

Políticas públicas para las demencias en Chile: perspectiva histórica y desafíos

Public policies for dementias in Chile:
historical perspective and challenges

Andrea Slachevsky¹

Loreto Olavarría²

Teresita Ramos³

Alejandra Pinto⁴

Natalia Pozo⁵

Daniela Thumala-Dockendoff⁶

Paulina Arriagada⁷

Patricia Lillo⁸

RESUMEN

El Alzheimer y otras demencias constituyen un problema de alto impacto socio-sanitario que requiere un abordaje basado en políticas públicas. Este artículo analiza la evolución de las estrategias implementadas en Chile, desde el piloto del Plan Nacional de Demencias hasta su incorporación en las Garantías Explícitas en Salud (GES). A pesar de los avances, persisten brechas en acceso a la atención, apoyo sociosanitario, formación de recursos humanos y financiamiento. Abordar estos desafíos es crucial para consolidar una respuesta integral y sostenible.

Palabras clave: Demencia, Políticas Públicas, Atención Primaria de Salud, Cuidadores, Sistema de Salud, Unidad de Memoria

Recibido el 3 de marzo de 2025. Aceptado el 28 de mayo de 2025.

1 Centro de Memoria y Neuropsiquiatría (CMYN), Servicio de Neurología, Hospital del Salvador y Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Centro Gerociencias, Salud Mental y Metabolismo (GERO), Laboratorio de Neuropsicología y Neurociencias Clínicas (LANNEC) Programa de Fisiopatología - ICBM, Departamento de Ciencias Neurológicas Oriente y Neurociencias, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, SSMO, Departamento de Neurología y Psiquiatría, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. Correspondencia a: andrea.slachevsky@uchile.cl

2 Escuela de Psicología, Facultad de Medicina. Universidad Mayor. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

3 Centro de Memoria y Neuropsiquiatría (CMYN), Servicio de Neurología, Hospital del Salvador y Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, SSMO. Santiago, Chile

4 Centro de Memoria y Neuropsiquiatría (CMYN), Servicio de Neurología, Hospital del Salvador y Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

5 Unidad de Memoria, Servicio de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán y Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

6 Centro Gerociencias, Salud Mental y Metabolismo (GERO), Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

7 Hospital de Coyhaique, Coyhaique, Chile.

8 Centro Gerociencias, Salud Mental y Metabolismo (GERO). Departamento de Neurología Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Memoria, Hospital San José. Santiago, Chile.

ABSTRACT

Alzheimer's dementia and related dementias (ADRD) constitute a high-impact socio-health issue that requires a public policy approach. This article examines the evolution of strategies implemented in Chile, from the pilot phase of the National Dementia Plan to its inclusion in the Explicit Health Guarantees (GES). Despite progress, gaps remain in access to care, socio-health support, workforce training, and funding. Addressing these challenges is essential to consolidating a comprehensive and sustainable response.

Keywords: Dementia, Public Policies, Primary Health Care, Caregivers, Health System, Memory Unit

1. ANTECEDENTES GENERALES

Actualmente en Chile, las demencias afectan al 8,5% de las personas mayores de 60 años, lo que significa que aproximadamente 180.000 individuos, equivalente al 1,06% de la población total. Con el envejecimiento demográfico, se proyecta que esta cifra aumentará a unas 550.000 personas para 2050, alcanzando el 3,10% del total de la población (Slachevsky et al., 2002). Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2018, las demencias son uno de los principales determinantes de la pérdida de calidad de vida en mayores de 59 años, medida como pérdida de utilidad, superando a los trastornos del ánimo y al dolor crónico. Entre 1990 y 2010, los años perdidos por discapacidad asociados a esta condición aumentaron en más de un 200% (Nichols et al., 2022). Además, en Chile, las muertes atribuidas a la demencia crecieron un 526%, convirtiéndola en la causa de mortalidad con mayor incremento en la última década (Russ et al., 2012).

El impacto de esta enfermedad también afecta al entorno de las personas con demencia. En el estudio CUIDEME se caracterizó a los cuidadores informales en Chile (Slachevsky et al., 2013), siendo el 95% de los cuidadores familiares no remunerados, principalmente mujeres (74,9%). El 70% de los cuidadores reportaron niveles significativos de sobrecarga y, el 46% presentó trastornos de salud mental, una prevalencia notablemente superior a la de la población general.

La demencia tiene un alto impacto económico para la persona con demencia y su familia o entorno cercano, tanto por sus costos directos

(gastos médicos como consultas, medicamentos y exámenes, además de costos sociales asociados al pago de cuidadores formales) como por los indirectos (el valor del cuidado no remunerado proporcionado por familiares o cuidadores informales). En 2013, el costo mensual en Chile alcanzó unos \$700.000 pesos mensuales, distribuido en un 75% para costos indirectos, 20% para costos médicos directos y 5% para costos sociales directos. Estos costos varían según el nivel socioeconómico (NSE), siendo proporcionalmente más elevados en personas de bajo NSE, quienes además enfrentan una mayor carga de costos indirectos en comparación con personas de alto NSE. Esta tendencia se intensifica con el avance de la enfermedad, debido al aumento de la dependencia en las actividades diarias (Hojman et al., 2017).

Las demencias se encuentran entre los trastornos de salud más temidos por la población (Watson et al., 2023). Esta percepción negativa, caracterizada por ansiedad y miedo, amplifica el impacto adverso de la enfermedad tanto en la población general como en las personas que la padecen y en sus entornos cercanos (Low & Purwaningrum, 2020; Rosato et al., 2019). A pesar de su alta prevalencia y su significativo impacto sociosanitario y en la opinión pública, el sub-diagnóstico de las demencias sigue siendo una barrera para garantizar una atención adecuada (Lang et al., 2017). Este problema es aún más grave en casos de demencias menos frecuentes y conocidas por los profesionales de la salud como las demencias frontotemporales (Giebel et al., 2024). El acceso al diagnóstico y tratamiento refleja marcadas inequidades, especialmente en contextos con grandes disparidades socioeconómicas. Las personas de comunidades remotas, con bajos recursos, población migrante o niveles educativos limitados enfrentan mayores dificultades para acceder a una evaluación diagnóstica oportuna. Todo lo anterior contribuye a explicar altas tasas de sub-diagnóstico o errores diagnósticos reportado a nivel internacional, una situación que se agravó durante la pandemia de COVID. En Chile, es altamente probable que las brechas geográficas en el acceso a la salud también influyan en el subdiagnóstico, ya que los profesionales están concentrados principalmente en Santiago y las principales ciudades de las provincias. Sin embargo, hasta la fecha, no existen estadísticas oficiales sobre las tasas de diagnóstico de demencia en el país.

Además del problema ético que supone no garantizar una atención adecuada y oportuna a las personas con demencia, numerosos estudios

resaltan el impacto positivo de las intervenciones en la prevención y el manejo de esta enfermedad. Aunque no existe cura, las terapias farmacológicas y no farmacológicas disponibles alivian los síntomas y brindan apoyo a las familias, mejorando significativamente la calidad de vida tanto de los pacientes como de su entorno.

