

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“ESTRATEGIAS PARA LA COORDINACIÓN E  
INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS  
CON DEMENCIA EN CHILE.”**

**CONSTANZA VENEGAS ACEVEDO**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESORAS GUIA DE TESIS: DRA. OLGA TORO DEVIA**

**DRA. ANDREA SLACHEVSKY CHONCHOL**

**Santiago, ENERO 2024**

# Agradecimientos y Dedicatoria

*¿A dónde van las palabras que no se quedaron?  
¿A dónde van las miradas que un día partieron?  
Acaso flotan eternas, como prisioneras de un ventarrón  
o se acurrucan, entre las rendijas, buscando calor...*

*¿A dónde van?, Silvio Rodríguez.*

Agradezco a todas las personas con demencia que atendí durante 5 años en el CESFAM San Rafael de La Pintana, de las cuales aprendí la importancia de la empatía y la comunicación sin estigmatización ni paternalismos.

A sus cuidadoras y familias que las acompañan 24/7, conmovidas por el amor y la humanidad que reconocen en ellas, hasta en sus últimos días. Es su entrega uno de los pilares fundamentales para que puedan tener cuidados lo más oportunos, dignos y CONTINUOS posibles, en un sistema estructuralmente fragmentado.

A los equipos de salud del sistema público que trabajan para y con las personas con demencia y sus familias. Los que a punta de voluntad intentan coordinar pequeñas grandes acciones para que la red de salud pública brinde una atención lo más INTEGRAL posible con los precarios recursos que cuenta.

A mis profesoras guías por sus consejos y ejemplo y a todos quienes, desde las trincheras académicas, culturales y sociales, han luchado por mejorar nuestras políticas de cuidados a las personas con demencia.

A mis amigas, amigos y compañeros de vida y organización, de ConVocación, del San Rafa y Ex San Rafa, Exoplanetas y compañeritos del Magister, que me apoyaron con sus textos, experiencias, tips, energías, fuerzas, retos y cariños, para que yo pudiera concretar este proyecto de investigación.

A mi familia, a Los Lualo, por su amor y apoyo incondicional tanto en este desafío como en cada paso que doy. Son mi centro y ejemplo para lograr ser una persona buena, libre y feliz.

En especial agradezco y dedico esta tesis a mi abuela, la Ruly, por enseñarme a leer amasando galletas y recortando revistas, por sus muchos juegos, adivinanzas y desafíos lingüísticos; por salvarme con los materiales para el colegio que le pedía a última hora, por recibirme en su casita con libros, hierbitas, flores y comida calentita e impulsarme en el camino de la geriatría y la salud pública.

# Índice

1. Resumen	7
2. Introducción	9
3. Marco Teórico	11
3.1 Demencias	11
3.1.1 Definición e impacto	11
3.1.2 Clasificación	14
3.1.3 Causas y factores de riesgo	14
3.1.4 Historia de la enfermedad y etapas clínicas	15
3.1.5 Recomendaciones clínicas	17
3.2 Políticas y recomendaciones para el abordaje de las demencias	20
3.2.1 Recomendaciones internacionales para el abordaje de las demencias.	20
3.2.2 Políticas para el abordaje de las demencias en Chile	21
3.3 Redes Integradas de Servicios de Salud para las Personas con Demencia	26
3.3.1 Concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud	26
3.3.2 RISS para Personas con Demencia en Chile	27
3.3.3 Casos de estudio: APS Peñalolén-Hospital del Salvador del SSMO y APS La Pintana- Hospital Padre Hurtado del SSMSO.	33
3.4 Coordinación e integración en la atención de personas con demencia	34
3.4.1 Conceptos de coordinación, integración y continuidad	34
3.4.2 Recomendaciones internacionales sobre coordinación e integración de la atención a personas con demencia.	40
3.4.3 Recomendaciones nacionales sobre coordinación e integración de la atención a personas con demencia.	41
4. Pregunta de Investigación	45
5. Objetivos	46
6. Marco metodológico	47
6.1 Justificación del diseño metodológico	47
6.1.1 Métodos Mixtos en Salud	47
6.2 Diseño del estudio: Método Mixto Secuencial Explicativo	49
6.2.1 Componente Cuantitativo	50
6.2.2 Componente Cualitativo	55
6.2.3 Integración en la interpretación de los resultados	59
6.2.4 Comparación de los casos de estudio y lineamientos propuestos	59
6.3 Aspectos Éticos	60
7. Resultados	62
7.1 Análisis Cuantitativo	62
7.1.1 Características de la Población Bajo Control de la APS de los casos de estudio.	62

7.1.2	Características de la Población Bajo Control de las unidades de atención secundaria de los casos de estudio.	68
7.1.3	Interconsultas desde la Atención Primaria	71
7.1.4	Indicadores de producción	78
7.1.5	Indicadores de evaluación del PND	79
7.2	Análisis Cualitativo	81
7.2.1	Caracterización de la población bajo control y el funcionamiento de los programas de atención a personas con demencia	84
7.2.2	Estrategias de Coordinación	106
7.2.3	Valoración de la integración y coordinación de las RISS y sus obstaculizadores y facilitadores	122
7.3	Integración de Resultados Cuantitativos y Cualitativos	139
7.3.1	Resultados integrados sobre la caracterización de la población bajo control en los programas de demencia de los casos en estudio.	139
7.3.2	Resultados integrados sobre el funcionamiento de los programas de atención a personas con demencia.	143
7.3.3	Resultados integrados sobre las estrategias de coordinación	146
7.3.4	Resultados integrados sobre la valoración del nivel de integración y coordinación de las RISS	151
7.4	Comparación de contextos, estrategias y lineamientos propuestos para cada SS	154
8.	Discusión	155
8.1	Caracterización de la Población Bajo Control y los programas	155
8.1.1	Evolución de la población bajo control por año	155
8.1.2	Caracterización de la PBC según sexo, edad y severidad.	157
8.1.3	Caracterización PBC según etiología, comorbilidades y DD.SS.	158
8.1.4	Funcionamiento de los programas de demencia	159
8.1.5	Sistemas de Registro Clínico Electrónico y Reportes Estadísticos	162
8.1.6	Cambios ocasionados por el GES N°85	163
8.1.7	Recursos insuficientes o inadecuados	164
8.2	Descripción de las estrategias de coordinación	165
8.2.1	Coordinación interna	165
8.2.2	Dispositivos identificados	165
8.2.3	Referencias y Contrarreferencias	168
8.2.4	Estrategias de coordinación	169
8.2.5	Inter sector y otras patologías	172
8.3	Propuesta de lineamientos para mejorar la coordinación e integración	173
8.3.1	Valoración de la integración y coordinación	173
8.3.2	Facilitadores:	174
8.3.3	Obstaculizadores:	175
8.3.4	Comparación de contextos, estrategias y lineamientos para cada SS	179
9.	Limitaciones	180

10.	Conclusiones	182
11.	Referencias Bibliográficas	184
12.	Anexos	192

## Índice de Tablas

Tabla 1.	19
Tabla 2.	22
Tabla 3.	25
Tabla 4.	29
Tabla 5.	37
Tabla 6.	38
Tabla 7.	42
Tabla 8.	51
Tabla 9.	55
Tabla 10.	57
Tabla 11.	59
Tabla 12.	60
Tabla 13.	62
Tabla 14.	63
Tabla 15.	65
Tabla 16.	66
Tabla 17.	66
Tabla 18.	66
Tabla 19.	67
Tabla 20.	68
Tabla 21.	69
Tabla 22.	69
Tabla 23.	70
Tabla 24.	72
Tabla 25.	73
Tabla 26.	74
Tabla 27.	75
Tabla 28.	76
Tabla 29.	78
Tabla 30.	79
Tabla 31.	83
Tabla 32.	129
Tabla 33.	131
Tabla 34.	134

Tabla 35.	141
Tabla 36.	144
Tabla 37.	147
Tabla 38.	152
Tabla 39.	154
Tabla 40.	174

## Índice de Gráficos

Gráfico 1.	63
Gráfico 2.	64
Gráfico 3.	64
Gráfico 4.	65
Gráfico 5.	67
Gráfico 6.	69
Gráfico 7.	70
Gráfico 8.	70
Gráfico 9.	71
Gráfico 10.	72
Gráfico 11.	73
Gráfico 12.	73
Gráfico 13.	75
Gráfico 14.	76
Gráfico 15.	77
Gráfico 16.	77

# 1. Resumen

Las demencias son un conjunto de enfermedades crónicas que se caracterizan por un deterioro adquirido y progresivo de las funciones cognitivas sumado a alteraciones del comportamiento hasta el punto de la aparición de algún nivel de dependencia de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Se considera un tema relevante para la salud pública dado el aumento en la prevalencia que se proyecta para esta condición tanto a nivel mundial en los países desarrollados como especialmente en los subdesarrollados y sus costos sociales y sanitarios asociados.

Las personas con demencia (PcD) requieren atención y cuidados de múltiples proveedores, áreas y niveles de salud, navegando a través de un sistema de salud y red de cuidados, a menudo fragmentada, sin el seguimiento adecuado, lo que produce riesgo de daño por fallas en el manejo y la comunicación de la información clínica, por interacciones farmacológicas, duplicación de los estudios y hospitalizaciones evitables o reingresos.

El presente trabajo se centró en la comparación de las estrategias de coordinación e integración de las redes integradas de servicios de salud (RISS) para lograr la continuidad de la atención de PcD en dos casos de estudio: el modelo de atención del plan nacional de demencia (PND) implementado como piloto en la microrred de la Atención Primaria de Salud (APS) de Peñalolén-Hospital del Salvador, del Servicio Metropolitano de Salud Oriente y el modelo de prestaciones implementado desde el GES de demencia por la microrred de APS de La Pintana – Hospital Padre Hurtado, de la Subred Santa Rosa del Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente.

Para ello se utilizó un diseño mixto secuencial que analizó los registros estadísticos de los dispositivos entre los años 2017 al 2021 y, se preparó y aplicó entrevistas a actores claves de la red de atención a PcD.

En los resultados que describen la población bajo control y funcionamiento de los programas se observa que existe una importante brecha de cobertura de la población en APS en comparación con la prevalencia esperada de ambos casos de estudio, la cual es menor en la comuna de Peñalolén donde se implementó el PND. También se evidencia el impacto de la pandemia por COVID-19 en la cobertura de atenciones y en las estrategias de coordinación e integración.

Respecto del funcionamiento de los programas se comprueban diferencias en los recursos, equipos y organización de ambos modelos, lo que define el contexto de las estrategias de coordinación e integración.

Dentro de las estrategias identificadas en la investigación se determinó a la coordinación intradispositivo como uno de los primeros desafíos para la pesquisa, diagnóstico y la atención integral y de calidad de las personas con demencia, con espacios de coordinación formal de los equipos tratantes en los niveles secundarios, no así en la APS.

Para ambos casos de estudio se identificó especialidades y centros de salud que están involucrados en la atención de PcD, por lo que es necesario visualizarlos dentro de los mapas de derivación y proponer estrategias de coordinación entre ellos. Además, se visualizó qué el proceso de referencia-contrarreferencia opera con mediadores que permiten la derivación asistida y gestión de las interconsultas con pertinencia y prioridad.

En otras estrategias destacan las consultorías entre especialistas y profesionales de APS, las que se han implementado en ambos servicios, con diferencias en su carácter, frecuencia y capacitaciones, las que han permitido mejorar la pertinencia de las derivaciones y cohesionar criterios en las RISS. Por último, existen diferencias en la implementación del rol de gestor de caso en cada dispositivo, siendo un rol presente en todos los niveles del SSMO no así en el SSMSO.

A nivel generalizado se evalúa una coordinación e integración subóptima de ambas RISS, con avances en el SSMO en la gestión de casos y, en el SSMSO en la integración de la información, con las cuales se logra una transmisión de indicaciones biopsicosociales, siendo aún un desafío pendiente el realizar planes de cuidados integrales unificados.

Dentro de los facilitadores de la integración y coordinación se cuentan el interés por aprender, la sensibilización del equipo, la cercanía y los vínculos profesionales, la identidad como RISS y las políticas de cuidado; como obstaculizadores se encuentran la falta de capacitación médica, la rotación de profesionales, la escasa o nula orientación técnica, la fragmentación de la información, los problemas administrativos de los servicios, la limitación de tiempo para la coordinación y la pandemia, entre otros. A partir de las brechas y obstaculizadores identificados se proponen lineamientos para que cada RISS mejore en la integración y coordinación de la atención y cuidados de las PcD.

El resultado del presente trabajo contribuye no solo a entender, sino que también a mejorar la continuidad de la atención y cuidados de las personas con demencia en Chile, a partir del análisis de las estrategias de coordinación e integración de las RISS en el marco de dos políticas de distinto enfoque implementadas para un mismo problema de salud.



## 2. Introducción

Las demencias son un conjunto de enfermedades crónicas que se caracterizan por un deterioro adquirido y progresivo de las funciones cognitivas sumado a alteraciones conductuales hasta el punto de la aparición de algún nivel de dependencia de la persona para realizar actividades de la vida diaria. (1)

Se considera un tema relevante para la salud pública dado el aumento en la prevalencia que se proyecta para esta condición tanto a nivel mundial en países desarrollados y especialmente en los subdesarrollados. (2) Actualmente se estima que el 1% de la población en Chile presenta esta patología, lo cual aumenta con la edad, siendo claros determinantes sociales los niveles socioculturales bajos y el residir en un territorio rural. (3)

Además de la prevalencia en aumento, la demencia se asocia a discapacidad, dependencia y morbimortalidad teniendo un gran impacto a nivel sanitario en cuanto a años de vida saludable perdidos. (4) También se describe un importante impacto a nivel socioeconómico, tanto en la estructura familiar de la persona con demencia (PcD) como a nivel comunitario y de la sociedad en su conjunto con altos gastos directos e indirectos a nivel de cuidados formales e informales. (5)

A nivel de las políticas locales, en 2017 el Ministerio de Salud (MINSAL) publicó el Plan Nacional de Demencias (PND) con lineamientos para construir un modelo sociosanitario que abordara de forma integral su prevención, diagnóstico, tratamiento con un enfoque socio comunitario. Dentro de este plan se contempló a la atención primaria (APS) como el eje del sistema sumado a centros de apoyo comunitario para personas con demencia (CACPD) y unidades de memoria (UM) como establecimientos de atención especializada según complejidad, con agentes de coordinación entre dispositivos socio sanitarios para velar por la continuidad de la atención. (3)

Este plan se implementó como piloto en 4 servicios de salud del país, el servicio de salud Metropolitano Oriente (SSMO), Metropolitano Sur, Osorno y Magallanes. Sin embargo, no contó con recursos incrementales para su implementación a escala nacional. (6)

Posteriormente, en 2019 se optó por incorporar la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias a la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES N°85), cambiando el enfoque de política pública de un modelo sociosanitario de atención a un régimen de prestaciones garantizadas para el diagnóstico y tratamiento de la PcD y su cuidador/a principal. (6,7)

En la literatura se describe que las PcD requieren atención y cuidados de múltiples proveedores, áreas y niveles de salud, navegando a través de un sistema de salud y red de cuidados, a menudo fragmentada, sin el seguimiento adecuado. (8) Las consecuencias de

una débil continuidad y coordinación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son que las PcD, sus cuidadores y familiares reciben cuidados fragmentados con resultados subóptimos e incluso con riesgo de daño por fallas en el manejo y la comunicación de la información clínica, por interacciones farmacológicas, duplicación de los estudios y hospitalizaciones evitables o reingresos. (9)

En muchos países la continuidad y coordinación depende fuertemente de los familiares y cuidadoras/es, por lo que para brindar mejores cuidados de salud tanto a PcD como a personas con otro tipo de condiciones crónicas y complejas, la OMS ha propuesto el marco *de servicios de salud integrados centrados en la persona*, donde la coordinación de la atención se entiende como un enfoque proactivo para reunir a profesionales y proveedores del cuidado para satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar que reciban una atención integrada y centrada en la persona a través de diferentes escenarios. (10)

Entendiendo que los cuidados efectivos para las personas con condiciones crónicas y complejas no pueden ser provistos por profesionales únicos y aislados, a nivel internacional diferentes estudios se han propuesto identificar las prácticas e intervenciones que mejoran la continuidad y coordinación del cuidado y con ello la experiencia de atención tanto para los pacientes como para los proveedores y los resultados de salud. (10) Por lo que es relevante estudiar la organización y estrategias de las RISS de nuestro país para mejorar la coordinación e integración de sus instituciones en pro de la continuidad de los cuidados de PcD y la asistencia a sus familias.

El presente trabajo se centró en la comparación de las estrategias de coordinación e integración de las RISS para la continuidad de cuidados de las PcD en dos casos de estudio: el modelo de atención del PND implementado como piloto en la microrred de APS Peñalolén-Hospital del Salvador del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) y el modelo de prestaciones implementado a partir del GES de demencia por parte de la microrred de APS La Pintana – Hospital Padre Hurtado de la Subred Santa Rosa del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). Lo anterior con el objetivo de contribuir a entender como las distintas estrategias desplegadas por ambos servicios de salud para la coordinación de las RISS han logrado la integración de la atención y cuidados de las personas con demencia en Chile.

Se utilizó un diseño mixto secuencial que analizó los registros estadísticos de los dispositivos entre los años 2017 al 2021 y, se preparó y aplicó entrevistas a actores claves de la red de atención a PcD, para luego triangular los resultados de ambos métodos y comparar las estrategias de cada caso.

## 3. Marco Teórico

El marco teórico del proyecto comprende como ejes temáticos, en primer lugar, la definición actual de la demencia, sus aspectos clínicos, epidemiológicos, sus consecuencias socioeconómicas a nivel familiar y social y su relevancia como problema de salud pública. En segundo lugar, la presentación de un panorama sobre las recomendaciones de políticas para las demencias a nivel internacional y las experiencias que se han desarrollado en Chile en las últimas décadas. El tercer eje describe las redes integradas de servicios de salud que se han estructurado en nuestro país a partir de estas políticas, en particular en los servicios que fueron los casos de estudio para esta tesis. El cuarto y último eje es la coordinación e integración de la atención en salud, sus definiciones, los elementos que la componen y su relevancia para la continuidad de cuidados en la atención de PcD.

### 3.1 Demencias

#### 3.1.1 Definición e impacto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las demencias como un conjunto de enfermedades crónicas neurodegenerativas, adquiridas y progresivas en las que se produce un deterioro cognitivo y/o alteración conductual que afecta la realización de las actividades de la vida diaria. (1)

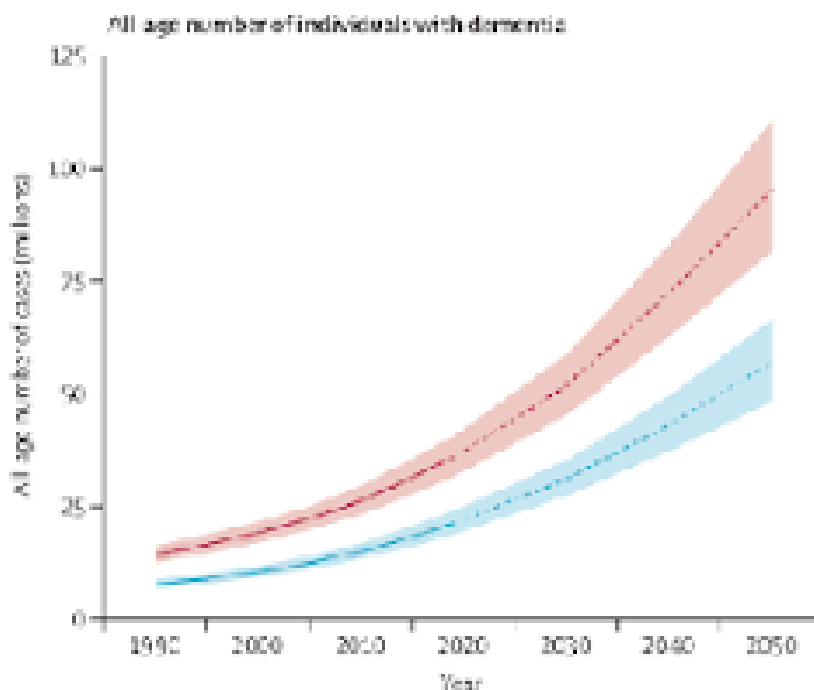
Los criterios diagnósticos según la última versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) indican que:

- Debe existir un declive cognitivo en uno o más dominios (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social), comparado con el nivel previo, basado en la preocupación del propio afectado, un informante que le conoce o el propio clínico y documentado en un test neuropsicológico estandarizado.
- Este déficit interfiere con la autovalencia del individuo en sus actividades de la vida diaria requiriendo de asistencia
- No debe ocurrir en el contexto de otros trastornos mentales que lo expliquen como el síndrome confusional, trastorno depresivo mayor, entre otros.

Se diferencia del deterioro cognitivo leve (DCL) ya que este último, si bien presenta un deterioro con relación al nivel previo de uno o más dominios cognitivos documentado con un test neuropsicológico estandarizado, no afecta la autovalencia del individuo, sin embargo, se ha descrito que hasta el 50% de las personas con deterioro cognitivo leve desarrollan demencia dentro de 3 años. (11)

Alrededor del mundo 57 millones de personas viven con demencia y se produce un nuevo caso cada 3 segundos, proyectándose que esta cifra aumentará a 152 millones de personas viviendo con demencia para el 2050 como se aprecia en la figura 1. (12)

Figura1. Personas viviendo con demencia y proyección para 2050 a nivel mundial



**Fuente:** GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health, 2022.

Este aumento ocurrirá especialmente en los países de ingresos bajos y medios, dada la combinación de desigualdad, pobreza y bajo nivel educativo con el aumento en su esperanza de vida, planteando un enorme desafío a estas naciones. (2,3)

Si bien la demencia no es una condición del envejecimiento normal, si se presenta con mayor frecuencia a edades más avanzadas de la vida, duplicándose con cada intervalo de 5 años desde los 65 años. Siendo el sexo femenino, el bajo nivel educativo y la ruralidad otras variables que aumentan el riesgo de presentar una demencia neurodegenerativa. (2,3,8,13)

En Chile se estima que el 1% de la población presenta esta condición, lo que aumenta a edades más avanzadas, como se observó en un estudio que utiliza los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017 llegando a estimar una prevalencia del 4,4% [2,9-5,9] para la demencia en personas mayores de 59 años. (3,14)

Las demencias se asocian a discapacidad, dependencia y morbilidad, y cada vez contribuyen más a las tasas de mortalidad y morbilidad en las personas mayores. (15)

A nivel de mortalidad, se describe un aumento a nivel mundial de hasta casi 4 veces en los años de vida perdidos por muerte prematura entre los años 1990 y 2010, llegando a estar entre las 10 principales causas de muerte en todo el mundo, la tercera tanto en América como en Europa en 2019 y la sexta causa específica de mortalidad en Chile en 2009. Afectando en mayor proporción a las mujeres, alcanzando el 65% de las muertes por Alzheimer y otras formas de demencia. (3,16,17)

Según el estudio Global de Carga de Enfermedad de 2019, se encuentra entre las 5 primeras causas de años vividos con discapacidad en los mayores de 70 años, de 51 países. (15) En Chile ocupan el tercer lugar de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) en los mayores de 65 años en el estudio de carga de enfermedad de 2007. (18)

La demencia no solo impacta a quien la presenta sino también a toda su familia, particularmente a la persona que asume el rol principal de proveer los cuidados, quienes en general son mujeres, sin embargo, debido a los cambios demográficos y culturales en la composición de las familias la disponibilidad de cuidadores/as informales en el futuro podría verse reducida. (2)

En Chile según el estudio *CUIDEME*, de caracterización de una cohorte de cuidadores/as, quienes realizan la labor de los cuidados son en un 95% familiares y 74,9% mujeres, 41,9% está en dicho rol desde hace más de 5 años, 12,7% debió dejar de trabajar para asumir estas tareas y 47,3% tuvo que reducir sus horas de trabajo remunerado. Respecto a su salud mental, 62,9% refiere sobrecarga severa según la escala de Zarit, 46,7% manifiesta algún trastorno de salud mental en la escala GHQ-12 y 34,4% alguna disfunción familiar según el Apgar familiar. (5)

El costo estimado de la enfermedad a nivel mundial para el 2018 era de un billón de dólares estadounidenses al año, lo cual se espera que se duplique para el 2030. Este monto incluye los costos médicos (consultas, medicamentos, exámenes), los costos sociales directos (institucionalización, cuidadores profesionales) y los costos sociales indirectos por cuidados informales, generalmente brindados por familiares no remunerados, los que ascienden a 82.000 millones de horas de asistencia informal al año. (19)

El mismo estudio chileno *CUIDEME* estimó para nuestro país un costo anual de 10.980 a 11.472 dólares, si se incluyen los gastos médicos del cuidador/a, mayoritariamente atribuido a costos sociales indirectos con un 75%, seguidos de gastos correspondientes a costos médicos con un 20% y por último, un 5% atribuido a costo social directo. (5)

Además, la falta de conciencia y comprensión sobre la demencia causa estigmatización y barreras para la atención lo que profundiza el deterioro físico, económico y social para las PcD, sus cuidadores/as y familias. (2)

Sumado a ello, en América latina en particular se ha descrito que la segregación de los sistemas de salud públicos y privados afecta la calidad y oportunidad del diagnóstico, así como el tratamiento generando inequidades en salud. (8)

Debido a este considerable impacto a nivel sanitario, económico y social, la OMS definió en el año 2013 a las demencias como una prioridad de salud pública con el propósito de generar conciencia, articular un enfoque y promover la preparación de los países con políticas, planes y programas que mejoren los cuidados y el bienestar de las PcD y sus familias. (2)

### 3.1.2 Clasificación

A nivel etiopatogénico pueden clasificarse según el origen del trastorno demenciante, en enfermedades con una disfunción cerebral primaria neurodegenerativa, alteraciones cerebrovasculares de diferentes tipos y secundarias a una enfermedad sistémica o noxa externa como una infección o tóxico-metabólicas. (8)

Según el patrón de inicio y curso de la enfermedad existen cuatro subtipos comunes de demencias, siendo la más frecuente la Enfermedad de Alzheimer, seguida de la Demencia Vasculare, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia fronto-temporal. Sin embargo, en ocasiones no son clínicamente distinguibles y también ocurren de formas mixtas. (2)

Según el tiempo de evolución también se distinguen demencias de instalación aguda, rápidamente progresivas y de instalación crónica. (8)

### 3.1.3 Causas y factores de riesgo

Se desconocen a la fecha con precisión todos los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la aparición y el desarrollo de las demencias.

En el caso de la enfermedad de Alzheimer se han identificado dos proteínas a nivel cerebral que desarrollan un rol interrumpiendo el funcionamiento y la red neuronal, el beta-amiloide que forma placas que se acumulan en las neuronas y la proteína tau, que forma ovillos neurofibrilares. Estas proteinopatías ocasionarían un daño primario a las neuronas llevando a la muerte acelerada de poblaciones neuronales generando atrofia. (8,19)

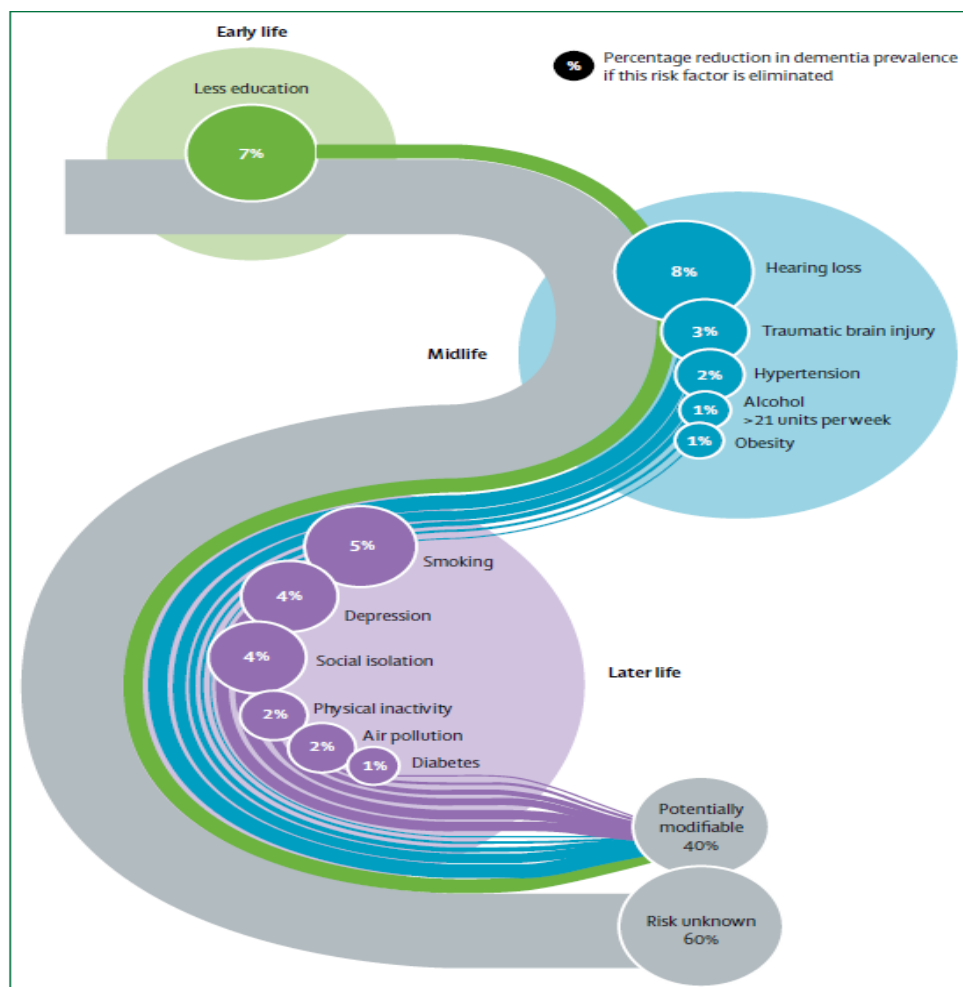
Sin embargo, diferentes estudios neuropatológicos han demostrado la coexistencia de patologías a la base de una gran cantidad de demencias, tanto proteinopatías como cerebrovasculares, en particular en las personas mayores. (8)

En cuanto a factores de riesgo heredables, se ha identificado para la forma esporádica o de comienzo tardío de la Enfermedad de Alzheimer la influencia del gen APOE, donde el genotipo homocigoto APOE $\epsilon$ 4, aumentaría en hasta 10 veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Y para la forma familiar o de comienzo temprano, se han encontrado mutaciones en el gen de la proteína precursora del amiloide (APP), el de la presenilina 1 (PSEN-1) y presenilina 2 (PSEN-2). (3)

La comisión Lancet para la prevención, intervención y cuidados de la Demencia ha identificado en su modelo de curso de vida, doce factores de riesgo modificables relacionados a la aparición de demencias, los cuales son: falta de educación, hipertensión, déficit auditivo, tabaquismo, obesidad, depresión, sedentarismo, diabetes, bajo contacto social, consumo excesivo de alcohol, injuria cerebral traumática y la contaminación atmosférica. Los que en total dan cuenta de un 40% de las demencias en el mundo que podrían ser prevenidas o retrasadas en su aparición, como se indica en la figura 2. (13)

Estudios recientes han demostrado que la presencia de periodontitis estaría asociada al deterioro cognitivo sugiriendo un rol en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer en el que podrían estar involucradas bacterias Gram negativas, aunque los estudios de secuenciación génica aún son inconsistentes para determinar el microbioma involucrado por lo que son necesarios nuevos estudios longitudinales. (20)

Figura 2. Modelo de factores de riesgo para demencia en el curso de la vida



Fuente: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission.

