Rodrigo Salinas**. Neurólogo. Magíster en Medicina Basada en Evidencia. Hospital del Salvador.

**Rodrigo Santibañez**. Neurólogo. Unidad de Memoria Hospital Sótero del Río. Académico Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Diego Silva Jiménez**. Director Sociedad Chilena de Salubridad. Coordinador Centro de Salud Pública I3S, Universidad Central de Chile.

**Andrea Slachevsky**. Neuróloga. Doctora en Neurociencia. Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría del Hospital del Salvador y Facultad de Medicina, Universidad de Chile, GERO, Clínica Alemana y COPRAD.

**Benjamín Suárez**. Bioquímico. Doctor en Ciencias. Académico Facultad de Medicina Universidad de Chile.

**Daniela Thumala**. Psicóloga. Doctora en Psicología. Académica Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

## APOYOS NACIONALES

**Patricia Alegría**. Presidenta Corporación Alzheimer - Chile.

**Beatrice Ávalos**. Premio Nacional de Ciencias de la Educación 2013. Investigadora CIAE, Universidad de Chile.

**Benjamin Chacana**. Presidente Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias (COPRAD).

**Cecilia Hidalgo**.Premio Nacional de Ciencias Naturales 2006. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Daniel Hojman**. Economista. Doctor en Economía. Vicerrector de Asuntos Económicos y Gestión Institucional. Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile.

**Manuel Kukuljan**. Médico. Doctor en Ciencias. Decano Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Adrian Palacios**. Neurocientista. Doctor en Neurociencias. Vicerrector de Investigación, Universidad de Valparaíso.

**Andrea Rodríguez**. Vicerrectora de Investigación y Desarrollo Universidad de Concepción.

**Graciela Rojas**. Psiquiatra. Doctora en Medicina. Directora Hospital Clínico Universidad de Chile.

**Flavio Salazar**. Inmunólogo. Doctor Instituto Karolinska. Vicerrector de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile.

**Izkia Siches**. Médica. Presidenta Colegio Médico de Chile.

**Paulina Urrutia**. Actriz y cuidadora.

**Ennio Vivaldi**. Rector. Universidad de Chile.

* Estas personas participaron en calidad de revisores del documento y también como apoyos nacionales por su rol en la temática.

## APOYOS INTERNACIONALES

**Paola Barbarino**, Chief Executive Officer Alzheimer's Disease International (ADI).

**Jean François Dartigues**, MD. PhD Neurólogo. Expert Commission chargé de la préparation de Plan Alzheimer 2008-2012 Francia. Profesor. 'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement University of Bordeaux, Bordeaux, Francia.

**Laura N Gitlin**, PhD. Decana y Profesora Distinguida Facultad de Enfermería y Profesiones de la Salud Universidad Drexel Investigadora con impacto mundial sobre intervención no farmacológica

y ambiental en demencia, contribuyendo a la política pública de Estados Unidos en Enfermedad de Alzheimer y otros problemas de salud relacionados.

**Harry Johns,** President and CEO, U.S. Alzheimer's Association, Estados Unidos y Chair, World Dementia Council.

**Brian Lawlor,** Psiquiatra. Co-Director of Global Brain Health Institute, Conolly Norman Professor of Old Age Psychiatry, Trinity College Dublin.

**Bruce Miller,** Neurólogo. A.W. and Mary Margaret Clausen Distinguished Professor in Neurology Director, Memory and Aging Center. Director, Global Brain Health Institute Director Global Brain Health Institute.

**Monica Roqué,** Presidenta ALGEC (Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria) Argentina.

## EDITORES

**Andrea Slachevsky**

**Tomás León**

**Jean Gajardo**

**Francisca Palma**

**Jaqueline Meriño**

**Pablo Riveros**

P.PA
PER

# 7.

# REFERENCIAS

Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B (1998) "Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study". Am J Public Health; 88 (10): 1452-6.

Alzheimer Disease International (2012). "Dementia: a public health priority". Disponible en http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report.

Alzheimer Disease International (2018). "From plan to Impact". Disponible en https://www.alz.co.uk/adi/pdf/from-plan-to-impact-2018.pdf

Alzheimer Disease International (2018). "From plan to Impact II". Disponible en https://www.alz.co.uk/adi/pdf/from-plan-to-impact-2019.pdf

Alzheimer Europe. National dementia plans. Disponible en: http://www.alzheimer-europe.org/

Alzheimer.org (2010). "The Dementia India Report 2010: prevalence, impact, costs and services for dementia. New Delhi, Alzheimer's and Related Disorders Society of India. Disponible en: http://www.alzheimer.org.in/dementia_2010.pdf

Bunn F, Burn AM, Goodman C, et al. (2014). "Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature". BMC Med 2014; 12. DOI:10.1186/ s12916-014-0192-4.

Bergman B (2009) Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence . Rapport du Comité d'experts en vue de l' élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimerhttp://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf Burns A (2010)."Editorial". International Journal of Geriatric Psychiatry, 25 (9):875.