En este contexto, resulta crucial que los sistemas sociosanitarios desarrollen las capacidades necesarias para proporcionar una atención oportuna y efectiva, mitigando el impacto de la demencia a nivel social y sanitario. Esto implica optimizar la prevención, garantizar la continuidad de los cuidados a lo largo de todas las etapas de la enfermedad y superar las barreras a nivel de la población general y en los sistemas sociosanitarios que dificultan un diagnóstico oportuno. Entre estas barreras se encuentran el edadismo, la falta de formación específica de los profesionales de la salud, limitaciones de tiempo y recursos para realizar tamizajes cognitivos adecuados, dificultades en la evaluación de personas con bajo nivel educativo y/o de población migrante, y las brechas tecnológicas en el acceso a herramientas diagnósticas como neuroimágenes y biomarcadores, cuyo uso emergente sigue siendo limitado debido a su alto costo.

Superar estos desafíos requiere el desarrollo de políticas públicas que impulsen los cambios necesarios para garantizar el acceso equitativo al

diagnóstico y tratamiento oportunos (Thornhill & Conant, 2018). En las siguientes secciones, se abordará la historia de las políticas públicas en Chile en este ámbito, el Plan Nacional de Demencia, la incorporación del Alzheimer y otras demencias Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), o Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), y se concluirá con una reflexión sobre algunos de los desafíos de las políticas públicas en demencia.

2. HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DEMENCIA EN CHILE

En la figura 1 ilustramos la historia de las políticas públicas en demencia. Las primeras políticas públicas en Chile sobre demencias comenzaron en 2006, cuando el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) publicó las Guías Clínicas de Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor. En 2009, el Programa para el Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, gestionado por el Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública del MINSAL, registraba a solo 4,742 personas, o sea menos del 2% de la población estimada afectada (Universidad de Chile, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, 2019).

Figura 1. Hitos de políticas públicas de demencia en Chile.



Legenda: i. Registraba 4,742 casos el 2009; ii. Plan Nacional de Demencia. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>; iii.. Fuente Superintendencia de Salud <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-biblioteca-digital/estadisticas-3724/estadisticas-por-tema-3741/>; iv. Numero de dispositivos de especialidad registrada en MINSAL difiere de levantamiento red autoconvocada de demencia (ver figura 4).

Fuente: <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/#acordeonDocumentos>. Figura Cortesía de Francisco Cubillos. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Sub-Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Chile.

Ante esta situación, la sociedad civil promovió diversas iniciativas y campañas para visibilizar las demencias y apoyar la creación de políticas públicas. En 2012, un hito relevante fue la campaña “No te Olvido,” impulsada por la Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias (COPRAD) en favor de un Plan Nacional de Demencia. Como parte de esta campaña, se mostraron imágenes de políticos de alta connotación pública como si padecieran demencia, con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública sobre la transversalidad de esta enfermedad en la sociedad. Ese mismo año, COPRAD en conjunto con la Corporación Alzheimer Chile, la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Chile (SONEPSYN) y la Sociedad de Geriátrica, presentaron una propuesta para un Plan Nacional de Alzheimer y otras Demencias (ver más detalles en Propuesta Plan Nacional Demencia (2002). El año 2013, se inauguró el Centro Kintún, financiado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y la Municipalidad de Peñalolén. Este centro se convirtió en el primer centro diurno estatal para personas con demencias y sus redes de apoyo, marcando un avance significativo como el primer centro sociosanitario público dedicado al tratamiento de las demencias (Gajardo et al., 2017).

El conjunto de estas acciones llevó a incluir el compromiso de elaborar un Plan Nacional de Demencias y a la implementación gradual de quince

centros diurnos especializados en el programa de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, quien asumió en marzo de 2014 (Custodio et al., 2017).

2.1. Plan Nacional de Demencia

En 2015, el Ministerio de Salud formó un grupo de trabajo compuesto por expertos en neurología, geriatría, salud mental, políticas públicas y representantes de la sociedad civil para desarrollar un Plan Nacional de Demencia (Ministerio de Salud, 2015). La elaboración del plan se realizó mediante un proceso colaborativo entre profesionales del Ministerio de Salud y expertos externos, como académicos y especialistas en el cuidado de personas con demencia, específicamente un terapeuta ocupacional, una neuróloga, una geriatra y una abogada. El Plan de demencia, presentado en 2017, se articula en torno a cuatro principios, ocho componentes y nueve objetivos (ver tabla 1)

En cuanto a la atención de salud, el plan propone un enfoque integral con dispositivos de salud en los distintos niveles de la red de salud con dispositivos de salud (ver figura 2). La Atención Primaria de Salud (APS) se establece como la puerta de entrada para iniciar el proceso diagnóstico, con protocolos establecidos para derivar los casos complejos a atención secundaria y recibir la contrarreferencia, a fin de asegurar la continuidad de los cuidados (Ministerio de Salud, 2017).

Tabla 1: Plan Nacional de Demencia

Principios	<ul style="list-style-type: none"> • Dignidad • Autonomía • Participación • Solidaridad
Componentes	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y diagnóstico oportuno. • Acceso a tratamiento farmacológico y no farmacológico de la persona y su entorno. • Mejor coordinación de los programas de atención y cuidados. • Seguimiento y actualización del Plan. • Sensibilización y educación de la comunidad. • Capacitación de los actores sanitarios y sociales. • Promoción de la investigación e innovación. • Contexto ético y jurídico, incluyendo el conflicto de interés.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la prevención en el abordaje de las demencias. • Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de atención de la red con protocolos de referencia y contrarreferencia. • 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 • Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios. • Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan. • Fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad. • Considerar las demencias y envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional. • Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias. • Actualizar el ordenamiento jurídico chileno en torno a las demencias.

Figura 2. Dispositivos del Plan Nacional de demencias en la red de salud pública y acciones del plan en otros sectores del estado (adaptado de Custodio et al, 2017).



Cuando sea necesario, APS deriva los casos de diagnóstico o manejo complejo a las Unidades de Memoria y los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (CACPD), de acuerdo con las necesidades de atención identificadas (Custodio et al., 2017). Estos equipos están conformados por equipos multidisciplinarios, donde los recursos tanto físicos como humanos son suficientes para un adecuado diagnóstico, en coordinación con otros dispositivos de atención (Slachevsky Chonchol et al., 2023). El funcionamiento de los CACPD y su dependencia administrativa difieren del modelo sociosanitario original del Centro de Día para Personas con Demencia, Kintún, que inicialmente dependía de SENAMA y de la Municipalidad de Peñalolén. Con el inicio del Plan de Demencia en Peñalolén, la dependencia administrativa de Kintún pasó de SENAMA al MINSAL.