### 3.1.4 Historia de la enfermedad y etapas clínicas

A nivel de las demencias neurodegenerativas se ha establecido que existen distintos estados preclínicos que anteceden las alteraciones cognitivas y conductuales que afectan la funcionalidad, los que van desde fases asintomáticas a prodrómicas como el síndrome de deterioro cognitivo leve, trastorno cognitivo menor o trastorno conductual leve, para concluir en la fase de demencia que representa un estadio tardío de la enfermedad como se representa en la figura 3. (8)

Figura 3. Estadios en la evolución de los trastornos cognitivos



Fuente: Manual buenas prácticas diagnóstico de demencia 2020

El estadio de demencia propiamente tal se manifiesta de forma diferente en cada individuo dependiendo de sus condiciones biopsicosociales previas y el tipo de demencia que se presente, sin embargo, a nivel general se han identificado 3 etapas en la evolución de la fase clínica de la enfermedad. (2)

- **Fase temprana:** En general se atribuye erróneamente al envejecimiento, es de inicio gradual por lo que cuesta identificar precisamente su inicio, la persona se torna olvidadiza, especialmente con eventos recientes, presenta dificultad en la comunicación particularmente en la nominación, se desorienta en lugares familiares y en la noción del tiempo, presenta dificultad en las tareas complejas del hogar, la administración de sus finanzas y en la toma de decisiones. A nivel anímico puede presentar desmotivación, menor actividad e interés en pasatiempos habituales, depresión, ansiedad, episodios de agitación o agresividad.
- **Fase moderada:** los problemas se hacen más evidentes y limitan a la persona ya que olvida eventos recientes y nombres de personas, presenta dificultad para orientarse temporo-espacialmente, comunicarse, requiere ayuda con las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y del cuidado personal por lo que no es capaz de vivir sola y segura sin apoyo. Puede presentar episodios de deambulación, alteraciones del sueño, alucinaciones, desinhibición o agitación.
- **Fase avanzada:** La persona presenta casi total dependencia e inactividad tanto por las alteraciones de la memoria como por manifestaciones físicas de la enfermedad, presenta desorientación temporo espacial, dificultad para comprender su entorno, reconocer familiares, amistades y objetos, requiere ayuda para comer y su autocuidado, puede presentar alteraciones para tragar, incontinencia urinaria y fecal, disminución de la movilidad hasta la postración. En cuanto a la conducta puede presentar episodios de agitación o agresión. (8)



Para definir la etapa clínica de la enfermedad se ha desarrollado una escala de evaluación de deterioro global (GDS Reisberg) con el fin de evaluar tanto el deterioro cognitivo como el nivel de funcionalidad secundaria a la demencia. (21)

### 3.1.5 Recomendaciones clínicas

#### **Promoción y prevención**

El potencial de la prevención es más alto en los países de bajos y medianos ingresos, donde ocurren el mayor porcentaje de las demencias. Y según el modelo de curso de vida presentado por la comisión Lancet nunca es demasiado temprano ni demasiado tarde para realizar acciones de prevención. (13)

A nivel internacional se han desarrollado ensayos clínicos randomizados con intervenciones multimodales, el estudio finlandés de intervención geriátrica para prevenir el deterioro cognitivo y la discapacidad (FINGER) fue el primero de ellos y demostró que una intervención multidominio basada en el estilo de vida puede preservar el funcionamiento cognitivo y reducir el riesgo de demencia entre los adultos mayores. En esa línea se están desarrollando nuevos ensayos en distintas partes del mundo replicando estas intervenciones con pertinencia cultural a las poblaciones participantes. (22,23)

Basados en esta evidencia las políticas de prevención deben orientarse a mejorar la educación y la calidad del aire, disminuir el consumo de alcohol y tabaco, mantener bajo control las enfermedades crónicas, tratar oportunamente la pérdida de audición, la depresión y mantener a las personas de edad media y avanzada físicamente activas, cognitivamente y socialmente activas. (3,13)

#### **Diagnóstico**

Se han acuñado tres conceptos en relación con el diagnóstico de las demencias neurodegenerativas: diagnóstico preclínico, diagnóstico precoz y diagnóstico oportuno. Siendo los dos primeros más empleados en investigación y sólo el diagnóstico oportuno, o *timely diagnosis* según la literatura anglosajona, el concepto recomendado a nivel de la práctica clínica habitual debido a la evidencia sobre los beneficios y riesgos asociados. (8)

El diagnóstico preclínico se refiere a la detección de la enfermedad mientras la persona es asintomática. La investigación biomédica ha identificado biomarcadores como el b-amiloide y tau en las neuroimágenes, líquido cefalorraquídeo y sangre, que podrían utilizarse en este tipo de diagnóstico de demencia y en ensayos farmacológicos para modificar el curso de la enfermedad. Estas investigaciones aún se encuentran en desarrollo y no existe evidencia que apoye su implementación a nivel de la práctica clínica diaria. (13,19,24)

El diagnóstico precoz incluye un amplio espectro de pesquisa de la enfermedad desde estadios preclínicos hasta las primeras etapas clínicas con manifestaciones iniciales de alteraciones cognitivas, conductuales y dificultades en la ejecución de tareas complejas.

Existe controversia respecto a los pros y contras de diagnosticar precozmente la demencia y no se recomienda la realización de pruebas de tamizaje en la comunidad. (8,25)

Respecto al diagnóstico oportuno, éste se centra en las preferencias y circunstancias de la persona, considerando mayormente los beneficios y daños por sobre una etapa en particular de la enfermedad. (26)

Para realizar el diagnóstico clínico oportuno se recomienda operacionalizar el proceso en tres etapas: establecer la existencia de un trastorno cognitivo adquirido; estudiar causas reversibles o potencialmente reversibles del trastorno cognitivo; y, establecer el tipo de demencia. En contraste, el diagnóstico tardío se relaciona con la identificación de la enfermedad una vez que ya están presentes el conjunto de los síntomas cognitivos y conductuales asociados al compromiso de la vida diaria. (8)

Se identifica una alta tasa de subdiagnóstico, estimado entre un 40 y 90%, esto sería explicado por conductas de subestimación de los familiares y cuidadores, falta de formación de los equipos de salud, nihilismo diagnóstico y terapéutico y la escasez de recursos adecuados para su realización, sumado a la heterogeneidad social, cultural y educativa, además de las manifestaciones clínicas de la población con demencia. (8,27)

### **Manejo no farmacológico**

Los estudios han demostrado la efectividad de intervenciones psicosociales individualizadas centradas en las necesidades de la PcD y su entorno familiar, que promuevan la autovalencia y sean coherentes con la identidad biográfica, entregadas con congruencia, empatía y disposición positiva incondicional. (3,13,28) Estas mejoran en particular el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos (13) ya que permiten evitar el uso de antipsicóticos, debido a que éstos aumentan la morbimortalidad de los pacientes. (19)

Se ha demostrado que mantener a las PcD saludables ayudaría a su cognición y es relevante ya que presentan más problemas físicos de salud que las personas de su misma edad, con peor acceso a cuidados organizados en la comunidad, además de mayores ingresos a hospitalizaciones, muchas de ellas potencialmente evitables y asociadas a peores outcomes y altos costos. (13)

También se destaca el enfoque comunitario, la participación e involucramiento de distintos actores para el desarrollo de comunidades habilitadoras e inclusivas para las PcD. (3)

### **Intervenciones farmacológicas**

Desde 1998 se han probado más de 100 medicamentos para el manejo de los síntomas de la demencia, alcanzando autorización sólo 4 de ellos, por parte de la Food and Drug Administration (FDA), con resultados discretos para controlar algunas de las manifestaciones de la enfermedad. (19) Dentro de las alternativas farmacológicas se encuentran los inhibidores de la colinesterasa como donepezilo, rivastigmina y galantamina.

Y los receptores de NMDA o antagonistas de glutamato como la memantina. (29) La inmunoterapia contra beta-amiloide (A $\beta$ ) es una opción que se ha estado explorando en los últimos años para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, no se ha demostrado la eficacia y aún se requieren mayores estudios para confirmar la seguridad de estos fármacos. (30,31)

### Apoyo a cuidadores/as

Brindar cuidados a una PcD puede ocasionar un estrés significativo debido a factores físicos, económicos y emocionales por lo que es necesario generar sistemas de apoyo e intervenciones a quienes cuidan. (2)

Para evaluar la sobrecarga asociada al cuidado de personas se utiliza habitualmente la escala de Zarit y se han descrito intervenciones costo-efectivas en programas para cuidadores/as de PcD que buscan educar en la enfermedad, reducir los síntomas de estrés y ansiedad del cuidador, aprender a manejar conductas difíciles y conseguir ayuda. (13,19)

### Recomendaciones clínicas nacionales

Si bien a la fecha de realización de esta tesis aún no se publica la orientación técnica para la implementación del GES N°85, en 2021 el MINSAL publicó la guía de recomendaciones clínicas para el manejo de la enfermedad de Alzheimer siguiendo la metodología GRADE (32), en donde se puede evidenciar que todas las recomendaciones se presentan con grado condicional y evidencia muy baja (tabla 1).

Tabla 1. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento Demencia tipo Alzheimer

Recomendaciones	Grado de recomendación	Certeza en la evidencia
Recomendaciones de diagnóstico		
En personas con sospecha o diagnóstico de demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar valoración geriátrica integral por sobre no realizarla.	CONDICIONAL	MUY BAJA
Recomendaciones de tratamiento		
En personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar gestión de casos por sobre no realizarla.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar intervención psicoeducativa por sobre no realizar.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar ejercicio físico estructurado por sobre no realizarlo.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer leve y moderada el Ministerio de Salud SUGIERE NO realizar estimulación cognitiva por sobre realizar.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan trastorno deglutorio severo, el Ministerio de Salud SUGIERE mantener la alimentación por vía oral a través de estrategias no invasivas (maniobras compensatorias-sustitutivas y alimentación por confort) en lugar de utilizar alimentación por vía enteral (sonda o gastrostomía).	CONDICIONAL	MUY BAJA

En personas con demencia tipo Alzheimer el Ministerio de Salud SUGIERE realizar manejo no farmacológico estructurado (MNFE) de síntomas psicológicos y conductuales por sobre el manejo farmacológico.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer moderado y severa, el Ministerio de Salud SUGIERE NO usar memantina.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer, el Ministerio de Salud SUGIERE NO usar anticolinesterásicos	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer tratadas con anti demenciales en el fin de la vida, el Ministerio de Salud SUGIERE suspender, descontinuar o desprescribir el uso de estos fármacos por sobre mantenerlos.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan síntomas psicológicos y conductuales de agitación, agresividad, irritabilidad o labilidad emocional y que no responden a manejo no farmacológico, el Ministerio de Salud SUGIERE usar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en comparación a usar antipsicóticos atípicos.	CONDICIONAL	MUY BAJA
En personas con demencia tipo Alzheimer que presentan alteraciones del sueño y que no responden al manejo no farmacológico, el Ministerio de Salud SUGIERE utilizar antidepresivos sedantes en comparación a usar inductores del sueño (benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos) o antipsicóticos atípicos	CONDICIONAL	MUY BAJA

Fuente: Guía de Práctica Clínica Demencia tipo Alzheimer MINSAL 2021

## 3.2 Políticas y recomendaciones para el abordaje de las demencias

### 3.2.1 Recomendaciones internacionales para el abordaje de las demencias.

Para responder al desafío de atender a las necesidades del creciente número de PcD y sus familias en 2013 la OMS y la asociación internacional de Alzheimer (ADI) recomendaron a los países desarrollar un plan o política específica para la demencia o integrar medidas para abordarla en los planes y políticas existentes de salud mental o de la salud de las personas mayores. (2)

Los temas claves que dicho organismo sugirió para estos planes y políticas están el estudio del problema, el involucramiento de los actores y grupos interesados, la identificación de áreas prioritarias de acción, la implementación, la asignación de recursos, la colaboración intersectorial, el desarrollo de una agenda, su monitoreo y evaluación. (2)

Junto a ellos, las áreas prioritarias de acción que se identificaron son la sensibilización, el diagnóstico temprano, la atención continua de calidad, el apoyo a los cuidadores/as, la capacitación del personal, la prevención y la investigación. (2,28)

Estas recomendaciones sugieren tomar medidas más allá de lo estrictamente sanitario y abordar en los planes intervenciones sociales dirigidas a resguardar la protección económica, legal y ética de las PcD y sus familias. Así como también la promoción de un enfoque comunitario en el apoyo y los cuidados de las PcD, especialmente en los lugares donde los recursos son limitados como los países de ingresos bajos y medianos. (2)

Respecto a los aspectos éticos y jurídicos se reconocen cuatro ejes: la PcD reconociendo sus derechos, dignidad y autonomía; su entorno próximo familiar y comunitario; el abordaje en el sistema de salud; circuito judicial y el entorno distal referido al conocimiento científico y colectivo, así como la participación en estudios e investigación. (3)

También se sugiere desarrollar campañas de sensibilización, información y educación al público para reducir el estigma, el aislamiento social, generar conciencia y comprensión de la enfermedad en todos los niveles de la sociedad y mejorar el uso de los servicios y la calidad de vida de las PcD y sus cuidadores/as. (2,3)

Para promover este enfoque coordinado multisectorial varios países de Europa, Norteamérica, Asia y Oceanía han desarrollado o están desarrollando planes, políticas o estrategias nacionales para abordar la demencia. (2)

En particular los países de bajos y medianos ingresos presentan barreras de conocimientos y recursos para generar políticas que enfrenten la demencia como una prioridad de salud pública. En la región latinoamericana uno de los primeros países en establecer una política pública específica en el tema fue Costa Rica, con el Plan Nacional para Alzheimer y otras demencias en 2014. (33)

Para comenzar a desarrollar estas políticas los estados debieron entender el alcance del problema en sus países, la estimación de su prevalencia y costos actuales y proyectados al futuro, así como el estado de los servicios existentes para las PcD. La implementación es un desafío que requiere liderazgo a nivel nacional y local, así como garantizar recursos de manera confiable y sostenible, colaboración intersectorial y un sistema de monitoreo y evaluación constante. (2)

### 3.2.2 Políticas para el abordaje de las demencias en Chile

A nivel nacional se identifican algunos elementos iniciales para una política que aborde las demencias desde la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en el año 2005, cuando se comienzan a realizar controles de salud preventiva para la población en sus distintas etapas del ciclo vital, correspondiendo a las personas de 65 años y más un examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) el cual en su sección de medición de la funcionalidad del adulto mayor (EFAM) evalúa la posibilidad de ejecutar actividades de la vida diaria, los años de escolaridad, el Mini-Mental Test como prueba de tamizaje cognitivo y la escala de Yesavage para evaluar el estado anímico.(34)

En 2005 el Ministerio de Salud publicó las Guías Clínicas de Trastornos Cognitivos y Demencias en el Adulto Mayor para los médicos de la Atención Primaria de Salud (35) y en el año 2009 se impulsó a nivel secundario, el programa para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, alcanzando una población bajo control de 4.742 personas, que equivalía a un 2% del total de personas afectadas estimadas. (3)

En el año 2010 SENAMA elaboró un documento con propuestas de acción para las personas mayores y los trastornos demenciantes con el objetivo de instalar en la agenda la necesidad de elaborar una política pública. (36)

Posteriormente, tras diferentes iniciativas de instituciones, investigadores y organizaciones de la sociedad civil, en el año 2014 se encargó la generación de un Plan Nacional de Demencia (PND) para hacer frente a este problema de salud pública de manera integral, bajo los principios de dignidad, autonomía, participación y solidaridad. (3)

Este PND se lanzó en el año 2017 y contempló directrices en torno a la prevención y el diagnóstico oportuno, el acceso a tratamiento farmacológico y no farmacológico de la persona y su entorno, la mejora en la coordinación de los programas de atención y cuidados, el seguimiento y actualización del plan, la sensibilización y educación a la comunidad, la capacitación de los actores sanitarios y sociales, la promoción de la investigación y la innovación y el contexto ético y jurídico. (3) Los objetivos y líneas de acción se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Objetivos y líneas de acción del Plan Nacional de Demencia

<b>Objetivos</b>	<b>Líneas de acción</b>
1- Promover la prevención en el abordaje de las demencias.	Integrar programas para la prevención de las demencias con los que existen actualmente para otras patologías crónicas en los distintos niveles de atención de salud. Elaborar y actualizar protocolos pertinentes.
2- Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de atención de la red con protocolos de referencia y contrarreferencia.	Diseñar y actualizar protocolos de psicodiagnóstico, evaluación neuropsicológica y derivación para atención en los niveles primarios y secundarios.
	Implementar un sistema de detección y diagnóstico de la demencia en APS. Elaborar y actualizar protocolos pertinentes.
	Implementar sistema de consultoría de apoyo a equipos de APS.
	Instaurar el acceso a exámenes diagnósticos para las demencias. Elaborar protocolos pertinentes.
3- Diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno para que sea implementado en las redes locales.	Fortalecer la figura del facilitador intersectorial.
	Crear la figura del monitor comunitario.
	Implementar acciones de apoyo farmacológico y psicosocial para la persona con demencia y su entorno próximo. Elaborar protocolos pertinentes.
	Crear Centros de día para el apoyo de las personas con demencias.
	Implementar una red de cuidado socio-sanitario a nivel comunal coordinado desde los dispositivos de salud.
	Crear la estructura adecuada para el tratamiento de personas con trastornos de la conducta de difícil manejo.

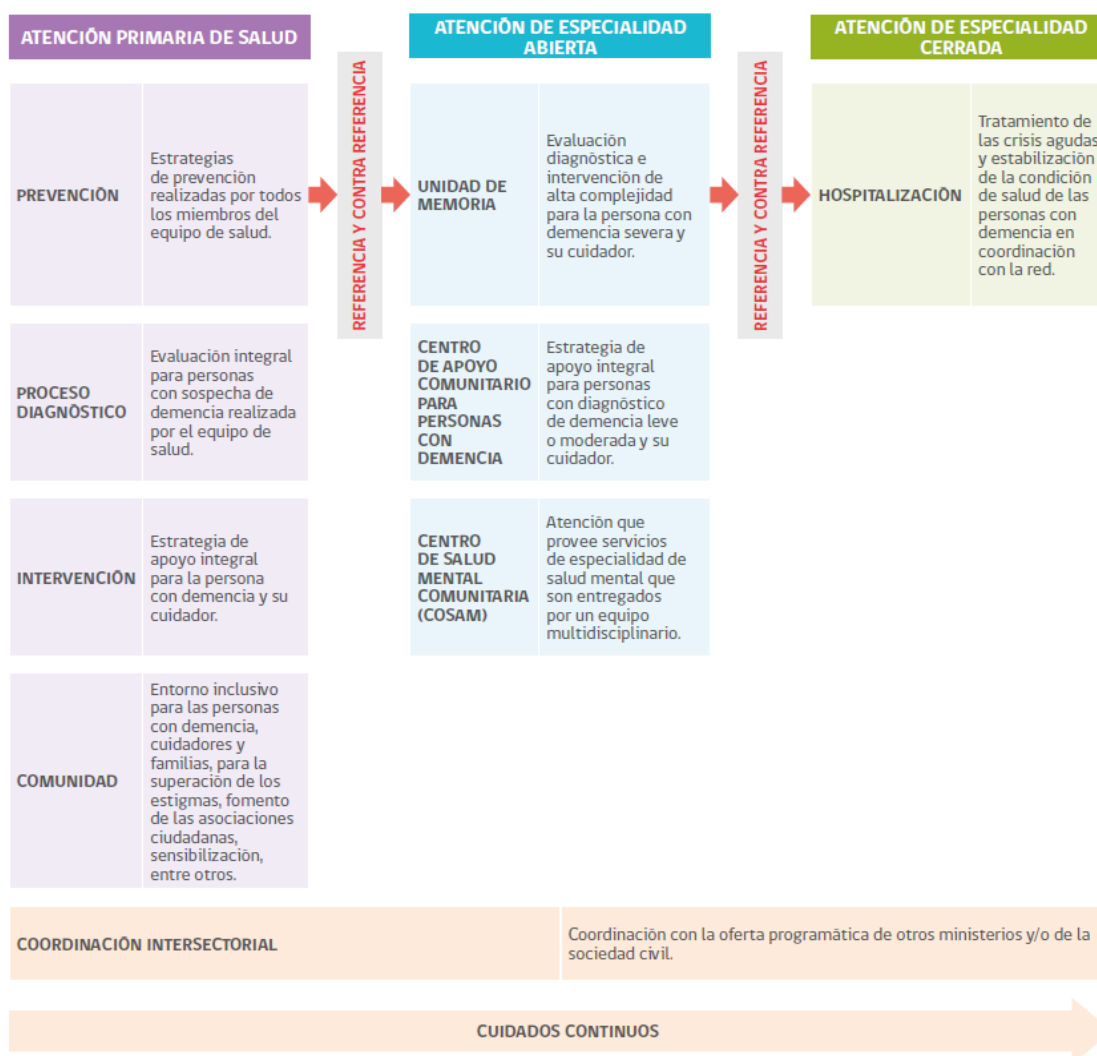
	Ampliar la prestación de los cuidados al final de la vida.
	Crear Centros de Referencia a nivel nacional en demencias de alta complejidad. Por ejemplo, demencias rápidamente progresivas, demencias en personas jóvenes y demencias atípicas.
4- Desarrollar habilidades y competencias para la atención de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

Fuente: Elaboración propia basado en Plan Nacional de Demencias, MINSAL 2017

Se definió a la Atención primaria de salud, APS como un eje central para el PND, al ser el escenario más adecuado para brindar una atención coordinada e integral con evaluaciones permanentes, considerando la incorporación de un equipo especializado en la atención de PcD en este nivel, a cargo de coordinar el sistema de cuidados continuos. (3)

El flujo proponía que la persona ingresara por medio del Examen de Medicina Preventiva, para ser derivada al equipo de demencia de la APS para una evaluación diagnóstica integral y la definición de un conjunto de estrategias de apoyo individualizado, de acuerdo con las características de la persona, incluyendo a su familia y a la comunidad pertinente (figura 4).

Figura 4. Modelo de atención sociosanitaria para el abordaje de las demencias



Fuente: Ministerio de salud, plan nacional de demencia 2017

Dicho equipo evaluaría si el usuario se mantenía en la APS o era derivado según su perfil, en caso de ser de leve o mediana complejidad a un centro de apoyo comunitario para personas con demencia (CACPD) o, en casos de alta complejidad a una Unidad de Memoria (UM). El monitoreo de cada caso se realizaría por un facilitador intersectorial, quien también se preocuparía de acompañar e informar a las familias. (3)

El plan se implementó entre los años 2017 y 2019, con pilotos del modelo en cuatro de los veintinueve servicios de salud (SS). En específico en el SS de Osorno (SSO), Magallanes



(SSM), Metropolitano Oriente (SSMO) y Metropolitano Sur (SSMS), acondicionando en el total del período, tres unidades de memoria UM (SSO, SSM y SSMO) y diez centros de apoyo comunitario para personas con demencia (CACPD) en diferentes comunas. (6)

No obstante de la buena valoración de los lineamientos, componentes y el enfoque integral del PND por diferentes organismos internacionales que lo señalaban como un modelo a imitar(37), el 2019 la implementación del plan quedó interrumpida y se optó en dicho año por incorporar la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias a la ley N° 19.966 de Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). (7)

Con la entrada en vigor del decreto 22, que pone en vigencia estas prestaciones a través del GES, se genera de facto un cambio en la política de demencias, dejando de desarrollar el modelo de atención socio-comunitario e integral propuesto inicialmente debido a que no se priorizaron recursos incrementales para la expansión de la cobertura del PND y su escalamiento a nivel nacional. (6)

La política pública pasa a abocarse específicamente en una canasta de prestaciones para el diagnóstico y tratamiento de la PcD y apoyo psicológico para su cuidador/a principal, las que deben ser aseguradas por tratarse de beneficios legales tanto por la aseguradora pública como por las privadas. (38)

Con esto se establece la responsabilidad del FONASA y de las ISAPRES de otorgar a sus beneficiarios las prestaciones según las condiciones de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera siguiendo el decreto y la norma técnica médico administrativa para el problema de salud. (7)

En particular el GES N°85 para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias menciona que todos los beneficiarios con sospecha de demencia tendrán acceso a la confirmación diagnóstica dentro de 60 días, aquellos con diagnóstico tendrán acceso a tratamiento dentro de 60 días y quienes estén en tratamiento tendrán acceso a continuarlo. (38)

El flujo del GES mantiene a la APS como el nivel preponderante en la organización de los cuidados de las PcD, en la cual se debe realizar el diagnóstico y también el manejo de los casos de complejidad leve a mediana y, considera el nivel secundario para la derivación de aquellos casos de alta complejidad que requieren evaluación por especialistas para el diagnóstico diferencial e intervención más avanzada. (7) Las prestaciones incorporadas a la canasta GES se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Canasta de prestaciones GES N°85

Canasta	Prestaciones
Diagnóstico	Psicodiagnóstico (aplicación de test) Consultoría salud mental Consultas o atenciones (médica integral en APS, psicólogo, terapeuta ocupacional, visita integral de salud mental) Exámenes
Diagnóstico diferencial	Consultas o atenciones (integral de especialidades en medicina interna y subespecialidades, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, visita integral de

	salud mental) Ácido fólico o folatos Exámenes
Tratamiento mediana complejidad	Consultas o atenciones (médica integral en APS, psicólogo, enfermera, matrona o nutricionista, kinesiológica integral ambulatoria, terapeuta ocupacional, salud mental otros profesionales, visita integral de salud mental) consultoría de salud mental por psiquiatra Intervención psicosocial grupal Exámenes Medicamentos
Tratamiento alta complejidad	Consultas y atenciones (integral de especialidades y subespecialidades, psiquiatra, psicólogo, enfermera, matrona o nutricionista, salud mental por otros profesionales, fonoaudiólogo, kinesiológica integral ambulatoria, terapeuta ocupacional, visita integral de salud mental) Intervención psicosocial grupal Exámenes Medicamentos

Fuente: Informe de evaluación de programa de centros de apoyo comunitario para personas con demencia. Ministerio de Hacienda 2021

Como parte de la implementación del GES en 2021 el MINSAL publicó la guía de recomendaciones clínicas para el manejo de la enfermedad de la Demencia tipo Alzheimer siguiendo la metodología GRADE que se expuso en la tabla 1. (32)

Se deja constancia que al cierre de este trabajo de investigación no se han publicado orientaciones técnicas oficiales para la implementación del GES de Demencia en todos los niveles de las RISS.

### 3.3 Redes Integradas de Servicios de Salud para las Personas con Demencia

#### 3.3.1 Concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud

Un problema extendido en los sistemas de salud de los países de América Latina es su excesiva fragmentación, entre sus causas están la segmentación institucional; un modelo de atención centrado en la enfermedad; la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención; la debilidad en la función de rectoría de la autoridad sanitaria y los problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos. (39,40)

Esta excesiva fragmentación de los servicios de salud genera problemas en el acceso, la calidad técnica, el uso racional y eficiente de los recursos y la satisfacción de los usuarios que la perciben como una pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia con sus necesidades. (40)

Para hacer frente a esta fragmentación la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la APS, la cual se define como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está*

*dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". (40)*

Para avanzar en su integración hacia modelos de atención centrados en los usuarios, la política definida por la OPS propone cuatro ámbitos de abordaje:

- i) Modelo asistencial: plantea que cada RISS debe tener una población y territorio a cargo, debe conocer sus necesidades y preferencias para determinar su oferta de servicios de salud en una extensa red de establecimientos para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos. Cuyo primer nivel de atención multidisciplinario debe satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población y servir como puerta de entrada al sistema, integrando y coordinando por medio de diferentes mecanismos la continuidad de la atención de salud que debe estar centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta sus particularidades.
- ii) Gobernanza y estrategia: debe haber un único sistema de gobernanza para toda la RISS con participación social amplia, acción intersectorial y que aborde los determinantes y la equidad en salud.
- iii) Organización y gestión: cada RISS debe contar con los recursos humanos suficientes y con una gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo, de información y logístico, con una gestión basada en resultados.
- iv) Asignación de recursos e incentivos: debe haber un financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas.

### 3.3.2 RISS para Personas con Demencia en Chile

El sistema de salud público chileno se compone de dispositivos de diferentes grados de complejidad que, siguiendo la orientación de la OPS, se organizan en forma de RISS con base en la APS, estos constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 29 servicios de salud (SS).

Cada SS es un organismo estatal con personalidad jurídica y patrimonio propio con una población de un territorio geográfico a cargo, que debe articular, desarrollar y gestionar la red de establecimientos asistenciales públicos o privados con convenios para resolver adecuadamente las necesidades de salud de esa población. (39,41,42)

Por lo tanto, son estos SS los que deben responder a las necesidades de atención de salud de las PcD, con programas y acciones de diferente complejidad según sean brindadas en establecimientos de nivel primario, secundario o terciario articulados como RISS.

Hasta antes del 2017 no existía una oferta específica para los cuidados de salud de las personas con esta condición en la red pública de salud, dada esta falta de competencias

en los equipos y programas para brindar una atención integral y continua a las PcD sólo un 5,6% de la población potencial se encontraba bajo control en la red pública (8.916 de 160.400 usuarios). (6)

El Plan Nacional de Demencia consideraba recursos para el fortalecimiento de la RISS con la incorporación de equipos especializados y la creación de nuevos dispositivos y unidades como los CACPD y las UM. Y, a partir de la necesidad de articularlos surge la figura del facilitador intersectorial o gestor de casos, bajo la idea de construir un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la PcD y su entorno. (3)

Por su parte, la implementación del GES de demencia no especifica la creación de nuevos dispositivos en la RISS, por lo que son los actuales establecimientos de los niveles primario y secundario los que deben ejecutar las prestaciones garantizadas, para ello se consideró el año 2020 en la partida de salud del presupuesto nacional aumentar el aporte per cápita de la APS en \$30. (43)

A continuación, se definirán los diferentes dispositivos de atención y prestaciones que están en funcionamiento y operan en las RISS de atención para las PcD y sus cuidadores/as.

1. Subsistema público
  - a. Atención Primaria de Salud

Como se planteó en el eje de políticas de demencia en Chile, tanto el Plan Nacional de Demencia como el GES N°85 proponen que el diagnóstico y manejo de las personas con demencia se establezca de preferencia en la APS. (3,7)

Aunque no se han presentado oficialmente guías o normas que definan los flujos y las atenciones que debe realizar la APS en específico, en las orientaciones para la planificación y la programación en red se definen las actividades de salud mental a programar en este nivel, dentro de las cuales están las orientadas a la atención de PcD según la canasta GES, como se indica en la tabla 4.

Según lo anterior, la sospecha diagnóstica se debe activar tras la alteración de un test cognitivo de tamizaje, ya sea en un control de salud preventivo, en una consulta espontánea o por la derivación de algún profesional de salud.

