



Segundo Concurso de Políticas Públicas en Salud - IPSUSS

Informe final de proyecto

“Desde el territorio: Visibilizando iniciativas municipales para el abordaje de la demencia”

Equipo de investigación: Jean Gajardo J.
Vanessa Jara J.
Carolina Barrientos L.
Jorge Balladares B.
María Teresa Abusleme L.

Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Santiago
Facultad de Ciencias de la Salud, Santiago
Universidad San Sebastián

Santiago, noviembre 2020

Contenidos

1. Presentación y diagnóstico del problema	2
1.1 Demencias: una prioridad global de alto impacto	2
1.2 Realidad de las demencias en Chile	3
2. Marco conceptual de la investigación	4
2.1 Demencia	4
2.2 Objetivo del abordaje de las demencias	4
2.2. Historia de políticas para la demencia en Chile	4
2.3 Niveles de políticas en el abordaje de la demencia	5
3. Abordaje del problema	8
3.1 Objetivos	8
3.2 Metodología	8
4. Resultados	10
4.1 Estudio cuantitativo	10
4.1.1 Caracterización de la muestra	10
4.1.2 Resultados según objetivos específicos	14
4.2 Estudio cualitativo	18
5. Discusión	27
6. Conclusiones	29
6.1 Aportes a la política pública	31
7. Referencias bibliográficas	35

1. Presentación y diagnóstico del problema

1.1 Demencias: una prioridad global de alto impacto

La demencia es un síndrome crónico mayormente progresivo, causado por una variedad de enfermedades cerebrales que afectan la memoria, el pensamiento, el comportamiento, y la capacidad funcional (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Se estima que 50 millones de personas viven con demencia en el mundo, proyectándose la duplicación de este número cada 20 años, alcanzando 76 millones de personas en 2030, y 135 millones en 2050 (Livingstone et al, 2017).

Las demencias son un problema complejo por su impacto individual, familiar, y territorial, y desafía el desarrollo de políticas públicas intersectoriales, con altos costos sociales y financieros (United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2016). Se ha estimado que en países de Sudamérica el costo per-cápita atribuible a una persona con demencia se acerca a 8.200 USD anuales, con costos directos de gastos médicos y costos sociales, como la remuneración de cuidadores. Los costos indirectos corresponden a gastos por cuidados no remunerados, usualmente familiares (Wimo, Jönsson, Bond, Prince y Winblad, 2013). En Chile, los costos asociados a la demencia se han calculado en alrededor de 17.559 USD, siendo 75% costos indirectos, 20% costos sociales o de la atención de salud, y 5% costos directos (Hojman, 2017). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha planteado que mejorar la vida de las personas viviendo con demencia es tanto un imperativo moral como una necesidad económica (2016). A su vez, la UNECE (2016) afirma que el bienestar y dignidad de las personas con demencia sólo pueden garantizarse mediante un enfoque integral que abarque todos los niveles de política, incluyendo tanto el nivel macro centralizado de leyes y reglamentos, como el apoyo en organizaciones de usuarios de servicios y entornos amigables con la demencia, resaltando el rol de las respuestas territoriales descentralizadas.

La demencia se ha transformado en un problema de salud fundamental a nivel global y local. En el año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró una prioridad para la Salud Pública (OMS, 2012), resaltando la urgencia de generar políticas para abordarla, en particular los países con ingresos económicos bajos y medios, considerando tanto acciones centralizadas como descentralizadas.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció las demencias en las personas mayores como uno de los ocho temas de salud claves para América Latina, emitiendo un plan de acción, cuya primera recomendación apunta a fortalecer los servicios de salud y las redes comunitarias (OPS, 2015).

1.2 Realidad de las demencias en Chile

Chile envejece aceleradamente, estimándose una esperanza de vida de 82,1 años para para mujeres y de 77,3 años para hombres durante 2015-2020, y con un 16,2% de personas de 60 y más años de edad en la población general (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2020). El cambio en el perfil de salud-enfermedad de la población implica el aumento de la prevalencia de problemas de salud crónicos y degenerativos, como la demencia (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017). La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, reportó que 10,4% de los adultos mayores reportaban deterioro cognitivo (Ministerio de Salud, 2010). Se estima que el número de personas con demencia se triplicará hacia el año 2040, llegando a las 550.000 (Albala y Fuentes, 2010).

En dicho contexto epidemiológico, el abordaje de la demencia ha sido asumido principalmente por dos sectores: Salud y Desarrollo Social. El Ministerio de Salud, desde el año 2017, implementa el Plan Nacional de Demencia, con una cobertura inicial limitada a 10 comunas de Chile y focalizado en dos áreas: implementación de dispositivos de atención y apoyo, tanto en el nivel primario como secundario de atención; y, el fortalecimiento del conocimiento de la población general sobre demencia. Debe resaltarse que esta aproximación tiene una muy limitada cobertura (Ministerio de Salud, 2017). Por su parte, Ministerio de Desarrollo Social, mediante su Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, despliega también acciones, si bien no específicas a la demencia, que aportan en la oferta centralizada de servicios para personas con demencia y sus entornos familiares. Chile es uno de los 32 países en el mundo que cuentan con acciones centralizadas mediante un plan o estrategia nacional, lo cual constituye un avance fundamental (Barbarino, Lynch, Bliss, Dabas y Alzheimer's Disease International [ADI], 2019).

Sin desmedro de lo anterior, debe relevar el rol que los gobiernos locales pueden tener, por medio de iniciativas municipales. Se ha referido que el abordaje de las demencias no solo debe involucrar respuestas centralizadas, sino que también debe incentivarse y sistematizarse aquellas iniciativas descentralizadas que tengan alcance comunitario (Organización Panamericana de la Salud, 2013; Ministerio de Salud, 2017). Lo anterior se debe a que las necesidades de las personas con demencia y sus entornos familiares, sumados al impacto en la comunidad, son altamente contextuales.

Si bien Chile ha recorrido un camino muy relevante en el abordaje de las demencias, con hitos en la generación de un plan nacional como política centralizada, resulta fundamental indagar en la situación y la respuesta descentralizada a este desafío en un nivel municipal.

2. Marco conceptual de la investigación

2.1 Demencia

El Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE-10) describe la demencia en la categoría F00-09 de Trastornos mentales orgánicos incluyendo sintomáticos. La define como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

La demencia produce un deterioro intelectual apreciable que repercute en la actividad cotidiana de la persona; por ejemplo, en el aseo personal, en el vestirse, en el comer o en las funciones excretoras. Este deterioro de la actividad cotidiana depende mucho de factores socioculturales.

Los cambios en el modo como la persona desempeña su actividad social, tales como el conservar o el buscar un empleo, no deben de ser utilizados como pautas para el diagnóstico, porque hay grandes diferencias transculturales y factores externos que repercuten en el mercado laboral.

2.2 Objetivo del abordaje de las demencias

Hasta el momento, no existe tratamiento curativo para la demencia, por lo que su abordaje se centra en preservar, al máximo posible, las funciones cognitivas y habilidades funcionales, reduciendo la frecuencia, severidad, e impacto adverso de los síntomas neuropsiquiátricos y conductuales, promoviendo la mejor salud general posible, reduciendo riesgos en la seguridad y la salud, y asegurando el bienestar del cuidador, su capacidad y comodidad con el manejo de las personas con demencia, en alianza con los servicios de salud y la comunidad general (Alzheimer's Disease International, 2016).

El abordaje de la demencia implica, por tanto, un accionar de intervenciones psicosociales, ambientales, y comunitarias, orientadas no solo a las personas con el diagnóstico, sino que a sus entornos de apoyo, familias, y la comunidad en general.

2.2. Historia de políticas para la demencia en Chile

En Chile, se han propuesto tres momentos en el desarrollo de política pública sobre demencia (Larraín, 2016):

- *Primer momento* (Años 90 y primera década del 2000): Las demencias fueron un tema emergente para el sector salud publicándose algunas guías para su diagnóstico y

abordaje. Durante 2006, el SENAMA convocó a expertos(as) y organizaciones civiles para formar una mesa de trabajo, generando documento que sugiere la necesidad de una estrategia nacional.

- *Segundo momento:* Desde 2010 se visualiza la necesidad de una perspectiva integrada de salud y desarrollo social para abordar la demencia, enfatizando la importancia de respuestas locales y el trabajo territorial.

En el año 2013, el SENAMA documentó la Política Integral para el Envejecimiento Positivo en Chile, que contempló la generación de un Plan de Demencia, en un intento inicial de atender la inminente urgencia de este problema (SENAMA, 2013). Además, en 2013 se comenzó el primer piloto de centro diurno para personas con demencia, financiado por el SENAMA y bajo la gestión de la Municipalidad de Peñalolén (Gajardo, Budinich y Fuentes, 2015).

- *Tercer momento:* Se institucionaliza la demencia en la agenda política, mediante el compromiso centralizado de generar Plan Nacional de Demencia y la creación gradual de 15 centros piloto de atención (centros diurnos, uno por región), bajo responsabilidad del MINSAL.

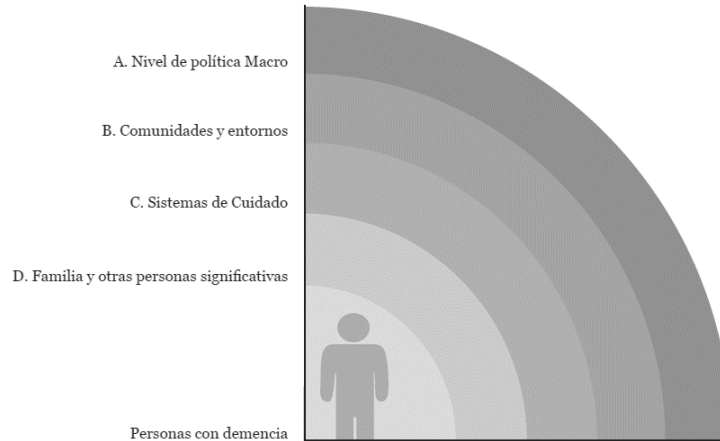
En el año 2015, el MINSAL convoca a expertos de academia, organizaciones no gubernamentales, y otros sectores del Estado, para desarrollar el primer Plan Nacional de Demencia (Gajardo y Abusleme, 2016). Este inicia su implementación en 2016, considerando ocho objetivos que responden a la complejidad de la demencia como un problema no sólo médico, sino social, legal, económico, y cultural. Entre sus objetivos, el Plan Nacional plantea abordar la problemática a partir de alianzas descentralizadas con comunas, no obstante, este componente ha sido limitado. Actualmente, las comunas involucradas en la implementación del Plan Nacional de demencia son 10 en todo Chile.