2.2. Implementación del Plan Nacional de demencias

El Plan comenzó a implementarse en 2017 con financiamiento destinado a la creación de tres Unidades de Memoria en tres hospitales: el Hospital del Salvador (Servicio de Salud Metropolitano Oriente), el Hospital de Osorno (Servicio de Salud de Osorno) y el Hospital de Punta Arenas (Servicio de Salud de Magallanes). Además, se promovió el establecimiento de centros de día y el fortalecimiento de la APS en Peñalolén, Osorno y Punta Arenas. Este esfuerzo incluyó un programa piloto que contempló la contratación de profesionales no médicos y la capacitación de equipos de salud para mejorar la

atención a personas con demencia, buscando reducir brechas en competencias dentro de la APS.

También se implementó una línea de capacitación denominada “Manejo Integral de las Demencias” con cursos certificados en niveles introductorio, intermedio y avanzado, con la intención de integrarse en un futuro diplomado. Sin embargo, solo se implementaron algunos de estos cursos, que recibieron una buena acogida, sin llegar a concretarse el diplomado.

Por otro lado, los componentes del Plan que dependían de otros sectores del Estado no se implementaron, probablemente debido a la limitada capacidad del Ministerio de Salud para influir en dichas áreas, dado que la gobernanza del Plan estaba centralizada en esta institución.

A pesar de que la implementación del Plan fue discontinuada con el cambio de gobierno, en 2019, durante la administración del presidente Sebastián Piñera, las demencias fueron incorporadas en el AUGE-GES. Este avance marcó un hito significativo en las políticas públicas enfocadas en las demencias (Universidad de Chile, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, 2019)

2.3. Diferencias entre el AUGE-GES y el Plan Nacional de Demencias: Políticas Públicas Complementarias pero Distintas

En 2019, mediante la promulgación del decreto 22, las demencias, específicamente la enfermedad de Alzheimer y otras demencias fueron incorporadas al AUGE-GES bajo la denominación del problema de salud GES 85 (Ministerio de Salud, 2019). Es importante destacar que el GES 85 y el Plan Nacional de Demencias son políticas

Tabla 2: Diferencias entre Plan Nacional de Demencia y AUGE- GES 85 Demencia.

	Plan Nacional de Demencias	AUGE GES 85 Alzheimer y otras demencias
Sujeto atención	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con demencia. Cuidador. • Sin restricción de edad de entrada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con demencia. • Cuidador no es sujeto de atención. • Sin restricción de edad de entrada.
Notificación del diagnóstico	No obligatorio	Obligatorio
Atención	Notificación del diagnóstico	Garantizada por ley
Recursos	No garantizados por ley	Garantizado por ley: El estado y las ISAPRES deben proveer los recursos necesarios para brindar las prestaciones de salud incluidas en el GES 85.
Recursos Humanos	Considera refuerzos con recursos humanos en los diferentes niveles de atención	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha asignado personal adicional en Atención Primaria ni se han destinado fondos para la contratación de nuevo personal. • Se asignaron recursos para contratar profesionales en atención especializada en algunos servicios de salud; sin embargo, persisten importantes brechas en los recursos humanos. • No existe un plan establecido para abordar las brechas en recursos humanos.
Capacitación	Incluye plan de capacitación	No es mandatorio.
Prevención	Objetivo del Plan	<ul style="list-style-type: none"> • No considera la prevención. • Se enfoca en diagnóstico y tratamiento.
Articulación sociosanitaria	Objetivo del Plan	No es parte del GES-85: Las prestaciones se limitan al ámbito sanitario.
Investigación y generación de conocimiento	Objetivo del plan	No incluido en GES.

públicas con objetivos distintos. En la Tabla 2 se presentan las principales diferencias entre ambos para comprender los alcances de estas políticas públicas y cómo podrían complementarse.

La diferencia entre el Plan Nacional de Demencia y el GES 85 resalta la necesidad de integrar el AUGE-GES dentro de las estrategias del Plan Nacional de Demencias. Dada la complejidad de las demencias y las brechas existentes en su atención, el AUGE-GES, por sí solo, resulta insuficiente para garantizar la calidad y cobertura necesarias. Es fundamental promover la prevención de las demencias a lo largo del curso vital, fortalecer la integración sociosanitaria, implementar los dispositivos y capacitar a los recursos humanos previstos en el plan nacional. Estas acciones permitirán brindar una atención integral y asegurar la continuidad de los cuidados para las personas con demencia y sus cuidadores. En el abordaje de la demencia, el cuidador desempeña un rol fundamental. Su psicoeducación y el apoyo necesario para brindar un cuidado adecuado y sostenible en el tiempo impactan directamente en la calidad de vida de la persona con demencia. Dado que aún no existe un tratamiento farmacológico curativo para la demencia, el cuidador se

convierte en una parte esencial del tratamiento y no debe ser excluido. Además, es prioritario sensibilizar a la población sobre esta condición, fomentar la investigación para cerrar las brechas de conocimiento y desarrollar políticas públicas basadas en evidencia.

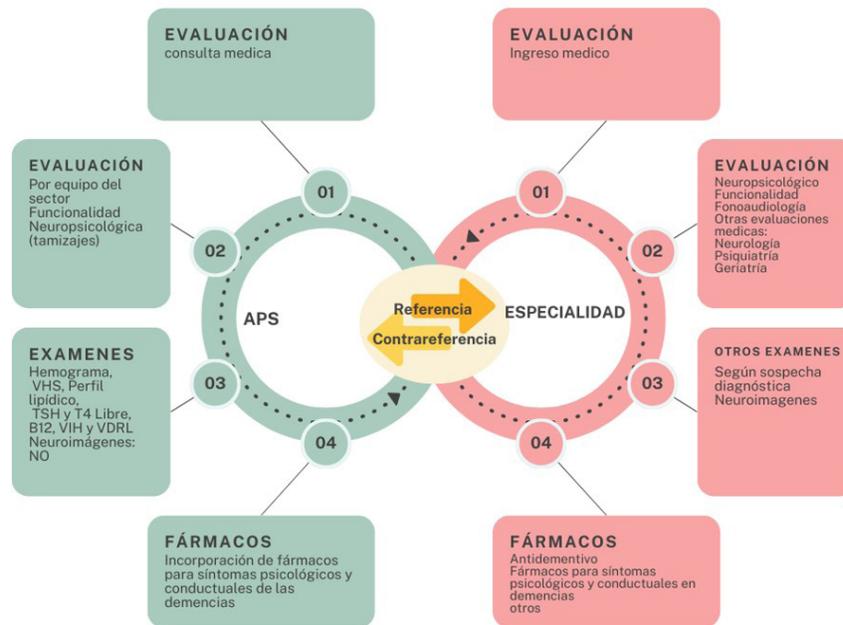
La gobernanza del plan debería incluir a múltiples sectores estatales, además del Ministerio de Salud, para fortalecer los pilares del cuidado y la generación de conocimiento. Este enfoque integral es clave para abordar eficazmente los desafíos asociados a las demencias

3. GES 85: ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

3.1. Prestaciones incluidas en el GES 85

El GES asegura la atención en los distintos niveles de resolución de la red de salud, abarcando desde el tamizaje y la sospecha o confirmación diagnóstica, hasta el tratamiento y el seguimiento o rehabilitación, según la condición de salud. En el caso del GES 85, las garantías de acceso incluyen la sospecha, confirmación diagnóstica y tratamiento. En la figura 1 se ilustra el impacto del GES 85 en el diagnóstico de demencias, al

Figura 3. Principales Prestaciones del GES-85.



comparar el número de casos pesquisados entre el 2019 y 2024.