Para el estudio y confirmación diagnóstica los CESFAM deben ofrecer consultas o controles médicos, atención psicológica y/o de terapeuta ocupacional para la aplicación de test de funciones cognitivas y funcionalidad, más la realización de una batería de exámenes de laboratorio para el descarte de las causas secundarias más frecuentes. Para el tratamiento se establece que en este nivel se construya y dé seguimiento a un plan de cuidados en los casos de leve y mediana complejidad, que comprenda atenciones por parte de los diferentes profesionales del equipo de salud del CESFAM, tratamiento farmacológico para manejo de síntomas, visitas integrales de salud mental e intervenciones psicosociales grupales a PcD, cuidadores y grupos de autoayuda. (7,44)

En estas orientaciones se establecen las consultorías de salud mental como una instancia de coordinación entre niveles asistenciales con la revisión de casos, la transferencia técnica y de referencias y contrarreferencias. (44)

Tabla 4. Actividades de salud mental en APS

<b>Prestaciones</b>	<b>Tipo atención</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Tipo Intervención</b>	<b>Miembros del equipo de salud que pueden realizar la prestación</b>
Tamizaje de problemáticas de salud mental	Prevención	Individual	Aplicación de cuestionarios de tamizaje en las prestaciones regulares de salud	Cualquier miembro del equipo de salud, de preferencia enfermera/o
Consulta de salud mental	Tratamiento	Individual	Ingreso por equipo. Evaluaciones de egreso, seguimiento.	Médico, psicólogo, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico
Control de salud mental	Tratamiento	Individual	Controles individuales	Médico, psicólogo, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico
Intervención psicosocial grupal	Tratamiento	Grupal	Controles grupales	Médico, psicólogo, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico
Consejería salud mental	Prevención	Individual/ Grupal	Informativas, familiares, intervención en crisis, intervenciones breves y motivacionales (alcohol y drogas)	cualquier miembro del equipo de salud
Intervención comunitaria en establecimientos educativos	Prevención	Grupal	Talleres grupales con profesores, apoderados, niños, niñas y adolescentes	cualquier miembro del equipo de salud
Visita domiciliaria integral	Tratamiento	Individual	Evaluación complementaria al ingreso, controles, evaluaciones de egreso y seguimiento	Médico, psicólogo, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico
Colaboración con grupos de autoayuda	Prevención	Grupal	Acompañamiento de los grupos ya formados y fomento para la formación de nuevos grupos	cualquier miembro del equipo de salud
Consultorías de salud mental	Coordinación entre niveles para mayor integración RISS	individual	revisión de flujos de casos presenciales y no presenciales. Transferencia técnica y coordinación. Referencias y contrarreferencias.	Médico, psicólogo, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines
Primeros auxilios psicológicos	Prevención	Individual	acciones de apoyo y asistencia generadas a raíz de un evento caracterizado como una emergencia o desastre	Médico, psicólogo, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico

Fuente: Orientaciones para la programación en red 2022, MINSAL, 2022.

b. Atención Secundaria

#### c. Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia

En el marco del PND se propuso la creación de un CACPD por región, exportando una experiencia piloto que se había iniciado el 2015 con el centro Kintún de la comuna de Peñalolén de la Región Metropolitana. Para el año 2018 se logró ampliar gradualmente su cobertura, hasta llegar a 10 centros en 9 regiones (Peñalolén, El Bosque, Osorno, Rancagua, provincia de Los Andes, provincia de San Felipe, Punta Arenas, Hualpén, Talca, Coquimbo y Temuco), los cuales se mantienen funcionando como instituciones especializadas para mejorar la calidad de vida de las PcD y sus familias a la fecha. (6)

En el diseño original se concibieron como dispositivos públicos que trabajan en red en la atención sociosanitaria de PcD leve y moderada y la intervención psicosocial de sus familiares, cuidadores/as y contexto comunitario. A diferencia de la implementación del GES, ya que en éste su definición técnica se reformuló para incluir en su capacidad operativa la atención de PcD con perfiles desde leve hasta alta complejidad. (6)

Las prestaciones que brindan estos CACPD consisten en una evaluación integral multiprofesional al ingreso de la PcD y su familiar o cuidador, que incluye características sociodemográficas y su biografía, estado de salud física, afectiva, cognitiva, nutricional, funcionalidad, calidad de vida, conducta y factores sociales para realizar un Plan de Cuidados Integrales (PCI). (45)

También realizan controles de salud y visitas integrales de salud mental por médico especialista, psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, fonoaudiólogo, kinesiólogo, enfermera y otros profesionales, para dar continuidad al diagnóstico y tratamiento de la PcD en el marco del PCI. Además, se plantean intervenciones psicosociales grupales a familiares y cuidadores para su apoyo emocional, psicoeducación y desarrollo de habilidades, actividades comunitarias, con organizaciones de usuarios y familiares y grupos de autoayuda. (45)

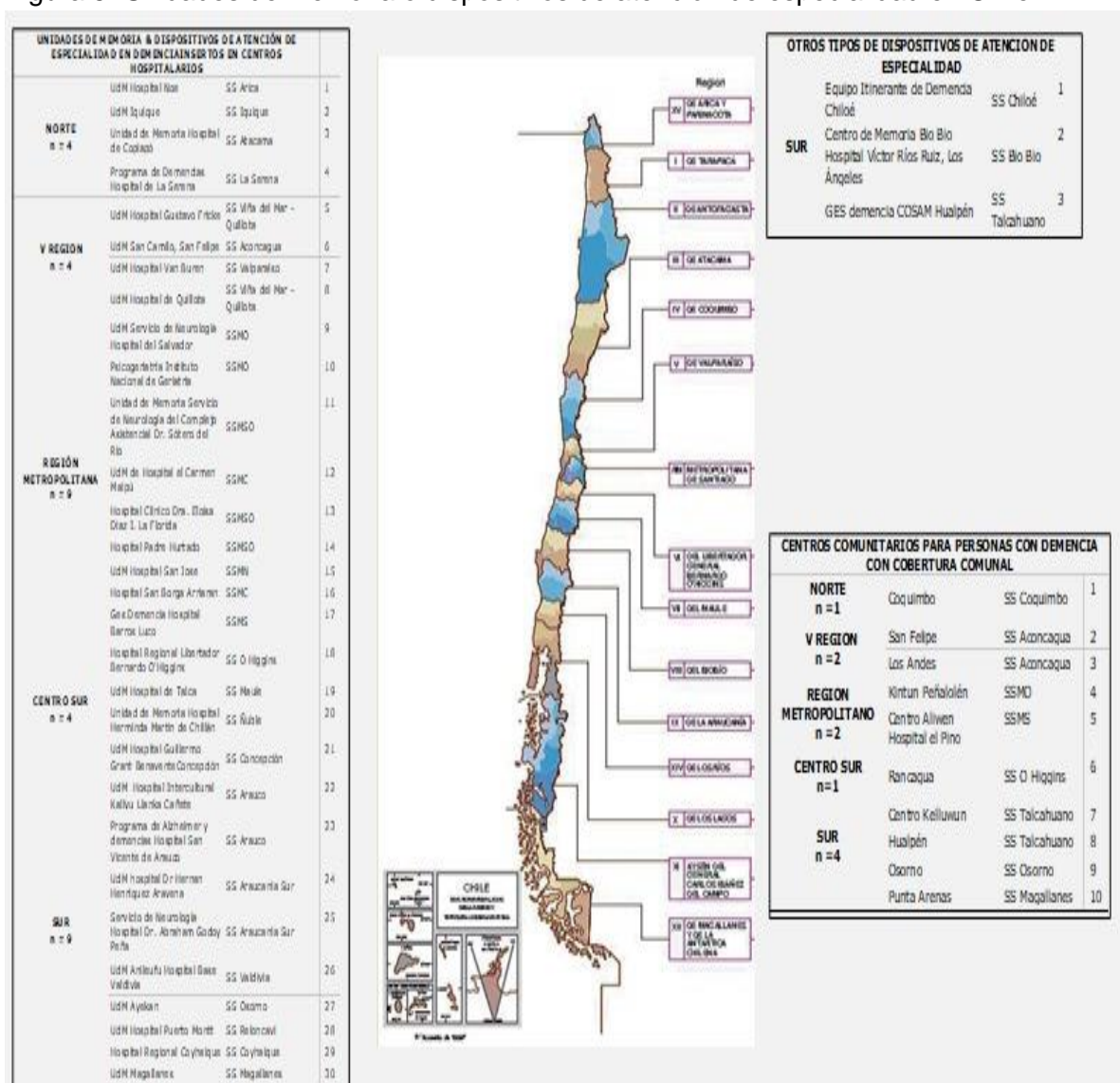
Por último, contemplan la realización de consultorías de salud mental como actividades de colaboración entre el equipo de especialidad y el equipo de APS para garantizar la continuidad de cuidados de las PcD, potenciar la resolutivez del nivel primario y mejorar la referencia y contrarreferencia. (45)

#### d. Unidades de Memoria

Estas unidades son dispositivos de atención de especialidad abierta, dependientes de los hospitales de mediana y alta complejidad, conformadas por equipos multidisciplinarios con recursos humanos y físicos suficientes para asegurar una adecuada evaluación diagnóstica diferencial e intervención de PcD de alta complejidad, de difícil abordaje y/o con duda diagnóstica. (3,46)

Las Unidades de Memoria fueron concebidas dentro del PND, y durante el período 2017-2018 de implementación de los servicios pilotos se generaron 3 UM (SSMO, SSM y SSO), posterior a la entrada en vigor del decreto GES 85 en 2019 se generó una expansión de dispositivos de especialidad a lo largo del país con diferente grado de dotación, como se muestra en la figura 5.

Figura 5. Unidades de Memoria o dispositivos de atención de especialidad en Chile.



Fuente: Red autoconvocada de Unidad de Memoria

En el diseño original su rol se centraba en la atención tanto de la PcD con un perfil de mayor complejidad, su entorno y cuidador/a, así como en la coordinación permanente con los equipos de salud de la red asistencial (CESFAM, COSAM, CACPD, etc.). Actualmente, según los *Criterios técnicos para la programación de atención abierta* de salud mental, las prestaciones que deben realizar estos establecimientos para responder al GES de Alzheimer son las mismas definidas para los CACPD. (45)

#### e. Servicios de Especialidad

En las comunas y SS que no se cuenta con un CACPD ni UM en la red de salud, las unidades de neurología de los centros de referencia secundaria de cada SS han quedado a cargo de brindar la atención de especialidad a las PcD de alta complejidad.

Según los *Criterios técnicos para la programación de atención abierta de salud mental*, las prestaciones que deberían haber incorporado estos establecimientos a su programación para responder al GES de Alzheimer son las mismas definidas para los CACPD. (45)

#### f. Centro comunitario de salud mental familiar (COSAM)

Es un dispositivo de atención ambulatoria para la atención de salud mental y psiquiatría, que permite dar respuesta de especialidad a la creciente y compleja demanda territorial de atención de patologías de moderada y severa intensidad que antes eran absorbidas por los centros de APS o por los Servicios de psiquiatría de los hospitales. Surge como un centro de salud mental familiar tanto para los usuarios con presencia de patología de salud mental, así como para el apoyo, educación y orientación a sus familiares y cuidadores. (47)

Su rol no ha sido bien definido en la atención de PcD, tanto en el PND como en el GES de demencia se entienden como parte de la atención especializada, tienen sus propias orientaciones y criterios para la programación de atención dentro de los que se consideran las consultas y controles por psiquiatra, médico, psicólogo/a, trabajador/a social, terapeuta ocupacional, entre otros profesionales de la salud mental. Así como también intervenciones psicosociales grupales, actividades comunitarias y consultorías, similares a las detalladas para los CACPD. (45)

#### g. Atención Terciaria

Constituida por los establecimientos hospitalarios donde se realiza atención cerrada para el tratamiento de las crisis agudas y estabilización de la condición de salud de las PcD. En el plan nacional de demencia se hacía énfasis en la coordinación con el resto de la red de estos dispositivos de atención, sin embargo, no existen orientaciones específicas para el manejo en urgencias, hospitalización y para el alta de las PcD. (3)

### 2. Subsistema privado

Es relevante mencionar que en Chile existe un sistema mixto de prestadores públicos y privados, si bien estos últimos en la generalidad no son parte de la RISS, si realizan atenciones de salud a usuarios de Fonasa bajo la modalidad libre elección.



Se ha descrito un patrón de PcD beneficiarios del sistema público que dadas las barreras de acceso del subsistema público y sus posibilidades económicas han recurrido al subsistema de salud privada y han recibido su diagnóstico por especialistas neurólogos y geriatras de atención directa, en algunos casos con inicio de tratamiento farmacológico inclusive, mas no refieren haber recibido ningún tipo de tratamiento no farmacológico en este subsistema. (48)

Además, los diferentes centros de salud privados pueden hacer convenios con las Instituciones de salud previsual (ISAPRE) para ser parte de su red de prestadores preferentes para la atención de patologías GES, por lo que desde la modificación del decreto en 2019 cada ISAPRE debe haber definido los flujos y prestadores para cubrir las garantías del GES 85 para Alzheimer y otras demencias.

### 3.3.3 Casos de estudio: APS Peñalolén-Hospital del Salvador del SSMO y APS La Pintana- Hospital Padre Hurtado del SSMSO.

A continuación, se describen las RISS para la atención de PcD de los 2 servicios de salud considerados en el presente estudio.

#### 3.3.3.1 Redes integradas del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

La Red Salud Oriente abarca a la población perteneciente a las comunas de Peñalolén, Macul, Ñuñoa, La Reina, Providencia, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea. (49)

A nivel de administración municipal cuenta con 21 CESFAM en la red de APS y 8 COSAM en el conjunto de las comunas mencionadas. En la red de atención de especialidades dependiente del SSMO cuenta con 10 establecimientos, entre los cuales está el centro de referencia de salud cordillera, 5 hospitales de mediana a alta complejidad (Hospital del Salvador, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Luis Tisné y Hospital Hanga Roa) y 4 institutos de referencia nacional (Instituto nacional de tórax, Instituto de Neurocirugía, Instituto de geriatría e Instituto de rehabilitación Pedro Aguirre Cerda). (50)

Este SS en particular se destaca por la atención de PcD, ya que es uno de los pioneros en el desarrollo de centros de atención especializados para este tipo de pacientes, con dispositivos comunitarios y de manejo de casos de alta complejidad que surgieron, incluso antes del PND, y que sirvieron de ejemplo para su exportación cuando se diseñó esta política. (3)

En ese sentido, la comuna de Peñalolén cuenta desde el 2015 con el CACPD Kintún dedicado a mejorar la calidad de vida de las PcD y sus familias mediante su evaluación y tratamiento integral por medio de una intervención multicomponente con acciones de acompañamiento a familiares, instancias de participación cotidiana que promuevan la

funcionalidad, además de brindar una posibilidad de respiro al cuidador/a y trabajar con la comunidad en temáticas de envejecimiento positivo para potenciar una comunidad amigable e integradora. (3,51)

También cuenta desde el 2018 con el Centro de Memoria y Neuropsiquiatría en el hospital del Salvador, en el cual colaboran diferentes instituciones asistenciales y académicas nacionales con redes internacionales, para la realización de actividades asistenciales como la evaluación diagnóstica e intervención de alta complejidad de la PcD y su cuidador; la investigación e innovación básico-clínica y de salud pública; docencia y formación en envejecimiento cerebral y trastornos neurocognitivos y vinculación con el medio. (52)

### 3.3.3.2 Redes Integradas de la Subred Santa Rosa Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

El SSMSO se inserta en el área sur oriente de Santiago y es el más masivo del país, por lo que para la adecuada provisión de prestaciones de salud administrativamente se organiza en tres subredes, la subred Cordillera que comprende las comunas de Puente Alto, San José de Maipo y Pirque; la subred La Florida que incluye a la comuna de La Florida y la subred Santa Rosa que abarca a las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón. (53)

En este estudio se tomará como caso a analizar la subred Santa Rosa que cuenta con 12 CESFAM en la red de APS; 4 COSAM de administración municipal y 1 CESFAM de administración delegada a la Universidad Católica. En la atención secundaria y terciaria cuenta con el Hospital Padre Hurtado (HPH) con su Centro de Referencia en Salud (CRS) para la atención de especialidades, el cual depende directamente del SSMSO. (54,55)

En esta red no se cuenta con centros especializados para la atención de personas con demencia, por lo que son los dispositivos habituales de la APS, COSAM y CRS los que han debido organizarse para brindar las prestaciones garantizadas por el GES. En ese sentido, el servicio de neurología del HPH implementó una unidad específica para la evaluación diagnóstica y atención de PcD con dotación de una neuropsicóloga y enfermera.

## 3.4 Coordinación e integración en la atención de personas con demencia

### 3.4.1 Conceptos de coordinación, integración y continuidad

Coordinación, integración y continuidad asistencial son conceptos que suelen confundirse o emplearse indistintamente, a continuación, se realizará una definición de cada uno de ellos para comprender mejor sus dimensiones, alcances y relaciones.

### 3.4.1.1 La coordinación

Se refiere a la conexión y concertación de los diferentes servicios necesarios para atender a una persona a lo largo del continuo asistencial, de manera que, con independencia del lugar donde se realicen las atenciones, se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflictos; cuando alcanza su grado máximo, la atención está integrada. (56,57)

Los elementos básicos para que exista coordinación son la conexión de los servicios sanitarios mediante la transferencia de información, un objetivo común que oriente la creación de un plan unificado y la sincronización entre las partes para que cada atención que se requiere para el plan se brinde en el momento y en el lugar adecuados. (57)

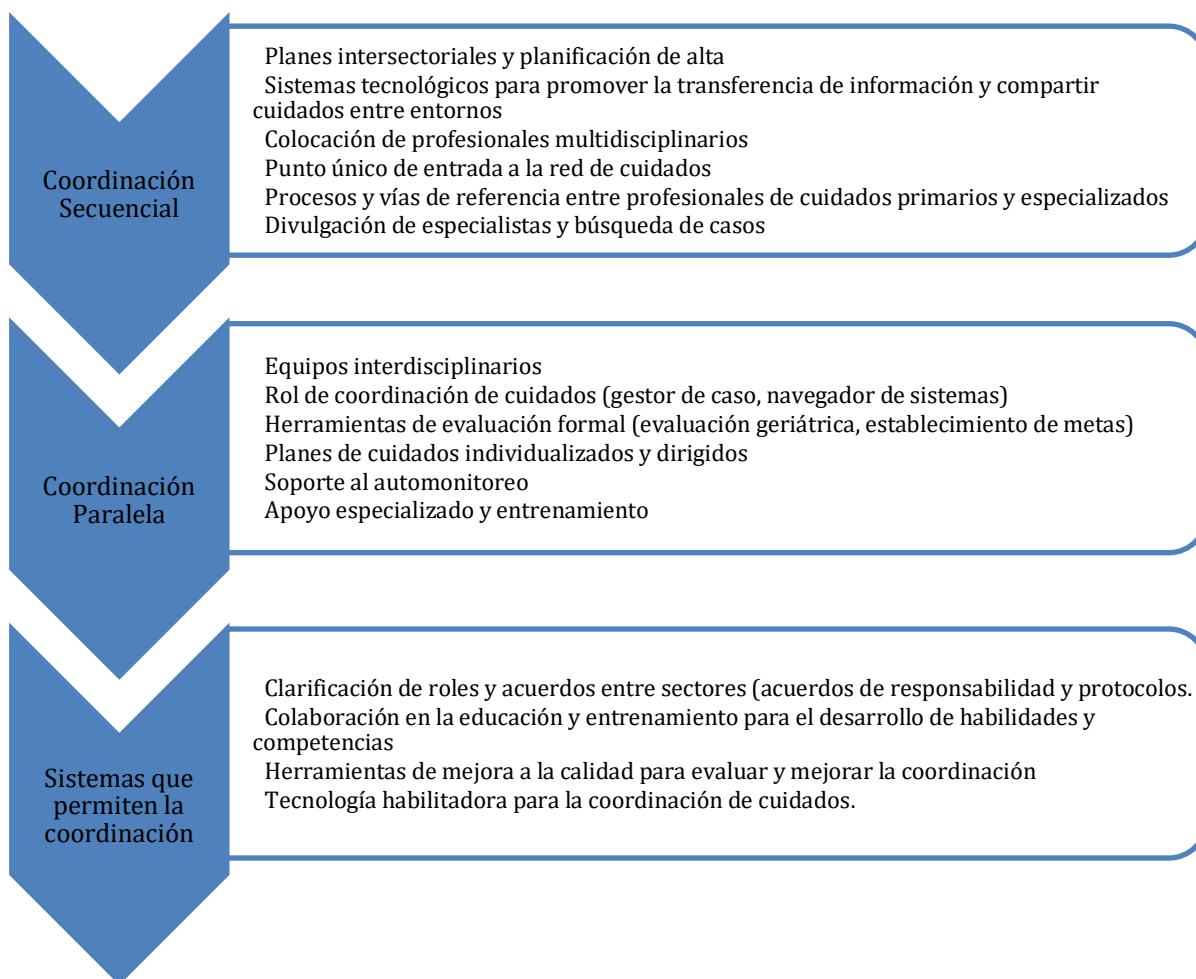
La coordinación, por lo tanto, se caracteriza por ser un proceso complejo que depende del grado de especialización clínica, el nivel y tipo de interdependencias de las actividades asistenciales y la posible incertidumbre asociada con la capacidad de procesar información y la variabilidad en la respuesta del paciente. (57)

Los desafíos más grandes para la coordinación asistencial se dan en las personas con enfermedades crónicas múltiples y complejas, puesto que presentan un alto nivel de incertidumbre e interdependencias, transitan a través de todo el continuo de dispositivos de tratamiento y rehabilitación y requieren de modelos de co-provisión de servicios. (40) Para este perfil de usuarios la OMS ha recomendado la coordinación de cuidados centrados en la persona, que promueve un enfoque proactivo para reunir a los profesionales y proveedores para satisfacer las necesidades de los usuarios y garantizar que reciban una atención integrada y centrada en la persona a través de varios settings. (10)

Øvretveit describe tres tipos de coordinación clínica: la secuencial que implica el traspaso planificado de la responsabilidad y transferencia del cuidado; la paralela que involucra la colaboración entre profesionales con responsabilidad compartida acordada; y, la Influencia indirecta en donde la coordinación se da a través de herramientas, incentivos o educación. Las intervenciones que comprenden cada una se presentan en la figura 6. (9)

Dentro de los instrumentos o mecanismos de coordinación empleados por las organizaciones de salud se encuentran aquellos que apuntan a mejorar la programación de los servicios por medio de la normalización de los procesos y resultados, por ejemplo, las guías de práctica clínica, los protocolos de atención y la capacitación, instrumentos de coordinación basados en la normalización de los procesos. (40,57)

Figura 6. Tipos de coordinación clínica



Fuente: adaptado de Ovretveit 2011.

También se reconocen otros mecanismos para la coordinación centrados en la retroalimentación, como la supervisión directa y la adaptación mutua. En el primer caso existe una persona a cargo de guiar el trabajo de los demás por medio de instrucciones y control. En el segundo, los mecanismos favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en un mismo proceso asistencial, por ejemplo, grupos de trabajo interdisciplinarios, los diseños organizacionales matriciales y la gestión de casos. Este último sería más eficaz para coordinar la atención de problemas de salud complejos con alto nivel de incertidumbre e interdependencias. (40,57)

La utilización aislada de uno solo de estos instrumentos no ha demostrado mejorar la coordinación, por lo que se necesitaría la combinación de ellos para obtener buenos resultados. Además de tener en cuenta las barreras existentes que dificultan la coordinación asistencial en los sistemas sanitarios, como son la presencia de incentivos económicos inadecuados, estructuras organizativas fragmentadas, escasez de objetivos y planificación conjunta, liderazgo y culturas fragmentadas. (57)

#### 3.4.1.2 La integración

La integración es el resultado del grado más alto de la coordinación entre organizaciones de salud. (57) Se ha definido en términos funcionales como la unión de estructuras

administrativas, funciones y actitudes mentales de una serie de operaciones relacionadas esencialmente de tal manera que se combinen en un todo. Por tanto, la integración de los servicios de salud se entiende como el proceso de reunir funciones habituales dentro y entre organizaciones para resolver problemas compartidos, desarrollando un compromiso con una visión y metas compartidas y usando tecnologías y recursos comunes para lograrlas. Sus posibilidades son bastante amplias y pueden ir desde la integración de tareas asistenciales, funciones de soporte y gestión o componentes organizativos. (58)

También se ha descrito que puede tener distintas modalidades tales como la integración horizontal, vertical, real o virtual. (40) Sus diferencias se resumen en la tabla 5.

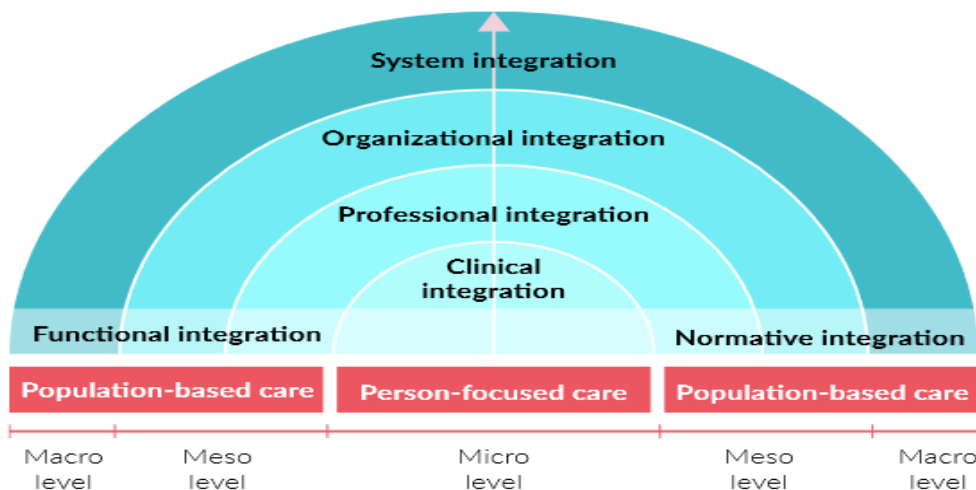
Tabla 5. Modalidades de integración.

Concepto	Definición	Comentarios
Integración horizontal	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios	Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención
Integración vertical	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios	Ejemplos son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir, hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de integración vertical con la aseguradora.
Integración real	Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema (propiedad unificada de los activos)	
Integración virtual	Integración a través de relaciones y no la propiedad de los activos, como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema.	Modalidad que utiliza contratos, acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones o franquicias, las cuales simulan los beneficios de la propiedad de los activos.

Fuente: Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de política y Hoja de Ruta para su implementación. Informe OPS 2010.

La APS debería desempeñar un rol muy importante en el flujo de información y la coordinación del continuo de servicios a través de toda la RISS (40) teniendo un rol central en la integración de los cuidados, el modelo de “arcoíris” desarrollado por Valentijn es un marco conceptual que permite identificar los niveles micro, meso y macro de integración de cuidados que debería promover la APS (figura 7) con las prácticas y acciones específicas que se detallan para cada nivel en la tabla 5. (59)

Figura 7. Modelo conceptual de Arcoíris de la integración de cuidados



Fuente: Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Valentijn, 2013.

Tabla 6. Prácticas y acciones en la integración de cuidados

Nivel	Punto	Actividad
<b>Micro</b>	Integración clínica	Continuidad interpersonal Evaluación y plan de cuidados holístico Coaching y apoyo de pares Cuidados médicos en el hogar centrados en la persona. Unidad de salud familiar. Gestión de caso
<b>Meso</b>	Integración profesional	Equipos interdisciplinarios Servicios de cuidados transicionales Trayectorias clínicas
	Integración funcional	Continuidad de la información Tecnología de los cuidados Soporte a decisiones
	Integración organizacional	Colocación de servicios Punto único de acceso Iniciativas comunitarias
<b>Macro</b>	Integración del sistema	Atención integral Trayectorias de cuidados de salud y sociales Redes de cuidados de salud y sociales

Fuente: adaptado de Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care, Valentijn 2013.

### 3.4.1.3 La continuidad

Desde la perspectiva del usuario, se define como el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí y son congruentes con sus necesidades y preferencias. (60) Sin ella, muchos usuarios, cuidadores y familias experimentan cuidados fragmentados por parte de múltiples prestadores, a menudo con resultados subóptimos y riesgos por fallas en la comunicación, la transmisión de información clínica, interacciones farmacológicas, duplicación de estudios, hospitalizaciones evitables y reingresos. (9)

La OPS desde la perspectiva de los Sistemas de Salud destaca tres tipos de continuidad:

*i) Clínica: Grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e Inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.*

*ii) Funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).*

*iii) Profesional: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red. (40)*

El proyecto Equity II LA ha clasificado tres tipos:

*i) Continuidad de información: Percepción del usuario de la disponibilidad, utilización e interpretación de la información por parte de los médicos.*

*ii) Continuidad de la Gestión Clínica: Percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones.*

*iii) Continuidad de Relación: Percepción del usuario sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más profesionales. (61)*

En la APS el marco teórico construido por Deeny y cols plantea cuatro dominios en la continuidad de cuidados, los que se desarrollan en la figura 8:

*i) Continuidad interpersonal: la experiencia subjetiva de la relación de cuidado entre un paciente y un profesional de salud.*

*ii) Continuidad longitudinal: la historia de interacciones con el mismo profesional de salud en una serie de episodios discretos, la cual se calcula usando el índice de Usual Provider Care (UPC), definido como la proporción de contactos de un paciente con un profesional de medicina general, que son con el profesional de medicina general que más frecuentemente visitan.*

*iii) Continuidad administrativa: colaboración efectiva de los equipos más allá de sus límites para brindar cuidados sin fracturas.*

*iv) Continuidad de la información: disponibilidad de la información clínica y psicosocial en todos los encuentros con profesionales de la salud. (62)*

Figura 8. Intervenciones para la continuidad de cuidados en APS.

Continuidad Interpersonal	Continuidad Longitudinal	Continuidad Administrativa	Continuidad de la información
<p>Relación continua y confianza entre proveedores, pacientes y cuidadores</p> <p>Cuidados por los mismos proveedores centrales para todas las necesidades de cuidado</p> <p>Cuidados flexibles, consistentes, adaptables a lo largo del continuum</p> <p>Cuidado adaptado a las creencias y cultura del paciente</p>	<p>Alta planificada desde la admisión</p> <p>Cuidados y seguimiento por un profesional o equipo en todos los niveles</p> <p>Estrategias de enlace y derivación</p> <p>Navegador de cuidados o conector comunitario</p> <p>Apoyo de cuidadores informales o red social</p>	<p>Gestor de caso intersectorial</p> <p>Cuidados compartidos por un equipo interdisciplinario colaborativo</p> <p>Búsqueda de casos y detección de individuos de alto riesgo</p> <p>Monitoreo proactivo y regular de condiciones crónicas</p> <p>Cuidados planificados con la perspectiva y recomendaciones de múltiples</p>	<p>Comunicación positiva entre paciente-proveedor, paciente informado de qué y por qué su cuidado cambia</p> <p>Información compartida entre proveedores y dispositivos para asegurar la "memoria colectiva"</p> <p>Registros clínicos electrónicos compartidos y sincronizados.</p> <p>Protocolos clínicos comunes v</p>

Fuente: Adaptado de Deeny y cols 2017

### 3.4.2 Recomendaciones internacionales sobre coordinación e integración de la atención a personas con demencia.

Las personas mayores con condiciones crónicas tienden a usar diferentes niveles del sistema de salud, si estos no son coordinados se exponen a complicaciones por lo que la OMS desarrolló un modelo integral de cuidados continuos y coordinados a lo largo de su trayectoria con foco en atención primaria en el que se sugieren ocho elementos clave. (10)

- i) Continuidad con un profesional de APS.
- ii) Planificación colaborativa de los cuidados y proceso compartido en la toma de decisiones.
- iii) La gestión de caso en las personas con necesidades complejas.
- iv) Servicios con un solo punto de acceso.
- v) Cuidados transicionales o intermedios.
- vi) Cuidados integrales a lo largo de toda la trayectoria.
- vii) Tecnología para apoyar la continuidad y coordinación de cuidados.
- viii) Desarrollar las capacidades de la fuerza laboral.