En el año 2019 inicia su implementación la Garantía Explícita en Salud "Alzheimer y otras demencias", constituyéndose desde abril 2020 la mesa de trabajo de Guía de Práctica Clínica y Evidencia.

2.3 Niveles de políticas en el abordaje de la demencia

Mediante un Modelo Socioecológico (Figura 1) puede reconocerse cuatro niveles en el desarrollo de política pública en demencia. Estos niveles están interrelacionados, y lo más importante: pueden influenciarse mutuamente. Se observa que el nivel B corresponde a respuestas específicas desde las comunidades y entornos.

Figura 1. Modelo Socioecológico de niveles de factores que influyen en la dignidad y la no discriminación de personas con demencia



Fuente: UNECE, 2016

En política pública, con frecuencia existe una distancia entre iniciativas centralizadas (como Planes Nacionales) y aquellas descentralizadas. Un estudio realizado en Suecia en 2019 indagó cómo 9 municipalidades valoraban su relación con la política centralizada de demencia, reportando que 8 de 9 de las municipalidades no tenía vínculo con lo planteado por la política central, asumiendo en un nivel local sus propios requerimientos en el tema (Vingare, Giertz y Melin-Emilsson, 2020).

Alzheimer's Disease International (ADI) ha señalado diez medidas prioritarias para la gestión de política pública sobre demencia, de las cuales dos apuntan al gobierno local: **aumentar el financiamiento, número, y calidad de las iniciativas comunales para personas con demencia; y, avanzar en el diseño e implementación de programas que transformen sus territorios amigables o inclusivos a personas con demencia** (Alzheimer's Disease International, 2019). Estas se definen como un lugar o cultura en el cual la persona con demencia y su entorno familiar se sienten empoderados, apoyados e incluidos en la sociedad, ya que se comprenden sus derechos y se reconoce todo su potencial (Alzheimer's Disease International, 2016). Entre las iniciativas municipales que apuntan a municipios amigables, se encuentran el promover la asociatividad de cuidadores y de personas con demencia, establecer alianzas con empresas y organismos locales, mejorar oferta de servicios no especializados para personas con demencia, establecer agendas de trabajo colaborativo con el gobierno central y servicios de salud y apoyo social (Alzheimer's Disease International, 2016).

El rol de los municipios es fundamental en la promoción del bienestar de personas con demencia aportando al desafío de ayudarles a mantenerse en sus hogares. En este punto, los municipios juegan un rol único, ya que solo en el nivel local logran abordarse necesidades tan específicas y promover cambios culturales y físicos en los entornos próximos (Alzheimer's Disease International, s.f.).

En Chile, existe relevante desarrollo y sistematización de los niveles centrales, no obstante, es escasa la sistematización del rol del nivel municipal en el abordaje de las demencias, pese a la existencia de iniciativas, tales como centros diurnos municipales financiados y gestionados localmente, como en las comunas de El Quisco y Las Condes¹.

La demencia es un problema de salud complejo, cuya respuesta requiere, con claridad, del desarrollo de políticas centralizadas, por medio de planes nacionales y/o regionales. No obstante, se ha señalado que, de manera paralela, debe incentivarse y evaluarse las iniciativas territoriales y locales descentralizadas, como formas de desarrollo de tecnología social con la capacidad de responder a las necesidades de personas con demencia y sus entornos logrando mayor pertinencia contextual en un nivel de barrio y comunidad (Barbarino, Lynch, Bliss, Dabas y Alzheimer's Disease International [ADI], 2019).

¹ <https://www.lascondes.cl/recreacion/tiempo-libre/centro-de-dia/sobre-el-centro.html>; <https://girovisual.cl/inauguracion-centro-activamente-de-el-quisco/>

3. Abordaje del problema

3.1 Objetivos

i. Objetivo General

Explorar las iniciativas y necesidades de los municipios chilenos para el abordaje de la demencia en sus respectivos territorios.

ii. Objetivos Específicos

OE1: Indagar en el conocimiento y valoración que tienen los municipios de las iniciativas centralizadas de política pública existentes en Chile para el abordaje de la demencia.

OE2: Describir iniciativas gestionadas por los municipios para abordar la demencia en sus respectivos territorios.

OE3: Indagar en las necesidades de los municipios para abordar la demencia en sus respectivos territorios.

OE4: Indagar en las barreras y facilitadores percibidos por los municipios para promover iniciativas que aborden la demencia en sus respectivos territorios.

3.2 Metodología

Para responder al problema, se llevó a cabo un estudio mixto complementario (Brownson, Colditz y Proctor, 2017) que buscó caracterizar la situación produciendo información cuantitativa y cualitativa, complementadas luego mediante un proceso interpretativo triangulado de los investigadores. El estudio incluyó dos sub-estudios: a) cuantitativo y b) cualitativo.

a) Estudio cuantitativo. Consistió en la aplicación de un cuestionario digital dirigido a representantes municipales. El cuestionario se envió mediante dos vías:

- Envío generalizado por parte de la Asociación Chilena de Municipalidades (AChM) a 328 municipalidades miembros, solicitando responder a las Direcciones de Desarrollo Comunitario (DIDECO), Departamentos de Salud, u Oficinas del Adulto Mayor (algunas parte de DIDECO).
- Envío generalizado a encargados/as de adulto mayor según base de datos anonimizada y facilitada por la Asociación Chilena de Municipalidades.

Es importante referir que la AChM actuó como intermediaria con los representantes municipales, dado que no existe una relación de subordinación entre ella y los municipios que la conforman. El cuestionario estuvo disponible durante cuatro semanas entre octubre y noviembre de 2020.

El estudio tuvo un carácter de análisis de política pública, y en ese sentido, su racionalidad se centra en la producción y análisis desde este enfoque, por sobre la representatividad estadística de los datos obtenidos atendiendo que la unidad de análisis corresponde a cada municipio y su complejidad. Se utilizó un instrumento de creación propia para la presente investigación con las siguientes dimensiones y sub-dimensiones.

Dimensión 1: Conocimiento y valoración de los municipios de iniciativas centralizadas para el abordaje de la demencia

Subdimensiones:

- i) Conocimiento de iniciativas centralizadas para el abordaje de la demencia: 8 ítems.
- ii) Valoración de iniciativas centralizadas para el abordaje de la demencia: 8 ítems

Dimensión 2: Iniciativas gestionadas por los municipios para el abordaje de la demencia.

Subdimensiones:

- i) Iniciativas municipales vinculadas con políticas centrales para el abordaje de la demencia: 8 ítems + 1 pregunta abierta
- ii) Iniciativas municipales propias para el abordaje de la demencia: 2 preguntas abiertas

Dimensión 3: Necesidades para el abordaje de la demencia en el municipio: 8 ítems + 1 pregunta abierta.

El cuestionario contó con la evaluación de tres expertas en la temática, para su validación de contenido: Evelyn Magdaleno, Directora de la Secretaría Comunal de Planificación – SECPLAN-Municipalidad de El Bosque; Carmen Luz Belloni, Asesora Gabinete Dirección Nacional Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA); Jacqueline Yuraszeck, Docente Escuela de Enfermería Universidad Diego Portales, Magíster en Envejecimiento y Calidad de Vida, Miembro Sociedad Chilena de Geriatría y Gerontología. Con sus observaciones, se logró consolidar un cuestionario final, para ser enviado a los respondientes.

Una vez obtenido el cuestionario final, se envió vía correo electrónico a los representantes municipales, inicialmente vía AChM. Para potenciar el alcance (inicialmente inferior al 5%), se envió de forma intencionada a los representantes de las DIDECO o Dirección de Salud. Previo a la respuesta del cuestionario, cada participante dio fe de la lectura del consentimiento informado, haciendo click en botón "Confirmando que he leído el consentimiento informado y acepto participar", luego de lo cual se desplegaba el cuestionario digital. La información fue analizada mediante estadística descriptiva, con tablas de porcentajes acumulados y gráficos de proporciones.

b) Estudio cualitativo. Al término del formulario cuantitativo, se incorporó consulta para acceder a entrevista voluntaria. Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad semiestructuradas para indagar en el abordaje local de la demencia. Los representantes municipales fueron contactados posteriormente por el investigador principal para agendar la entrevista, la cual indagó en características de la comuna, conocimientos sobre demencia, importancia percibida de la temática, iniciativas locales para la demencia, barreras, necesidades, y modelos de atención. Las entrevistas fueron realizadas de forma remota, mediante la plataforma institucional USS, Collaborate, siendo grabadas en audio (uso de cámara fue voluntario para participantes), y luego transcritas en formato Word para ser analizadas temáticamente de forma deductiva utilizando una matriz de codificación previamente establecida por los investigadores (Braun y Clarke, 2006).

El proyecto recibió aprobación por el Comité Ético Científico de la Universidad San Sebastián, con fecha 15 octubre 2020.

4. Resultados

Los resultados se presentan en apartados separados para los estudios cuantitativo y cualitativo, integrándose en el apartado 5: Discusión y aporte a política pública.

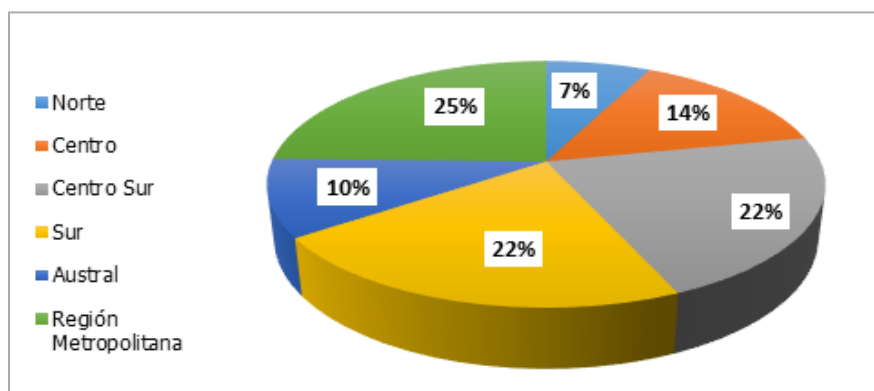
4.1 Estudio cuantitativo

4.1.1 Caracterización de la muestra

4.1.1.1 Distribución según Macrozona

Se obtuvo respuestas de un total de 69 municipalidades de Chile, con un total de 74 formularios respondidos, con una tasa de respuesta del 22,5% del universo de municipios. El gráfico 1 muestra la distribución de municipalidades del estudio según macrozona. Se definió la macrozona a partir de clasificación de la Agencia Nacional para la Investigación y Desarrollo (ANID)². Se observa que la muestra final se constituyó por municipalidades de todas las macrozonas del país.