Carotenuto A, Rea R, Traini E, Ricci G, Fasanaro AM, Amenta F (2018). "Cognitive Assessment of Patients With Alzheimer's Disease by Telemedicine: Pilot Study. JMIR Ment Health. 2018 11 de mayo; 5 (2): e31. doi: 10.2196 / mental.8097.

Carrion C, Folkvord F, Anastasiadou D, Aymerich M. (2018). "Cognitive Therapy for Dementia Patients: A Systematic Review". Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Vol: 46 Nro: 1-2 Págs.: 1-26.

Custodio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A (2017). "Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy". Front Aging Neurosci; 9: 221.

Dartigues J-F, Helmer C, Dubois, B (2002) "La maladie d'Alzheimer: un problème de santé publique: oui – une priorité?" Rev. Neurol. (Paris); 158(3):311–315.

Dreier-Wolfgramm A, Michalowsky B, Austrom MG, van der Marck MA, Iliffe S, Alder C, Vollmar HC, Thyrian JR, Wucherer D, Zwingmann I, Hoffmann W (2017). "Dementia care management in primary care: Current collaborative care models and the case for interprofessional education". Z Gerontol Geriatr. May;50 (Suppl 2):68-778.

Engedal, K, & Laks, J (2016). "Towards a Brazilian dementia plan? Lessons to be learned from Europe". Dementia & neuropsychologia, 10(2), 74-78.

Eriksson S (2010). "Developments in dementia strategy". International Journal of Geriatric Psychiatry, 25 (9): 885–886.

Gajardo, J, Aravena, JM, Budinich, M, Larraín, A, Fuentes., P. y Gitlin, L (2017). "The Kintun program: From novel experiment to national policy (Innovative practice)". Dementia. Disponible en: https://doi.org/10.1177/1471301217721863

Gajardo, J; Budinich, M & Fuentes, P (2015). "Innovadora experiencia local en el apoyo a la persona con demencia y su entorno familiar: Centro Kintun Municipalidad de Peñalolén". En: Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento Universidad Católica. Personas mayores y demencia: Realidad y desafíos. Santiago. Editorial Universidad Católica. p115-137.

Gentry MT, Lapid MI, Rummans TA (2018). "Geriatric Telepsychiatry: Systematic Review and Policy Considerations". Soy J Geriatr Psiquiatría. Febrero de 2019; 27 (2): 109-127. doi: 10.1016 / j.jagp.2018.10.009. Epub 2018 30 de octubre.

Grand JH, Caspar S, Macdonald SW (2011). "Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care". J Multidiscip Healthc; 4:125-4.

Hojman D, Duarte F, Ruiz-Tagle J, Budnich M, Delgado C, Slachevsky A (2017) "The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile". PLoS One; 12(3): e0172204.

Jorm AF, Korten AE, Henderson AS (1987) "The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature". Acta Psychiatr Scand; 76: 465-479.

Khanassov V, Vedel I. (2016). "Family Physician-Case Manager Collaboration and Needs of Patients With Dementia and Their Caregivers: A Systematic Mixed Studies Review". Ann Fam Med. 2016 Mar; 14 (2): 166-77. doi: 10.1370 / afm.1898.

Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda S G, Huntley J, Ames D, et al. (2017). "Dementia prevention, intervention, and care". Lancet 390 2673–2734. 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.

Ministerio de Salud (2011). "Estrategia Nacional De Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020". Disponible en http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Objetivos+Sanitarios+de+la+d%C3%A9%C2%81cada+2011-2020.pdf

Ministerio de Salud (2015). "Documento Preliminar para la elaboración del Plan Nacional para las demencias 2015. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN_DEMENCIA_final.pdf

Ministerio de Salud de Francia (2008). "French National Plan for 'Alzheimer and related diseases' 2008–2012. Paris, Ministry of Health.

Moore, A, Frank, C, & Chambers, LW (2018). "Role of the family physician in dementia care". Canadian family physician Medecin de famille canadien, 64(10), 717-719.

Murray C.J, Vos T, Lozano R, et al. (2012) "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". The Lancet; 380:2197–223.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP) (2018). "Alzheimer's Disease. Promoting Health and Independence for an Aging Population". Disponible en: https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/alzheimers.htm

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). "Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97].

Nichols, E. et al. (2016) "Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study". The Lancet Neurology.

Nitrini R, Bottino C M, Albala C, Custodio Capuñay N S, Ketzoian C, Llibre Rodriguez J J, et al. . (2009). "Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts". Int. Psychogeriatr. 21, 622–630

OECD (2018). "Care Needed. Improving the Lives of People with Dementia". OECD Health Policy Studies. Disponible en: https://doi.org/10.1787/9789264085107-en

OMS, Informe Salud de las Américas de 2017. Información disponible en https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-44128848

Piau, A, Nourhashemi, F, De Mauléon, A. Tchalla, A, Vautier, C, Vellas, B, Duboue, M, Costa, N, Rumeau, P, Lepage, B, Soto Martin M (2018). "Telemedicine for the management of neuropsychiatric symptoms in long-term care facilities: the DETECT study, methods of a cluster randomised controlled trial to assess feasibility". BMJ open, 8(6), e020982. doi:10.1136/bmjopen-2017-020982

Pimouguet C, Bassi V, Somme D, Lavallart B, Helmer C, Dartigues JF (2013). "The 2008-2012 French Alzheimer plan: a unique opportunity for improving integrated care for dementia". Alzheimers Dis; 34(1):307-14.

Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C (2010). "Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials". J Nutr Health Aging. Oct;14 (8):669-76. Review.

Prince M, Acosta D, Ferri CP, et al. (2010). "The association between common physical impairments and dementia in low and middle income countries, and, among people with dementia, their association with cognitive function and disability". A 10/66 Dementia Research Group population-based study. Int J GeriatrPsychiatry 26(5):511-9.

Russ TC, Muriami L, Icaza G, Slachevsky A, Starr JM. (2016) Geographical Variation in Dementia Mortality in Italy, New Zealand, and Chile: The Impact of Latitude, Vitamin D, and Air Pollution. Dement Geriatr Cogn Disord. 2016;42(1-2):31-41

Slachevsky A, Arriagada P, Maturana J, Rojas R. (2012) "Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Chile: Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias". Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (Coprad); Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (Sonepsyn).

Slachevsky A, Budinich M, -Castillo C, et al. (2013) "The CUIDEME Study: determinants of burden in chilean primary caregivers of patients with dementia". Journal of Alzheimer's Disease, 35:297–306.

Slachevsky, A, et al (2012). "Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias en Chile: Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias". Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (Coprad); Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (Sonepsyn). Disponible en: http://www.coprad.cl/wp-content/uploads/2018/01/pasos_coprad_alzheimer_chile.pdf

Spector, A, Revolta, C, and Orrell, M. (2016) "The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: a systematic review". Int J Geriatr Psychiatry, 31: 1172–1187. doi: 10.1002/gps.4488.

Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, et al. (2006) "Comorbidity profile of dementia patients in primary care: Are they sicker?" J Am Geriatr Soc; 54: 104–9.

Szeto J, Lewis S. (2016) "Current treatment options for Alzheimer's disease and Parkinson's disease dementia". Curr. Neuropharmacol. 14 326–38.

Tan, ZS, Jennings, L, & Reuben, D (2014). "Coordinated care management for dementia in a large academic health system". Health affairs (Project Hope), 33(4), 619-25.

Tan ZS, Jennings L, Reuben D (2014). "Coordinated care management for dementia in a large academic health system". Health Aff (Millwood); 33(4): 619-25.

Tam-Tham H, Cepoiu-Martin M, Ronksley PE, Maxwell CJ, Hemmelgarn BR. (2013) "Dementia case management and risk of long-term care placement: a systematic review and meta-analysis". Int J Geriatr Psychiatry; 28(9): 889-902.

Tapia Muñoz, T., Slachevsky, A., León-Campos, M.O., Madrid M., Caqueo-Urízar A., Rohde G., Miranda-Castillo C. (2019) BMC Geriatr 19: 106.Miranda-Castillo C. (2012). "¿Conocemos las necesidades de personas con demencia? Cómo identificarlas y por qué conocerlas. Ponencia. VI Congreso Iberoamericano de Alzheimer, Santiago, Chile. Disponible en: https://alzheimeriberoamerica.org/article/vi-congreso- iberoamericano-de-alzheimer-18-20-de-o/

The Lancet Neurology (2018). "Editorial. Response to the growing dementia burden must be faster". The Lancet Neurology Vol 17 (8) P651.Disponible en: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30256-4

Tucker S, Wilberforce M, Brand C, Abendstern M, Challis D. (2014). "All things to all people? The provision of outreach by community mental health teams for older people in England: findings from a national survey". Int J Geriatr Psychiatry. 2014 May; 29(5):489-96.

Saxena S, Wortmann M, Acosta D, Prince M, Krishnamoorthy ES (2018). "Towards a dementia plan: a WHO guide". Geneva: World Health Organization.

Socialstyrelsen (2010). "National guidelines for care in cases of dementia". Stockholm, National Board of Health and Welfare. Disponible en: http://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines/nationalguidelinesforcareincasesofdementia

Suzuki Y, Kazui, H Yoshiyama K, Azuma S, Kanemoto H, Sato S, Suehiro T and Ikeda M (2018). "Advantages of different care services for reducing neuropsychiatric symptoms in dementia patients". Psychogeriatrics, 18: 252-258.

World Health Organization (WHO) (2012). "Dementia: a Public Health Priority"; Alzheimer's Disease International. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

**Agradecimientos especiales a Juan Walker,
por sus gestiones y apoyo en la visibilización
de esta iniciativa**

POLICY PAPER

POLICY PAPER

UNIVERSIDAD DE CHILE • POLICY PAPER N°1 • SERIE ENVEJECIMIENTO