Dentro del grupo de personas que se benefician de este modelo están las PcD por lo que las recomendaciones de la OMS para el desarrollo de planes nacionales de demencia consideran la coordinación e integración de las rutas y servicios sociales y sanitarios dirigidos a las necesidades de las PcD y sus cuidadores. (2)

La guía NICE de Reino Unido recomienda proporcionar a las PcD un profesional de atención sanitaria o social responsable de coordinar su atención, el que debe realizar una evaluación inicial de sus necesidades, informar acerca de los servicios disponibles, involucrar a los familiares en el apoyo y la toma de decisiones, si corresponde gestionar un defensor independiente; desarrollar un plan de atención con la participación de la persona, sus



cuidadores y los profesionales pertinentes, cuyo progreso evaluará en cada revisión. Además, recomienda a los proveedores que se aseguren de que la información pueda ser transferida fácilmente entre servicios y entornos de atención, donde el personal que brinda la atención y apoyo debe maximizar la continuidad y consistencia del cuidado, preocupándose que la información relevante se comparta y se registre en la ficha clínica de la persona. (28)

En particular para la región de América Latina el manual de buenas prácticas para el diagnóstico de las demencias también sugiere la coordinación efectiva entre los servicios de APS y los especializados. (8)

### 3.4.3 Recomendaciones nacionales sobre coordinación e integración de la atención a personas con demencia.

Para el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) la continuidad del cuidado está dentro de sus principios. Su objetivo es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial al reducir la fragmentación del cuidado, mejorar el acceso al sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas, mejorar la aceptabilidad de los servicios, apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar, lograr un flujo expedito y complementario entre los componentes de la RISS y del Inter sector. (63)

Para asegurar la continuidad de atención y cuidado de salud de los usuarios, desde el MINSAL se ha promovido una norma para el sistema de referencia y contrarreferencia (R-CR), que ordena las actividades administrativas y asistenciales cuando ocurre la referencia de un usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive, ya sea para su evaluación diagnóstica y/o tratamiento. Y la contrarreferencia con la respuesta del/la especialista dirigida al profesional de su establecimiento de origen respecto a la interconsulta solicitada. Estas normas contemplan la generación de protocolos de R-CR que deben ser elaborados y validados por la red asistencial en los que se aplican. Además de la generación de documentos de CR en dos momentos: al inicio de la respuesta y al momento del alta del nivel secundario, donde se debe explicitar diagnósticos, tratamiento realizado e indicaciones para APS. (64)

Para el modelo de gestión de la red temática de salud mental el proceso de R-CR forma parte de la continuidad de cuidados de una persona en su tránsito por la red, con la finalidad de responder a las necesidades de atención y cuidados de una persona y su familia. Requiere acciones administrativas y asistenciales para la comunicación de información entre los nodos y puntos de atención, así como que en el nodo o punto de atención que realiza la referencia se haya realizado un proceso de evaluación y/o atención a la persona y/o red de apoyo, acorde al nivel de resolutive que le corresponde. (65)

Se incorpora, a las estrategias para la continuidad de cuidados en el modelo de gestión de la red temática de salud mental, la derivación asistida como un proceso de contacto entre

el equipo derivador y el equipo que recibe a la persona para el intercambio de objetivos y estrategias a desarrollar, con el fin de asegurar una óptima atención y continuidad de cuidados. (65)

Además, dentro de las actividades de salud mental para APS y especialidades se han incorporado las consultorías, las que corresponden a la interacción entre el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría y el equipo de salud de APS, para potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia y garantizar los cuidados compartidos y continuos de pacientes con problemas de salud mental. Se contemplan también otras actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria como acciones de articulación tanto con los dispositivos de la RISS y de la red psicosocial ampliada e intersectorial y organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios. (65)

En específico para las PcD el PND recomendó desarrollar en la atención una mirada de coordinación entre los diferentes profesionales, dispositivos, niveles de atención y sectores sociales durante todo el curso de la enfermedad. (3) Los objetivos y líneas de acción que abordaron la necesidad de coordinación se exponen en la tabla 7.

Tabla 7. Objetivos y líneas de acción del PND para la coordinación de las Redes Integradas de Servicios de Salud

<b>Objetivo</b>	<b>Línea de acción</b>	<b>Descripción</b>
2. Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de la red con protocolos de referencia y contrarreferencia.	Diseñar y actualizar protocolos de psicodiagnóstico, evaluación neuropsicológica y derivación para atención en los niveles primarios y secundarios	Definir acciones y responsables para la realización de psicodiagnóstico, evaluación neuropsicológica y derivación oportuna a apoyo y tratamiento en los distintos niveles de atención.  Ampliar la aplicación del EMPAM y mejorar su eficacia y eficiencia.  Definir acciones y responsables de anuncios diagnósticos con apoyo psicológico en el caso de ser necesario.
	Implementar un sistema de consultoría de apoyo a equipos de atención primaria.	Crear un sistema de coordinación entre los distintos niveles de atención para la resolución de casos y apoyo mutuo.
	Creación de clínicas de memoria en atención secundaria.	Implementación en la atención secundaria de equipos multidisciplinarios con recursos físicos y humanos suficientes para asegurar un adecuado diagnóstico; tratamiento casos de mayor complejidad; coordinación con otros dispositivos de atención

<p>3. Diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno para que sea implementado en las redes locales.</p>	<p>Fortalecer la figura del facilitador intersectorial.</p>	<p>Definir el perfil del cargo y sus responsabilidades. Contratar un profesional por APS.</p>
	<p>Crear la figura del monitor comunitario.</p>	<p>Definir el perfil del cargo y sus responsabilidades. Contratar personal adecuado por APS.</p>
	<p>Implementar una red de cuidado sociosanitario a nivel comunal coordinado desde los dispositivos de salud.</p>	<p>Diseñar un sistema de prestaciones de apoyo sociosanitario a domicilio a nivel comunal y coordinado con CESFAM. Implementar un sistema de acreditación nacional de cuidadores calificados. Capacitar y facilitar la asistencia. Diseñar un sistema de registro y establecer estándares mínimos de capacitación y oficio.</p>
	<p>Crear la estructura adecuada para el tratamiento de personas con trastornos de la conducta de difícil manejo</p>	<p>Implementar equipos transdisciplinarios especializados en el tratamiento de los trastornos de la conducta y psicológicos moderados a severos. Considerar el tratamiento de la deglución y la adecuada alimentación de las personas que viven con demencia. Implementar una coordinación entre estos equipos y los otros actores sociosanitarios mediante un sistema de referencia y contrarreferencia explícito y conocido por los equipos sociosanitarios.</p>
	<p>Crear Centros de Referencia a nivel nacional en demencias de alta complejidad. Por ejemplo, demencias rápidamente progresivas, demencias en personas jóvenes y demencias atípicas.</p>	<p>Crear centros de referencia para la atención de pacientes de alta complejidad. Estos centros deben promover la investigación en demencias, la formación continua de los actores sociosanitarios y la actualización de las guías clínicas. Deberán establecerse protocolos claros de referencia y contrarreferencia hacia estos centros. Los centros deberán contar con un sistema de información para el seguimiento de los casos derivados una vez contra referidos a sus lugares de origen, acceso a exámenes de alta complejidad, entre otros.</p>

4. Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios.	Establecer un sistema de consultorías de la atención primaria, secundaria y terciaria de las demencias.	Crear un sistema de coordinación entre los distintos niveles de atención para la resolución de casos y apoyo mutuo.
---	---	---

Fuente: Elaboración propia adaptada del Plan Nacional de Demencias. MINSAL 2017

En el caso del GES el funcionamiento de la RISS considera principalmente la APS y en algunos casos a nivel de especialidad en establecimientos de atención secundaria, los cuales estarían permanentemente relacionados a través de referencias y contrarreferencias, la atención al cuidador y las consultorías para revisar diagnósticos y tratamientos. (6)

A la fecha no existen estudios que evalúen la aplicación de estas estrategias y sus resultados en la coordinación, integración y continuidad de la atención a las PcD y sus entornos.

## 4. Pregunta de Investigación

Las Demencias constituyen un problema de salud pública por sus indicadores sanitarios y los costos económicos y sociales asociados, lo que impone un desafío para todos los países, en particular a los de medianos y bajos ingresos, generar políticas que estructuren un modelo sociosanitario de atención que vaya en pro de mejorar la calidad de vida de las PcD y sus familias.

Dentro de estas políticas para construir modelos sociosanitarios de atención a PcD un aspecto central es superar la fragmentación de la atención por medio de mecanismos de coordinación e integración de las redes de servicios de salud, de forma tal que permitan desde la perspectiva de las PcD y sus familias obtener una continuidad en los cuidados.

Siguiendo las recomendaciones internacionales Chile propuso en 2017 un PND con diferentes campos de acción, éste no contó con recursos incrementales para su implementación a escala nacional y en 2019 de facto se produce un cambio en la política con la incorporación del Alzheimer y otras Demencias al sistema de garantías GES.

Ambas políticas definieron estrategias y mecanismos para la coordinación e integración de las RISS, sin embargo, no existen estudios que permitan evaluar su aplicación y resultados respecto a los niveles alcanzados en términos de coordinación y continuidad de la atención de las PcD.

Teniendo en consideración estos antecedentes en el presente trabajo se da a conocer y se describe cómo se están llevando a cabo efectivamente estas estrategias de coordinación e integración en las RISS y si existen diferencias según los modelos de atención que se desprenden de ambas políticas; lo que lleva a la pregunta central de investigación de esta tesis ¿Cómo las estrategias desplegadas para la coordinación de las redes integradas de servicios de salud, han logrado la integración de la atención de personas con demencia en dos servicios de salud que implementaron políticas diferentes para su abordaje?

## 5. Objetivos

### Objetivo general

- Comparar las estrategias de coordinación que han implementado las Redes Integradas de Servicios de Salud en el contexto del plan nacional de demencia PND y del GES N°85 para favorecer la integración y continuidad de la atención y cuidados de las personas con demencia en Chile.

### Objetivos específicos

- Caracterizar la población de personas con demencia atendidas en la micro red Peñalolén - Hospital del Salvador del SSMO y la micro red La Pintana – Hospital Padre Hurtado de la Subred Santa Rosa del SSMSO.
- Describir las estrategias de coordinación e integración de la red de atención a personas con demencia declaradas por parte de profesionales de salud del nivel primario y secundario que participan en la micro red Peñalolén -Hospital del Salvador del SSMO y la micro red La Pintana - Hospital Padre Hurtado de la Subred Santa Rosa del SSMSO.
- Proponer a los equipos de salud lineamientos y buenas prácticas que contribuyan a mejorar o fortalecer la coordinación e integración de la red en la atención y los cuidados de personas con demencias en la micro red Peñalolén-Hospital del Salvador del SSMO y la micro red La Pintana-Hospital Padre Hurtado de la Subred Santa Rosa del SSMSO.

# 6. Marco metodológico

## 6.1 Justificación del diseño metodológico

### 6.1.1 Métodos Mixtos en Salud

Para comprender en profundidad la complejidad de los fenómenos se ha desarrollado el enfoque de los métodos mixtos (MM), en él se recolectan, analizan y vinculan datos cuantitativos (QUAN) y cualitativos (QUAL) para responder a la pregunta de investigación. (57)

Considerando que en los procesos de salud-enfermedad-atención intervienen tanto factores biomédicos como políticos, sociales y culturales, el uso de los MM se ha hecho cada vez más extendido, debido a que proporcionan información más valiosa y variada, al considerar los puntos fuertes de cada paradigma y detectar temas que son más sensibles para cada método, por lo que se pueden ampliar las dimensiones a estudiar, permitiendo una riqueza interpretativa y sentido de entendimiento. (66,67)

Los MM han tomado fuerza en la evaluación de programas ya que permiten comprender más profundamente los procesos de cambios organizacionales a través de los cuales se logran los resultados de un programa y cómo éstos se ven afectados por el contexto en el que se implementan, lo que aumenta la confiabilidad y validez de los hallazgos y recomendaciones. A diferencia de lo que ocurre muchas veces con evaluaciones QUAN que suponen que los programas funcionan tal como se planificó, por lo que a menudo es descrito como una “caja negra” del proyecto en la cual ese tipo de evaluación no mira dentro. (68)

Se han desarrollado diferentes marcos conceptuales para clasificar los distintos tipos de estudios con MM. En particular Greene define 5 categorías según el o los propósitos principales para su uso (69):

- Desarrollar: para promover el desarrollo de un método a partir del otro al utilizarlos secuencialmente, lo que incrementa la validez de un constructo.
- Complementar: para investigar diferentes áreas que se superponen en el fenómeno de estudio, aprovechando las ventajas de cada método con el fin de reducir sus sesgos, mejorar, ilustrar o clarificar los resultados
- Triangular: para corroborar y darle mayor robustez a los resultados utilizando distintos tipos de datos al demostrar su convergencia.
- Expandir: para aumentar la problematización y el alcance del estudio al emplear los MM en varios componentes de la pregunta de investigación.

- Iniciar: hace hincapié en especificar las contradicciones e inconsistencias que abren nuevas perspectivas al emplear MM.

También en el diseño de la investigación el peso de cada componente puede ser diferente, ya sea QUAN dominante, QUAL dominante o con igualdad de estatus entre ambos, lo cual dependerá de los objetivos y definiciones del equipo investigador. (70)

En particular en la investigación sobre los servicios de salud, los métodos QUAN permiten abordar preguntas sobre causalidad, generalizabilidad, magnitud o efecto. Por su parte la metodología QUAL es aplicada para explorar por qué o cómo ocurre un fenómeno, desarrollar teorías o describir la naturaleza de la experiencia individual. Los MM aportan un enfoque innovador al basarse en las fortalezas de ambos, con lo que permiten comprender mejor el impacto de las prestaciones y organización de los servicios de salud, con un enfoque centrado tanto en los procesos como en los resultados. (71,72)

En el enfoque de los MM la integración, es decir la interacción y conversación de los dos métodos, se puede implementar en diferentes niveles de la investigación desde el diseño hasta la interpretación y la publicación de los resultados. (72)

En el diseño, los componentes QUAN y QUAL se pueden combinar de manera secuencial o convergente (también conocida como concurrente). En los diseños secuenciales los componentes se utilizan en fases consecutivas en las cuales los resultados de una inciden en lo que se realizará en la siguiente, su ventaja es que la logística es más fácil de organizar, como desventaja tienen que la recolección y análisis de datos se realiza más lentamente que en los diseños concurrentes. (68,72)

Entre los diseños secuenciales se pueden distinguir los diseños secuenciales exploratorios, en los cuales hay una primera fase en la que se recolectan y analizan datos QUAL para, a partir de esos hallazgos, informar a la fase QUAN. Y los diseños secuenciales explanatorios (o explicativos), en los que se reúnen y analizan datos QUAN en primera instancia, para a partir de esos resultados encuadrar la fase QUAL. (63)

La integración QUAN-QUAL en el nivel de la interpretación de datos se puede lograr a través de la narrativa en la que se exponen; de la transformación de datos de QUAL a QUAN o viceversa; o por medio de su exhibición conjunta en figuras, tablas, matrices o gráficos para extraer nuevos conocimientos. (72)

La combinación de los datos QUAN-QUAL puede brindar tres posibilidades, cuando ambos proveen similares conclusiones y se pueden interpretar como la confirmación de los resultados con una gran credibilidad. Cuando divergen abordando aspectos diferentes o complementarios de un fenómeno de interés lo que amplía los conocimientos sobre él. Por último, cuando existe discordancia y los hallazgos son inconsistentes, incongruentes o



contradictorios, lo cual lleva a reunir nuevos datos o revisar los existentes para resolver diferencias, buscar explicaciones teóricas o desafiar su validez. (72)

## 6.2 Diseño del estudio: Método Mixto Secuencial Explicativo

Para responder la pregunta de investigación y comprender con mayor profundidad la complejidad del problema de la coordinación e integración en las RISS para la atención de PcD se definió utilizar un *diseño mixto secuencial de tipo explicativo*, para así tener una aproximación más comprehensiva y amplia del fenómeno en estudio.

Se seleccionaron dos SS de la región metropolitana como casos de estudio. El SSMO, en el que el plan nacional de demencia pudo implementarse de forma avanzada con sus diferentes dispositivos de atención y el SSMSO, que ha organizado su oferta de prestaciones para las PcD a partir del GES N°85 de Alzheimer y otras demencias.

El primer componente en el diseño corresponde a una fase QUAN descriptiva, en la que se analizaron datos secundarios sobre la población bajo control, los programas y el sistema de R-CR para PcD de los dos casos de estudio. De esta data se extrajeron resultados, preguntas e hipótesis de trabajo para la segunda fase de la investigación.

La segunda fase consistió en el desarrollo del componente QUAL exploratorio, en la cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a gestores y profesionales del nivel primario y secundario para recabar información sobre las estrategias desplegadas para la coordinación e integración de las RISS de ambos casos de estudio.

En la tercera fase se desarrolló la integración de los datos recabados en las etapas QUAN-QUAL descritas anteriormente, por medio de su triangulación en una tabla para evaluar su convergencia, divergencia, discordancia o silencio y sus posibles interpretaciones. (73)

Por último, se realizó la comparación de los resultados entre los dos SS que sirvieron de casos de estudio para identificar semejanzas y diferencias entre las estrategias implementadas.

El uso de MM se justificó en este trabajo toda vez que la investigación QUAN, por sí sola, no permitía conocer elementos claves del contexto organizacional en el que se dan las estrategias de coordinación e integración de las RISS, a los que sí se pudo acceder con mayor riqueza y profundidad en el estudio QUAL.

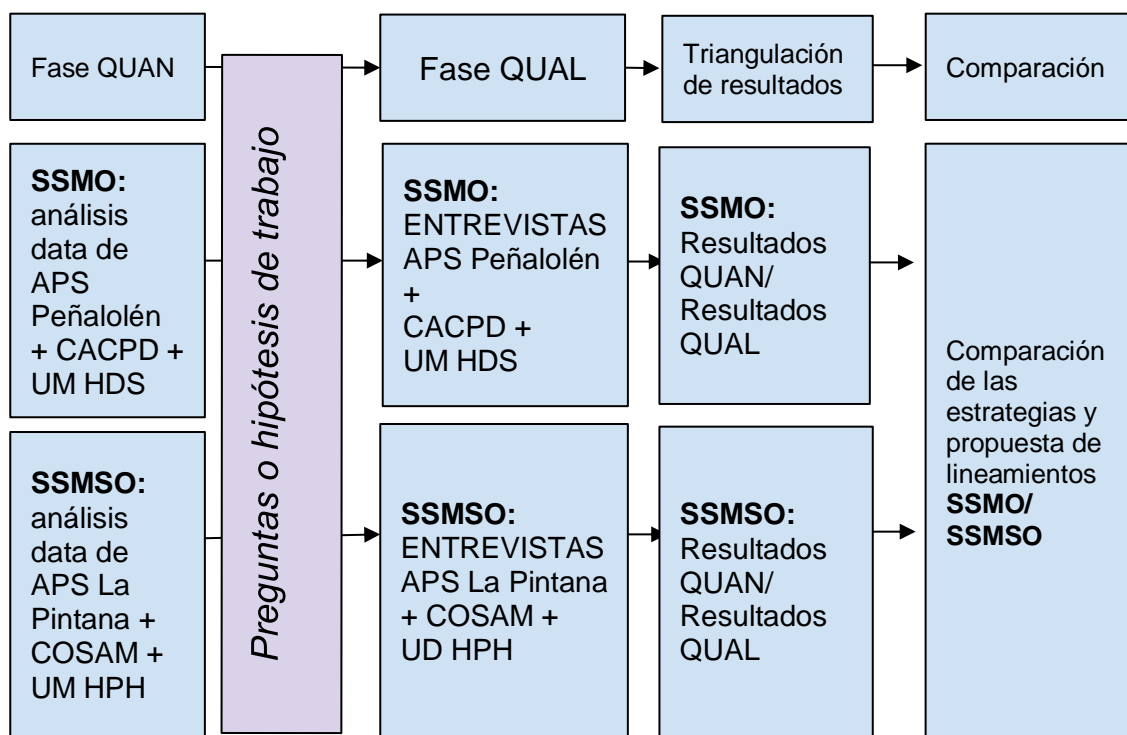
Y a su vez, para la fase QUAL existe un vacío de conocimientos previos sobre la caracterización de las PcD que se atienden en los distintos niveles de las RISS en Chile y los resultados de estos programas, lo que hizo necesario una primera aproximación QUAN

a esta realidad en la que se enmarca y para la cual se orienta el fenómeno de la coordinación e integración de las RISS.

Gracias al enfoque de MM utilizado durante el estudio, la respuesta a la pregunta de esta investigación pudo ser más completa, ya que por sí solo cada método resulta ser insuficiente y su integración desde el diseño hasta la interpretación de resultados ofreció una conclusión mucho más completa que la simple suma de los resultados de ambas partes por separado.

Las distintas fases del diseño de investigación QUAN-QUAL se sintetizan en la Figura 9.

Figura 9. Diagrama con el diseño de la investigación



Fuente: elaboración propia.

### 6.2.1 Componente Cuantitativo

En específico, el componente QUAN consistió en el análisis descriptivo de datos secundarios sobre los programas de demencia de APS y atención de especialidad de los casos de estudio en los últimos 5 años, a saber: la información disponible sobre la población bajo control (PBC), su producción, los indicadores de gestión y cumplimiento y los reportes de interconsultas.

Esta data fue extraída de las bases de datos del sistema de reportes de registros estadísticos mensuales (REM) del departamento de estadística e información de salud (DEIS) del MINSAL (74) y proporcionada por las entidades administradoras municipales de ambos casos de estudio y los reportes consolidados de las interconsultas emitidas brindados por los sistemas de Referencia-Contrarreferencia de cada SS también facilitados

por las entidades administradoras municipales de ambos casos de estudio; los informes entregados al MINSAL por las unidades de atención secundaria y los datos abiertos sobre la población beneficiaria de FONASA. (75)

Las fuentes de información a analizar con sus respectivas variables y clasificación se resumen en la tabla 8.

Tabla 8. Fuentes de información y variables a analizar

Fuente de información	Variables	Tipo de variable
REM-P6 Población en Control Programa de Salud Mental en Atención Primaria y Especialidad  Sección A.1: Población en Control en APS al Corte  Sección B.1: Población en Control en Especialidad al Corte	Hospital	Cualitativa nominal (Hospital del Salvador: 0, Hospital Padre Hurtado: 1)
	Comuna	Cualitativa nominal (La Pintana:0, Peñalolén:1)
	Clasificación demencia	Cualitativa ordinal (1: leve, 2: moderada, 3: severa)
	Sexo	Cualitativa dicotómica (0: hombres, 1: mujeres)
	Grupo etario población adulta >30 años por quinquenios	Cualitativa ordinal (1:31-34, 2:35-39, 3:40-44, 4:45-49, 5:50-54, 6:55-59, 7:60-64, 8:65-69, 9:70-74, 10:75-79,11: 80 y más)
REM-A.06: Programa de Salud Mental Atención Primaria y Especialidades.  Sección G: Controles de Atención Primaria/Especialidades.	Hospital	Cualitativa nominal (Hospital del Salvador: 0, Hospital Padre Hurtado: 1)
	Comuna	Cualitativa nominal (La Pintana:0, Peñalolén:1)
	Profesional	Cualitativa nominal (0: médico/a, 1: psicólogo/a, 2: enfermera/o, 3: matrn/a, 4: asistente social, 5: otros profesionales, 6: terapeuta ocupacional, 7: técnico/a paramédico en salud mental, 8: gestor/a comunitario, 9: técnico/a en rehabilitación de drogas)
REM-A.06: Programa de Salud Mental Atención Primaria y Especialidades.  Sección H: Evaluaciones programa plan nacional de demencia <sup>1</sup>	Sexo	Cualitativa dicotómica (0: hombres, 1: mujeres)
	Resultado de reevaluación de deterioro global Reisberg en PcD (GDS)	Cualitativa ordinal (1: aumento, 2: mantención, 3: disminución)
	Resultado de reevaluación de sobrecarga del cuidador/a de PcD (zarit)	Cualitativa ordinal (1: aumento, 2: mantención, 3: disminución)
Referencia-contrarreferencia, reporte descargado de OMI	Hospital	Cualitativa nominal (Hospital del Salvador: 0, Hospital Padre Hurtado: 1)

(SSMO) y Rayen (SSMSO)	Comuna	Cualitativa nominal (La Pintana:0, Peñalolén:1)
	Clasificación diagnóstica cie-10 <sup>2</sup>	Cualitativa nominal (demencia: 0, demencia Alzheimer: 1, demencia vascular:2, demencia cuerpos de Lewy: 3, demencia Parkinson: 4, trastorno cognitivo leve:5)
	Sexo	Cualitativa dicotómica (0: hombres, 1: mujeres)
	Edad	Cuantitativa discreta (0 a 100 años)
	Tiempo de espera <sup>3</sup>	Cuantitativa discreta (0- 2000 días)
	Causal de salida <sup>3</sup>	Cualitativa (atención por telemedicina:0, atención realizada: 1, Error de digitación: 2, fallecimiento: 3, Inasistencia: 4, No pertinente: 5, Renuncia o rechazo voluntario del paciente: 6)
	Lugar de derivación <sup>3</sup>	(policlínico neurología HDS, Unidad de Memoria HDS, neurología adultos)
Ficha de registro de programas sociales. Plan Nacional de Demencia - Unidades de Memoria	Población beneficiaria	Ingresos:0, egresos:1
	Origen derivación	APS: 0, COSAM:1, Hospital: 2, Ambulatorio: 3, Otros: 4

Fuente: elaboración propia. <sup>1</sup>solo aplica para el SSMO. <sup>2</sup>solo aplica para La Pintana. <sup>3</sup>solo aplica para Peñalolén.

El análisis de estos datos se realizó con estadística descriptiva buscando sintetizar su distribución en frecuencias, proporciones y porcentajes, utilizando herramientas del software Excel y el módulo stats de Python.

#### 6.2.1.1 Análisis de la población bajo control

Para analizar la población bajo control en atención primaria se utilizaron las planillas de datos de los REM P6 brindadas por las entidades administradoras municipales, estos datos se migraron a una planilla única. Se obtuvo el número de población inscrita en FONASA por edades de cada comuna del portal de datos abiertos de FONASA y de su reporte estadístico 2017-2018.

Para calcular los porcentajes de cobertura de cada red municipal de atención primaria se elaboró una tabla donde se indicó la población bajo control (PBC) y la población inscrita (PI) para cada año. Multiplicando la población inscrita por la prevalencia esperada para la población general se proyectó la prevalencia esperada para cada comuna y cada año. Finalmente se calculó el porcentaje de cobertura que representó la población bajo control en relación con la cantidad de población que debería estar diagnosticada según la prevalencia estimada (PE) para ese año. Se expresan los resultados en un gráfico de barras con la cantidad de personas bajo control y los porcentajes de cobertura de cada programa.

Para analizar la distribución por sexo de los casos de APS se preparó una tabla con la cantidad de hombres y mujeres para cada año, posteriormente se calculó el porcentaje de cada sexo en relación con la población total expresándolo en un gráfico de barras.

Respecto a la distribución por grupo etario se realizaron tablas y gráficos con la distribución por lustros para cada comuna entre 30 y 80 años y los 80 años y más. Posteriormente se creó una tabla común a las dos comunas en las que se agrupó la población de adultos en uno de adultos entre 30 a 59 años y otro de adultos mayores de 60 años, se agregó la PI en FONASA para cada grupo etario y se calculó la prevalencia estimada para cada grupo poblacional. Finalmente se calculó el porcentaje de cobertura que representó la PBC en relación con la cantidad de población que debería estar diagnosticada según la prevalencia estimada para ese año para cada grupo poblacional.

En cuanto a la distribución por severidad se desarrolló una tabla con la cantidad de casos leves, moderados y severos para cada año, posteriormente se calculó el porcentaje de cada perfil en relación con la población total expresándolo en un gráfico de barras.

Además, se elaboraron tablas para cada comuna con la distribución de la población bajo control según sexo y edad agrupada en décadas y según sexo y estadio de la demencia.

Para analizar la población bajo control en atención secundaria se recibieron los informes y estadísticas de las unidades de memoria de ambos casos de estudio, ya que hasta el 1° semestre de 2022 ninguna de las dos unidades realizaba los reportes estadísticos mensuales.

En el caso de la Unidad de Memoria del Hospital del Salvador se confeccionó una tabla con la información extraída de las fichas de registro de seguimiento a programas sociales que la Unidad de Memoria emitió al MINSAL entre los años 2018 al primer semestre de 2021, las que reúnen información sobre el número de personas bajo control, las comunas de residencia, las vías de derivación y los dispositivos a los que fueron derivadas las personas al egreso. En algunos años se informa la cantidad de hombres y mujeres en total bajo control y la cantidad de ingresos y controles médicos y no médicos realizados. En estos informes no se precisa el sexo, edad ni severidad de la población bajo control, por lo que se optó por considerar aquella información presente en todos los años y que fuese pertinente a la investigación pudiendo describir la cantidad de personas bajo control según año y el origen de la derivación utilizando herramientas de Excel.

En el caso de la Unidad de Memoria del Hospital Padre Hurtado se elaboró una tabla con la información extraída del drive de la unidad, el cual contiene registros desde el año 2019 referentes a los datos de identificación de los usuarios bajo control, el sexo, la fecha del ingreso, el centro derivador y CESFAM al que pertenece el usuario. En algunos se informa si se realizó la interconsulta por el sistema SIGGES, la fecha de ingreso del IPD, el tiempo

de espera, la fecha del último control, la unidad que realizó el IPD, la fecha de ingreso de enfermería, la sobrecarga, la fecha del próximo control, la fecha de alta de la unidad, el tratante, los cuidadores, el diagnóstico y la complejidad, existiendo una alta proporción de valores perdidos de estas variables. Este reporte tampoco cuenta con información sobre la edad y severidad de los usuarios de la población bajo control, por lo que se optó por considerar la información de año de ingreso, sexo y centro derivador, de forma similar a la Unidad de Memoria del HDS, para realizar la descripción de la población bajo control de este dispositivo entre los años 2019 y 2021.

#### 6.2.1.2 Análisis de producción

Para analizar la producción de controles a personas con demencia en el programa de salud mental se utilizaron las secciones G/H del REM A6 que comenzaron a solicitarse desde el 2019, estos datos se migraron a una planilla única desde donde se generó una tabla con la información disponible. Se evidencia en la mayoría de los centros la ausencia de registro en estas secciones por lo que no es posible analizar la cantidad de controles por usuario.

#### 6.2.1.3 Análisis de indicadores de evaluación del plan nacional de demencia

Para la evaluación del plan nacional de demencia se incorporaron las secciones G/H del REM A6 que comenzaron a solicitarse desde el 2019, con los datos disponibles se elaboró una tabla en la que se evidencia la ausencia o falta de registro, por lo que no es posible utilizar este insumo para evaluar la política.