Gráfico 1: Distribución de municipalidades según macrozona



4.1.1.2 Distribución según regiones

Con relación a las regiones representadas en el total de municipios de la muestra final (n=69), el mayor número de comunas participantes fueron de la Región Metropolitana (n=17), seguido

² Macrozona Norte: regiones de Arica y Parinacota, Antofagasta, Tarapacá, Atacama; Macrozona Centro: regiones de Coquimbo y Valparaíso; Macrozona Región Metropolitana; Macrozona Centro Sur: regiones de O'Higgins, Maule, Ñuble, Biobío; Macrozona Sur: regiones de La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos; Macrozona Austral: regiones de Aysén, Magallanes y Antártica chilena.

de la Región de la Araucanía (n=9), en tercer lugar, se encontró la Región de Valparaíso (n= 6), las regiones con menos respuestas fueron Tarapacá y Maule (n=1), y la Región de Arica y Parinacota, sin municipalidades representadas. La Tabla 1 presenta el detalle de esta distribución.

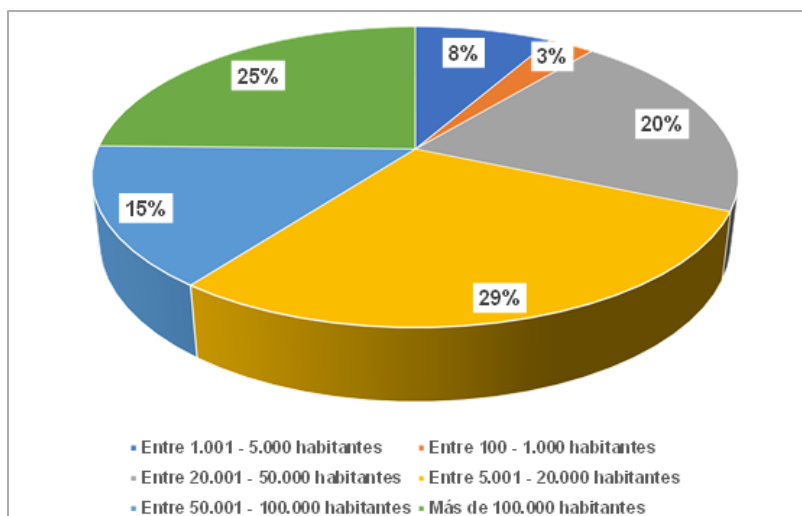
Tabla 1: Distribución de municipalidades según región del país

Región	n	%
Arica y Parinacota	0	0,0
Tarapacá	1	1,4
Antofagasta	2	2,9
Atacama	2	2,9
Coquimbo	4	5,8
Valparaíso	6	8,7
Libertador General Bernardo O'Higgins	5	7,2
Maule	1	1,4
Ñuble	5	7,2
Bío-Bío	4	5,8
La Araucanía	9	13,0
Los Ríos	3	4,3
Los Lagos	3	4,3
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	4	5,8
Magallanes y de la Antártica Chilena	3	4,3
Metropolitana de Santiago	17	24,6
Total	69	100,0

4.1.1.3 Distribución según número de habitantes

Según el número de habitantes de las comunas de la muestra final, se observa que el mayor número de comunas posee entre 5001 y 20.000 habitantes, que alcanzan el 29%, seguidas por las comunas de más de 100.000 habitantes, que representan al 25% de la muestra. En última posición se encuentran las comunas que cuentan con un número de habitantes entre 100 y 1.000 con un 3% de la muestra (Gráfico 2).

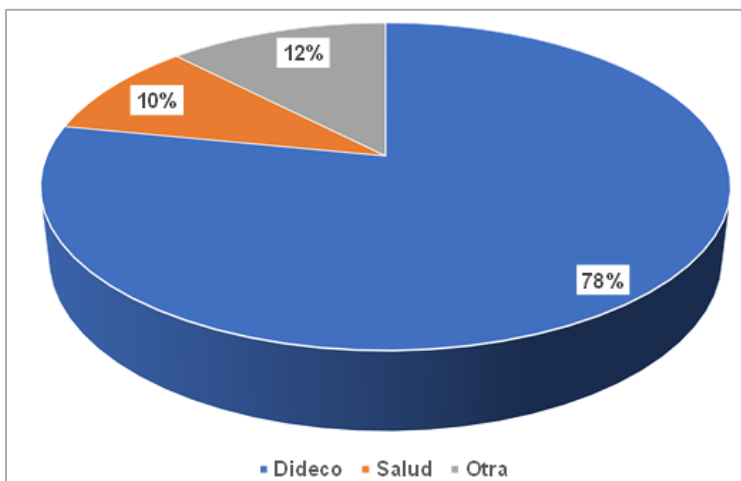
Gráfico 2: Distribución de municipalidades según número de habitantes



4.1.1.4 Distribución según área municipal que respondió cuestionario

La mayoría de los cuestionarios fueron completados por la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) de las municipalidades (78%), seguida por el área de Salud (12%). Con respecto a aquellos que señalaron trabajar en otra área del municipio (10%), destaca que señalan desempeñarse en el Departamento u Oficina del Adulto Mayor (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución del área municipal participante en el estudio.



4.1.1.5 Distribución según Índice de Desarrollo Comunal

Del total de comunas que respondieron la encuesta (n= 69), el mayor porcentaje correspondió a comunas con Índice de Desarrollo Comunal (IDC)³ Medio bajo (n=24), seguido por las comunas con un IDC Medio (n=17) y en tercer lugar se encuentran las comunas con un IDC Medio alto (n=16). El menor porcentaje de respuesta se obtuvo de las comunas con un IDC Alto (n=1). La tabla 2 describe dichas distribuciones. Es de interés mencionar que, en la muestra, la comuna con el mayor IDC se ubicó en el ranking nacional en el puesto n°7, y la comuna con el menor IDC se ubicó en el lugar n°335. Lo anterior indica que la muestra final del estudio presenta una óptima variabilidad según el nivel de desarrollo de las comunas.

El informe de IDC 2020 para Chile indica que, del total de comunas del país, las comunas con IDC Alto corresponden a 8 (2,3%), las de IDC Medio Alto corresponden a 54 (15,7%), las de IDC Medio son 74 (21,4%), las de IDC Medio Bajo corresponden a 138 (40,0%), y las de IDC Bajo son 71 (20,6%). Dichas distribuciones muestran semejanzas a las de la muestra final de este estudio.

Tabla 2: Distribución de municipalidades del estudio según Índice de Desarrollo Comunal 2020

Índice de Desarrollo Comunal 2020	n	%
Alto	1	1,4
Medio alto	16	23,2
Medio	17	24,6
Medio bajo	24	34,8
Bajo	11	15,9
Total	69	100

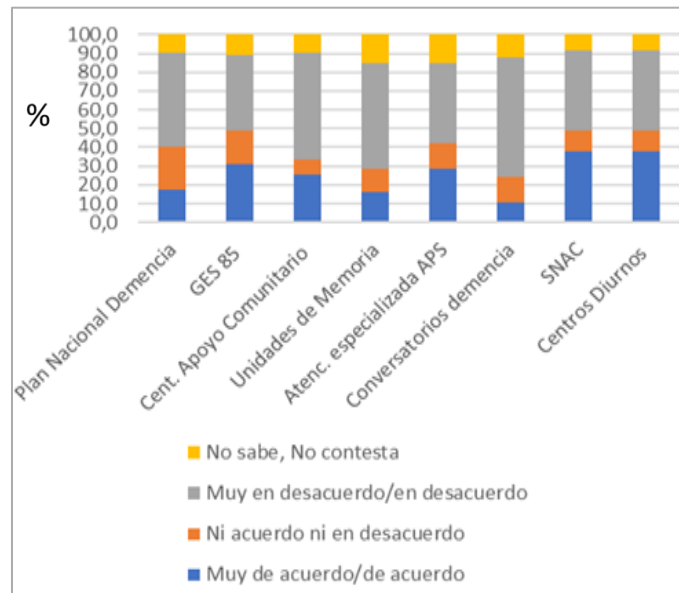
³ El Índice de Desarrollo Comunal es un índice compuesto, construido para representar información proveniente de diversas fuentes, que busca medir distintos aspectos de la realidad a nivel comunal. El IDC 2020 agrupó 13 variables en tres dimensiones: Salud y Bienestar Social; Economía y Recursos; y Educación. Es Elaborado por el Instituto Chileno de Estudios Municipales (ICHEM), y el Instituto de Estudios del Hábitat (IEH), ambos de la Universidad Autónoma de Chile (Instituto Chileno de Estudios Municipales, Instituto de Estudios del Hábitat, y Centro de Comunicación de las Ciencias, 2020).