En el sistema público de salud, la APS se encarga del diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad, mientras que los dispositivos de especialidad se enfocan en atenciones de alta complejidad. En ambos niveles se han definido canastas de prestaciones relacionadas con la evaluación y el tratamiento, que se presentan en la figura 3.

Los fármacos incluidos en la canasta GES 85 para el tratamiento de la demencia comprenden antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos y medicamentos específicos para la enfermedad. Entre los antidepresivos, sertralina, citalopram y trazodona están disponibles tanto en APS como en especialidad, mientras que la mirtazapina solo se encuentra en el nivel especializado. Por otro lado, los antipsicóticos incluyen risperidona y quetiapina en APS y especialidad, mientras que aripiprazol y olanzapina están restringidos a la atención especializada. Los hipnóticos solo están disponibles en el nivel de especialidad. Finalmente, los medicamentos específicos para la demencia (donepezilo y memantina), requieren prescripción en atención especializada. Sin embargo, es importante destacar que las guías GRADE no recomiendan su uso (División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública & División de Atención Primaria División de

Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2022)

3.2. GES 85 en la red de salud pública: Redes integradas de salud y criterios de referencia- contrarreferencia

El GES 85, de Alzheimer y otras demencias se basa en el Plan Nacional de Demencia y promueve una articulación efectiva entre los distintos niveles de atención de la red de salud. A través de la estrategia de redes integradas de servicios de salud, busca mejorar el bienestar de las personas con demencia, así como de sus familiares y cuidadores, garantizando acceso a una atención socio-sanitaria integral y continua.

El proceso diagnóstico y tratamiento se inicia en APS, donde el equipo de salud, a partir de la historia clínica y exámenes complementarios, determinará la condición y estaficación del cuadro demencial. Este diagnóstico debe ser integral, considerando no solo los aspectos médicos de la enfermedad, sino también otros factores relevantes, para así establecer un plan de tratamiento completo, alineado con el modelo de atención de salud primaria centrado en las necesidades de las personas (ver figura 3). En caso de dificultades diagnósticas o en el manejo terapéutico, los equipos de APS pueden derivar a unidades de memoria o dispositivos de especialidad en demencia de

hospitales de mediana y alta complejidad, solicitar consultorías o derivar a atención de urgencias. Respecto del diagnóstico, los criterios específicos de derivación consideran: i) demencia o sospecha de demencia en menores de 60 años; ii) cuadros sugestivos de demencia no Alzheimer, como demencia frontotemporal o por cuerpos de Lewy, iii) sospecha de demencia rápidamente progresiva (menos de 12 meses de evolución), iv) criterio clínico de los equipos de APS, por ejemplo quejas cognitivas con tests de screening cognitivos en rangos normales pero con síntomas de alarma

que justifican evaluación especializada. En cuanto al tratamiento, se recomienda la derivación a unidades especializadas cuando los síntomas psicológicos y conductuales graves persisten, generan una alta sobrecarga en el cuidador y no mejoran significativamente tras al menos seis meses de intervenciones farmacológicas y psicosociales en atención primaria. El detalle de estos criterios puede encontrarse en las Orientaciones Técnicas del GES 85 (ver tabla 3⁹) y otros documentos de apoyo a implementación del GES 85 (ver tabla 4).

Tabla 3: Criterios de derivación al nivel de especialidad para el diagnóstico (adaptado de Orientaciones técnicas para la implementación de GES 85 de Alzheimer y otras demencias).

Motivo derivación	Situación clínica
Según edad	Toda demencia o sospecha de demencia, en persona menor de 60 años.
Según perfil evolutivo	Demencia de instalación subaguda, rápidamente progresiva o de curso inferior a 12 meses desde la aparición de los primeros síntomas cognitivos.
Según tipo de demencia o sospecha de esta	Demencia frontotemporal. Demencia por cuerpos de Lewy. Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt Jakob. Demencia en la enfermedad de Huntington. Demencia asociada a síndrome parkinsoniano. Demencia en la infección por VIH. Otras demencias poco frecuentes o de etiología desconocida.
Según características clínicas (especialmente en primeras etapas de la enfermedad, sugerentes de demencia de menor prevalencia y/o que requieren estudio con neuroimagen)	Caídas y trastornos de la marcha, especialmente desde las primeras etapas de la enfermedad o como primeras manifestaciones de interés clínico, post descarte de causas no neurológicas que expliquen el síntoma. Parkinsonismo desde la primera etapa de la enfermedad Cuadro clínico sugerente de una demencia rápidamente progresiva. Alucinaciones desde las primeras etapas de la enfermedad. Desinhibición moderada a severa desde primeras etapas de la enfermedad. Apatía severa desde las primeras etapas de la demencia. Trastornos del lenguaje predominantes desde el inicio de la enfermedad (anomia, agramatismo, trastorno importante de la expresión del lenguaje o comunicación). Crisis convulsivas desde el inicio de la enfermedad o en el curso de esta. Historia de incontinencia urinaria y trastornos de la marcha en primeras etapas de trastornos demenciantes, sugerentes de un hidrocefalo normotensivo. Antecedentes de cáncer (especialmente tipos y en localizaciones con alta ocurrencia de metástasis cerebrales). Uso de anticoagulante o historia de un trastorno de la coagulación.
Dificultades diagnósticas con cuadros psiquiátricos	Personas con comorbilidad psiquiátrica, como trastorno afectivo bipolar, depresión crónica, trastorno de personalidad, esquizofrenia o adicciones (alcohol o drogas), que presentan deterioro cognitivo y requieren evaluación especializada para confirmar el diagnóstico, especialmente cuando este persiste tras el abordaje inicial en atención primaria. Personas con trastornos psiquiátricos de inicio tardío (psicóticos, afectivos, de conducta o cuadros depresivos) asociados a deterioro cognitivo significativo y afectación de la funcionalidad.
Diagnósticos no concluyentes y/o persistencia de duda diagnóstica	Personas en quienes no se ha podido establecer un diagnóstico definitivo, requiriendo evaluación por equipos especializados. La derivación se basa en la historia clínica o en quejas subjetivas acompañadas de síntomas de alarma sugestivos de un trastorno cognitivo clínicamente significativo, tras una evaluación no concluyente en Atención Primaria de Salud (APS). El equipo de APS, según criterio clínico, determinará la pertinencia de derivar a dispositivos de especialidad y/o plantear el caso en consultorías especializadas.