#### 6.2.1.4 Análisis de interconsultas

Para analizar las interconsultas emitidas desde APS al nivel secundario se solicitaron a las respectivas entidades municipales los reportes de las interconsultas emitidas a neurología entre los años 2017-2021, se procedió a filtrar por diagnóstico seleccionando aquellas interconsultas con diagnóstico de demencia o síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas, para la realización de una planilla de estas interconsultas por cada comuna.

Respecto a las derivaciones generadas en ambas comunas se evaluó con funciones de Excel la cantidad de interconsultas por sexo y año, su distribución según edades

Para la comuna de Peñalolén en particular se pudieron obtener las medidas de resumen estadístico para los días de espera comparando antes y después de la implementación del GES. Se aplicaron test de normalidad desarrollados por D'Agostino y Pearson que combinan análisis de sesgo y curtosis (76) y pruebas no paramétricas para comparar las medianas de los días en lista de espera pre-GES y post GES.

Respecto a las derivaciones generadas en la comuna de La Pintana en particular se pudo describir la frecuencia de los códigos diagnósticos de las interconsultas. Sin embargo, no se pudo evaluar la cantidad de días de espera y las causales de salida debido a que la planilla facilitada no presentaba dichas variables.

## 6.2.2 Componente Cualitativo

Tomando en consideración los resultados parciales de la fase QUAN se aplicó el componente QUAL a través de un diseño de investigación exploratorio fenomenológico, que buscó aproximarse al fenómeno de las estrategias de coordinación e integración de las RISS desde el relato de la experiencia de distintos actores claves involucrados en ellas.

### 6.2.2.1 Descripción de la muestra

En esta fase la unidad de análisis fueron profesionales del nivel primario y secundario que intervienen en la coordinación e integración de la atención a PcD en las RISS. La muestra fue intencionada y variada, incluyendo a gestores, profesionales de salud, médicos y especialistas de los casos de estudio como se presenta en la tabla 9, realizando un total de 9 entrevistas.

Como criterio de inclusión éstos debían tener al menos 1 año de experiencia en su cargo y en el caso de APS se seleccionaron participantes de diferentes CESFAM de cada comuna, para evitar posibles sesgos se buscó entrevistar a actores de establecimientos de salud diferentes al de la tesista.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 9 profesionales de la salud de diferentes dispositivos de las redes integradas de servicios de salud para personas con demencia, pertenecientes a los servicios de salud metropolitano oriente y metropolitano sur oriente.

Dentro de la muestra según nivel de atención 5 personas entrevistadas correspondían al nivel primario de atención, 2 a los dispositivos de atención secundaria que se encuentran a nivel comunal y 2 a la realidad del nivel secundario hospitalario. En cuanto a la composición de la muestra según sexo, 7 entrevistadas fueron mujeres y 2 hombres. Respecto a profesiones 3 entrevistados corresponden al estamento médico, 2 a enfermería, 2 a psicólogas, 1 asistente social y 1 terapeuta ocupacional. Las características según servicio se presentan en la tabla 9.

Tabla 9. Muestra de entrevistados para fase CUAL

	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>Atención Primaria</b>	2	3
<b>Atención Secundaria Comunal</b>	1	1
<b>Atención Terciaria</b>	1	1

<b>Mujeres</b>	3	4
<b>Hombres</b>	1	1
<b>Médicos</b>	1	2
<b>Enfermeras</b>	1	1
<b>Psicólogas</b>	0	2
<b>Terapeutas ocupacionales</b>	1	0
<b>Trabajadoras Sociales</b>	1	0

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la técnica de recolección y elaboración de datos se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas hasta lograr la saturación de los datos. Se realizó un guion tentativo con dimensiones a explorar a priori en el proyecto, las que se definieron con mayor detalle tras la fase QUAN del estudio que aportó diferentes preguntas e hipótesis. Éstas incluyeron indagar sobre la estructuración de los programas de demencia en cada nivel, la percepción de la coordinación y de la integración de la red, la pertinencia de las referencias/contrarreferencias observadas, las estrategias empleadas para la coordinación e integración y su valoración (consultorías, gestores de caso, capacitación, protocolos de R-CR, telemedicina, etc.), los obstaculizadores y facilitadores para la coordinación. El guion final se sistematizó en el anexo 1.

Las entrevistas fueron realizadas por la propia tesista coordinando con las y los informantes el horario y lugar. Éstas se grabaron en audio digital y posteriormente transcritas ad verbatim utilizando la aplicación de inteligencia artificial Sonix. Los archivos se encuentran guardados en el computador con clave y sólo tuvieron acceso a la información la tesista y las profesoras guías.

Para el análisis de datos textuales se realizó un análisis del contenido temático de las entrevistas (77), para conocer “lo que se dice” sobre las estrategias de coordinación e integración de las RISS, para ello el texto transcrito de las entrevistas se segmentó en citas significativas, se categorizó por medio de un sistema de códigos definidos ex ante, al cual se le incorporaron nuevas categorías y subcategorías durante el proceso de análisis de las entrevistas según las observaciones y reflexiones que aportaron los entrevistados y también se agregaron y modificaron algunas de éstas durante el proceso de codificación en sí mismo, por ejemplo, obstaculizadores y facilitadores los cuales tendían a impactar mutuamente en coordinación e integración. El árbol de códigos con dimensiones y categorías resultantes del proceso iterativo se resume en la tabla 10.

Posteriormente las citas agrupadas por categorías, utilizando herramientas del software MaxQda, se exportaron en una planilla de Excel para su ulterior análisis e interpretación de posibles asociaciones, tendencias, oposiciones u otras relaciones entre las categorías, con el objetivo de comprender el significado del texto.

A lo largo del proceso, de manera transversal, se mantuvo una bitácora de registro de observaciones de las entrevistas, reflexiones y decisiones durante el análisis de datos.



Tabla 10. Árbol de códigos

Dimensión	Definición	Tipo de categoría	Categoría	Definición
<b>Atención a personas con demencia</b>	Dice relación con el funcionamiento del dispositivo/red en la atención de personas con demencia, la población usuaria, los equipos a cargo, su organización y los problemas detectados.	Ex Ante	Actividades	Prestaciones otorgadas a las personas con demencia para el diagnóstico, manejo y trabajo con cuidadores (esta última agregada ex post entrevistas).
			Perfil de la población bajo control	Características de la PBC en términos de sexo, edad, severidad y determinantes sociales (esta última agregada ex post entrevistas).
			Equipo de profesionales	Profesionales identificados en la atención a personas con demencia
			Subdiagnóstico	Razones que explican el subdiagnóstico
			Registro	Aspectos relacionados con el registro
			Protocolos	Existencia de flujos de atención claros y conocidos por los equipos
		Ex Post entrevistas	GES	Cambios o aspectos ligados a la implementación del GES 85
		Ex post codificación	Antecedentes	Experiencias o necesidades que fundamentan los programas y las prácticas actuales
			Organigrama	Forma de organizar la atención en el dispositivo
			Recursos	Dificultades ligadas a falta de recursos humanos y/o materiales
<b>Coordinación</b>	Comprende las estrategias desplegadas para coordinar a los diferentes dispositivos de las RISS, sus obstaculizadores y facilitadores	Ex Ante	Dispositivos identificados en las RISS	Centros de salud identificados en la atención de personas con demencia
			Coordinación con inter-sector	Otras organizaciones e instituciones sociales identificadas en la atención de personas con demencia y las acciones que se realizan con ellos
			Referencia-Contrarreferencia	Proceso de derivación y contra derivación de personas con demencia a otros centros de salud
			Consultorías	Instancias de presentación de casos entre el nivel primario y secundario
			Capacitaciones	Instancias de formación y desarrollo de capacidades en los equipos
			Otras estrategias	Otras formas de comunicación entre dispositivos
			Gestores de caso	Profesional que asume el rol de gestionar las atenciones y coordinar las prestaciones para la PcD
			Planes unificados	Continuidad en la información y desarrollo de

				un plan unificado para cada usuario con demencia
			Otras patologías	Comparación con otras experiencias en torno a otras patologías
		Ex Post entrevistas	Coordinación intra dispositivo	Coordinación de profesionales a la interna del dispositivo
<b>Valoración de la integración y coordinación de las RISS y sus obstaculizadores y facilitadores</b>	Percepción de la integración / fragmentación de la RISS y sus razones	Ex post codificación	Valoración de la integración	Opinión de los entrevistados sobre el nivel de integración de la red
			Facilitadores	Actitudes, instancias o estrategias que han ayudado a la coordinación e integración.
			Obstaculizadores	Actitudes y/o aspectos que dificultan la coordinación e integración.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las medidas para garantizar el rigor y la calidad de la investigación en los métodos cualitativos, se desarrollaron varias aproximaciones, según Rojas y Osorio se cuentan las siguientes (78):

**Credibilidad:** se refiere a la correspondencia de los resultados con lo que se presenta en la realidad, para ello deben estar fundamentados y justificados por los datos narrativos con profundidad y densidad. Para cumplir con este criterio se planteó chequear los resultados de la categorización e interpretación de relaciones entre categorías con las fuentes, con el fin de establecer si es una verdadera aproximación a lo que piensan y sienten.

**Transferibilidad:** en la dirección de que las conclusiones del estudio puedan ser transferibles a otros contextos, se plantea hacer énfasis en la calidad de la muestra para que ésta sea cuidadosamente seleccionada y logre representar diferentes puntos de vista en los que se aborden todos los aspectos fundamentales del problema y tanto las características del contexto como de los participantes se detallaron en el informe.

**Dependencia:** da cuenta de la consistencia lógica, estabilidad y replicabilidad de los resultados en la medida que otros investigadores recolecten datos y realicen análisis similares. Para ello se planteó en el informe la descripción detallada de todo el proceso de recolección, análisis e interpretación de datos y la triangulación de códigos, categorías y relaciones con las tutoras de la investigación.

**Confirmación, neutralidad y auditabilidad:** en función de que los datos reflejen lo más exactamente posible las perspectivas y experiencias de los participantes se plantea mantener una reflexividad permanente durante la investigación, para evitar sesgar los resultados por motivaciones o valores personales. Para ello también se planteó mantener una bitácora en la que se registren las principales reflexiones y decisiones que se vayan

tomando a lo largo del estudio, las que se comentaron con las tutoras de la investigación y se detallaron en el informe final.

### 6.2.3 Integración en la interpretación de los resultados

Junto con presentar los resultados de cada método por separado para destacar diferentes hallazgos y resultados de cada componente, se realizó una tercera fase de integración e interpretación conjunta de los resultados de ambos métodos para cada caso de estudio empleando el análisis QUAL para tratar de comprender el significado que otorgan los diferentes sujetos y/o proporcionar casos y ejemplos que puedan ilustrar los hallazgos estadísticos del análisis QUAN. (72)

Para ello se evaluó su convergencia, complementariedad o divergencia, por medio de su triangulación (73). La triangulación permite aumentar la confiabilidad y la validez de los resultados al comparar información de diferentes fuentes y profundizar la comprensión de las estadísticas identificadas en el análisis QUAN. Así como también si existen contradicciones o interpretaciones diferentes analizar cómo éstas enriquecen el estudio, siendo una ventaja importante del enfoque integrado, en lugar de ser un obstáculo. (68)

Para este análisis mixto se realizó una “matriz de convergencia” por objetivo específico en la que se despliegan todos los resultados obtenidos según categorías y se evaluó si existe un acuerdo total, acuerdo parcial, desacuerdo o silencio entre los hallazgos de los distintos componentes y su interpretación. Esta matriz se presenta a continuación en la tabla 11.

Tabla 11. Matriz de convergencia de resultados Quan-Qual

<b>Resultados</b>	<b>Acuerdo total</b>	<b>Acuerdo parcial</b>	<b>Desacuerdo</b>	<b>Silencio</b>
Características de la Población bajo control				
Actividades y controles				
Estrategias de coordinación				
Valoración de la integración y coordinación				
Otros que surjan del estudio				

Fuente: elaboración propia en base a O' Cathain.

### 6.2.4 Comparación de los casos de estudio y lineamientos propuestos

Para finalizar, se realizó la comparación entre los resultados de ambos SS para identificar semejanzas y diferencias respecto a las coordinación e integración de la red y las estrategias utilizadas en ambos casos de estudio.

El análisis comparativo en la investigación en servicios de salud se ha utilizado mayormente para contrastar los sistemas y políticas de salud de diferentes países. (79) De los aportes teórico-metodológicos y de estos estudios destaca que, para realizar un análisis comparativo y una adecuada interpretación de los resultados, corresponde tener en consideración las diferencias de contexto económico, epidemiológico, cultural, social y de la organización del sistema de salud, entre otros factores de una realidad compleja y distinta que a priori puede determinar la variabilidad de los hallazgos observados. (80)

Teniendo en consideración lo anterior se trató de encontrar patrones y regularidades en el fenómeno de la coordinación e integración de las RISS, así como tendencias de cambio que enriquezcan su comprensión. Además, la comparación entre casos de estudio permitió identificar ciertas acciones y sus consecuencias que sirven para aprender de las experiencias de otros y extraer lecciones o potenciales cursos de acción que en un futuro pueden servir como “buenas prácticas”. (80,81)

En esta investigación la diferencia más notable es la implementación del piloto del PND en uno de los dos casos de estudio, para llevar a cabo la comparación entre SS se propone sistematizar los contextos y los resultados principales de las fases anteriores en cuanto a estrategias para la coordinación e integración (tabla 12) y en base a los hallazgos proponer lineamientos para cada caso de estudio, los cuales serán presentados a cada SS.

Tabla 12. Comparación de estrategias de coordinación e integración

<b>Dimensiones</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
Contextos		
Estrategias de coordinación e integración		
Lineamientos propuestos		

Fuente: Elaboración propia

### 6.3 Aspectos Éticos

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Chile (Anexo N° 2) y fue presentada y homologada por los Comité de Ética de los Servicios de Salud Metropolitano Oriente y Sur Oriente.

La población con demencia presenta características de vulnerabilidad que es importante considerar a la hora de investigar sobre su realidad, considerando siempre el respeto a su dignidad humana y mayor interés. En este caso la tesis buscó conocer respecto a la coordinación e integración de su atención con el propósito de identificar las mejores estrategias que aportan a la continuidad de sus cuidados. Para ello se utilizaron datos cuantitativos que provienen de los reportes públicos que realiza el MINSAL y que manejan los SS, los cuales están agregados por establecimiento y anonimizados por lo que se protege la identidad de las PcD que están en atención en los dispositivos o que han sido derivadas a algún establecimiento de la red.

También los profesionales de la salud que son parte de los equipos y programas de demencia fueron incluidos en esta investigación, frente a ello se respetó la voluntariedad de su participación libre e informada, la protección de su identidad y confidencialidad de la información proporcionada, así también se garantizó que el acceso al material de registro audiovisual que se generó en las entrevistas estará restringido a la investigadora principal y las académicas tutoras del estudio.

Para las entrevistas se realizó un proceso de consentimiento informado a los participantes, para ello se comunicaron los objetivos e implicancias del proyecto, así como la inexistencia de riesgos y beneficios individuales al ser parte del estudio; también que la investigación no constituye una evaluación del desempeño de las unidades ni de los funcionarios, sino una instancia para profundizar el conocimiento acerca de la coordinación e integración.

Al finalizar el estudio se procederá a entregar una devolución con los principales resultados obtenidos, a cada participante de las entrevistas y a las unidades involucradas de las RISS que fueron estudio de casos, con énfasis en los lineamientos y buenas prácticas con el fin de que contribuyan para una mejor coordinación e integración de la red.

# 7. Resultados

## 7.1 Análisis Cuantitativo

En este apartado se presenta la data recopilada sobre los casos de estudio del proyecto de investigación. Ésta fue extraída desde los registros estadísticos mensuales (REM) y los informes consolidados de interconsultas, aportados por las respectivas entidades municipales administradoras de salud para el caso de la red de atención primaria y desde los informes aportados por los centros de atención secundaria. Además, se obtuvo la población inscrita de FONASA desde el portal de datos abiertos de esta entidad y de su reporte estadístico de los años 2017-2018. (75)

Los datos compilados fueron migrados a una planilla única en un documento Excel donde se integró toda la información para realizar los respectivos análisis con estadística descriptiva, que pasan a detallarse a continuación.

### 7.1.1 Características de la Población Bajo Control de la APS de los casos de estudio.

Análisis de los registros estadísticos mensuales de la población bajo control del programa de salud mental con diagnóstico de demencia (REM P6) en la red de Atención Primaria de Salud de las comunas de Peñalolén y La Pintana.

#### 7.1.1.1 Población bajo control y porcentaje de coberturas por comuna

En la tabla 13 se presentan los datos de la Población Bajo Control (PBC), Población Inscrita en FONASA (PI), Prevalencia Estimada (PE) y Porcentaje de Cobertura (%) en la Atención Primaria de Salud de las comunas de Peñalolén y La Pintana, entre los años 2017 a 2021.

Tabla 13. Población Bajo Control y Porcentaje de Cobertura en la Atención Primaria de Salud de las comunas de Peñalolén y La Pintana entre los años 2017 a 2021

	Peñalolén				La Pintana			
	PBC	PI	PE	%	PBC	PI	PE	%
<b>2017</b>	0	205.358	2054	0	24	142.480	1.425	2
<b>2018</b>	862	208.595	2086	41	81	161.039	1.610	5
<b>2019</b>	933	200.660	2007	46	17	159.227	1.592	1
<b>2020</b>	140	202.588	2026	7	64	160.505	1.605	4
<b>2021</b>	783	202.208	2022	39	45	158.234	1.582	3

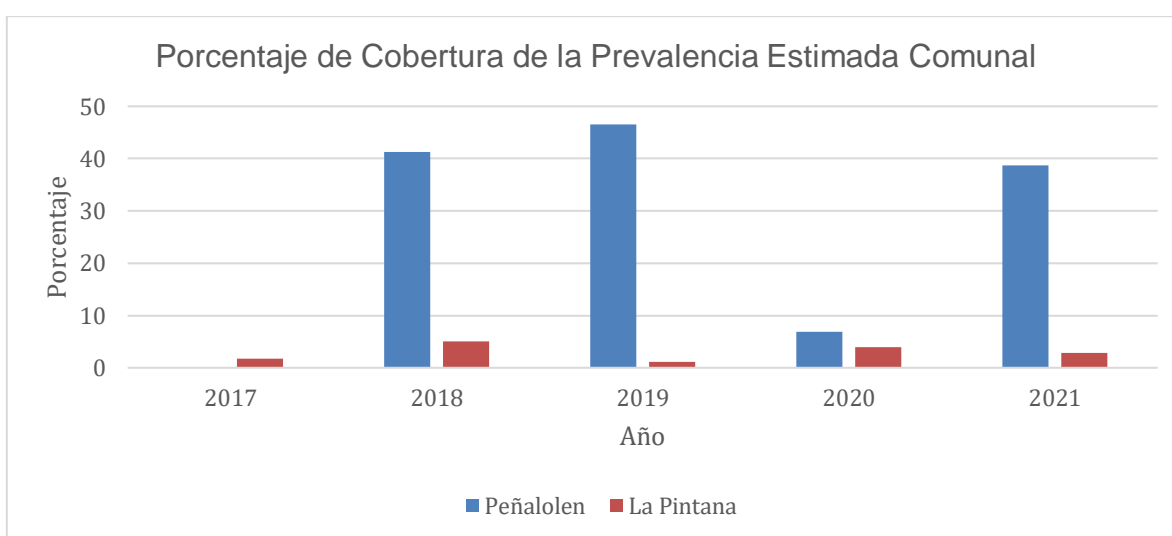
Fuente: elaboración propia. PBC=Población Bajo Control, PI=Población Inscrita, PE=Prevalencia Estimada, %=Porcentaje de cobertura.

En el caso de Peñalolén (gráfico 1) se observa que en el año 2017 no se registraban casos en el programa, posterior a la implementación del PND en 2018 se ingresaron 862

personas, lo que equivale a un 41% de la PE para la población general inscrita en FONASA de la comuna. Esta cobertura llega a su cifra máxima el 2019 con 46% lo que equivale a 933 casos y mínima en 2020 con 140 casos y 7% de cobertura, volviendo a elevarse en 2021 con 39% de cobertura y 783 casos, sin alcanzar los niveles previos al 2020.

En cuanto a La Pintana (gráfico 1), se observa que a diferencia de Peñalolén desde el año 2017 se registran 24 casos en el programa, con una cobertura del 2% de la prevalencia estimada, ésta alcanza su máximo punto en 2018 con 5% de cobertura equivalente a 81 casos. Su nivel mínimo fue en 2019 con 17 casos que representan el 1% de cobertura. En 2020 se eleva al 4% con 64 casos y en 2021 vuelve a retroceder a 3% con 45 casos.

Gráfico 1. Porcentaje de cobertura de la prevalencia estimada comunal



Fuente: Elaboración propia.

#### 7.1.1.2 Caracterización por sexo

En la tabla 14 se indica la distribución por sexo en ambas comunas, entre los años 2017 - 2021, en donde se aprecia una feminización de la población bajo control en los programas de atención a personas con demencia de ambas comunas.

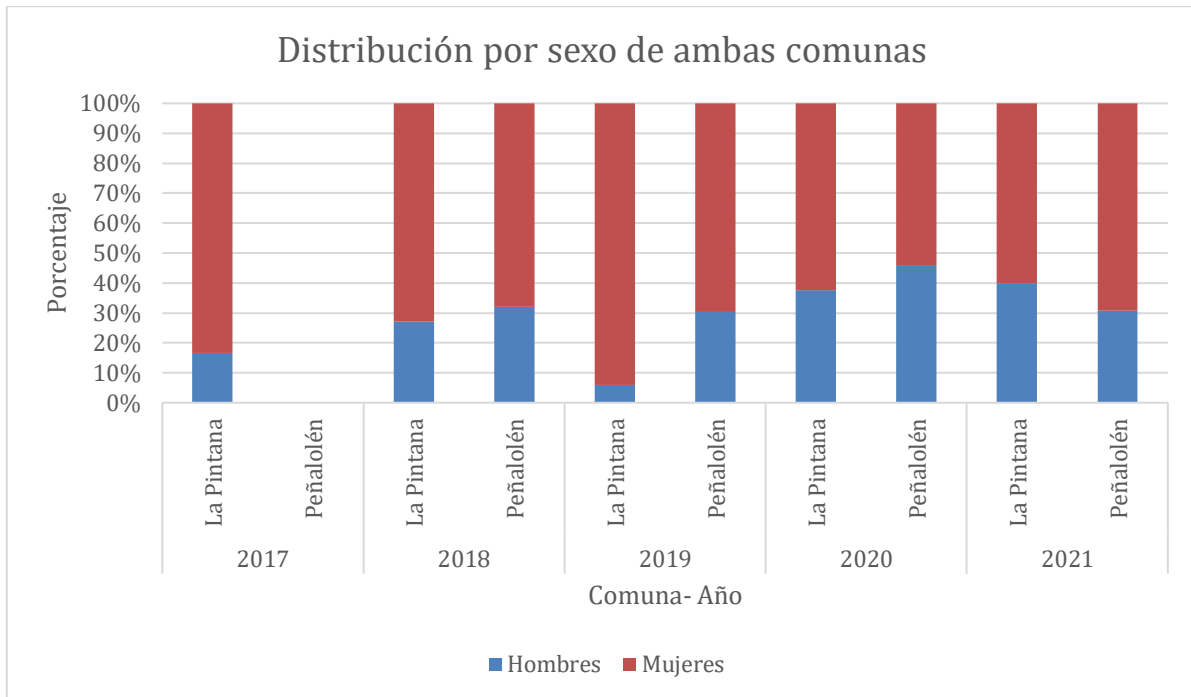
Tabla 14. Distribución por sexo APS por año

	Peñalolén		La Pintana	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>2017</b>	0	0	4 (17%)	20 (83%)
<b>2018</b>	276 (32%)	586 (68%)	22 (27%)	59 (73%)
<b>2019</b>	282 (30%)	651 (70%)	1 (6%)	16 (94%)
<b>2020</b>	64 (46%)	76 (54%)	24 (38%)	40 (63%)
<b>2021</b>	240 (31%)	543 (69%)	18 (40%)	27 (60%)

Fuente: elaboración propia.

En el gráfico 2 se indica la distribución en porcentaje según sexo en cada comuna, en el caso de Peñalolén el programa ha estado integrado por 65% de mujeres en promedio entre los años 2018 – 2021, por su parte en La Pintana el porcentaje de mujeres en la población bajo control es de 75% en promedio entre los años 2017 – 2021.

Gráfico 2. Distribución por sexo en porcentaje de ambas comunas

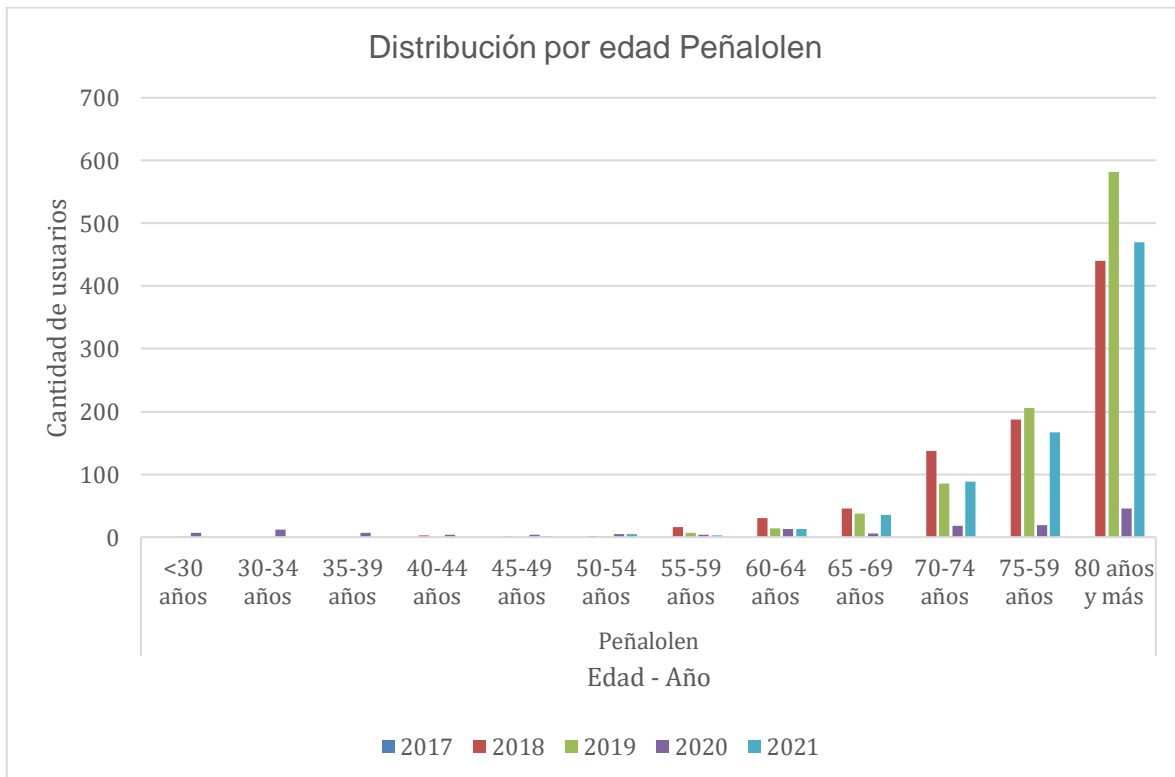


Fuente: Elaboración propia.

### 7.1.1.3 6.1.1.3 Distribución por edad

En el gráfico 3 se indica la distribución por edad en la comuna de Peñalolén entre los años 2017 - 2021, en ella se aprecia mayor número de casos a mayor edad, lo cual se evidencia por sobre los 60 años y se hace más pronunciado por sobre los 80 años.

Gráfico 3. Distribución por edad Peñalolén



Fuente: Elaboración propia.



En la tabla 15 se expresa la PBC, PI en FONASA, PE y porcentaje de cobertura (%) en los tramos etarios entre 30-59 años y personas mayores de 60 años de la comuna de Peñalolén entre los años 2018 - 2021. En ella se evidencia que la cobertura del programa está bajo el 50% en ambos tramos, con una menor cobertura del programa en el grupo de personas mayores, con un 41% de cobertura promedio en el grupo de adultos entre 30-59 años versus un 25% de cobertura promedio para la población mayor de 60 años de la comuna.

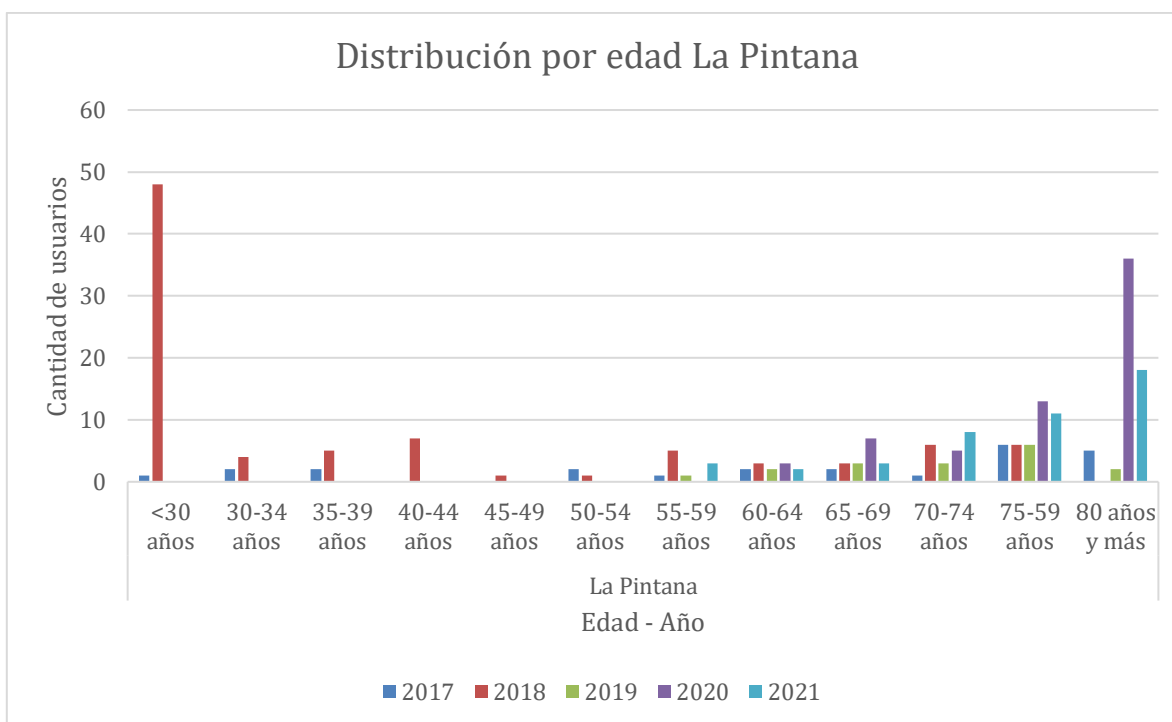
Tabla 15. Cobertura estimada por tramo etario en la comuna de Peñalolén

Peñalolén								
	PBC 30-59	PI 30-59	PE (0.054%)	%	PBC >60 años	PI >60 años	PE (7.10%)	%
2018	22	94.173	51	43	840	39.286	2789	30
2019	8	80.274	43	18	924	36.536	2594	36
2020	36	82.637	45	81	102	37.339	2651	4
2021	10	83.338	45	22	773	38.056	2702	29

Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 4 se expresa la distribución por edad en la comuna de La Pintana entre los años 2017 - 2021, en ella se aprecia la misma tendencia de aumento de casos a mayor edad con un aumento notorio sobre los 60 años, a excepción del 2018 en el cual se reporta un mayor número de casos bajo los 30 años.