4.1.2 Resultados según objetivos específicos

4.1.2.1 Conocimiento y valoración de los municipios de iniciativas centralizadas para el abordaje de la demencia.

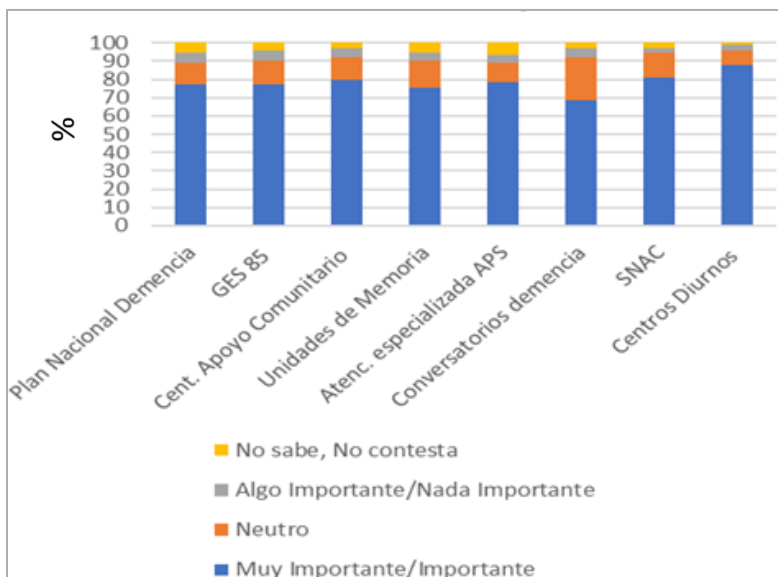
Con relación al conocimiento de iniciativas centralizadas de política pública existentes en Chile para el abordaje de la demencia por parte de los Municipios, el Gráfico 4 muestra que, en general, los(as) representantes municipales perciben un bajo conocimiento en sus instituciones respecto de esta temática. Se observa que, un 30% o menos está “de acuerdo” o “muy de acuerdo” con las aseveraciones respecto del conocimiento de su Municipio de iniciativas centralizadas, tales como el Plan Nacional de Demencia, el GES 85 y las Unidades de Memoria. En el caso del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados y los Centros Diurnos para personas con demencia, un 40% refirió conocerlos, siendo las políticas centralizadas más conocidas por los(as) representantes municipales.

Gráfico 4: Conocimiento de iniciativas centralizadas de política pública existentes en Chile para el abordaje de la demencia por parte de los Municipios (n=74)



Con respecto a la valoración por parte de los Municipios de las iniciativas centralizadas de política pública existentes en Chile para el abordaje de la demencia, en el Gráfico 5 se observa que, en general, los representantes municipales que respondieron el cuestionario manifiestan una alta valoración a cada una de ellas. En su mayoría, un 75% o más de los encuestados valoran como “Muy Importante” o “Importante” a cada una de ellas.

Gráfico 5: Valoración de iniciativas centralizadas de política pública existentes en Chile para el abordaje de la demencia por parte de los Municipios (n=74)



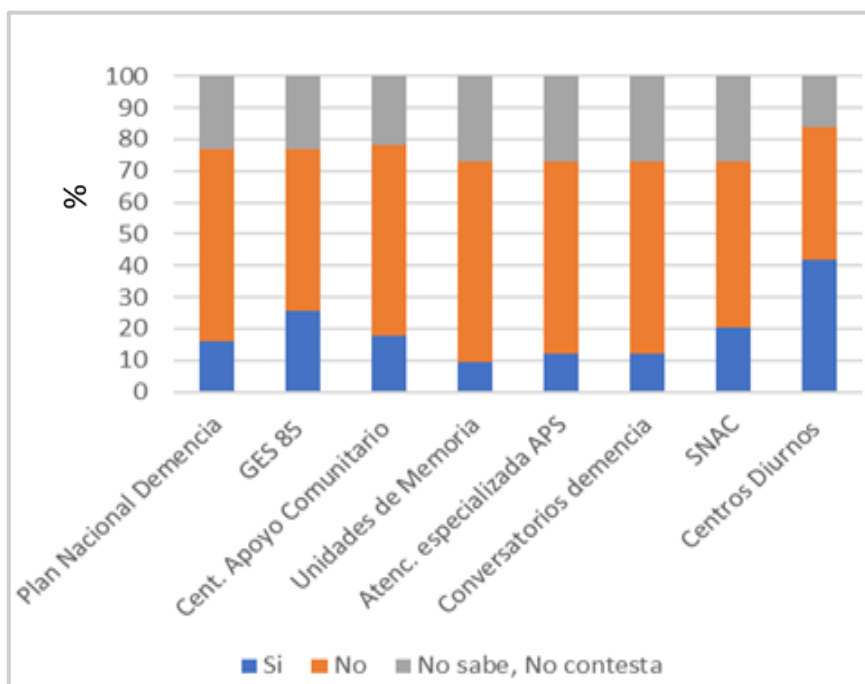
4.1.2.2 Iniciativas municipales vinculadas con políticas centrales

Con relación a las iniciativas municipales realizadas en vinculación con lineamientos o políticas centrales, se observa que un bajo porcentaje de los municipios de la muestra refiere haber realizado actividades en vinculación con ellas, demostrando un escaso nivel de implementación en este nivel. En general, un bajo porcentaje de los municipios de la muestra (entre un 10 y un 25%) refiere haber implementado alguna iniciativa en vinculación con políticas centralizadas.

Como excepción, se observa que un 41,9% de los municipios de la muestra refiere haber llevado a cabo actividades en el marco de los Centros Diurnos de SENAMA (Gráfico 6). Con relación al tipo de acciones realizadas en vinculación con la oferta centralizada para demencia, se menciona:

- Centros de estimulación cognitiva para el adulto mayor
- Capacitación al equipo de salud con relación al Plan Nacional de Demencia
- Atención por equipos multidisciplinares
- Atención por telemedicina con especialistas
- Entrega de información a los Clubes de Adulto Mayor respecto de los beneficios a los que se puede acceder
- Conversatorios y otras actividades de sensibilización sobre Alzheimer.

Gráfico 6: Distribución de municipios que han realizado actividades en vinculación con políticas centrales en demencia (n=74)



4.1.2.3 Iniciativas propias de los municipios para el abordaje de la demencia

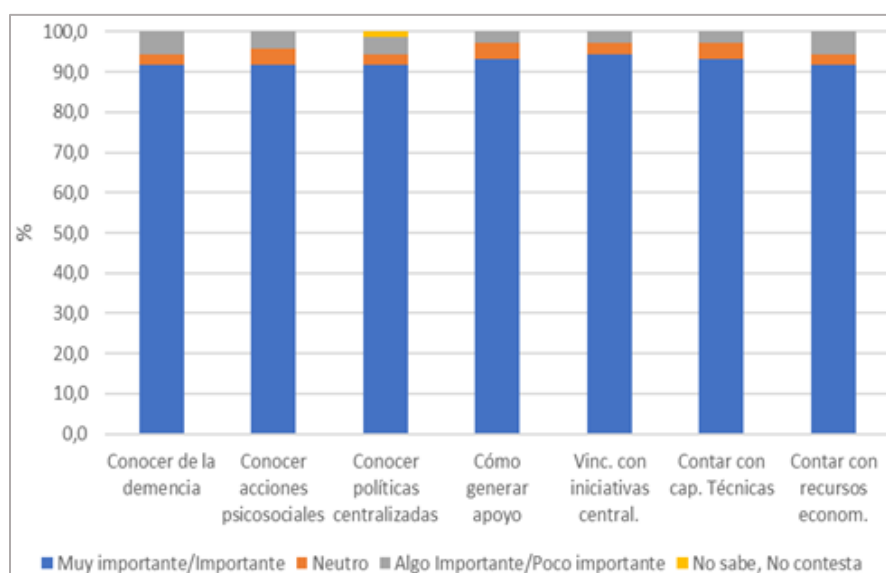
Con relación a iniciativas municipales propias para abordar la demencia, con presupuesto y gestión propios, excluyendo PRAPS y per cápita, se observa que un 25% de los Municipios respondió en forma afirmativa, un 54% negativa y un 21% no sabe/no responde. Entre las iniciativas descritas, se mencionan las siguientes:

- Contratación de un terapeuta ocupacional para prevenir el deterioro mental de adultos mayores.
- Convenios para otorgar ayuda económica para costear exámenes diagnósticos de pacientes con sospecha de demencia
- Talleres con psicólogos para pacientes y familias
- Talleres de estimulación cognitiva para adultos mayores
- Talleres de autocuidado para cuidadores de pacientes con demencia
- Jornadas informativas y capacitaciones dirigidas a cuidadores y familiares de personas con enfermedad de Alzheimer

4.1.2.4 Necesidades para el abordaje de la demencia por parte de municipalidad

Respecto de la valoración de las necesidades para el abordaje de las demencias, según su grado de importancia, el Gráfico 7 muestra que existe un gran porcentaje de los encuestados (90% y más) que refiere como muy importante/importante contar con conocimiento, capacidades técnicas y recursos económicos para poder entregar una atención integral a las personas que padecen esta patología.

Gráfico 7: Necesidades relacionadas con el abordaje de la demencia en el Municipio (n=74)



Otras necesidades que fueron mencionadas por los representantes municipales incluyen las siguientes:

- Contar con la presencia de profesionales de salud especialistas en el equipo
- Recursos económicos para poder implementar iniciativas
- Mejorar el acceso al diagnóstico de demencia
- Cambiar la infraestructura para otorgar una mejor atención
- Capacitación para funcionarios y cuidadores
- Mejorar el acceso a información respecto de beneficios otorgados por el SENAMA
- Mejorar la sensibilidad de la comunidad hacia las personas con demencia y sus familias.

4.2 Estudio cualitativo

Fueron realizadas 8 entrevistas a representantes de municipalidades, con una muestra por voluntario. El tiempo total de grabación fue de 355 minutos, con un promedio de 44 minutos por entrevista (24-86 minutos). La muestra fue constituida mayormente por representantes de DIDECO (6), e incluyó comunas con Índice de Desarrollo Comunal Medio-Bajo, Medio, y Medio-Alto (Tabla 3), que en conjunto, representan la situación de la mayoría de las comunas de Chile.