⁹ <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023.07.21-OOTT-GES-Alzheimer-y-otras-Demencias-RV2.pdf>

Tabla 4: Documentos normativos y de acompañamiento a implementación GES 85.

Documentos elaborados por el Ministerio de Salud	
Guía de Práctica Clínica. Demencia tipo Alzheimer. Problema de Salud AUGE N°85	Guía de Práctica Clínica. Demencia tipo Alzheimer. Problema de Salud AUGE N°85.
Orientaciones técnicas para la implementación de GES n°85 de Alzheimer y otras demencias	Documento con lineamiento técnicos para implementación de GES 85 2023.07.21-OOTT-GES-Alzheimer-y-otras-Demencias-RV2.pdf
Actualización Manual de Geriátria para Médico	Manual con contenido de geriátrías para médicos no especialistas y otros profesionales de salud. https://www.seremidesaludnuble.cl/wp-content/uploads/2021/10/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
Otros documentos	
Manual de Buenas Prácticas Para El Diagnóstico de Demencias Policy Paper Demencia	Manual desarrollado gracias al apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo que proporciona estándares y pautas básicas para el diagnóstico de demencia en Latino América https://www.senama.gob.cl/storage/docs/lbanez-ASlachevsky-A-Serrano-C.-Manual-de-Buenas-Practicas-para-el-diagnostico-dedemencia.pdf
Prevención y abordaje integral de las demencias	Documento que describe los avances y desafíos de la política pública sobre trastornos neurocognitivos. (2019) https://uchile.cl/dam/jcr:44796d5d-ce36-4f67-986f-fdc22c5756f1/policy-paper-demencias.pdf
Guía de funcionamiento de la Unidad de Memoria del Hospital del Salvador	Documento que describe el flujo de funcionamiento y los programas de atención de la Unidad de Memoria del Hospital del Salvador https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/1325/submission/proof/index.html
Cuadernillo para cuidadores de personas con demencia.	Documento de apoyo post-acompañamiento con contenido psicoeducación y orientación para el cuidado de cuidadores de personas con demencia https://doi.org/10.34720/0kj1-m392

Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation

3.3. GES 85 en el sistema privado de salud

Las ISAPRES cumplen con las garantías del GES 85, ofreciendo a sus afiliados un conjunto de prestaciones de salud a través de convenios con distintas instituciones, como centros y clínicas privadas. Sin embargo, existe una notable variabilidad en cómo estas instituciones privadas entregan las prestaciones asociadas al GES 85.

Algunos prestadores están organizados en equipos multidisciplinarios que facilitan el acceso a prestaciones adecuadas según las necesidades de las personas con demencia. Estas incluyen terapias no farmacológicas, como rehabilitación fonoaudiológica, kinésica, psicoterapia y terapia ocupacional. No obstante, aunque los beneficiarios pueden elegir cualquier prestador de su ISAPRE, el acceso puede estar restringido por la escasez de profesionales capacitados en algunas regiones. Además, la falta de una designación clara del prestador asignado, idealmente cercano a la residencia del beneficiario, representa otra dificultad. En ocasiones, las prestaciones necesarias no están disponibles en la región, lo que obliga a la persona con demencia a recorrer largas distancias para recibir las atenciones garantizadas

Si bien las canastas del GES 85 garantizan el

acceso al diagnóstico y tratamiento, la continuidad de los cuidados, crucial en la atención de personas con demencia, puede verse afectada. Esto se debe a la naturaleza contractual del sistema, donde no siempre existe un adecuado flujo de derivación y seguimiento entre los diferentes actores del proceso.

Para acceder a los beneficios del GES, el paciente debe presentar a su Isapre un certificado médico que confirme el diagnóstico de una patología cubierta por este régimen. La Isapre, tras recibir la solicitud, emitirá el Formulario de Constancia de Activación GES, en el que se detallan los pasos a seguir para acceder a las prestaciones, incluyendo la red de prestadores acreditados asignados.

La persona con demencia debe atenderse exclusivamente en la red de prestadores designada por la Isapre para garantizar la cobertura del GES. Esta red asegura el acceso a diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación, de acuerdo con los protocolos establecidos. Además, la Isapre tiene la obligación de cumplir con las garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera asociadas al GES.

En caso de incumplimiento de estas garantías, los afiliados cuentan con mecanismos de

resolución. Inicialmente, la Isapre debe garantizar la atención dentro de su red de prestadores. Si persisten problemas relacionados con la protección financiera o la calificación del diagnóstico, los afiliados pueden presentar reclamos directamente ante la Isapre. Si no se logra una solución satisfactoria, la Superintendencia de Salud, como ente regulador, está facultada para intervenir y resolver el caso.

3.4. Estado implementación del GES 85 Alzheimer y otras demencias en el sistema público

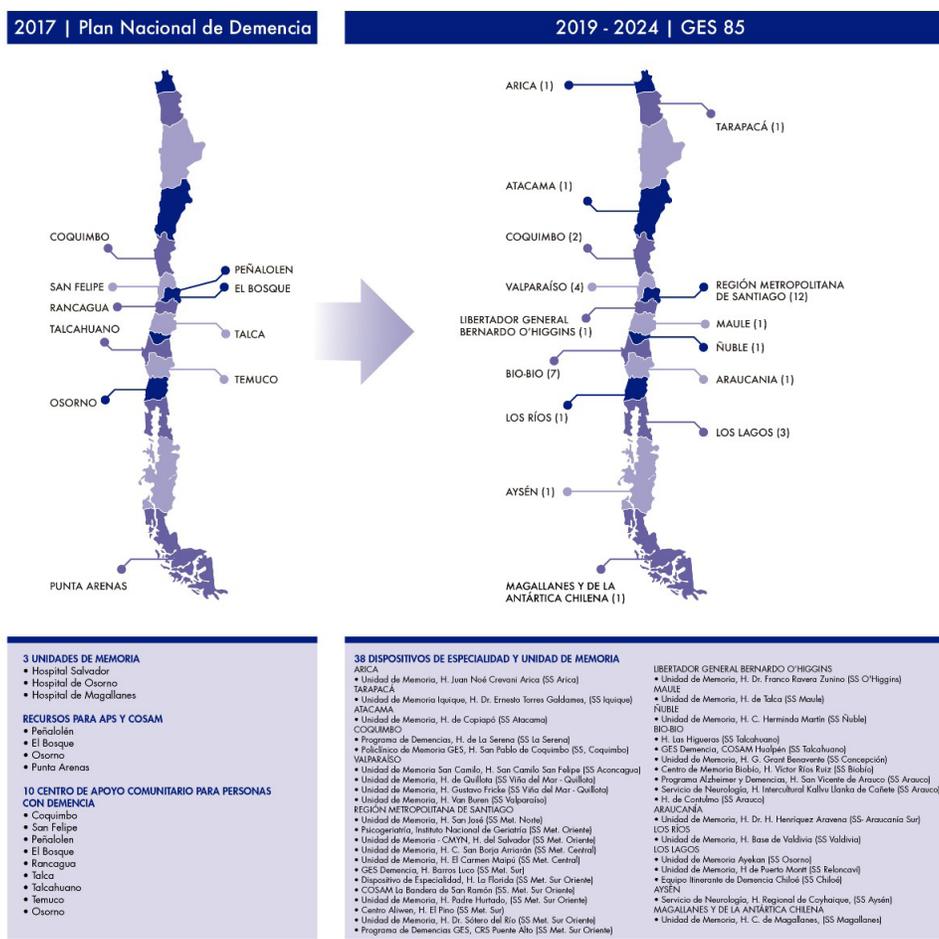
Los dispositivos de especialidad de la red de salud pública se muestran en la Figura 4. Una parte de estos dispositivos se ha organizado en la denominada Red Autoconvocada de Unidades de Memoria, con el propósito de compartir buenas prácticas y plantear, de manera coordinada, los