Gráfico 4. Distribución por edad La Pintana



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 16 se expresa la PBC, PI en FONASA, la PE y porcentaje de cobertura (%) en los tramos etarios de 30-59 años y mayores de 60 años de la comuna de La Pintana entre los años 2018 - 2021. En ella se evidencia que las coberturas del programa están bajo el

10% en ambos grupos, exceptuando en 2018 en el grupo entre 30-59 años en donde se cuenta con un número de casos mayor que el de la prevalencia esperada para la edad.

Tabla 16. Cobertura por tramo etario en la comuna de La Pintana.

La Pintana								
	PBC 30-59	PI 30-59	PE (0.054%)	%	PBC>60 años	PI >60años	PE (7.10%)	%
<b>2018</b>	23	10.674	6	399	18	4423	314	6
<b>2019</b>	1	60.234	33	3	16	26091	1852	1
<b>2020</b>	<b>0</b>	61.598	33	0	64	26829	1905	3
<b>2021</b>	3	61.112	33	9	42	27229	1933	2

Fuente: Elaboración propia.

#### 7.1.1.4 Caracterización según sexo y edad

En la tabla 17 se presenta la población bajo control distribuida según edad y sexo en la comuna de Peñalolén, en la que se identifica que sobre los 70 años la población femenina supera ampliamente a la población masculina llegando a duplicarla.

Tabla 17. Distribución de la PBC según sexo y edad en la comuna de Peñalolén

AÑO	<30		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80≤ años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>2017</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2018</b>	0	0	0	0	1	3	1	17	31	45	106	218	137	303
<b>2019</b>	0	1	0	0	0	0	2	6	33	18	104	187	143	439
<b>2020</b>	3	4	12	7	5	3	5	4	5	14	18	19	16	30
<b>2021</b>	0	0	0	0	0	2	3	5	24	24	70	185	143	327

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 18 se presenta la población bajo control distribuida según edad y sexo en la comuna de La Pintana, en la que se identifica que sobre los 70 años la población femenina aumenta levemente sobre la población masculina.

Tabla 18. Distribución de la PBC según sexo y edad en la comuna de La Pintana

AÑO	<30		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80≤ años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>2017</b>	1	0	0	4	0	0	1	2	2	2	0	7	0	5
<b>2018</b>	16	32	3	6	1	7	1	5	4	2	1	11	0	0
<b>2019</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	0	9	0	2
<b>2020</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	7	11	11	25
<b>2021</b>	0	0	0	0	0	0	2	1	2	3	6	13	8	10

Fuente: Elaboración propia

### 7.1.1.5 Distribución por severidad

En la tabla 19 y el gráfico 5 se presenta la PBC distribuida según severidad en ambas comunas. En el caso de Peñalolén se observa en el año 2018 una mayor proporción de demencia leve, seguido por demencia moderada y por último menos casos de demencia severa. El año 2019 el mayor porcentaje de casos es de perfil moderado, seguido de leves y finalmente severos. En el año 2020 los casos se concentran en intensidad moderada, seguido de severas y menos casos leves. Por último, en 2021 se observa un mayor número de casos moderados, seguidos de leves y menor cantidad de casos severos.

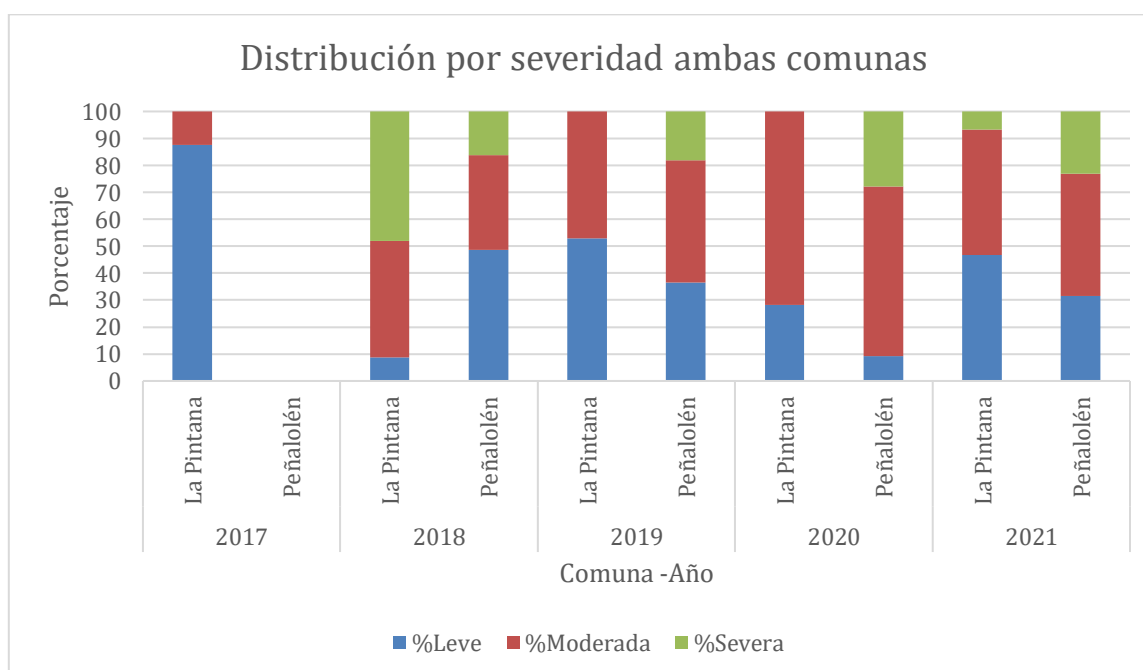
En la comuna de La Pintana, por su parte, en el año 2017 se presenta una mayor cantidad de casos leves, seguidos de moderados. Esto cambia en el año 2018 donde el perfil de casos es principalmente severos, seguidos de moderados y luego leves. En 2019 la distribución también cambia con mayoría de casos leves seguidos de moderados. Al contrario del año 2020 en donde existe una mayor cantidad de usuarios con perfil moderado seguidos de leves. Por último, en 2021 existe igual cantidad de casos leves y moderados y un pequeño porcentaje de severos.

Tabla 19. Distribución por severidad por APS

	Peñalolén			La Pintana		
	Leve	Moderada	Severa	Leve	Moderada	Severa
<b>2017</b>	0	0	0	21 (88%)	3 (12%)	0
<b>2018</b>	420 (49%)	302 (35%)	140 (16%)	7 (9%)	35 (43%)	39 (48%)
<b>2019</b>	341 (37%)	423 (45%)	169 (18%)	9 (53%)	8 (47%)	0
<b>2020</b>	13 (9%)	88 (63%)	39 (28%)	18 (28%)	46 (72%)	0
<b>2021</b>	247 (32%)	355 (45%)	181 (23%)	21 (47%)	21 (47%)	3 (7%)

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5. Distribución por severidad en ambas comunas



Fuente: Elaboración propia.

### 7.1.1.6 6.1.1.6 Caracterización según sexo y severidad.

En la tabla 20 se presenta la población bajo control distribuida según sexo y severidad de ambas comunas.

Tabla 20. Distribución según sexo y severidad de ambas comunas

AÑO	Demencia	APS Peñalolén		APS La Pintana	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2017	Leve	0	0	3	18
	Moderada	0	0	1	2
	Severa	0	0	0	0
2018	Leve	122	298	0	7
	Moderada	115	187	15	20
	Severa	39	101	7	32
2019	Leve	104	237	0	9
	Moderada	126	297	1	7
	Severa	52	117	0	0
2020	Leve	5	8	6	12
	Moderada	37	51	18	28
	Severa	22	17	0	0
2021	Leve	70	177	8	13
	Moderada	110	245	10	11
	Severa	60	121	0	3

Fuente: elaboración propia

En la comuna de Peñalolén, como se planteó en la sección anterior, se identifica que ambos sexos se concentran mayoritariamente en las etapas leves-moderadas de la enfermedad y no se da una tendencia a un estadio de severidad más acentuado en alguno de los sexos.

En La Pintana se observa una mayor frecuencia de demencia en etapas moderadas en ambos sexos, sin una asociación evidente de sexo y severidad en las otras etapas.

### 7.1.2 Características de la Población Bajo Control de las unidades de atención secundaria de los casos de estudio.

Análisis de los informes de la PBC en las unidades de atención de especialidad para personas con demencia del Hospital-del Salvador y Hospital Padre Hurtado.

#### 7.1.2.1 Población bajo control e ingresos

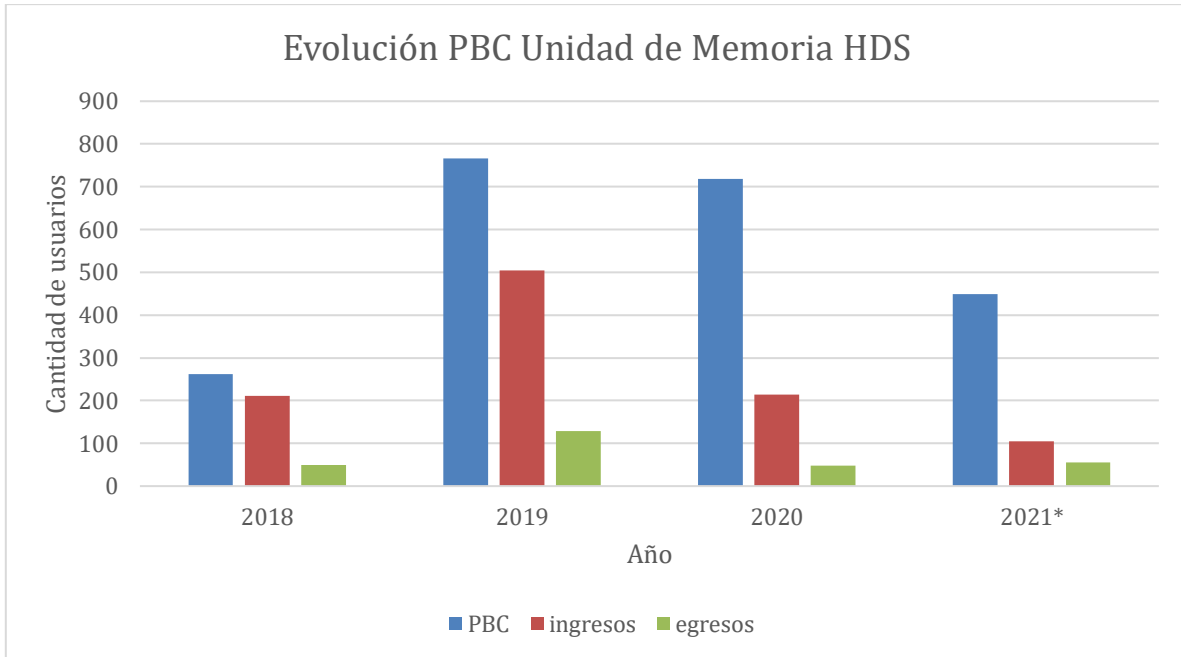
En la tabla 21 y gráfico 6 se muestra la evolución de la cantidad de PBC de la Unidad de Memoria del HDS entre el 2018 y el 1° semestre del 2021. Según los datos analizados se evidencia en el 2018 un total de 262 usuarios, lo que aumentó a 766 con el ingreso de 504 usuarios en el 2019. El 2020 se observa una cifra similar de 718 usuarios, pero con un menor número de ingresos y egresos. El 1° semestre del 2021 mantiene las tendencias del 3° año, aunque con un mayor número de egresos.

Tabla 21. Población bajo control Unidad de Memoria Hospital del Salvador

Hospital del Salvador			
	PBC	Ingresos	egresos
<b>2018</b>	262	211	50
<b>2019</b>	766	504	129
<b>2020</b>	718	214	48
<b>2021*</b>	449	104	55

Fuente: Elaboración propia, \*datos hasta el primer semestre 2021.

Gráfico 6. Evolución de la PBC Unidad de Memoria HDS



Fuente: Elaboración propia, datos de 2021 están hasta el 1° semestre.

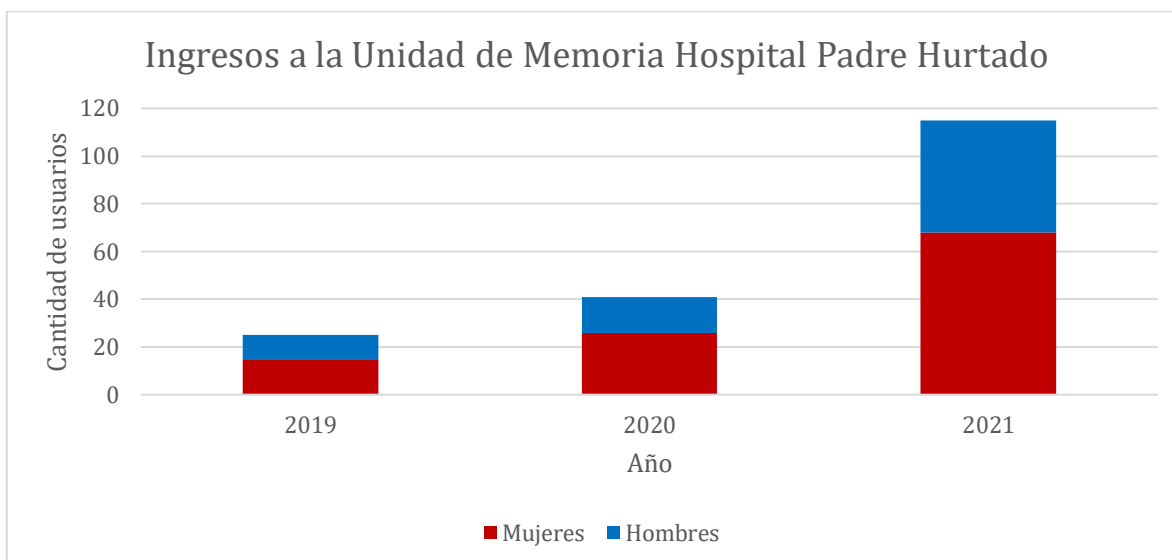
La tabla 22 y gráfico 7 muestran la cantidad de ingresos a la Unidad de Memoria del Hospital Padre Hurtado distribuidas por sexo entre los años 2019 y 2021. Se identifica un aumento constante en la cantidad de usuarios ingresados manteniendo siempre una proporción mayor de mujeres. No es posible construir el dato de población bajo control dado que no se reportan los egresos por año.

Tabla 22. Ingresos a la Unidad de Memoria del Hospital Padre Hurtado

Hospital Padre Hurtado			
	Hombres	Mujeres	Total
<b>2019</b>	10 (40%)	15(60%)	25
<b>2020</b>	15 (37%)	26 (63%)	41
<b>2021</b>	47 (40%)	68 (60%)	115

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7. Ingresos a la Unidad de Memoria del Hospital Padre Hurtado



Fuente: Elaboración propia.

### 7.1.2.2 Procedencia de las derivaciones

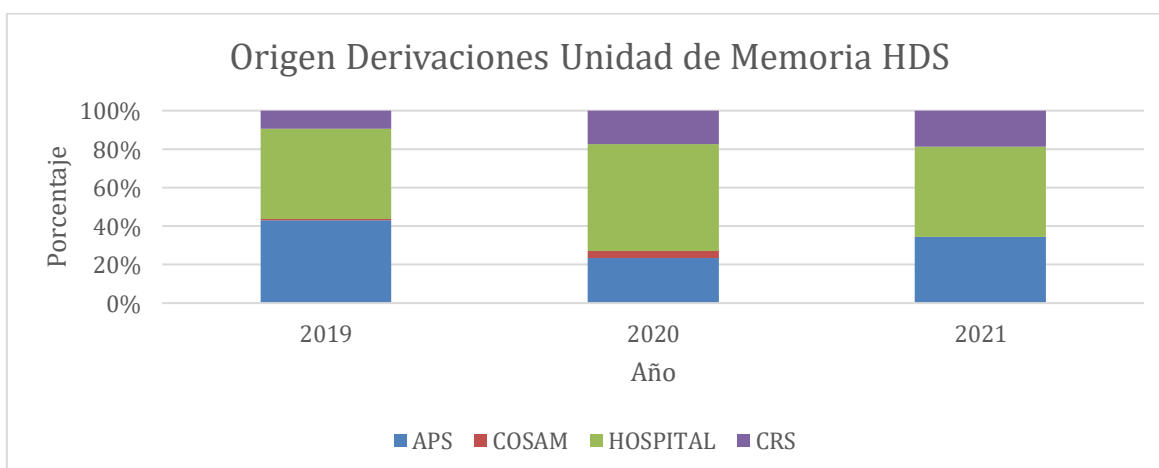
En la tabla 23 y gráficos 8 y 9 se identifica la procedencia de derivaciones de las unidades de memoria de los hospitales del Salvador y Padre Hurtado, en el caso del HDS la primera fuente de interconsultas son los servicios de hospitalizados del mismo HDS, seguida de la APS y del CRS en tercer lugar y el COSAM en última instancia. A diferencia del HPH en el que la primera fuente es la APS, seguida de interconsultas en las que no se informa el centro derivador, el CRS en tercer lugar y por último de interconsultas provenientes de servicios de hospitalizados y urgencias.

Tabla 23. Procedencia de las derivaciones a las Unidades de Memoria.

Año	Hospital del Salvador				Hospital Padre Hurtado				
	APS	COSAM	HOSPITAL	CRS	APS	COSAM	HOSPITAL	CRS	S/info.
2019	205	2	223	45	11	0	2	4	8
2020	50	8	119	37	21	0	0	8	12
2021	11*	0*	15*	6*	56	0	13	17	29

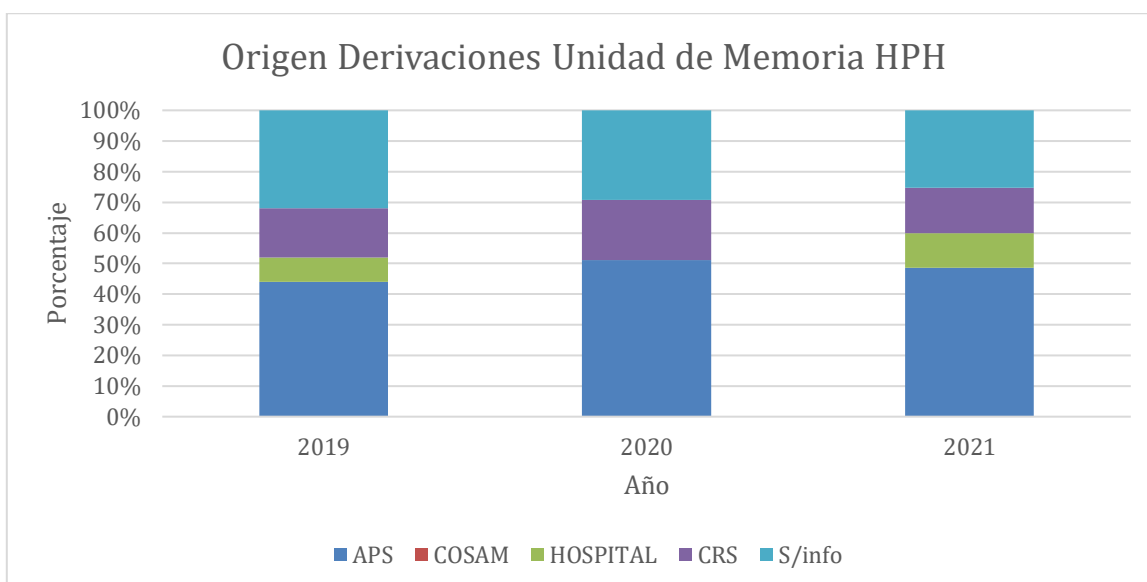
Elaboración propia, \*datos hasta el primer semestre 2021.

Gráfico 8. Origen de derivaciones Unidad de Memoria Hospital del Salvador



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9. Origen derivaciones Unidad de Memoria Hospital Padre Hurtado



Fuente: Elaboración propia.

### 7.1.3 Interconsultas desde la Atención Primaria

Se obtuvieron los reportes de las interconsultas realizadas a neurología entre los años 2017 y 2021 de las comunas de Peñalolén y La Pintana. Estas se filtraron según diagnóstico seleccionando solo las emitidas por sospecha de demencia. A continuación, se presenta el análisis de la población referida desde la atención primaria al nivel secundario para ambos casos de estudio.

#### 7.1.3.1 Caracterización de Interconsultas (IC) realizadas desde APS a las unidades de memoria de ambos servicios.

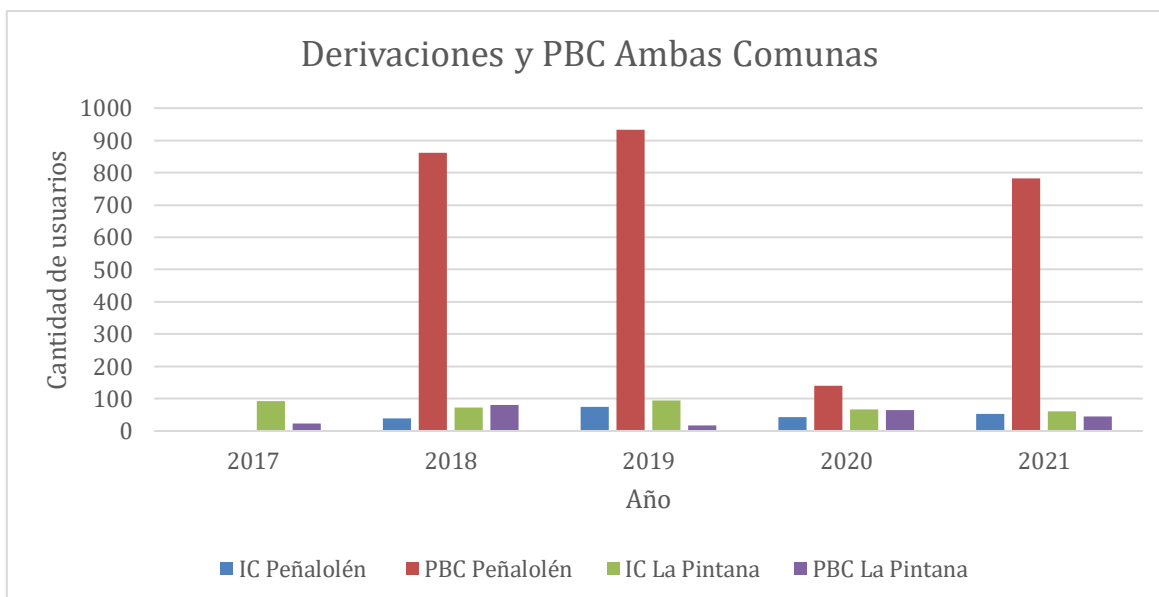
En el gráfico 10 se observan las derivaciones realizadas a nivel secundario hospitalario y la población bajo control en los programas de demencia de APS entre los años 2017 - 2021 en las comunas de Peñalolén y La Pintana.

En Peñalolén no cuentan con información del año 2017, se observa que en todos los años las IC son menores que la PBC representando entre un 4,5 y 8 % de ésta, siendo el 2018 el año con menos derivaciones con 39 interconsultas, en 2019 el número de derivaciones alcanza su mayor cifra con 75 usuarios que representan el 8% de la PBC, en 2020 si bien las derivaciones descendieron a 43 también lo hizo la PBC por lo que en proporción aumentó alcanzando un 30,7% de ella, en 2021 se retoma la tendencia previa con 52 IC que equivalen a un 6,6% de la PBC.

En La Pintana la situación es inversa puesto que a excepción del 2018 todos los años las IC emitidas fueron superiores a la PBC en APS, siendo 2021 el año en que se emitieron menos derivaciones con 60 IC que equivale al 133,3% de la PBC de ese año. En 2017 se observan 93 IC que representa 387,5% de la PBC, en 2018 descienden a 73 siendo 90%

de la PBC, 2019 es el año en el que se realizan más derivaciones con 95 IC que equivalen a 558,8% de la PBC y en 2020 descienden a 66 IC lo que junto con el aumento de la PBC de ese año se traduce en un 103% de la PBC con derivaciones.

Gráfico 10. Derivaciones y PBC ambas comunas



Fuente: elaboración propia.

### 7.1.3.2 Caracterización de las interconsultas según sexo

La Tabla 24 y gráfico 11 muestran la distribución de las interconsultas según sexo, se observa una mayor derivación de mujeres en los dos casos de estudio, siendo en La Pintana una diferencia más pronunciada todos los años a diferencia de Peñalolén en que los años 2018 y 2020 se derivan un número equivalente de hombres y mujeres a nivel secundario.

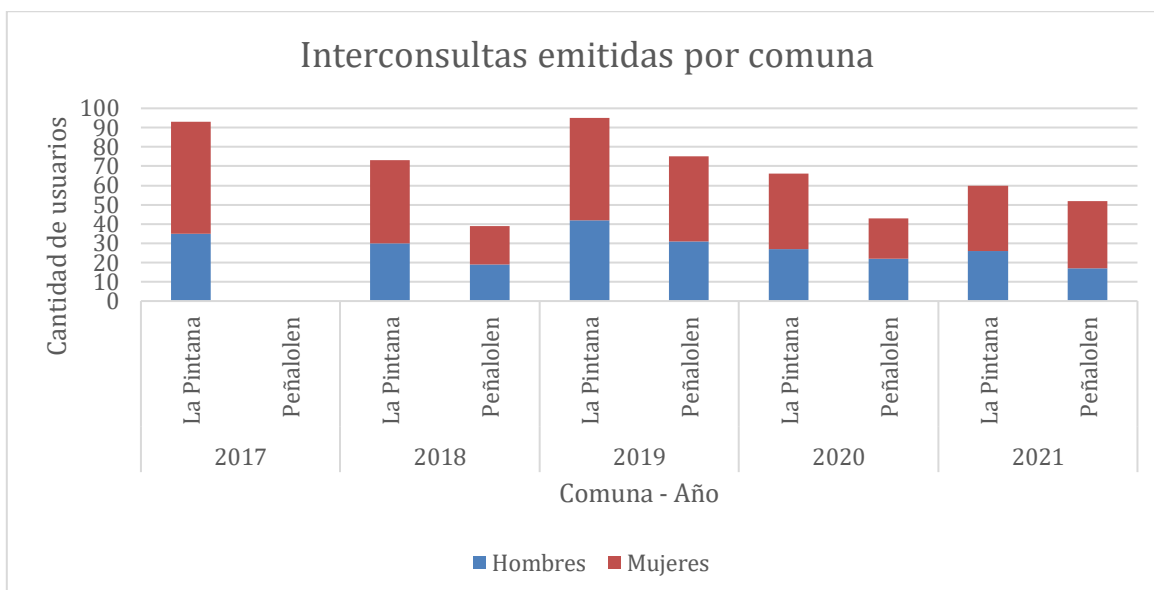
Tabla 24. Distribución de interconsultas a nivel secundario según sexo

Año	Comuna	Hombres	Mujeres	Total
2017	La Pintana	35	58	93
	Peñalolén	0	0	0
2018	La Pintana	30	43	73
	Peñalolén	19	20	39
2019	La Pintana	42	53	95
	Peñalolén	31	44	75
2020	La Pintana	27	39	66
	Peñalolén	22	21	43
2021	La Pintana	26	34	60
	Peñalolén	17	35	52
<b>Total</b>	La Pintana	160	227	387
	Peñalolén	89	120	209

Fuente: Elaboración propia.



Gráfico 11. Interconsultas a nivel secundario por comunas



Fuente: Elaboración propia.

### 7.1.3.3 Caracterización de las interconsultas según edad

En la tabla 25 y gráfico 12 se describen las medidas de resumen principales para la variable edad de las IC emitidas entre los años 2017 y 2021 para ambas comunas en estudio.

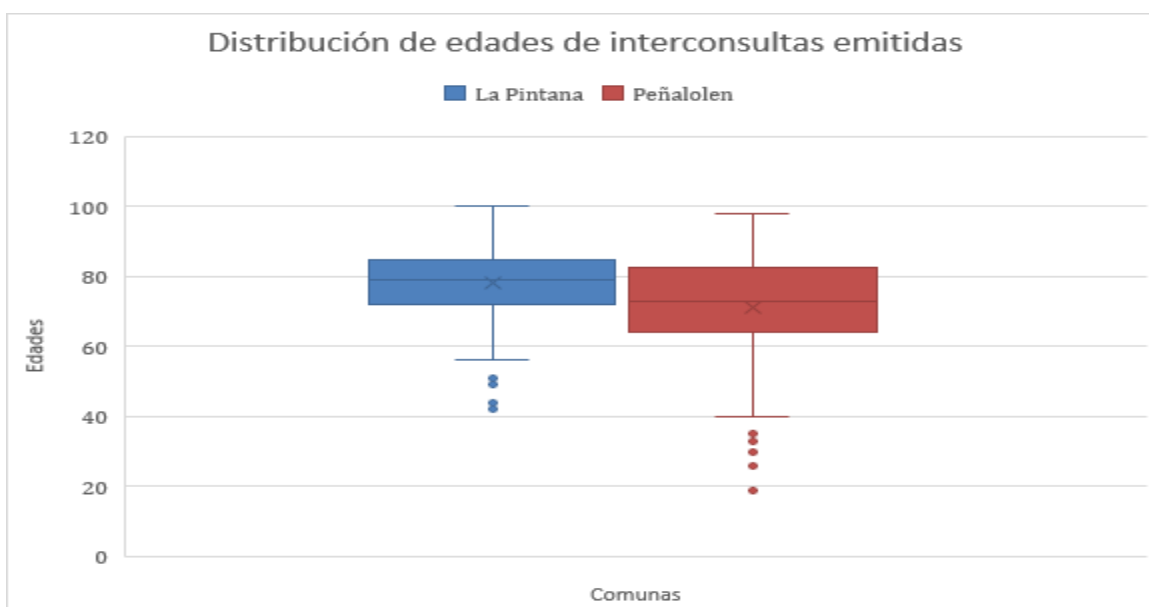
Se destaca en la comuna de Peñalolén una edad promedio de 71,24 años con una DS de 14,83 años, con un rango de valores entre 19 y 98 años, una mediana de 73 años y un rango intercuartílico de 18 años. Mientras en la comuna de La Pintana la edad promedio es de 78,17 años con una DS de 9,9 años, un rango de valores entre 42 y 100 años, una mediana de 79 años y un rango intercuartílico de 13 años.

Tabla 25. Distribución de interconsultas a nivel secundario según edad

	Peñalolén	La Pintana
<b>Promedio</b>	71,24	78,17
<b>Mediana</b>	73	79
<b>DS</b>	14,83	9,904
<b>Mínimo</b>	19	42
<b>Máximo</b>	98	100
<b>p25</b>	64	72
<b>p75</b>	82	85

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 12. Distribución de interconsultas a nivel secundario según edad



Fuente: Elaboración propia.

#### 7.1.3.4 Distribución de las interconsultas según diagnóstico

En la tabla 26 y gráfico 13 se presentan las interconsultas emitidas entre 2017 - 2021 distribuidas según diagnóstico en ambas comunas.

En Peñalolén el síndrome amnésico orgánico es el principal diagnóstico de derivación y la demencia no especificada el segundo, sin otros diagnósticos más específicos registrados.