Tabla 3. Caracterización de la muestra cualitativa

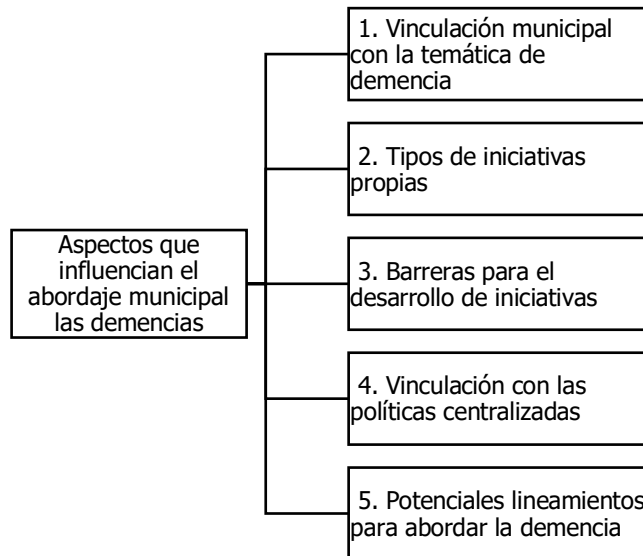
Id	Área	Región	IDC* 2020
1	DIDECO - Oficina municipal del adulto mayor	Biobío	Medio
2	DIDECO - Dirección de Desarrollo Integral de las Personas Mayores	RM	Medio-bajo
3	DIDECO - Adulto Mayor	Biobío	Medio-alto
4	Salud Programa Salud Mental	RM	Medio-alto
5	DIDECO - Oficina del Adulto Mayor y Promoción de Salud	Los Lagos	Medio-bajo
6	DIDECO - Oficina Adulto Mayor	RM	Medio
7	DIDECO - Adulto Mayor, Programa Vínculos	La Araucanía	Medio-alto
8	Salud	RM	Medio

*Índice de Desarrollo Comunal

El análisis cualitativo se desarrolló utilizando una tabla de codificación previamente triangulada por el equipo de investigación a partir de los objetivos específicos del estudio, con los siguientes códigos: Características de la comuna; Definición demencia; Gestión municipal de las demencias; Conocimiento políticas nacionales; Necesidades municipales; Rol municipal; Vinculación con políticas nacionales; Importancia de la demencia; Importancia a nivel mundial; Importancia a nivel municipal; Importancia a nivel nacional, Razones de la falta de políticas a nivel local; Responsabilidad frente a la demencia.

La extracción de citas fue realizada por tres investigadores, y posteriormente se establecieron categorías temáticas vinculadas a los objetivos específicos. Las categorías temáticas emergentes fueron se muestran en la Figura 2.

Figura 2. Aspectos que influyen el abordaje municipal de las demencias.



A continuación, se describen los cinco temas principales producidos a partir del análisis cualitativo de las entrevistas. La descripción se acompaña de citas textuales como sustrato de cada categoría temática. Se denota con el signo [] frases o palabras omitidas para fin de consensar la información central.

4.2.1 Vinculación municipal con la temática de demencia

Los(as) representantes municipales expresan que el contacto con la temática de la demencia suele darse, en su experiencia, a partir de variados conductores, mayormente por demanda y no como una estrategia intencionada. Por ejemplo, se menciona el abordar el tema a partir de la demanda ya existente. También, se reconoce que las personas con demencia son parte de otros programas ya existentes, y esa vía establece una vinculación con el tema.

La verdad que de alguna manera como oficina hemos ido absorbiendo esa demanda nueva que existe, y hemos tratado en el fondo de hacer un trabajo más con los cuidadores [] también trabajamos mucho con la red local que tiene cuidadores de respiro y con el hogar de Cristo, que también está acá
(Municipio 6)

No necesariamente es un tema que se ha tocado, pero por eventualidad en los casos, no en trabajo, no hay una línea de trabajo como municipio sobre el tema de demencia
(Municipio 5)

Lo que pasa que nosotros trabajamos juntos el tema de la demencia con el tema de cuidado de personas en situación de dependencia severa que muchas veces viene asociado a una demencia mental profunda eh, entonces no sé si mezclamos todos solamente de demencia no de postración

(Municipio 5)

Se reconoce cómo la pandemia por coronavirus ha vuelto manifiesta la necesidad municipal de reconocer el problema, a partir también de la demanda. A su vez, se plantea que post pandemia también será un área crítica, dado que se atribuye un impacto exacerbado en cuidadores y familia, y el aumento de los factores de riesgo en personas mayores.

A nosotros nos pasó que, a principios de la pandemia tuvimos un peak de solicitudes de atención media para ajuste farmacológico en el contexto de descompensaciones de síntomas neuropsiquiátricos [] entiendo que las personas que tenían una rutina clara, esta rutina se reestructura, se los deja en la casa y luego esto, con este modelo que nosotros implantamos en pandemia lo pudimos ir compensado esas solicitudes de manejo de farmacológico diferenciado bajo y ahora [] Que estamos saliendo de como que de la cuarentena, estamos empezando, por ejemplo, a poder atender, hacer ingresos y nos estamos dando cuenta que están aumentando las sospechas

(Municipio 6)

Sabiendo que después de esta pandemia... te lo comento porque yo sé lo que se viene... y que yo el otro día lo conversaba con el alcalde...eh, le decía "Alcalde lo que se nos viene es súper complejo... yo le tengo una visión de lo que va a pasar aquí en la comuna si hay pandemia

(Municipio 3)

El aislamiento, la falta de relacionarse con el otro, va a generar dependencia física y también va a generar un deterioro cognitivo potente. Y ahí, bueno, nosotros hemos estado haciendo ciertas cosas en el área municipal, pero igual es difícil, no nos damos abasto

(Municipio 2)

Contenido clave: El vínculo municipal con la temática se da más bien de manera aleatoria, por demanda y eventualidad, por sobre un plan intencionado de abordar la temática, por lo que no necesariamente la municipalidad dispone de la capacidad instalada para dar respuesta. La pandemia por COVID-19 ha evidenciado aún más la necesidad de reconocer y planear intencionadamente acciones en el corto plazo.

4.2.2 Tipos de iniciativas propias

Si bien los representantes municipales plantean que no tienen los recursos necesarios y que consideran que su respuesta a la salud mental es insuficiente, refieren llevar a cabo iniciativas propias, tales como reuniones periódicas entre el área de salud y social, convenios con universidades, realización de talleres, trabajo específico con cuidadoras, actividades recreativas, entre otros.

Nosotros como municipalidad tenemos un centro de rehabilitación física integral, donde incluimos el tema del cuidado demencia para activación socio emocional, para el tema estimulación cognitiva, trabajo con la familia para reforzar conductas en casa de que el adulto mayor no se quede sentado sin hacer nada
(Municipio 5)

Entonces porque gracias a Dios hay un neurólogo súper pro que es como bien de adulto mayor. De hecho, una vez logramos que nos hiciera una charla aquí a todo funcionario pa' visibilizar un poco el tema, pero es complicado
(Municipio 6)

Hemos tratado de postular a programas del SENAMA, del "yo cuido", programas de acompañamiento... ¡ah! los mismos cuidadores que es un desgaste enorme el tema de poder ser cuidador de una persona mayor y más encima con algún tipo de demencia... no hay un programa que lo apoye, entonces todo funciona a través de los profesionales dejan un poquito de su tiempo para apoyar y capacitar a las organizaciones que trabajan con ese tipo de personas
(Municipio 5)

Tenemos convenio ahora con la universidad. Con la clínica y psicología para dar apoyo y terapia telefónica, ¿ya?... pero es algo nuevo porque el tema psicológico en las personas mayores... no se aborda... y si no se aborda con las personas mayores una vez que la persona tiene un grado avanzado de demencia eh... menos... la familia no está preparada y ahí tenemos casos, a veces que nos llegan por violencia verbal
(Municipio 1)

Estamos trabajando con los cuidadores, claro, pero para que ellos se sientan mejor, por ende ellos van a dar un mejor cuidado, van a tener herramientas, va a haber menos maltrato en el cuidado, va a haber menos estrés en el cuidador
(Municipio 2)

En las experiencias referidas, se reconoce que las gestiones de las iniciativas relacionadas con la demencia dependen de gran forma de quién está a cargo del área y del interés que el responsable o su sector tengan en abordar la temática.

Nosotros no tenemos el nivel de Kintun⁴, quizás no tenemos el nivel de Aliwen⁵, pero, o sea, amamos esto, yo creo que eso es importante y además, aquí si utilizo la palabra humildad, tenemos la suficiente humildad de saber que lo que nosotros estamos haciendo no es lo mejor de Chile y que necesitamos gente que sepa [], como la gente de Kintun para hacerlo mejor.

(Municipio 2)

Yo, por suerte, siempre tengo en esta municipalidad la posibilidad de poder hacer cosas, la mayoría de las cosas que he hecho son con fondos externos así que eso tampoco... pero he tenido la posibilidad de hacer.

(Municipio 2)

Mira, demencia senil... de todo este tema... y empezamos a ver qué teníamos que empezar a trabajar en este tema... como empezar ya a mentalizarnos que esto va a ir en aumento... Nosotros realizamos todas estas cosas del pago... intersectorial... (suspira) Con la corporación del Alzheimer de Concepción. Porque pensamos que ehh... teníamos que empezar a abordar este tema y también para que la gente empezara a concientizarse y a informarse de qué lo que ... Mucha gente que no... cree que por el hecho de que la mamá se le olvidó donde estaban las llaves y (con exageración) ¡ya tenía algún grado de demencia!

(Municipio 2)

Una complejidad que observan algunos entrevistados dice relación con que muchas de las acciones que logran realizar están basadas en la asistencialidad.

La mayoría es asistencialidad

(Municipio 1)

Terapias de relajación, para estas personas que no tuviesen dónde ir porque hay personas que están esclavizadas con el tema de...del cuidado de gente con demencia porque sobre todo acá en la comuna los dejan solos

(Municipio 3)

Contenidos clave: los representantes plantean realizar acciones para la demencia, dirigidas a personas con demencia, apoyo a cuidadores, y estrategias de gestión para potenciar el trabajo colaborativo entre apoyo social y salud. Los representantes perciben que sus acciones no

⁴ Kintun es el nombre del centro que se origina en proyecto gestionado desde 2013 por la Municipalidad de Peñalolén como parte de financiamiento a innovación del Servicio Nacional del Adulto Mayor. El centro forma parte el Plan Nacional de Demencia y administrativamente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente, como parte de la oferta de 10 Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia en Chile.

⁵ Centro de apoyo comunitario para personas con demencia, Servicio de Salud Occidente, Región Metropolitana. Al igual que Kintun, forma parte de dispositivos del Plan Nacional de demencia.

responden a un estándar esperado en torno a la demencia, más bien, con un foco en la asistencialidad.

También, se observa que el desarrollo de iniciativas se genera a partir de voluntades específicas y gestión del cambio

4.2.3 Barreras para el desarrollo de iniciativas

Los(as) entrevistados(as) perciben variadas barreras para desarrollar iniciativas propias (incluyendo posibles acciones en vinculación con políticas centrales) entre las que pueden mencionarse: el no disponer de equipos especializados, limitaciones administrativas para intervenciones sanitarias desde el área social, la carencia de dispositivos específicos. Lo anterior denota que existe una expectativa de iniciativas en la demencia basadas de gran forma en atenciones terapéuticas y de asistencialidad.