desafíos de la atención de personas con demencia en el sistema público, especialmente ante las autoridades del Ministerio de Salud (MINSAL). Sin embargo, es importante señalar que dicha red no incluye a la totalidad de los centros que participan en esta atención. En varias regiones, los centros de salud mental comunitaria (COSAM) también han asumido un rol activo en el abordaje especializado de demencias, en muchos casos por definición de los respectivos Servicios de Salud.

Para una visión más completa y actualizada de los prestadores que participan en la atención GES de demencias, se recomienda consultar el listado oficial disponible en el portal del MINSAL (Ministerio de Salud, 2022).

La red autoconvocada ha señalado la marcada disparidad en los recursos físicos y humanos entre los distintos dispositivos especializados. En este contexto, las Orientaciones Técnicas

Figura 4: Dispositivos de atención de especialidad en el sistema de salud público.



Elaborada con datos recopilados por red de dispositivo de especialidad de demencia en el sistema de salud público el 1r trimestre del 2024.

para dispositivos de especialidad y Unidades de Memoria (actualmente en elaboración) se proyectan como una herramienta clave para promover la armonización de estándares y la reducción de brechas a nivel nacional.

El MINSAL también ha implementado cursos de capacitación, adoptando en particular el curso Preparadamente, impartido por la Universidad de Chile. Este curso fue diseñado gracias a un proyecto financiado por el Global Brain Health Institute (GBHI) y la Alzheimer’s Association, que permitió identificar las necesidades de capacitación de los equipos de APS, las personas con demencia y sus cuidadores (Leon et al., 2023). Durante 2023-2024, 40.00 profesionales de la salud han realizado el curso.

El MINSAL, las Unidades de Memoria y la academia han elaborados diversos documentos sobre el Plan Nacional de Demencia y el apoyo a la implementación del GES 85, incluyendo lineamientos del MINSAL y de los dispositivos de especialidad (ver tabla 4).

4. REFLEXIONES FINALES: DESAFÍOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS DEMENCIAS

Desde 2012, la atención de las demencias en el sistema de salud pública ha avanzado significativamente, con dos hitos clave en las políticas

públicas: el Plan Nacional de Demencias de 2017 y la incorporación de las demencias al AUGEGES en 2019. Aunque ambos buscan mejorar la atención de las personas con demencia, tienen alcances distintos que deben complementarse, ya que el GES 85 no abarca todos los componentes del Plan Nacional de Demencias.

La reforma de salud de 2005, que introdujo el AUGE, priorizó la oportunidad, calidad de atención y protección financiera. En este marco, la inclusión de las demencias en el GES constituye un avance crucial para garantizar atención sanitaria a los afectados. Sin embargo, considerando el rol fundamental de los cuidadores, las garantías de atención deberían extenderse también a ellos (Slachevsky, 2019).

Para fortalecer las políticas públicas intersectoriales en demencias, es necesario evaluar la gobernanza del Plan Nacional de Demencias dentro del Ministerio de Salud, ya que su actual estructura limita el desarrollo de iniciativas integrales. Además, el plan requiere un respaldo legal que garantice su continuidad y consolidación como política de Estado.

En la Tabla 5 y 6 se presentan diferentes desafíos para fortalecer tanto las políticas de salud como las intersectoriales. Estos retos están orientados a garantizar una atención integral, asegurar la continuidad de los cuidados y promover la implementación de componentes no sanitarios en el plan.

Tabla 5: Desafíos para las políticas públicas en demencia: Gestión, Formación y capacitación.

Área	Problemática	Acción propuesta
Gestión	<p>1. Falta de un diagnóstico detallado sobre las brechas existentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variabilidad en la disponibilidad de personal especializado, equipamiento e infraestructura física - Variabilidad en la dependencia técnico-administrativa de los equipos de especialidad. <p>2. Falta de una diferenciación clara entre las unidades de memoria y los dispositivos de especialidad según su nivel de complejidad.</p>	<p>Evaluar los Recursos Disponibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un análisis detallado de los recursos disponibles en cada red de atención. <p>Modelo de Gestión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir las necesidades de profesionales según la demografía de cada servicio de salud y las condiciones estructurales mínimas requeridas. • Garantizar la existencia de al menos una unidad de memoria en cada servicio de salud. • Determinar dependencia administrativa que impacte positivamente en la calidad de la atención. • Establecer un sistema formal de articulación entre centros para la discusión de casos complejos, como diagnósticos diferenciales. <p>Centros de Referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la creación de centros de referencia especializados en demencias de baja prevalencia y alta complejidad a nivel nacional y/o macro red, con equipos capacitados para atender casos complejos y reducir la brecha de recursos humanos calificados.

Área	Problemática	Acción propuesta
Financiamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo financiar atenciones que requieran intervenciones multidisciplinarias y un número variable de sesiones según las necesidades de las personas? 2. ¿Cómo medir la productividad en equipos multidisciplinarios y en la gestión de casos? 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar mecanismos de medición de la productividad que complementen el enfoque basado en el número de prestaciones (productividad por acto), incorporando aspectos como los tiempos de gestión y el trabajo multidisciplinario. • Implementar mecanismos de medición de la productividad orientados a un enfoque basado en el valor.
Capacitación y formación de recursos humanos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brechas en recursos humanos. 2. Baja preparación de los equipos de salud de la atención primaria y especializada en demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar estrategias efectivas para la formación y el desarrollo de competencias en demencia en los equipos de salud. • Sistema de acreditación de competencias. • Establecer mecanismos de transferencia de conocimientos desde los dispositivos de especialidad hacia la atención primaria.