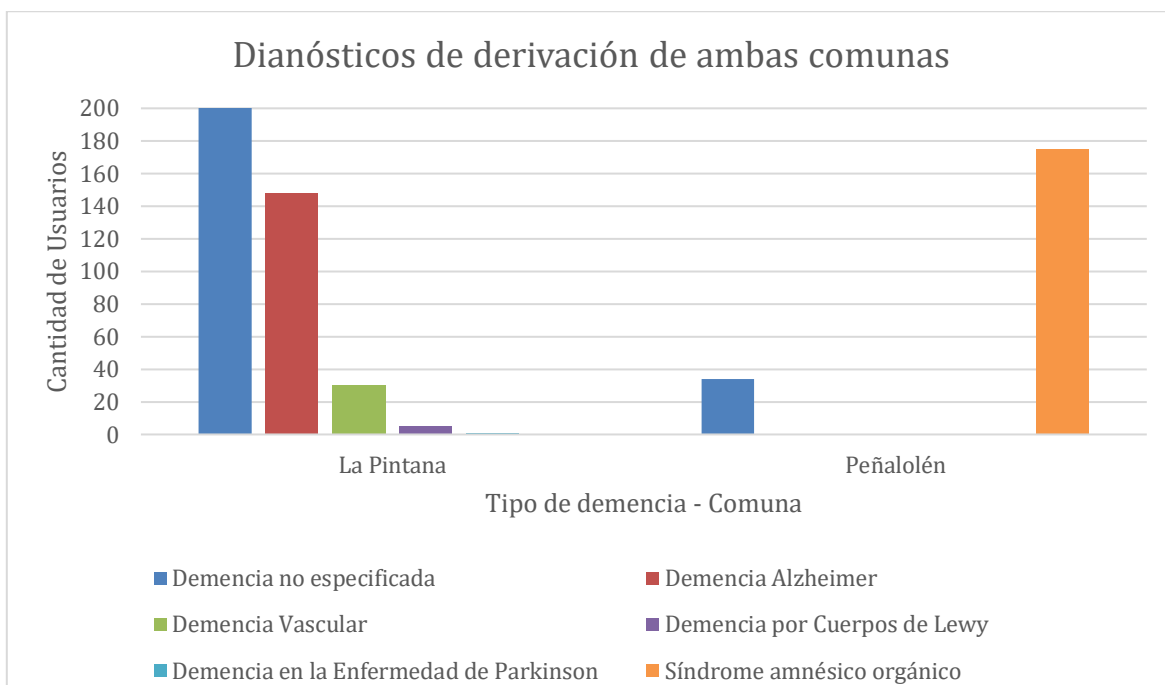
En La Pintana la demencia no especificada es el principal diagnóstico, seguido de la demencia Alzheimer en segundo lugar, la demencia vascular en tercera instancia, la demencia por cuerpos de Lewy en cuarta posición y la demencia en la enfermedad de Parkinson como el diagnóstico menos frecuente.

Tabla 26. Distribución de las interconsultas según diagnóstico.

Diagnostico	La Pintana	Peñalolén
<b>Demencia no especificada</b>	203 (52%)	34 (16%)
<b>Demencia Alzheimer</b>	148 (38%)	0
<b>Demencia Vascular</b>	30 (8%)	0
<b>Demencia por Cuerpos de Lewy</b>	5 (1%)	0
<b>Demencia en la Enfermedad de Parkinson</b>	1(0,3%)	0
<b>Síndrome amnésico orgánico</b>	0	175 (84%)
<b>Total</b>	387 (100%)	209 (100%)

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 13. Diagnósticos de derivación de ambas comunas



Fuente: Elaboración propia.

#### 7.1.3.5 Distribución de las interconsultas según lugar de derivación

La tabla 27 muestra la distribución de interconsultas emitidas en Peñalolén entre 2018 - 2021 según la casilla de derivación, el Policlínico Neurología HDS es el principal dispositivo al que se derivan las IC, seguido de la Unidad de Memoria HDS y por último la casilla de Neurología Adulto.

Tabla 27. Interconsultas de la comuna de Peñalolén según lugar de derivación

Peñalolén	
Local	Cantidad de derivaciones
Neurología Adulto	7
Policlínico Neurología HDS	190
Unidad de Memoria HDS	12

Fuente: Elaboración propia.

#### 7.1.3.6 Días en lista de espera de las interconsultas realizadas en Peñalolén

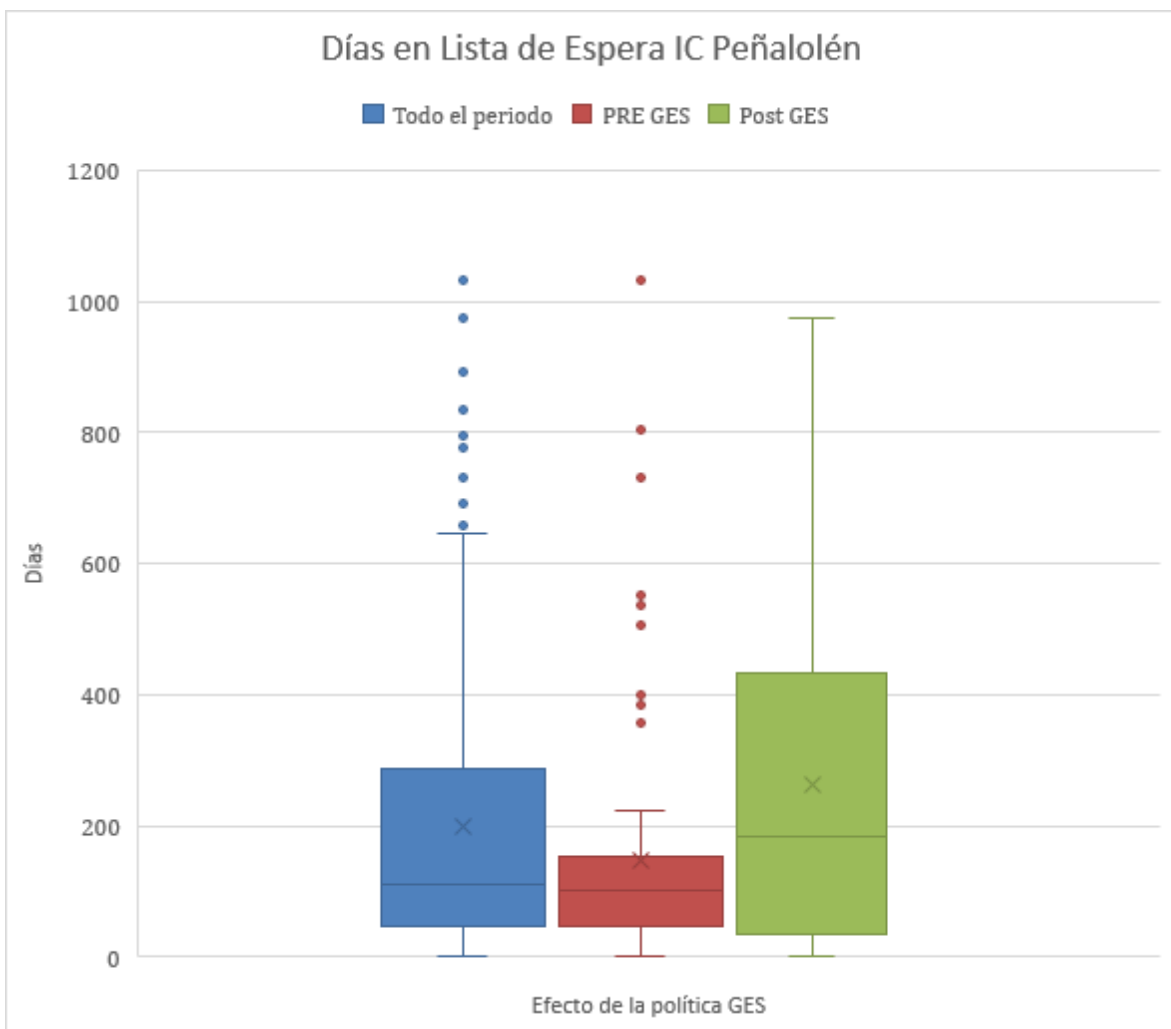
En la tabla 29 y gráfico 13 se describen las medidas de resumen para los días de espera de las interconsultas generadas en APS en Peñalolén, en el período total 2018 - 2021 y específicas de los períodos Pre-GES (2018-2019) y Post GES (2020-2021). Destaca que para los períodos total y Pre-GES tanto el promedio de días como la DS, mediana y rango intercuartílico son menores que para el período post GES. En este último período se evidencia una disminución del valor máximo de días de espera.

Tabla 28. Días en lista de espera de las interconsultas generadas en la APS de la comuna de Peñalolén antes y después del GES.

Peñalolén			
	Todo el período	Pre-GES	Post GES
<b>Promedio</b>	199,96	146,44	264,19
<b>DS</b>	220,08	170,23	254,36
<b>Mediana</b>	112	101	185
<b>Mínimo</b>	0	0	1
<b>Máximo</b>	1032	1032	976
<b>p25</b>	47	48,5	39
<b>p75</b>	271	151,5	425

Fuente: Elaboración propia.

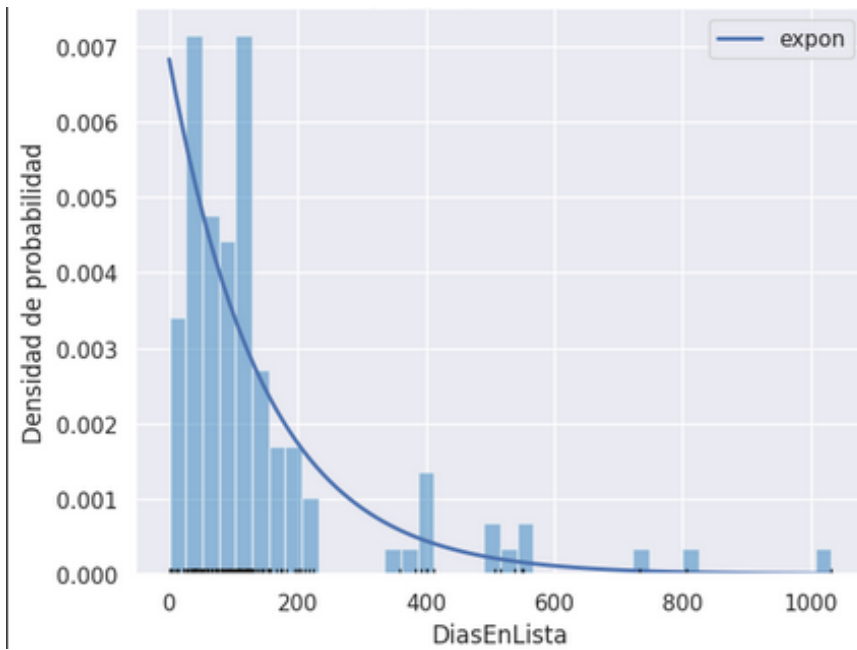
Gráfico 14. Días en lista de espera de las interconsultas generadas en Peñalolén



Fuente: elaboración propia.

Al aplicar en el módulo stats de Python las pruebas de normalidad D'Agostino y Pearson que combinan análisis de sesgo y curtosis se obtuvo que ambos grupos no distribuyen normal cómo se observa en los gráficos 15 y 16.

Gráfico 15. Distribución de días en lista de espera Pre-GES



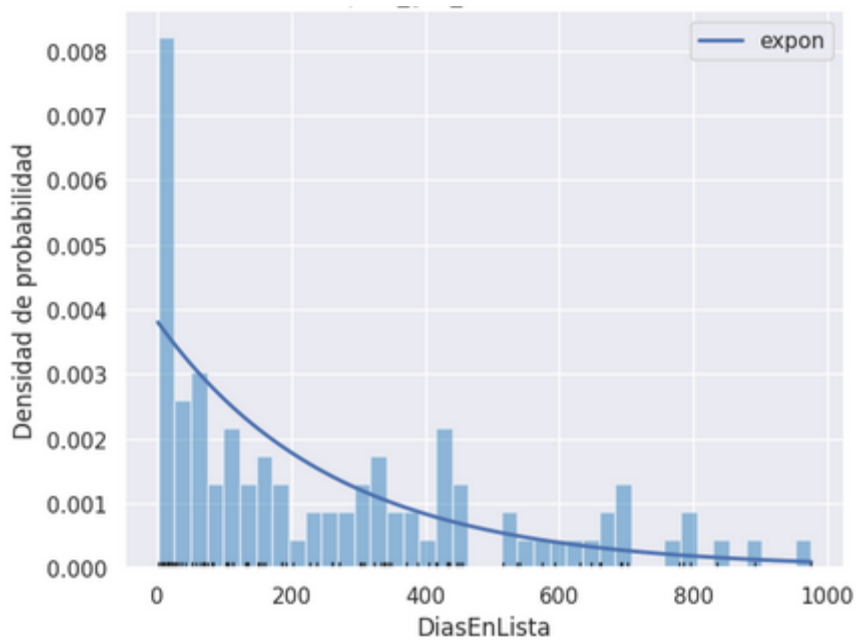
Fuente: Elaboración propia.

Test normalidad Pre-GES:

Estadístico: 85.7901428693832, pvalue = 2.349130670326265e-19

i.e. No distribuye normal

Gráfico 16. Distribución de días en lista de espera Post-GES



Fuente: Elaboración propia.

Test normalidad Post Ges:

Estadístico=11.398417091672322, pvalue=0.0033486146839970432

i.e. No distribuye normal

Para comparar las medianas de las dos muestras se realizó la prueba de hipótesis no paramétrica de U de Mann Whitney en la cual se rechaza que la mediana de días en lista de espera pre-GES es superior que post-GES ( $p=0,006$ ) y no se puede rechazar que los días pre-GES son menos que los post-GES ( $p=0,99$ ).

Test de hipótesis de U de Mann Whitney

Test “less”:

H0: días pre ges son más que post ges

H1: días pre ges son menos que post ges

Resultado: (statistic=4327.0, pvalue=0.006243608392099251)

Conclusión: Se rechaza H0

Test “greater”:

H0: días pre ges son menos que post ges

H1: días pre ges son más que post ges

Resultado: (statistic=4327.0, pvalue=0.9937967343692088)

Conclusión: No se puede rechazar H0

#### 7.1.4 Indicadores de producción

Respecto a este indicador se evidencia en la tabla 29 que el registro de controles en el formulario para el REM se realizó solo en la comuna de Peñalolén el año 2019, con una mayoría de controles por terapeuta ocupacional, a diferencia de los otros centros en los cuales no existe información en las secciones G-H del REM A-06 por lo que no es posible analizar la cantidad de controles realizados entre los años 2017 - 2021.

Tabla 29. Cantidad de controles a usuarios con demencia años 2019-2021

Centro	Profesional	2019	2020	2021
<b>HOSPITAL DEL SALVADOR</b>	KINESIOLOGO			
	TERAPEUTA OCUPACIONAL			
	FONOAUDIOLOGO			
	PSICOLOGO			
	ASISTENTE SOCIAL			
	TOTAL			
	KINESIOLOGO			

<b>HOSPITAL PADRE HURTADO</b>	TERAPEUTA OCUPACIONAL			
	FONOAUDIOLOGO			
	PSICOLOGO			
	ASISTENTE SOCIAL			
	TOTAL			
<b>PEÑALOEN</b>	KINESIOLOGO	2	.	.
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	3079	.	.
	FONOAUDIOLOGO	0	.	.
	PSICOLOGO	0	.	.
	ASISTENTE SOCIAL	0	.	.
	TOTAL	3081	.	.
<b>LA PINTANA</b>	KINESIOLOGO			
	TERAPEUTA OCUPACIONAL			
	FONOAUDIOLOGO			
	PSICOLOGO			
	ASISTENTE SOCIAL			
	TOTAL			

Fuente: elaboración propia basada en REM.

### 7.1.5 Indicadores de evaluación del PND

Como se puede evidenciar en la tabla 30 a solo 2 usuarios de la PBC de Peñalolén les fue aplicado el cuestionario de evaluación del programa en el año 2019, no contando con registros para los otros años.

Respecto a los otros centros del SSMO no existe información registrada en las secciones G-H del REM A-06 por lo que no es posible evaluar con los indicadores propuestos el impacto del plan nacional de demencia entre los años 2017 - 2021.

Tabla 30. Indicadores de evaluación plan nacional de demencia

PEÑALOEN										
Año	Actividad	TOTAL			AUMENTO		MANTENCION		DISMINUCION	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2019	Personas con demencia con reevaluación deterioro global GDS Reisberg	2	0	2	0	0	0	2	0	0
	Cuidadores personas con demencia con reevaluación sobrecarga del cuidado	2	0	2	0	0	0	0	0	2

	Cuidadores de personas con demencia con evaluación de satisfacción usuaria del proceso de intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2020</b>	Personas con demencia con reevaluación deterioro global GDS Reisberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cuidadores personas con demencia con reevaluación sobrecarga del cuidado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cuidadores de personas con demencia con evaluación de satisfacción usuaria del proceso de intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2021</b>	Personas con demencia con reevaluación deterioro global GDS Reisberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cuidadores personas con demencia con reevaluación sobrecarga del cuidado	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Cuidadores de personas con demencia con evaluación de satisfacción usuaria del proceso de intervención	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia basada en REM.

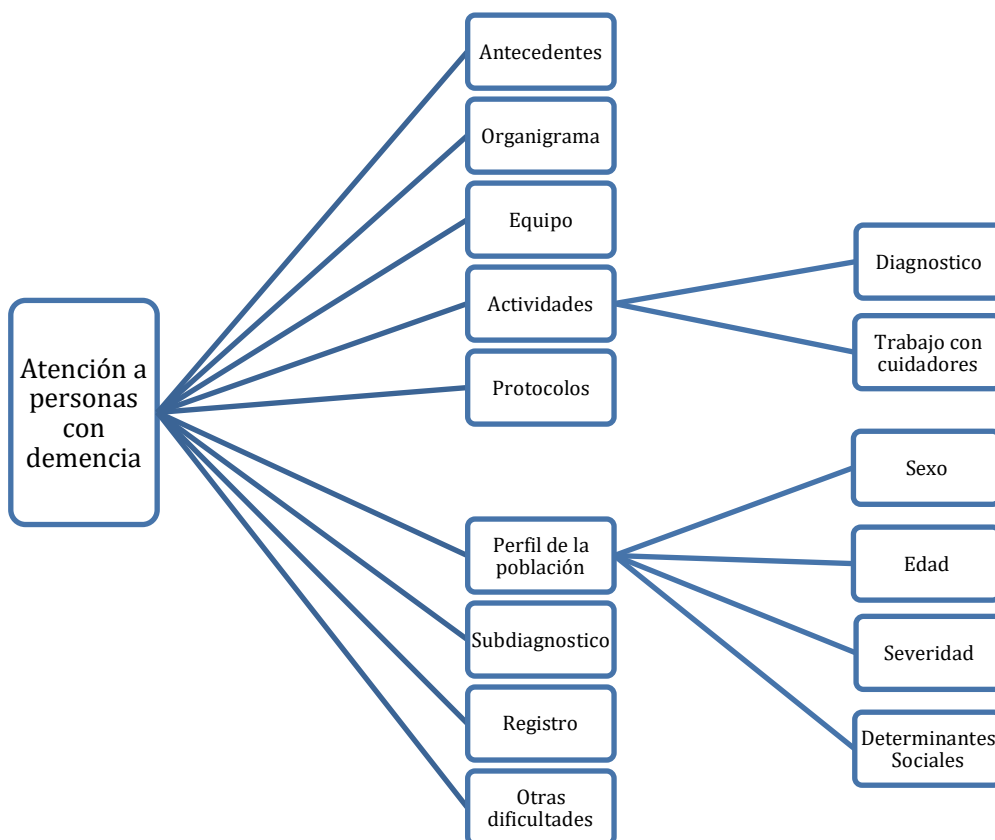


## 7.2 Análisis Cualitativo

En el proceso de análisis de resultados QUAL se generaron 3 dimensiones de análisis con 22 categorías y 21 subcategorías, las que se presentan en las figuras 9, 10 y 11. Para estas dimensiones se obtuvo un total de 793 segmentos codificados, distribuidos en 332 relativos a la atención de personas con demencia, 301 para las estrategias de coordinación y 160 para la valoración de la integración y las causas que la explican. El total de segmentos codificados se resume en la tabla 31.

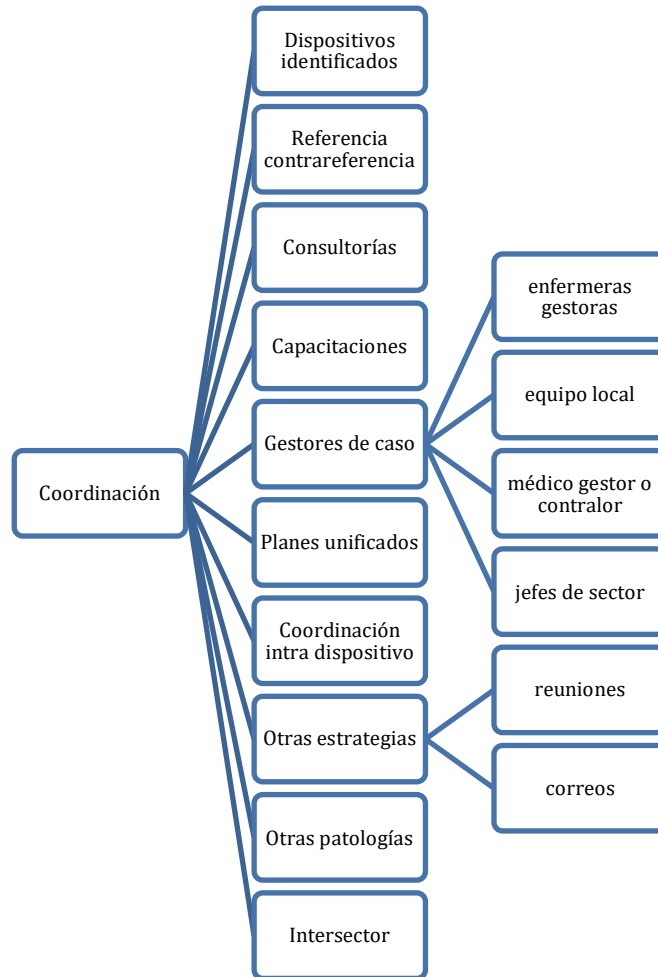
A continuación, se presentan los principales resultados del análisis de contenido de la información obtenida en las entrevistas, estos resultados fueron organizados en un orden lógico según los objetivos de la investigación, por lo que se han agrupado algunas categorías y subcategorías que responden al mismo objetivo para facilitar la lectura.

Figura 10. Dimensión atención a personas con demencia.



Fuente: elaboración propia.

Figura 11. Dimensión estrategias de coordinación.



Fuente: elaboración propia.

Figura 12. Dimensión valoración de la integración y coordinación de las RISS

Fuente: elaboración propia.

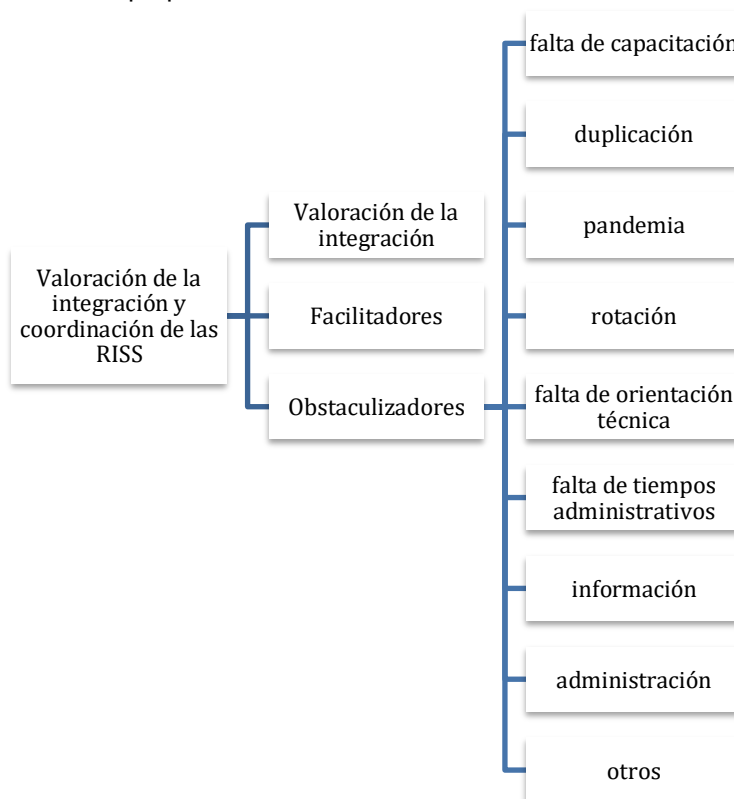


Tabla 31. Distribución de segmentos codificados

Dimensión-Categoría-Subcategoría	Segmentos codificados	%
<b>Atención a Personas con Demencia</b>	<b>332</b>	<b>41,87</b>
Antecedentes	6	0,76
Organigrama	19	2,40
Equipo de profesionales	26	3,28
Actividades	101	12,74
Diagnostico	17	2,14
Trabajo con cuidadores	29	3,66
Protocolos	19	2,40
Perfil de la población	42	5,30
Sexo	12	1,51
Edad	9	1,13
Severidad	11	1,39
Determinantes Sociales	3	0,38
Subdiagnóstico	27	3,40
Registro	29	3,66
GES	23	2,90
Recursos	36	4,54
Otras dificultades	4	0,50
<b>Estrategias de Coordinación</b>	<b>301</b>	<b>37,96</b>
Dispositivos identificados en las RISS	34	4,29
Referencia contrarreferencia	44	5,55
Consultoría	30	3,78
Capacitaciones	29	3,66
Gestores de caso	46	5,80
Enfermera gestora	10	1,26
Equipo local	11	1,39
Médico gestor	10	1,26
Jefe de sector	5	0,63
Planes unificados	9	1,13
Coordinación intra dispositivo	19	2,40
Otras estrategias	50	6,31
Reuniones	9	1,13
Correo	20	2,52
Inter sector	30	3,78
Otras Patologías	10	1,26
<b>Valoración de la integración y coordinación de las RISS</b>	<b>160</b>	<b>20,18</b>
Valoración de la integración	17	2,14
Facilitadores	40	5,04
Obstaculizadores	103	12,99
Falta de capacitación médica	7	0,88
Duplicación	6	0,76
Pandemia	8	1,01
Rotación	9	1,13
Falta de orientación técnicas	9	1,13
Falta de tiempos administrativos	5	0,63
Falta de integración de la información	16	2,02
Falta de integración administrativa	12	1,51
Otros obstaculizadores	31	3,91
<b>Total</b>	<b>793</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia.

## 7.2.1 Caracterización de la población bajo control y el funcionamiento de los programas de atención a personas con demencia

En este apartado se presentan los resultados cualitativos referentes a la percepción de los profesionales respecto al perfil de la población usuaria, junto con los aspectos internos de funcionamiento de cada dispositivo para llevar a cabo la atención a personas con demencia y la opinión de los entrevistados sobre las variables que explican, en su experiencia, el estado actual de diagnóstico, registro y cumplimiento de las prestaciones que se deben otorgar a esta población. Se profundizó en estos aspectos de acuerdo con los resultados obtenidos en la fase cuantitativa, de manera de tener una mirada más comprehensiva de lo descrito estadísticamente.

También es relevante considerar que estos aspectos del funcionamiento interno de cada dispositivo impactan en las estrategias de coordinación y la integración de las RISS.

### 7.2.1.1 Perfil de la población bajo control

#### 7.2.1.1.1 Población bajo control y Subdiagnóstico

En la mayoría de las entrevistas de ambos servicios no se planteó explícitamente el número de personas bajo control de los dispositivos y su evolución en el tiempo, sin embargo, a partir de los resultados de la fase cuantitativa se recoge el subdiagnóstico de la patología como un fenómeno a explorar, por lo que se consultó de forma dirigida a todos los profesionales, quienes identificaron brechas en el diagnóstico de demencia y algunas variables que la explican. La selección de segmentos codificados para subdiagnóstico se presentan en la tabla 1 del Anexo 3.

A nivel del SSMO en la percepción de los entrevistados de APS se atribuye el subdiagnóstico a diferentes razones, por una parte a la descompensación de enfermedades de base y déficit sensoriales, a la duda diagnóstica entre el deterioro cognitivo leve y la demencia, a la falta de acceso a imagenología, a la falta de redes familiares y comunitarias que aporten información y permitan la inclusión al sistema, por último, también a la normalización de la falla de memoria en las personas mayores y a las reticencias del estamento médico para abordar a este tipo de usuarios.

*“Yo creo que pasa por dos cosas uno, la normalización de la falla de memoria en las personas mayores, que eso todavía hasta el día de hoy me pasa emm... Y lo otro que generalmente cuando llegamos tarde es que son personas un poco excluidas del sistema y que no han estado como en controles permanentemente. Porque acá es claro, es entre comillas, fácil encontrarlo porque el EMPAM se hace todos los años. Entonces no debería pasar algo, alguien con una demencia moderada si todos los años recibe una evaluación”. (Profesional APS).*

En el caso de la atención secundaria se plantea la baja sensibilidad del instrumento de pesquisa utilizado en APS y la falta de programas estructurados de control y seguimiento para personas con deterioro cognitivo leve.

*“Creo que es porque las evaluaciones, muchas veces en la atención primaria, no hay un instrumento que pesquise e el deterioro cognitivo leve o que lo controle y lo trate y no llegue tan tardíamente porque estamos con el EFAM si no me equivoco en la atención primaria y es el mismo desde el año 2000 que lo crearon. No me acuerdo la, la enfermera que empezó a utilizar el EFAM y no se ha vuelto a cambiar, quizá el instrumento de un mini mental abreviado es, es muy poco, En relación a la pesquisa o a la indagación que puede haber en un deterioro cognitivo entonces sale alterado cuando ya es demasiado evidente el deterioro y ya hay muchas veces una demencia.” (Profesional UM)*

Los profesionales entrevistados del SSMSO de la atención primaria reconocen una brecha en la población que debería estar bajo control en los CESFAM, la cual se hizo evidente con la implementación del GES N°85, lo cual era de conocimiento por parte del Servicio de Salud. En cuanto a las razones atribuidas al subdiagnóstico, en palabras de los entrevistados del primer nivel de atención, consideran una baja en la pesquisa y la derivación inefectiva desde el EMPAM a la evaluación médica inicial, la falta de información clara al usuario y minimización de la afectación de memoria. También destacan la falta de capacidades en el equipo médico para sospechar y diagnosticar las demencias adecuadamente, sin normalizarlas ni confundirlas con otras entidades psiquiátricas.

*“Se supone que en los EMPAM ahí se pesquisa y se ha estado derivando por la morbilidad para la valoración por médico, ya el kine los estaba derivando. La realidad es que de no se digamos que diez pacientes que derivara, estoy hablando de un valor X, los que se lograban encarrilar o... O como llevar el... A esa atención propiamente. Yo creo que era menos de la mitad ya, porque a veces el paciente no le queda claro porque lo derivaron a médico, porque no sé, creen que es un problema menor, otros tienen otros malestares y resulta que llegan con otra idea a la consulta y el médico no sabe, de pronto no revisa una atención antes y lo atiende por otra cosa.” (Profesional APS)*

Desde el nivel secundario, en la experiencia de las personas entrevistadas se considera que la atención primaria realiza menos atenciones del sistema GES que les corresponden atribuyéndolo a una falta de acompañamiento por parte de los hospitales de base.