Porque es necesario... si bien se puede trabajar de forma interdisciplinaria estoy hablando y por eso que siempre los municipios tenemos problemas con los costos
(Municipio 1)

En el área de salud un doctor que tenga especialidad en el área yo que tenga un psiquiatra si quiere ni siquiera una especialidad en demencia, es caro, de hecho, en las comunas pequeñas no llegan porque lo que paga los municipios es muy poco entonces, ahí también otros ósea terapeuta, eh... psicólogo... kinesiólogo... ósea se puede abordar desde un tema multidisciplinario que existan estos espacios que acojan a la familia y también en terreno
(Municipio 1)

El tema aquí es que se trabaja con voluntariado y tú sabes que el trabajo voluntariado funciona un tiempo, pero no es de por vida, los voluntarios se cansan, se agotan empiezan a haber eh vaivenes entre peak de ayuda y otras no porque funcionamos con voluntariado, porque no tenemos equipo
(Municipio 5)

No sé, contratai a un kinesiólogo, contratai a un terapeuta ocupacional, contratai a un psicopedagogo para que haga estimulación cognitiva, visitas domiciliarias, trabajo con la familia. Salud te dice, ¿oiga, pero por qué está haciendo eso usted?, cuidado porque eso no se puede hacer, porque usted no tiene los permisos para hacerlo
(Municipio 5)

Pero el tema de la demencia, yo creo que no es que no sea pa' él (alcalde) importante, pero es difícil porque no hay dispositivo. Él estaba muy de acuerdo en algún minuto cuando buscábamos [] le pedimos al Kintun, el centro de Peñalolén
(Municipio 6)

Sobresale, además, la percepción de una importante brecha en la integración sociosanitaria, que limita la posibilidad del abordaje esperado, junto con el desconocimiento global sobre demencias en su municipio o sector.

Yo no he tenido la oportunidad de ningún diploma en Alzheimer ni en demencia. Me gustaría sí, pero yo siento que por esto he aprendido tanto, porque me ha costado convencer al sector [] Acá en la red por lo menos no sabe acerca del tema y yo también, sé lo que estoy diciendo es solamente por lo que he trabajado acá con las personas
(Municipio 6)

Hay colegas que tienen todas las ganas, pero en realidad esos ingresos también permiten estar tomando todos los años un diplomado... estar tomando cursos... y eso te va dejando atrás como profesional también
(Municipio 3)

Contenidos clave: Se perciben barreras como el no disponer de equipos especializados, limitaciones administrativas para intervenciones sanitarias desde el área social, la carencia de dispositivos específicos, brecha en la integración sociosanitaria que limita la posibilidad de el abordaje necesario, junto con el desconocimiento global sobre demencias en su municipio o sector. Todas cuestiones que impactan en la expectativa de acciones sanitarias principalmente.

4.2.4 Vinculación con las políticas centralizadas

En la experiencia de los(as) representantes se reconocen dos principales tipos de vinculación con las políticas centrales (tales como el Plan Nacional de demencia, GES 85 Alzheimer y otras demencias). Por una parte, en forma de escaso o nulo conocimiento y vinculación con las políticas centralizadas para demencia. Por otro lado, se observan las comunas que ejecutan actualmente políticas centralizadas vinculadas a la demencia, quienes plantean su apreciación sobre los procesos de implementación y valoran cómo esto repercute en la capacidad de gestión local.

Nosotros no conocemos las políticas con relación al tema
(Municipio 1)

Se anunció el GES de Alzheimer, yo me emocioné mucho, le escribí a la gente del ministerio (de Salud), a la gente de SENAMA "pucha que bueno, esto entrega dignidad a la gente", pero cuando lo leímos, cuando hicimos la suma de ese GES me di cuenta que el per cápita que entregan por diagnóstico a la APS es de 2000 pesos, no hay dispositivos tampoco asociados al GES, abro la canasta de medicamentos y son puros fármacos antidepresivos, fármacos que lo que hacen es bloquear la capacidad neurocognitiva de la gente, entonces qué complejo es esto porque seguimos mirando

las demencias desde un punto de vista biomédico y apartando un poco lo psicosocial, es complejo, es súper complejo ese tema
(Municipio 2)

Seguimos siendo los mismos funcionarios, los mismos recursos, y tenemos que, más encima, responder por la ley GES
(Municipio 4)

El problema está... en el presupuesto que tiene que ver con el generar una infraestructura, generar un equipo, ósea, contratación de personal que es complementaria a nosotros
(Municipio 4)

Si al doctor los exámenes le reflejan que hay, por ejemplo, una sospecha de... que si deben tener manifestar en enfermería y psicología, apunta el tema de demencia entonces el abre GES y la sospecha y ahí recién pone demencia sospecha... y con esa sospecha se va al geriátrico y comienza la evaluación diferencial, para saber si es un Alzheimer, si es un Parkinson o Vascular, etc y ahí se hacen todos los exámenes y de ahí se contra deriva a la persona y ya se le pone demencia confirmada y el tipo de demencia confirmada... ¿ya?... Y de ahí se supone que nosotras estamos a cargo de todo el programa de rehabilitación, en este momento no lo tenemos... (risas), son los mismos de siempre y no está la infraestructura tampoco.
(Municipio 4)

Nosotras, como partimos con el piloto del plan nacional teníamos un presupuesto que nos permitía poder aportar y apoyar a las familias y a las personas con demencia, actualmente la garantía nos bajó el presupuesto más de dos tercios, ¿Ya?, incluyendo lo percapitado y eso impacta directamente a la atención a los cuidadores...
(Municipio 8)

Contenido clave: Se percibe desconocimiento de las políticas centrales, lo que también incide en la capacidad de innovación y agencia municipal en torno al tema. Quienes han tenido o tienen relación y conocimiento de las políticas centrales plantean que las acciones diseñadas presentan limitaciones de índole económica y burocráticas para la implementación de iniciativas como GES. Se aprecia también, la expectativa de contar con equipo sociosanitario especializado para abordar la demencia.

4.2.5 Potenciales lineamientos para abordar la demencia

A partir de su experiencia, los(as) representantes municipales plantean consideraciones respecto de un ideal territorial para el abordaje de la demencia. Entre estas, resaltan como un primer paso el potenciar la toma de conciencia y empatía, mediante la educación sobre la demencia en

los equipos municipales y de salud, junto con realizar capacitación sobre la temática. También se refiere la posibilidad de generar conciencia del problema a nivel de la comunidad.

Los(as) representantes resaltan, además, que el abordaje de la demencia requiere de la consolidación de la coordinación entre los sectores municipales, atendiendo a la demencia como un problema complejo que no puede ser únicamente resuelto por el sector de salud. Se plantea, además, que, si bien existe una clara brecha en el involucramiento municipal en el tema, la naturaleza territorial y de vinculación directa con las personas, hace idóneo al nivel municipal en el abordaje de la demencia.

Yo creo que ir potenciando el tema de los municipios, en el rol de comunidad, de informar, de acompañar, mediante la educación en este tema, sería importante... Si me pregunta, yo creo que en APS, ningún profesional tiene manejo, así como en geriatría o en el tema del Alzheimer

(Municipio 5)

Yo creo que como estamos en el territorio mismo yo creo que se podría potenciar a través de la educación en este tema para poder hacer la bajada [] el alcalde tiene todos los meses reuniones con todas la Juntas de vecinos, con todas las organizaciones funcionales y también hacer como esa bajada de la información a las comunidades de los territorios me parecería que sería súper importante. Pero también, a los funcionarios, yo creo que en la medida que los funcionarios no empaticen con este tema, no estén en conocimiento, eh... yo puedo ser muy buen profesional muy buen médico, pero pasa esto, pasa esto, que en el fondo no logran empatizar

(Municipio 6)

Coordinarse un poquito mejor con esa parte. Pero yo creo, yo estoy convencida, que este tipo de programas, que además son nuevas resoluciones... deben ser dirigidos por equipos de municipios por el tema de la atribución de cercanía, de conocer territorio, la familia, en fin

(Municipio 6)

Contenidos clave: Los(as) representantes municipales reconocen la relevancia de las políticas centralizadas, no obstante, plantean que, si bien la demencia es un tema complejo, las municipalidades son altamente pertinentes, dado su conocimiento del territorio y la cotidianidad de las personas. De igual modo, plantean que entre los componentes más relevantes para potenciar el involucramiento de las municipalidades se encuentra la sensibilización sobre el tema,

junto con la capacitación, tanto en la comunidad como en funcionarios(as) de los distintos sectores del municipio.

5. Discusión

El objetivo del presente estudio fue explorar las iniciativas y necesidades de los municipios chilenos para el abordaje de la demencia en sus respectivos territorios. Para dicho fin, se realizó un diseño mixto de investigación, considerando una fase cuantitativa y otra cualitativa, permitiendo una aproximación más comprensiva del problema.

La fase cuantitativa se basó en un cuestionario digital. La recolección de información tuvo el desafío de motivar la respuesta voluntaria por parte de representantes municipales, en un momento de difícil acceso debido al contexto de crisis sanitaria por COVID-19, que implicó un desafío particular que debe ser considerado al valorar sus resultados y respuestas. Por lo anterior, la estrategia inicialmente planteada de socialización a través de la Asociación Chilena de Municipalidades, se complementó con el envío directo a representantes municipales de DIDECO-Adulto Mayor y Salud. Esta estrategia dirigida es concordante con las sugerencias para aumentar la respuesta a cuestionarios online, planteada por Sánchez-Fernández, Muñoz-Leiva & Montoro-Ríos (2009).

Si bien la muestra final se constituyó de un número acotado de 69 municipios, se logró una heterogeneidad que permite describir de buena forma el problema, considerando, por ejemplo, su distribución según macrozona y por Índice de Desarrollo Comunal. Entre los principales resultados del estudio cuantitativo puede mencionarse el desconocimiento sobre las políticas centralizadas, la limitada realización de iniciativas para la demencia, tanto vinculadas a lo centralizado como gestionadas por los municipios, y la alta valoración por la capacitación en torno a la demencia. Sobresale que las políticas centralizadas más conocidas y de vinculación municipal son los Centros Diurnos gestionados por SENAMA, y el Sistema Nacional de Cuidados (SNAC), lo cual puede explicarse a partir de su cobertura y relevancia.