Tabla 6: Desafíos para las políticas públicas en demencia: Atención clínica y continuidad de los cuidados.

Área	Problemática	Acción propuesta
Atención y cuidados adaptados a la diversidad clínica de las demencias y centrados en las necesidades de las personas	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo diseñar intervenciones que aborden la heterogeneidad de los fenotipos clínicos de las demencias, la variabilidad de las necesidades de las personas con demencia y sus cuidadores, y la diversidad de recursos en la red socio-sanitaria? 2. ¿Cómo considerar la diversidad socio-demográfica y clínica de las personas con demencia, determinada por factores geográficos y culturales, en el diseño de estas intervenciones? 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar intervenciones según el perfil clínico y las necesidades de las personas con demencia y sus cuidadores, considerando los recursos disponibles en la red socio-sanitaria.
Prevención de las demencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo abordar la alta prevalencia de los factores de riesgo potencialmente prevenible y con subtratamiento? (Paradela et al., 2024). 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar políticas públicas para reducir los factores de riesgo a nivel poblacional. (Walsh et al., 2023). • Proporcionar a la comunidad información sobre los factores de riesgo modificables de la demencia y las medidas para cuidar la salud cerebral a lo largo de todo el ciclo vital. • Integrar los programas de prevención de demencias con los programas cardiovasculares y otros programas de salud disponibles en la red socio-sanitaria. • Incorporar la prevención y la salud cerebral en los programas de continuidad de cuidados para personas con demencia.
Criterios de referencia-contrarreferencia	Elaboración de los criterios de referencia y contrarreferencia en base a la opinión de expertos.	Evaluar la pertinencia de los criterios de referencia y contrarreferencia en la red de atención.
Diagnósticos de las demencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de acceso a neuroimágenes en la APS: <ul style="list-style-type: none"> - Considerando los criterios de referencia a atención especializada, la mayoría de los pacientes con demencia no serán evaluados con neuroimagen en el proceso diagnóstico, lo que no se alinea con las recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Health & Excellence, 2018; Orleans-Foli et al., 2018). 	Evaluar el riesgo beneficio del diagnóstico de demencias sin neuroimágenes.

Área	Problemática	Acción propuesta
Diagnósticos de las demencias	<p>2. Variabilidad en las evaluaciones neuropsicológicas, funcionales y fonaudiológicas en los dispositivos de especialidad.</p> <p>3. No disponibilidad de datos normativos para una adecuada interpretación de los tests.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Armonizar los protocolos de evaluación y establecer datos normativos a nivel nacional. • Registro nacional unificado y validado para las evaluaciones: neuropsicológicas, funcionales y fonaudiológicas (ver anexo 1). • Garantizar la presencia de profesionales capacitados para la administración de evaluaciones neuropsicológicas, funcionales y fonaudiológicas. • Establecer un sistema de certificación de competencias para los profesionales de la salud que trabajan en dispositivos de especialidad.
	<p>4. No disponibilidad de biomarcadores moleculares y estudio genético en los dispositivos de especialidad del sistema de salud pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un sistema de acceso a biomarcadores moleculares para aquellos casos (demencias atípicas o menos frecuentes, como los trastornos psiquiátricos de inicio tardío asociados a trastornos cognitivos o demencias rápidamente progresivas) en los que se requiera complementar la evaluación con dicho insumo, considerando las regiones. • Evaluar la disponibilidad de estudios y consejería genéticos para demencias con un patrón familiar que sugiera un tipo hereditario (Pagano et al., 2024).
Tratamiento	<p>1. No disponibilidad de terapias no farmacológicas validadas a nivel nacional para las personas con demencias</p>	<p>Implementar terapias no farmacológicas validadas y costo-efectivas, como la Cognitive Stimulation Therapy, CST) (Rai et al., 2018), y garantizar la disponibilidad de profesionales capacitados para su aplicación en los dispositivos de la red socio-sanitaria.</p>
Cuidadores	<p>1. Ausencia de garantías GES para los cuidadores de personas con demencias.</p> <p>2. Atenciones a los cuidadores establecidas en base al grado de sobrecarga, sin considerar la heterogeneidad de los cuidadores y sus otras necesidades.</p> <p>3. Brecha de capacitación sobre las mejores prácticas para brindar cuidados a personas con demencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la incorporación de atenciones específicas para los cuidadores como sujetos de garantía en las políticas públicas de demencia. • Evaluar la existencia de diferentes perfiles de cuidadores para adaptar las intervenciones según sus capacidades y necesidades específicas, considerando las características particulares de cada cuidador (Wiegmann et al., 2021). • Implementar capacitaciones para cuidadores en el conjunto de la red socio-sanitaria.
Continuidad de los cuidados	<p>1. ¿Cómo disminuir la resistencia a la contrarreferencia a la APS.</p> <p>2. Barreras al acceso de personas con demencias a los cuidados paliativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar mecanismos de contrarreferencia efectivos a la APS. • Facilitar la coordinación de los dispositivos de demencia con el programa de cuidados paliativos universal.
Transición de cuidados entre los diferentes niveles de atención y los cuidados socio-sanitarios	<p>1. ¿Cómo optimizar la navegación en la red de salud?</p> <p>2. ¿Cómo superar la fragmentación de los cuidados e integrar los cuidados socio-sanitarios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer mecanismos efectivos de gestión de casos, como el modelo Care Ecosystem (Possin et al., 2019). • Fomentar comunicaciones efectivas en equipos multidisciplinarios y entre los distintos niveles de atención del sistema de salud. • Integrar las políticas públicas de demencia al sistema nacional de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> - Reevaluar la pertinencia de los criterios de apoyo en el sistema nacional de cuidado: actualmente se basan en la medición de la dependencia con el índice de Barthel, excluyendo de las prestaciones a los cuidadores de personas con demencias en etapas leves y moderadas. - Habilitar los dispositivos del SENAMA, como los Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDIAM), para atender e incluir a personas con demencia.