Esta información es concordante con estudios similares, donde incluso profesionales de la salud reportan faltas de conocimiento y una alta necesidad de formación en la temática, evidenciando que las personas con demencia pueden no estar recibiendo una atención consistente y con la mejor evidencia (Annear, 2018; Annear, 2020). Este déficit de conocimiento lleva, a su vez, a una baja implementación de las iniciativas, tanto centralizadas como descentralizadas. Según las proyecciones realizadas sobre la base del Censo 2017, el número de personas de 65 años y más en 2019 llegó a 2.260.222, que significa el 11% de la población total. Las proyecciones indican que, al 2035, todas las regiones evidenciarán un proceso creciente de envejecimiento poblacional. Además, todas, a excepción de Tarapacá, Antofagasta y Atacama, tendrán una mayor proporción de población mayor de 65 años respecto de la población menor de 15 años.

Respecto de las limitaciones del presente estudio, se encuentra el acotado tamaño de la muestra obtenida en relación con el total de municipalidades de Chile, dada la baja tasa de respuesta por parte de los municipios, lo que limita la transferencia de resultados de la fase cuantitativa al resto del universo de municipalidades. Por otra parte, en algunas macrozonas se logró una tasa de respuesta muy reducida, como es el caso de los municipios de la macrozona Norte.

De forma paralela, se realizó un estudio cualitativo con el propósito de profundizar en la percepción y experiencias de representantes municipales con relación al abordaje de la demencia, lo cual permitió relevar la demencia como un problema instalado a nivel municipal, junto con el requerimiento de mayores recursos, formación y conocimiento para su abordaje, planteando que la gestión específica de iniciativas en torno al tema se ha dado de manera aleatoria y más bien guiada por la capacidad de agencia y motivación de determinados equipos o profesionales.

Se interpreta además, que la percepción de un abordaje adecuado de la demencia, se sustenta en gran manera a partir de una mirada asistencial y rehabilitadora, probablemente desde la priorización de su tratamiento sanitario desde una perspectiva biomédica, en desmedro de la necesidad que presenta esta condición de ser mirada desde la integralidad, centrada en la persona y en su entorno de apoyo.

De igual manera, sobresale la necesidad de lograr coordinación intersectorial, particularmente entre salud y desarrollo comunitario, para una respuesta adecuada.

Las proyecciones demográficas plantean la necesidad urgente de que las iniciativas dirigidas a personas con demencia y sus entornos se implementen de manera integral, con especial relevancia a nivel comunitario, poniendo de relieve la urgente necesidad de capacitación a los equipos comunales. Para esto, es necesario utilizar una estrategia multinivel para coordinar los esfuerzos de todas las partes interesadas, otorgando recursos económicos en distintos niveles (UNECE, 2016). Dicho esto, este estudio permite levantar una urgente necesidad de mayor interacción entre las iniciativas centralizadas y las municipalidades. Lo anterior, no necesariamente debiese ser comprendido con el propósito de lograr mayor cobertura de las políticas centralizadas al corto plazo, que no depende solo del nivel territorial, sino que con el fin de mejorar la capacidad de las municipalidades para reconocer el problema y contar con mayor conocimiento que guíe las posibles gestiones locales en torno a la demencia, sean o no vinculadas administrativamente con las políticas centralizadas.

Desde la teoría de las políticas públicas, podemos encontrar las que surgen desde las personas y los territorios y aquellas que son diseñadas a nivel central, que son adaptadas a los territorios. El Plan Nacional de Demencia se gestó como una acción pública impulsada desde actores clave vinculados a la demencia, diseñándose a partir de una mesa de expertos, compuesta por la sociedad civil, la academia, las sociedades científicas, las organizaciones que trabajan con

cuidadores y personas con demencia, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud. Esto se plantea en las distintas publicaciones que se han hecho sobre la construcción de esta política pública (Larraín, 2015; Gajardo & Abusleme, 2016).

6. Conclusiones

Si bien este estudio no ha buscado evaluar la política pública en cuestión, sino precisamente analizar su conocimiento e implementación en los territorios, se pudo observar un desconocimiento de las acciones realizadas en muchos de los territorios involucrados, pese a que, sin excepción, se le da una alta importancia.

Rescatan las iniciativas impulsadas desde el SENAMA, sobre todo los centros diurnos, lo cual se puede explicar porque este Servicio centra la gestión de este programa a nivel municipal. Lo mismo sucede con el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, a pesar de que su cobertura es limitada y solo alcanza 20 municipios a nivel nacional.

Se puede esbozar también, que no existe una relación fluida, en muchos de los municipios estudiados, entre las gestiones que hace salud y el área social. De hecho, es un tema que surge en prácticamente todas las entrevistas realizadas. Podría, por tanto, ser un factor que explique el desconocimiento mutuo de las intervenciones realizadas por cada una de las áreas y a su vez, de las políticas centrales.

De manera uniforme, se sostiene la necesidad de contar con un equipo especializado en la intervención de personas con demencia y su entorno de apoyo. Los profesionales son unívocos en decir que no tienen las competencias, lo que se correlaciona con otros estudios elaborados en la temática, donde incluso los profesionales de la salud sostienen, en más de un 80%, no tener los conocimientos para hacerse cargo (Olavarría, Mardones, Delgado & Slachevsky, 2016). No obstante, se plantea que esto tiene un elevado costo, que muchos municipios no pueden abordar, siendo un área del trabajo que queda pendiente y que se soluciona con acciones parciales, más bien asistencialistas y no de intervención directa. En su defecto, las soluciones se ligan a otros programas de la red de salud, tal como el Programa de Atención a la Dependencia Severa de los CESFAM.

Dado lo anterior, el trabajo que se refleja con mayor fuerza es precisamente con los cuidadores y el entorno de apoyo de las personas con demencia, no con las personas que viven la condición, lo cual es interesante, producto que la labor de cuidados generalmente es normalizada y no visibilizada, a pesar de los esfuerzos realizados por la economía feminista. La intervención con este grupo de personas está ligado a la entrega de insumos de cuidado, capacitación, espacios de ocio y asistencia social.

De este modo, se plantea la demencia más bien como un problema no resuelto y lejano de serlo en el futuro, debido a las siguientes situaciones:

- Alza importante de casos producto del envejecimiento de la población y la situación de pandemia vivida en el último año.
- Carencia de recursos, dado la creencia de la necesidad de un equipo experto, centrado en lo biomédico.
- Desconocimiento por parte de los equipos de los aspectos de intervención en demencia.
- Normalización de la condición debido a los estigmas existentes en torno a la vejez y el biologicismo imperante que asocia este período de la vida con múltiples morbilidades.
- Desconocimiento de intervenciones costo-efectivas, centradas en acciones y terapias no farmacológicas.
- Desvinculación de las políticas centrales.
- Carencia de espacios y de recursos para la capacitación.

Mención especial tiene el GES 85 para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, política de derecho universal que en la actualidad no se está implementando como tal. Esto, nuevamente por los montos entregados, los cuales se plantean como insuficientes desde el punto de vista de recursos humanos e infraestructura de atención, además del desconocimiento en relación a su funcionamiento y ejes de acción.

Finalmente, se releva que en aquellos espacios municipales donde se realizan acciones concretas, están asociados a personas específicas, quienes pese a las dificultades, logran postular a fondos nacionales o internacionales y promover estrategias de atención para la persona con demencia y su entorno de apoyo. Estos profesionales se asocian a búsquedas de información propia y a alianzas con el gobierno central específicas.

No obstante estas brechas, y en conciencia de la limitación de dichos recursos, los representantes municipales consideran que las demencias son un tema que requiere un abordaje prioritario y al corto plazo, y plantean que las municipalidades son un nivel idóneo de considerar, dado que conocen el territorio y tienen acceso a las necesidades reales de las personas.

De este estudio surgen una serie de nuevas interrogantes que serán de interés poder abordar en próximas investigaciones y acciones de vinculación, entre las que pueden referirse:

- Evaluar a implementación de GES 85 y Plan Nacional de demencia, en las comunas que se están ejecutando.
- Definir la existencia de relación entre el índice de desarrollo comunal y otras variables como factores personales de los encargados municipales, vínculos políticos, recursos comunales, participación ciudadana, etc.

- Implementar diseños de investigación-acción, para dar continuidad al tema, en relación a cómo los municipios pueden plantear iniciativas, ya sea propias o adaptaciones, en beneficio de las personas con demencias y sus cuidadores y cómo establecer vinculación con el nivel central con el fin de poder implementar de manera efectiva los planes y políticas del tema.
- Diseñar y evaluar programas de capacitación sobre demencias en los niveles municipales.
- Diseñar y evaluar planes de transferencia de conocimiento y vinculación entre los municipios y las políticas centralizadas (Ejemplo, Plan Nacional de demencia).
- Conocer el impacto que han tenido las acciones municipales en otros actores relevantes de la problemática de las demencias, por ejemplo: cuidadores(as) familiares.
- Visibilizar las líneas de acción desarrollada por los municipios que han tenido impacto en las personas con demencia.

6.1 Aportes a la política pública

Este estudio revela información previamente no sistematizada sobre la situación de los municipios chilenos en el abordaje de la demencia, considerando este problema de salud como un tema prioritario a nivel global, regional, y nacional.

En términos generales, la acción municipal impresiona aún emergente y condicionada por variados factores que han sido descritos en los resultados de esta investigación. A partir de esto, es pertinente pensar en términos del proceso que los municipios pueden llevar a cabo para generar iniciativas propias o vincularse con las iniciativas existentes, tomando como referencia dos bases teóricas: modelo transteórico de disposición al cambio aplicado a cambio organizacional, y modelo de preparación para el cambio en un nivel organizacional de Weiner (2009).

El modelo transteórico (MTT) de cambio ha sido notablemente robusto en su capacidad para explicar el cambio de comportamiento en una amplia variedad de comportamientos desde adicciones hasta prácticas profesionales, así como de organizaciones (Prochaska, Prochaska & Levesque, 2001; Levesque, Prochaska & Prochaska, 1999). La "etapa de cambio" es el constructo organizador central del MTT, identificándose 5 etapas en una serie que determina cambio:

1. Precontemplación: no tienen la intención de tomar medidas
2. Contemplación: está presente una intención de actuar en el mediano plazo
3. Preparación: existe intención de actuar en el corto plazo
4. Acción: se actuó para el cambio recientemente

5. Mantenimiento: se continúa monitoreo de cambios o se normalizan

De igual manera, el MTT plantea que el proceso de cambio se genera con determinados mecanismos, mencionando los siguientes diez:

1. Aumento de la conciencia: ser más consciente de un problema y sus posibles soluciones
2. Alivio dramático: excitación emocional, como el miedo a fallar cambio e inspiración para un cambio exitoso
3. Autoevaluación: Reconocer que el cambio es importante para la identidad, felicidad y éxito
4. Autoliberación: creer que un cambio puede tener éxito y lograr compromiso firme con el cambio
5. Reevaluación ambiental: apreciando que el cambio tendrá un impacto positivo en el entorno social y laboral
6. Gestión de refuerzos: encontrar recompensas intrínsecas y extrínsecas por nuevas formas de trabajar
7. Contracondicionamiento: sustitución de nuevos comportamientos y cogniciones por las viejas formas de trabajar
8. Relaciones de ayuda: buscar y utilizar apoyo social para facilitar cambio;
9. Control de estímulos: reestructurar el entorno para generar nuevos comportamientos e inhibir los viejos hábitos; y
10. Liberación social: empoderar a las personas proporcionando más opciones y recursos.

Los componentes teóricos resultan altamente aplicables como orientación en el proceso de generación de iniciativas municipales en el abordaje de la demencia. Tomando en consideración los hallazgos del estudio, particularmente en la información producida a partir de la experiencia y percepción de los actores municipales, proponemos la aplicación del MTT al ciclo de generación de iniciativas municipales. Lo anterior, puede aportar de gran forma a establecer una agenda realista de acciones que las municipalidades pueden priorizar para dar lugar a reconocer el problema y abordarlo. La Tabla 4 describe el modelo propuesto.

Tabla 4. Etapas del Modelo Transteórico en cambio organizacional aplicado en innovación municipal para abordar la demencia

Fase	Descripción	Acciones sugeridas
Precontemplación	El municipio desconoce sobre la demencia y no considera realizar acciones.	Entrega de información sobre demencias y las políticas existentes. Sensibilización intrasectorial en torno al tema.
Contemplación	El municipio cuenta con un conocimiento emergente del problema, o ha debido absorber demanda de manera forzada, por lo que considera necesario actuar, sin reconocer con claridad de qué manera.	Diagnóstico de la situación de la municipalidad y demencias. Capacitación demencia y estrategias de abordaje. Reuniones de trabajo de distintos sectores. Recibir asesorías para guiar análisis en curso.
Preparación	El municipio tiene conocimiento sobre la demencia y tiene intención de actuar a corto plazo mediante iniciativas propias o canalizando otras iniciativas, delimitando y priorizando acciones.	Capacitación demencia y estrategias de abordaje. Involucramiento entre los sectores para definir acciones. Recibir asesoría para la definición de acciones o modelos de implementación de iniciativas existentes.
Acción	El municipio ha llevado a cabo acciones en torno a la demencia durante un periodo recientes La demencia es un tema abordado de forma intencionada por el municipio y desarrolla acciones propias o canaliza iniciativas externas en su territorio.	Realizar pilotos de programas y modelos. Evaluar las experiencias de implementación e innovación. Recibir asesoría para la evaluación de las experiencias. Establecimiento de alianzas. Difusión de experiencias e iniciativas.
Mantenición	La demencia es un tema instalado en el municipio, manteniendo el desarrollo de acciones propias o canalizando iniciativas externas de forma sostenida en el mediano plazo y proyectando a largo plazo, reevaluando y reformulando los programas.	Monitoreo y evaluación de implementación. Retroalimentación, seguimiento. Establecimiento de alianzas para aumentar cobertura y adaptación de las intervenciones. Difusión de resultados e impacto de experiencias e iniciativas.

Fuente: Elaboración propia

De igual manera, resulta pertinente considerar el modelo de preparación para el cambio en un nivel organizacional de Weiner (2009). Este modelo busca explicar la preparación/disposición organizacional para implementar cambio, mediante un constructo bidimensional según las siguientes dimensiones:

- Compromiso con el cambio, comprendida como la resolución compartida para proseguir cursos de acción que llevarán a un exitoso cambio de la implementación de intervenciones.
- Eficacia en el cambio, comprendida como la creencia compartida en las capacidades conjuntas para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para implementar cambios exitosamente.

Considerando estos elementos, y los hallazgos de este estudio que evidencian el reconocimiento del problema, la gestión para el cambio, y la capacitación para una mayor eficacia del cambio, puede sugerirse estrategias que propendan a potenciar ambas dimensiones en las municipalidades, favoreciendo la agencia en la temática (Tabla 5).

Tabla 5. Acciones para aumentar la preparación al cambio municipal en la implementación de iniciativas para la demencia

Compromiso con el cambio	Eficacia en el cambio
<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar liderazgos municipales o sectoriales que cuenten con competencias técnicas y con capacidad de influenciar en torno a la relevancia de la demencia y la necesidad de intervenir - Generar incentivos para la vinculación con otras iniciativas - Destinar recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipos, con nivel de colaboración - Profundizar en los requerimientos técnicos que las iniciativas ameriten - Disponer de apoyos para el proceso de innovación

Ambos elementos teórico-metodológicos representan un aporte a la posibilidad de planificación de iniciativas en torno a la demencia por parte de las municipalidades, resaltando que son propuestos y generados considerando a partir de insumos levantados por esta investigación, que puso en el centro a los actores principales del problema abordado: las municipalidades.

7. Referencias bibliográficas

Alzheimer's Disease International. 2019. World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia. London: Alzheimer's Disease International. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>

Alzheimer's Disease International. 2016. Comunidades Amigables a la Demencia: Principios. Londres: Alzheimer's Disease International. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dfc-summary-sheet-es.pdf>

Alzheimer's Disease International. s.f. Dementia Friendly Communities: Key Principles. Londres: Londres: Alzheimer's Disease International. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dfc-principles.pdf>

Annear, MJ. (2018) Japanese health professionals' knowledge of dementia and educational needs: A population study. *Australasian Journal on Ageing*, 37(3), E78-E84. doi: 10.1111/ajag.12523

Annear, MJ. (2020). Knowledge of Dementia Among the Australian Health Workforce: A National Online Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 39(1), 62-73. doi:10.1177/0733464817752085

Barbarino, P., Lynch, C., Bliss, A., Dabas, L. y Alzheimer's Disease International (ADI). (2019). From Plan to Impact II: The urgent need for action. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/from-plan-to-impact-2019.pdf>

Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Brownson, R. C., Colditz, G. A. y Proctor, E. K. (Eds.). (2017). Dissemination and implementation research in health: translating science to practice. Oxford University Press.

Criterios para el diagnóstico de demencia según CIE – 10. Recuperado de: http://www.psicoinactiva.com/cie10/cie10_1.htm

Gajardo, J, y Abusleme, M.T. (2016). Plan nacional de demencias: antecedentes globales y síntesis de la propuesta chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 286-296.

Gajardo, J., Budinich, M. y 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, 115-137.

Hojman, D.A., Duarte, F., Ruiz-Tagle, J., Budnich, M., Delgado, C. y Slachevsky, A. (2017). The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLoS ONE*, *12*(3): e0172204. doi:10.1371/journal.pone.0172204

Instituto Chileno de Estudios Municipales, Instituto de Estudios del Hábitat, y Centro de Comunicación de las Ciencias. 2020. *Índice de Desarrollo Comunal*. Recuperado de: https://repositorio.uautonoma.cl/bitstream/handle/20.500.12728/6742/V11_digital_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2020). Esperanza de vida. Recuperado de: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida>

Larraín, A. (2015). Políticas públicas en demencias en Chile: entre la agenda sistémica y la agenda institucional. Guajardo G, Tijoux ME, Abusleme MT, editores. La construcción social de las demencias en las personas mayores de la Región Metropolitana, Chile. Santiago de Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor, 63-77.

Levesque, D. A., Prochaska, J. M., & Prochaska, J. O. (1999). Stages of change and integrated service delivery. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, *51*(4), 226–241.

Livingstone, G., Sommerland, A., Orgeta, V., Costafreda, S., Huntley, J., Ames, D., . . . Teri, L. (2017). Dementia Intervention, prevention, and care. *The Lancet*, *390*(10113), 2673-2734. doi:10.1016/S0140-6736(17)31363-6

Ministerio de Salud. (2010). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Demencia. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>

Olavarría, L., Mardones, C., Delgado, C., & Slachevsky, A. (2016). Percepción de conocimiento sobre las demencias en profesionales de la salud de Chile. *Revista médica de Chile*, *144*(10), 1365-1368.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Demencia: una prioridad para la salud pública. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Demencia: Una Prioridad de Salud Pública. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Estrategia y plan de acción sobre demencias en personas mayores. Washington, D.C: Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11332&Itemid=135&lang=es.

Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Levesque, D. A. (2001). A transtheoretical approach to changing organizations. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *28*(4), 247-261.

Pot, A. M., Petrea, I. y Bupa/ADI. (2013). *Improving dementia care worldwide: Ideas and advice on developing and implementing a National Dementia Plan*. Londres: Bupa/ADI.

Sánchez-Fernández, J., Muñoz Leiva, F., & Montoro-Ríos, F. (2009) ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en Encuestas on line? *Revista de Estudios Empresariales. Segunda época, 41*, 45-62.

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). *Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025*. Recuperado de: <http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>.

United Nations Economic Commission for Europe. (2016). *Dignidad y no discriminación para personas con demencia. Resumen de Políticas N° 16 sobre Envejecimiento*. Recuperado de: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/Spanish/ECE-WG.1-23.pdf

Vingare, E. L., Giertz, L. y Melin-Emilsson, U. (2020). Do national guidelines have any impact? A comparison of nine Swedish municipalities and the Dementia care. *Nordic Social Work Research, 10*(1), 51-65.

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation science, 4*(1), 67.

Wimo, A., Jönsson, L., Bond, J., Prince, M. y Winblad, B. (2013). The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia, 9*(1), 1-11.e3.
doi:10.1016/j.jalz.2012.11.006