REFERENCIAS

- Custodio, N., Wheelock, A., Thumala, D., & Slachevsky, A. (2017). Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 221. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00221>
- División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, & División de Atención Primaria División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2022). *Orientaciones técnicas para la implementación de GES No85 de Alzheimer y otras demencias* [Orientaciones técnicas]. Ministerio de Salud. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023.07.21-OOTT-GES-Alzheimer-y-otras-Demencias-RV2.pdf>
- Gajardo, J., Aravena, J. M., Budinich, M., Larráin, A., Fuentes, P., & Gitlin, L. N. (2017). The Kintun program for families with dementia: From novel experiment to national policy (innovative practice): *Dementia*. <https://doi.org/10.1177/1471301217721863>
- Giebel, C., Silva-Ribeiro, W., Watson, J., Volkmer, A., Chirico, I., Diaz, A., Heath, B., Hanna, K., & Talbot, C. (2024). A Systematic Review on the Evidence of Misdiagnosis in Dementia and Its Impact on Accessing Dementia Care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(10), e6158. <https://doi.org/10.1002/gps.6158>
- Health, N. I. for, & Excellence, C. (2018). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Retrieved from NICE website: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/recommendations# cognitive-training>.
- Hojman, D. A., Duarte, F., Ruiz-Tagle, J., Budnich, M., Delgado, C., & Slachevsky, A. (2017). The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLOS ONE*, 12(3), e0172204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172204>
- Lang, L., Clifford, A., Wei, L., Zhang, D., Leung, D., Augustine, G., Danat, I. M., Zhou, W., Copeland, J. R., Anstey, K. J., & Chen, R. (2017). Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: A systematic literature review and a meta-analysis. *BMJ Open*, 7(2), e011146. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011146>
- Leon, T., Troncoso, D., Barria, S., & Slachevsky, A. (2023). Primary care training needs about dementia. A Qualitative study. *Alzheimer's & Dementia*, 19(S20), e071200. <https://doi.org/10.1002/alz.071200>
- Low, L.-F., & Purwaningrum, F. (2020). Negative stereotypes, fear and social distance: A systematic review of depictions of dementia in popular culture in the context of stigma. *BMC Geriatrics*, 20(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01754-x>
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Demencia*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
- Ministerio de Salud. (2019). Decreto 22. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. *Diario Oficial de la Republica de Chile*, 42449. <https://bcn.cl/2ezad>
- Ministerio de Salud. (2022). *Red de prestadores AUGE/GES*. Gobierno de Chile. <https://auge.minsal.cl/articulos/red-de-prestadores-augeges>
- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., Abdoli, A., Abualhasan, A., Abu-Gharbich, E., Akram, T. T., Al Hamad, H., Alahdab, F., Alanezi, F. M., Alipour, V., Almustanyir, S., Amu, H., Ansari, I., Arabloo, J., Ashraf, T., ... Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105-e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Orleans-Foli, S., Isaacs, jeremy, & Cook, L. (2018). Neuroimaging for dementia diagnosis. Guidance from the London Dementia Clinical Network (pp. 1-12). National Institute for Health and Care Excellence (NICE). https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/old-age/neuroimaging-for-dementia---guidance-from-london-dementia-clinical-network.pdf?sfvrsn=1d1bcbe5_6
- Pagano, J., Fong, J. C., Wood, E. M., Rachel A. Paul, Goldman, J. S., Klee, V., Rumbaugh, M., Lucente, D., & Chambers, C. (2024). Clinical genetic testing for Alzheimer disease and related dementias. *Practical Neurology (US)*, 23(5), 13-22.
- Paradela, R. S., Calandri, I., Castro, N. P.,

- Garat, E., Delgado, C., Crivelli, L., Yaffe, K., Ferri, C. P., Mukadam, N., Livingston, G., & Suemoto, C. K. (2024). Population attributable fractions for risk factors for dementia in seven Latin American countries: An analysis using cross-sectional survey data. *The Lancet Global Health*, 12(10), e1600-e1610. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00275-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00275-4)
- Possin, K. L., Merrilees, J. J., Dulaney, S., Bonasera, S. J., Chiong, W., Lee, K., Hooper, S. M., Allen, I. E., Braley, T., Bernstein, A., Rosa, T. D., Harrison, K., Begert-Hellings, H., Kornak, J., Kahn, J. G., Naasan, G., Lanata, S., Clark, A. M., Chodos, A., ... Miller, B. L. (2019). Effect of Collaborative Dementia Care via Telephone and Internet on Quality of Life, Caregiver Well-being, and Health Care Use: The Care Ecosystem Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4101>
 - Rai, H., Yates, L., & Orrell, M. (2018). Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(4), 653-665. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.010>
 - Rosato, M., Leavey, G., Cooper, J., De Cock, P., & Devine, P. (2019). Factors associated with public knowledge of and attitudes to dementia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 14(2), e0210543. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210543>
 - Russ, T. C., Batty, G. D., Hearnshaw, G. F., Fenton, C., & Starr, J. M. (2012). Geographical variation in dementia: Systematic review with meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 41(4), 1012-1032. <https://doi.org/10.1093/ije/dys103>
 - Slachevsky, A. (2019). Reflexiones e integración. En Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo - Universidad de Chile (Ed.), *Cuadernillo No1: Serie Envejecimiento: ¿Dónde envejecemos en Chile? Reflexiones Transdisciplinarias en torno a movilidad, urbanismo, vivienda y trayectorias cotidianas de las personas mayores— Resultados de la Quinta Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento 2018* (pp. 60-76). https://drive.google.com/file/d/1doX-5Gpgcc6CR43aPbuFXDM9Kfv_bY3XO/view
 - Slachevsky, A., Arriagada, P., Maturana, J., & Rojas, R. (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Chile. Propuesta de Un Plan Nacional*. (p. 40). Coprad. <https://www.coprad.cl/plan-nacional/>
 - Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda-Castillo, C., Núñez-Huasaf, J., Silva, J. R., Muñoz-Neira, C., Gloger, S., Jimenez, O., Martorell, B., & Delgado, C. (2013). The CUIDEME Study: Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35(2), 297-306. <https://doi.org/10.3233/JAD-122086>
 - Slachevsky Chonchol, A., Pinto Henríquez, A., Gajardo Fuentes, B., Salgado, G., Aubert Valderrama, J., Castro Encina, L., Olavarría Vera, L., Cerda, M., Muñoz Solís, M., Cabezas Aldana, P., Gómez, R., Guajardo Oyarce, T., Ramos Franco, T., & León Rodríguez, T. (2023). *Guía de funcionamiento Unidad de Memoria: Centro de Memoria y Neuropsiquiatría*. <https://doi.org/10.34720/8SSQ-K443>
 - Thornhill, L., & Conant, R. (2018). Improving Care Through Public Policy. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S141-S147. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx181>
 - Universidad de Chile, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo. (2019). *Demencias*. <https://doi.org/10.34720/5AMJ-BT82>
 - Walsh, S., Wallace, L., Kuhn, I., Mytton, O., Lafortune, L., Wills, W., Mukadam, N., & Brayne, C. (2023). Population-level interventions for the primary prevention of dementia: A complex evidence review. *The Lancet*, 402, S13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02068-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02068-8)
 - Wiegelmann, H., Wolf-Ostermann, K., Brannath, W., Arzideh, F., Dreyer, J., Thyrian, R., Schirra-Weirich, L., & Verhaert, L. (2021). Sociodemographic aspects and health care-related outcomes: A latent class analysis of informal dementia care dyads. *BMC Health Services Research*, 21(1), 727. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06708-6>
- Agradecimientos y financiamiento:** AS, PL y DT fueron parcialmente financiada por ANID / FONDAP/ 15150012, AS y PL fueron parcialmente financiadas por ANID / Fondecyt/ 1231839
- Figuras:** Diseñadores Susana Sanhueza y Jean Campos