*“O sea, yo he trabajado en un CESFAM. Y yo creo que lo menos que se veía era GES, o sea las confirmaciones. Los médicos no hacían muchas. Ya, porque era también porque el hospital de base no nos daba esas directrices” (Profesional UM)*

#### 7.2.1.1.2 Caracterización por Sexo

La mayoría de las personas entrevistadas del SSMO a todo nivel de atención identifica una feminización de la población bajo control del programa, excepto una de las personas del nivel primario de atención que no observa una predominancia de un sexo sobre otro en la

población bajo control. Además, una de las personas entrevistadas de la APS aporta una observación respecto a la relación entre sexo y edad, identificando que las mujeres tienen tendencia a ser de edades más avanzadas versus los hombres que están bajo control en el programa.

*“Acá en APS es mayormente mujeres, yo creo que es 2:1 con, versus los hombres y tiene la tendencia de ser mayores también las mujeres, hombres con demencias son más jóvenes.” (Profesional APS)*

En el SSMSO también se reconoce una feminización de la población bajo control a todo nivel de atención, excepto una de las personas del nivel primario que observa una masculinización en su experiencia. En las entrevistas también se aportaron observaciones respecto a la relación de sexo masculino y comorbilidades cardiovasculares y postración y a la relación entre sexo masculino barreras para el diagnóstico, evolución y severidad de la enfermedad.

*“¿Y la verdad es que la razón igual es bastante eh? La tendencia, es más, mucha más hacia las mujeres. Tres veces más que los hombres. Pero también tiene que ver con que en salud mental en general nosotros atendemos a un 67% de mujeres y un 33% de hombres. Entonces también tiene que ver con las barreras de acceso que, qué atención primaria tiene en los hombres. Por ejemplo, la estrategia de la atención nocturna, que era hasta las 22:00 de la noche, nos permitió un poco abarcar la población de hombres, tanto de adultos joven como de personas mayores. Pero en realidad tiene que ver, yo creo, con una barrera más de sexo, de acceso. Entonces para mí difícil decirte como que eso es lo que hay en los registros.” (Profesional APS)*

La selección con todos los segmentos codificados para subdiagnóstico se presentan en la tabla 2 del Anexo 3.

#### 7.2.1.1.3 Caracterización por Edad

Respecto a esta característica todas las personas entrevistadas del SSMSO señalan la tendencia a una edad avanzada en la población bajo control de sus dispositivos. Como se mencionó a nivel de atención primaria, una de las personas relaciono una mayor edad con el sexo femenino. Por su parte las personas entrevistadas de los dispositivos de atención secundaria, tanto comunal como hospitalaria, refieren casos excepcionales de personas jóvenes que han recibido atención, las cuales se asocian a demencias atípicas.

*“El promedio de edad es bastante mayor y yo creo que sobre los 70 años y hasta los 80 y algo, hay población menor también de las demencias de inicio temprano. Yo creo que la menor edad está en los 40 años de ingreso, en demencia tipo DFT, demencia fronto temporal y son las de algún... Hay algunos casos o enfermedad de demencia tipo enfermedad de Alzheimer de inicio temprano.” (Profesional UM)*

La percepción de todas las personas entrevistadas en el SSMSO también reafirma el perfil envejecido de la población bajo control en todos los niveles de atención. Una de las personas entrevistadas en APS lo asocia a cierta tardanza en el diagnóstico y otra refiere un perfil inclinado a la 4ta edad. A nivel secundario comunal se identifican también casos excepcionales de personas jóvenes en control, no así en el nivel secundario hospitalario donde esta situación no se menciona.

*“Ya en rango etario entre... El entre, sobre todo entre 80 en adelante, ya como entre 60 y 70 no lo he visto mucho, pero son como ya inclusive de entre 80 y 85 en adelante.” (Profesional APS)*

La selección con todos los segmentos codificados para subdiagnóstico se presentan en la tabla 3 del Anexo 3.

#### 7.2.1.1.4 Caracterización por Severidad

Respecto al perfil de severidad del SSMSO éste varía según nivel de atención, en la opinión de los profesionales de atención primaria y secundaria municipal entrevistados, la población bajo control esta mayoritariamente compuesta por personas en etapa leve y moderada, una de las profesionales reconoce un cambio en el perfil a lo largo de los años debido a que se está diagnosticando más precozmente la enfermedad, otro de los entrevistados expresa que en el programa de memoria de la comuna no tienen mucho que ofrecer a las personas con demencias en etapas avanzadas por lo que son atendidas bajo el enfoque de cuidados paliativos. A diferencia de lo que refiere la profesional del nivel secundario hospitalario que describe un perfil de personas en etapa moderada a severa, lo cual atribuye a un diagnóstico tardío.

*“Los primeros años llegaban demencias moderadas, severas. Como llegamos tarde, llegamos súper tarde al diagnóstico y a poder generar un tratamiento que va enfocado más a la calidad de vida de las personas que... bueno son demencias. Em. Y ahora siento que ya podemos, ya hay una parte de la población en que se le puede llegar al diagnóstico recién comenzando. Todavía, todavía encontramos demencias moderadas que por ABC motivo no llegaron antes, pero son menos que cuando comencé.” (Profesional APS).*

*“Mira, yo diría que es según GDS es de severidad generalmente moderada, porque lamentablemente leve llega poco o llega tardíamente, llega tardíamente. Yo diría que moderada a severa.” (Profesional UM).*

En el caso del SSMSO la mayoría de las personas entrevistadas describe un perfil de la población con personas en etapas más moderadas a severas. Los profesionales de APS hacen mención del diagnóstico tardío y de la progresión más acelerada, ambas relacionadas al sexo masculino.

*“En lo personal, los que he identificado, la gran mayoría son ya avanzados, que, si bien no están como en una demencia avanzada, no es un GDS de seis, siete, si tienen ponte tu no sé tres, cuatro, como que ya pierden un poquito de independencia, se pierden, entonces son funcionales, pero requieren vigilancia.”*  
(Profesional APS)

En el nivel secundario comunal la entrevistada señala que el perfil de pacientes del centro está en etapas medias en las cuales se manifiestan síntomas psiquiátricos con mala respuesta y/o adherencia a tratamientos. Por último, a nivel secundario hospitalario, la profesional hace alusión a un cambio en el perfil de severidad de los usuarios por la oportunidad del diagnóstico.

*“Generalmente son los...bueno, los desajustes conductuales de inicio, ya ... de inicio que no han respondido o han ido a mal. A una mala adherencia también al tratamiento, por esto de que hay etapas en que están bien conectados y otros que no lo están, confunde también a los cuidadores. Ya... Entonces hay un desajuste que hay que... Que hay que intervenir, ya con métodos especializados y también la etapa media, ya ... que aparecen delirios y cosas así.”* (Profesional COSAM)

La selección con todos los segmentos codificados para subdiagnóstico se presentan en la tabla 4 del Anexo 3.

#### 7.2.1.1.5 Caracterización por tipo de demencia

Respecto a los tipos de demencia a que se refieren los entrevistados del SSMO, en el caso de atención primaria indican que se manejan las personas con demencias típicas y que a nivel secundario se derivan a las personas con demencias atípicas, rápidamente progresivas, de difícil manejo o en las que existen dudas diagnósticas con deterioros cognitivos leves.

*“Bueno, nosotros tenemos los flujogramas como super marcados y como te decía en APS, sé quedan las personas como de demencia de libro, como las que son más comunes, más fáciles, que responden a los tratamientos no farmacológico y farmacológico. Em. Pero, por ejemplo, al momento del diagnóstico, si hay duda sobre una persona con DCL o con demencia leve, van a la Unidad de Memoria. Una persona EM que hace como efectos refractarios a los medicamentos, van a la Unidad de Memoria. ¿Si tenemos demencia atípica, como, no sé, el cuerpo de Lewy, ¿eh? Em fronto-temporal también van a la Unidad de Memoria.”* (Profesional APS).

En cuanto a las entrevistas realizadas en el SSMSO, a nivel primario no se reconoce por parte de los profesionales un tipo de demencia en particular de mayor frecuencia en la población bajo control, si se plantea un porcentaje asociado a eventos cerebrovasculares



debido a las comorbilidades no compensadas. En el nivel de atención secundaria se identifica un diagnóstico predominante en la población bajo control del programa que es justamente el tipo de demencias vasculares.

*“Bueno, lo que más vemos son demencias vasculares y DFT, fronto-temporales con cuerpos de Lewy también ahí como que van de la mano juntas, pero las demencias vasculares son los que más vemos, porque más encima es un paciente que consulta por un accidente cerebrovascular y se le diagnostica en si al tiro la demencia vascular dependiendo el foco. Entonces es como esas son las demencias más o menos que vemos” (Profesional UM)*

La selección con todos los segmentos codificados para subdiagnóstico se presentan en la tabla 5 del Anexo 3.

#### 7.2.1.1.6 Caracterización según determinantes sociales

En las entrevistas de atención primaria de salud (APS), en el SSMSO se reconoce una carga importante de determinantes sociales como bajo nivel educacional, ruralidad y bajo nivel socioeconómico. No se mencionan estos elementos en las entrevistas de los profesionales de otros niveles.

*“Baja escolarización, más de la mitad no tiene más de tres o cuatro años de escolarización. Hay muchas personas sin lectoescritura, muchas personas que no son originarias de Santiago. La mayoría viene del campo y cuidadas por adultos mayores en un 50%, yo diría. Eso, bajos recursos económicos.” (Profesional APS)*

En el mismo SSMSO, tanto a nivel de atención primaria como a nivel de atención secundaria hospitalaria se hace referencia a la importancia de los determinantes sociales, además se indica que estos jugarían un rol en la prevalencia esperada para la población de la comuna.

*“Y bueno, que el estudio de prevalencia que señalaba que 1.06% de la población mayor de 15 años podría tener demencia. En realidad, eso no nos decía nada. En comunas como la nuestra, donde... Donde las determinantes sociales son mucho más graves, sabemos que nosotros, por ejemplo, los estudios de prevalencia sobre todo de esas enfermedades son mucho más.” (Profesional APS).*

La selección con todos los segmentos codificados para subdiagnóstico se presentan en la tabla 6 del Anexo 3.

#### 7.2.1.1.7 Caracterización según comorbilidades

En el nivel primario de atención del SSMSO uno de los profesionales entrevistados refirió la existencia de comorbilidad psiquiátrica con depresión y consumo de alcohol. No se mencionan comorbilidades identificadas en los otros niveles de atención.

*“Tienen mucha comorbilidad con sintomatología depresiva, todo el rato. Es una población bien depre, con hartos antecedentes de consumo de alcohol también.”  
(Profesional APS).*

Como ya se expuso en el subtítulo de tipos de demencia, las profesionales entrevistadas de SSMSO tanto a nivel de APS como a nivel secundario hospitalario se refirieron a importante comorbilidad cardiovascular.

*“Y hay un conjunto de muchas cosas, porque hay una alta población con enfermedades cardiovasculares no compensadas. Algunos ya han tenido de pronto un evento cerebrovascular y están con algunas secuelas. Entonces de ahí parte como porcentaje de estas demencias vasculares, de estos pacientes, como a causa de su mal control metabólico” (Profesional APS).*

#### 7.2.1.2 Funcionamiento de los programas de atención a personas con demencia

Aunque el primer objetivo específico se focalizaba en la caracterización de las personas atendidas, fue posible ampliar esto describiendo el funcionamiento de los programas de atención a personas con demencia que cada dispositivo ha implementado. Los principales resultados sobre este aspecto se presentan en las siguientes secciones.

##### 7.2.1.2.1 Antecedentes, Equipo de profesionales y Organigrama

Se consideran elementos de contexto relevantes para comprender el funcionamiento de los dispositivos de atención a personas con demencia y las diferencias que se pueden dar a posteriori en la coordinación e integración de las redes integradas de servicios de salud.

Los antecedentes comprenden las opiniones de los entrevistados relativas a aspectos que dan origen al funcionamiento de las actuales redes, como se conformaron, cuáles fueron las necesidades que las fundamentaron y como evolucionaron sus prestaciones.

En el caso del SSMSO todas las personas entrevistadas reconocen a Peñalolén como una de las comunas donde se implementa el piloto del Plan Nacional de Demencias, destacan el rol de ciertos profesionales con vasta trayectoria, tanto en las políticas dirigidas a las personas mayores como en la investigación sobre demencias en Chile para impulsar la iniciativa. También reconocen elementos que fundamentaron la necesidad de la creación de los dispositivos y programas de esta red, tales como la ausencia de espacios de

participación social para las personas con deterioro cognitivo y las reflexiones que justificaron el cambio y la evolución de las prestaciones que se otorgan con el fin de que fuesen mejor aceptadas por la población y más integrales.

*“El centro nace desde una inquietud que surge de la directora de SENAMA en 2013 más menos ... Frente algo que habían observado que sucedía en los centros diurnos que tiene SENAMA para personas mayores. Ya. Se fueron dando cuenta que a medida que se iban deteriorando cognitivamente las personas desaparecían y ya no tenían participación social. Entonces en ese aspecto cierto, se vio la posibilidad de generar un centro diurno que funcionara como los de SENAMA, pero que pudiera atender a personas con demencias, estas personas que quedaban fuera de la participación social y de la inclusión.” (Profesional CAPCD)*

Por parte de la red suroriente se reconocen experiencias previas limitadas en cuanto al manejo de esta población y a la falta de capacidades instaladas y sistematizadas en los diferentes niveles de atención.

*“Antes de nosotras llegar... en el año 2021, el doctor, los neurólogos ya estaban realizando consultorías ya y habían realizado algunas cosas antes de pandemia, algunas cosas presenciales, algunas clases, pero no había sido muy muy retroalimentado, no había mucha retroalimentación.” (Profesional UM)*

La selección con todos los segmentos codificados como antecedentes se presentan en la tabla 7 del Anexo 3.

En cuanto a los segmentos codificados como equipo y organigrama, corresponden a las expresiones de las personas entrevistadas relativas a los profesionales y trabajadores pertenecientes a los equipos y a la forma de ordenar la atención de personas con demencia en el dispositivo, los modelos, jerarquías, responsables y relaciones de dependencia que se identifican en la estructura organizativa del centro de salud.

En el SSMO a nivel de atención primaria las personas entrevistadas señalaron que desde la implementación del Plan Nacional de Demencia existe un equipo local de memoria, transversal a todo el centro, que originalmente estaba compuesto por un profesional terapeuta ocupacional (T.O.) y un profesional del estamento médico. Actualmente en la mayoría de los centros de la comuna este programa se fusionó con otros que realizan atención a personas mayores y dependientes, generando un solo programa de visitas integrales, del cual el equipo de memoria es parte y mantiene su función de evaluación e intervención en las personas con demencia, bajo la coordinación interna de una enfermera gestora. Las terapeutas ocupacionales persisten siendo las principales profesionales a cargo de la intervención de las personas con demencia y que la participación médica varía según la realidad local de cada centro.

*“Yo soy terapeuta ocupacional. Inicialmente, bueno, casi como por cuatro años, cinco años, fuimos como las encargadas de programa y coordinadoras de la red en relación a las demencias. Ahora hubo este último año una reestructuración, pero sigo siendo como la persona que está a cargo de las evaluaciones y los tratamientos de las personas con demencia.*

*... Lo que se buscó como fusionar todos los programas de atención domiciliaria. Que claro por, un poco por edad, por comorbilidad. Generalmente nos cruzábamos con los de dependencia severa o de programa frágil. Entonces fue la idea de cómo dar algo más integral en equipo.” (Profesional APS)*

A nivel de atención secundaria comunal una entrevistada refiere un equipo multiprofesional que se ha ido robusteciendo con el tiempo, además de la presencia de un equipo específico en COSAM para abordar la salud mental de las cuidadoras. En cuanto a la atención secundaria hospitalaria se describe un equipo multiprofesional contratado específicamente para la Unidad de Memoria.

*“De este equipo inicial, que era solamente geriatra Ya, pero como médico especialista, al convertirnos en el centro de especialidad, también se integra neurólogo. Ya, bueno, neuropsicóloga seguimos manteniendo, seguimos manteniendo como la base. Ya, pero además se integra una dupla de salud mental, porque si vamos a hacer cierto una intervención que sea integral, no podemos ver la salud del usuario como solo del usuario, sino que integrado en su grupo familiar. ...a ver, Somos como 15. Si me das tiempo puedo hacer el cálculo. Ya partamos por los médicos, que son dos, neuro psicóloga, tenemos la V., la E., la T. Tenemos tres terapeutas en este minuto, pero hay un cargo vacante ya, entonces lo voy a contar igual, son cuatro, ya tenemos siete. Kine, tenemos nutri, ya hay nueve, ya la G., la P., la C., la N. y yo, 14 y hay un cargo vacante también de médico y entonces 15.” (Profesional CAPCD)*

*“Ya hay en este momento... hay mucha ...Neuro Psicóloga, que si no me equivoco hay 22, 44, 66 o más horas de neuropsicóloga. Tenemos 44 horas de psicóloga clínica. Que también apoya la gestión de redes con los distintos dispositivos de salud y la trabajadora social 44 horas. Terapia Ocupacional 44. Um y médicos. Tenemos 22, 44, 44 horas neurólogo y 22 horas psiquiatra, no 33 horas, psiquiatra y un secretario... las 44 horas Enfermera...Fonoaudiólogo mira, teníamos 44 horas fonoaudiólogo, era el cargo, pero ahora en estos momentos estamos con algunos problemas justamente de cobertura de fonoaudiología. Pero el cargo está para 44...kinesiólogo no tenemos y no hemos tenido nunca. Se requiere. Sí, se requiere, pero por el momento se deriva a la red...Están todos contratados eventualmente. Como te decía, si hay algún problema, se ha solicitado en algún minuto a neurología generarle alguna cobertura de los profesionales, pero están todos contratados para la unidad.” (Profesional UM)*

Las personas entrevistadas del nivel de atención primaria del caso estudio escogido del SSMSO describen que las atenciones a personas con demencia se realizan por el equipo del sector, según el modelo de salud familiar implementado en la comuna, el cual no contempla un equipo local de memoria transversal a todo el centro, más allá de la definición de profesionales referentes de demencia para la coordinación de consultorías y otras instancias con el nivel secundario. Debido a ello no cuentan con profesionales específicos para la evaluación e intervención de las personas con demencia y la atención se suma a

las tareas que los equipos sectoriales tienen, con recursos que varían según la realidad local de cada centro.

*“Si claro, en estricto rigor nosotros, todo debería ser de manera sectorizada. No tenemos encargado de demencia, debería ser el mismo encargado de salud mental con los jefes de sector. O sea, ahí según el modelo de salud familiar. Los jefes de sector deberían tener identificada su población. Deberían de distribuir los casos. Y esto opera prácticamente como lo mismo que cardiovascular.” (Profesional APS)*

En el caso de la atención secundaria municipal una entrevistada refiere que en COSAM pasaron de organizarse por programas a estructurarse según ciclos vitales y refiere que los equipos responden a estos ciclos excepto el estamento médico que es transversal.

*“Entonces tengo hoy día tengo, aparte de mis 11 horas 14 horas clínicas, hay 40 horas de trabajadora social, 22 horas de psicólogo. las de Psiquiatras que son transversales... Están en todos los ciclos, participan dos psiquiatras y una médica.” (Profesional COSAM)*

Por último, en cuanto a la atención secundaria hospitalaria de este caso de estudio la persona entrevistada relata un equipo reducido a dos personas contratadas para la Unidad de Memoria propiamente tal por el SSMSO y la designación de horas de profesionales de otras unidades para complementar el trabajo y las prestaciones que deben otorgar. El modelo teórico para las unidades de memoria a nivel secundario hospitalario es más homogéneo, pero con diferencias de implementación en la práctica debido a la brecha de profesionales.

*“Como equipo Somos dos personas legalmente que seríamos neuro psicóloga y yo como enfermera gestora, en compañía... en donde el, el médico, el médico jefe de neurología, el neurólogo jefe de neurología, él nos asigna un neurólogo como coordinador.*

*...Sólo yo y T. somos del servicio, pero acá en neurología, como está inserta la Unidad de Memoria ...emm Neurología, el jefe de Neurología se encarga de asignarnos a nosotros el coordinador y lo y el ...en sí que bajo la norma técnica son 22 horas. Pero en sí, aquí muchos tienen 11, 22 horas, muy poquito. Entonces el de repente nos asigna dos Neurólogos. Un neurólogo, por ejemplo. Ahora estamos con el doctor... Cambiamos del doctor... ya entonces estamos con el doctor ... y él lo asigna, ya, él lo asigna y se le hace los bloqueos pertinentes y todas esas cosas, de acuerdo a las reuniones.*

*...Nosotros sí lo tenemos, ya, sí lo tenemos, pero son del hospital así mismo, como el neurólogo. Por ejemplo, en las fonoaudiólogas tienen una unidad, tienen una unidad independiente porque se independizaron de neurología, entonces ahora es una unidad independiente que yo hablo con la jefa de fonoaudiólogas y ella me asigna una fonoaudióloga que es P. Entonces P tiene horas aquí en Poli, entonces yo, el doctor me dice." ... ¿Sabes que tengo un trastorno de deglución? Tengo una afasia ya. Necesito priorizar esta paciente". Yo vengo. Me salto la lista de espera de fonoaudiólogo y lo agendo como un trastorno de cierta forma de deglución por la Unidad de Memoria Y P sabe que va a llegar este paciente. Tenemos una coordinación súper buena.” (Profesional UM)*

En base a los antecedentes aportados por los entrevistados el resultado, según describen, es que existirían diferencias sustantivas en la cantidad de recursos humanos disponibles destinados para la atención de personas con demencia y en los modelos de organización implementados en cada caso. La selección con todos los segmentos codificados como equipo de profesionales y organigrama se presentan en la tabla 8 del Anexo 3.

#### 7.2.1.2.2 Actividades

Se presentan resultados referentes a las prestaciones de diagnóstico y control que realizan los dispositivos de las RISS analizadas, tanto a las personas con demencia como a sus cuidadores, que dan cuenta de su producción de servicios de salud.

Este aspecto se esperaba fuera recogido en la etapa QUAN a partir del análisis de los REM, sin embargo, debido a la escasa información que se obtuvo se consideró abordarlo de forma dirigida en las entrevistas de la fase QUAL. Así se obtuvo el proceso de registro de las actividades para comprender de forma global las diversas y complejas actividades que no se registran en los REM y conocer la percepción de los profesionales respecto al reporte de sus acciones.

En la tabla 9 del Anexo 3 se presentan todos los segmentos codificados referentes al proceso de diagnóstico que realiza cada uno de los dispositivos involucrados en la atención de personas con demencia. Se destaca que intervienen diferentes profesionales y que requieren un nivel de coordinación intra dispositivo que permita hacer efectivas las derivaciones y compartir la información sobre la valoración que cada involucrado realiza respecto de la persona, por lo tanto, este es el primer desafío de coordinación de la atención de una persona con demencia.

En cuanto al SSMO los entrevistados de APS reportan las vías de derivación establecidas desde la pesquisa para una visita domiciliaria en la que se evalúa a la persona de forma integral en su contexto, detallan las pruebas cognitivas y de laboratorio que se solicitan, el rendimiento y los profesionales que participan de estas actividades que en algunos casos acuden en dupla o en otros de forma individual. Respecto de los diagnósticos diferenciales en APS los entrevistados destacan la queja de memoria subjetiva que estaría basada en el miedo a la demencia.

*“La derivación es por dos vías, una en control morbilidad de médico como por criterios médicos la derivación hacia el programa y el otro a través del EMPAM, que es la evaluación anual del adulto mayor y que tiene que tener como características el MINIMENTAL menor a 13 y Pfeffer mayor a cinco. Si sale con esta alteración son derivados a evaluación del programa. La primera evaluación la aplico yo, que se realiza una VGI más algunos test cognitivos específicos y dependiendo de cómo salgan en esa evaluación es si pasan a una segunda evaluación que ya es de evaluación médica y ahí se genera algún tipo de diagnóstico o dependiendo de la valoración se puede derivar a la red.” (Profesional APS)*

Para el nivel secundario comunal del caso de estudio del SSMO se señala un proceso de evaluación integral inicial en el que se identifican las necesidades de la persona con demencia y su familia para orientar el plan de trabajo que estará a cargo de un gestor clínico.

*“Lo primero que nosotros hacemos es una evaluación integral, ya. Y desde esa evaluación integral nosotros levantamos las necesidades de la familia, lo que nosotros pesquizamos y en función de eso se arma el plan de trabajo, el plan de tratamiento. Ya, se les asigna un gestor clínico.*

*...Ya. ¿Cuál es el proceso? Ya se reciben los antecedentes, se contacta a la familia ya y partimos con la evaluación integral de ingreso. Ya no se llama VGI porque ya no vemos solamente usuarios geriátricos. Ya. Ese contacto lo hago yo. Ya llamo a la familia, coordino visita domiciliaria. En esa visita domiciliaria yo lo que hago es trabajar el consentimiento informado con la familia y asegurarme de que les quede claro qué es lo que hacemos y que no es solamente el centro diurno, ya, que también requerimos un compromiso por parte de ellos, ya, que esto tiene inicio y termino porque son nueve meses y además hago la evaluación social. Hecho eso, ya, solicito... hago la coordinación interna para que se les agende una hora para la segunda parte de esta evaluación en donde interviene el terapeuta ocupacional para lo funcional, neuro psicóloga para lo cognitivo y alguno de los dos especialistas para lo médico.” (Profesional CAPCD)*

En cuanto a la atención secundaria hospitalaria del SSMO se destaca que la primera consulta es realizada por un profesional médico, posterior a ello se realiza una reunión de ingreso en la que se discuten y coordinan las evaluaciones a realizar de forma individualizada, según las necesidades de la persona, las cuales se presentan en una nueva reunión clínica para establecer el diagnóstico para finalizar con un proceso de acompañamiento a cargo de una dupla psicosocial para la educación de la persona con demencia y su familia.

*“Ingresan a un programa diagnóstico en que la primera consulta siempre es abierta por un médico, ya sea neurólogo o psiquiatra. Luego pasan con un plan de intervención que no está protocolizado porque va creado en el fondo a la necesidad de cada paciente, ya puede que uno necesite muchas evaluaciones u otro necesite solo una evaluación médica. Depende de la etapa de la demencia o qué tan claro este su cuadro diagnóstico. Entonces ingresan en consulta médica, programa diagnóstico. Luego pasan al plan de intervención que puede estar integrado por solicitud de evaluación neuropsicológica, evaluación funcional y imagenología de apoyo, tanto resonancia magnética cerebro como escáner de cerebro. Y exámenes de laboratorio. También evaluación fonoaudiológica si requiere. Y luego de eso se presentan una reunión de ingreso en que se presenta este plan y se puede discutir acerca de la, de la intervención que se está planteando o del plan de evaluación. Se pueden agregar o quitar intervenciones o evaluaciones según también criterio del mismo médico tratante o bien del equipo.*

*Después se hacen todas las evaluaciones y se presenta de nuevo al paciente en el proceso de término de evaluación diagnóstica, se presentan todas las evaluaciones que se realizaron y se determina si hay e, si hay diagnóstico claro de demencia y qué tipo de demencia. La tipificación de ella. En caso de que no se lograra hacer eso. Pero hay no tipificación, pero hay un cuadro demencial, se puede realizar el anuncio diagnóstico, que es un hito bastante importante porque se hace con la*

*psicóloga. Y luego pasa al acompañamiento diagnóstico que es cuatro a seis sesiones de terapia con la psicóloga y la trabajadora social para la comprensión y manejo de la enfermedad del paciente, que en este caso sería alguna de las demencias. Luego de esto se devuelve a la enfermera gestora y se determina si ya cumplió todos los procesos y se pasa a control médico para alta y contra referencia.” (Profesional UM)*

En el SSMSO las personas entrevistadas de APS detallan las vías de derivación para la evaluación diagnóstica, el rendimiento de dicha consulta y el flujo que se ha adoptado. Como ya se comentó en el apartado de subdiagnóstico, existe una dificultad para la coordinación entre profesionales desde la pesquisa a la evaluación médica inicial. Además, se señala que el principal diagnóstico diferencial que se debe enfrentar en este nivel de atención es la pseudodemencia depresiva.

*“Claro. Sí. Sí. Creo que de los pocos que han llegado llegan con el papelito que dice no sé, mini mental alterado, derivó a médico...Y bueno, la otra manera es que, de manera espontánea, ya de manera espontánea también han consultado. Algunos han sido pesquisados, por ejemplo, en el hospital, que los han visto por alguna otra cosa, entonces ellos lo contra refieren para nosotros valorarlos... Se supone que en los EMPAM ahí se pesquisa y se ha estado derivando por la morbilidad para la valoración por médico.” (Profesional APS)*

En el caso de la atención de especialidad hospitalaria en el SSMSO se detalla el rol de la unidad en el diagnóstico diferencial de demencias no Alzheimer, las prestaciones involucradas y los plazos y rendimientos asignados.

*“Porque eso es lo que nosotros hacemos acá ya nos ocupamos del diagnóstico diferencial de las demencias, que de cierta forma de los deterioros cognitivos que son de alta complejidad...Ya entonces tenemos un proceso en donde se, se apega al proceso que es el, el, el GES, por ejemplo, que nos da 180 días desde la sospecha diagnóstica para poder hacer todo esto.*

*Ya, entonces entra este paciente, le damos su hora de control de ingreso que de rendimiento tiene media hora y queremos que sean por lo menos de 45 minutos... El médico tiene dos opciones, ya, tiene las opciones de hacer con todos los criterios diagnósticos, los exámenes que trae y ya presentado en consultoría. Él tiene dos opciones que ya va a tener adelantado ese caso. Entonces va a saber si tiene que pedir otros métodos diagnósticos para ver qué diagnósticos diferenciales, que pueden ser TAC de cerebro, PL. Ya, y otro tipo de exámenes como vitamina B12, ya, eso, eso ve el. Entonces si amerita que tome otros exámenes complementarios se le cita para un mes más. Ya. el próximo control y se gestiona con la enfermera que esos exámenes se vean con prioridad y se gestionen con Prioridad. Entonces esa es la opción que tiene el doctor o como la otra opción que también, o sea dentro de esa opción está como examen complementario la neuropsicología. Que ahí va ese mes también, claro que lo cita y que él cuando cita el próximo control, él ahí genera la confirmación diagnóstica... Si no, la otra opción que tiene el doctor es confirmarlo en el ingreso, en el momento ya.” (Profesional UM)*

A continuación, se presentan los resultados en el ámbito de las actividades de intervención y controles de seguimiento realizadas por cada dispositivo fuera de las comprendidas en la



evaluación diagnóstica que ya se detallaron. Todos los segmentos codificados como actividades de control se presentan en la tabla 10 del Anexo 3.

En el SSMO las personas entrevistadas de APS se refieren a la realización de visitas de intervención por parte de T.O., controles médicos y talleres grupales como las prestaciones específicas para las personas que son parte del programa.

*“Todos los jueves tenemos visitas que en general son evaluación de pacientes con sospecha por MINIMENTAL alterado en el EMPA o lo que sea que los derivan al programa de memoria y en la tarde controles, un solo día a la semana y es solo un médico del consultorio  
...Lo otro que tenemos es el taller de memoria. Que es un taller participativo de personas mayores con dificultades cognitivas que vienen al CESFAM los Martes y jueves como participación comunitaria.” (Profesional APS).*

En la atención del CAPCD comunal se señala la realización de actividades de taller en el centro diurno, visitas domiciliarias, controles y psicoeducación en función de un plan elaborado para el usuario al cual se le realiza seguimiento.

*“Está la parte ya más específica de las demencias, de la persona con demencia. Ya. Vienen acá al centro, tienen, tienen taller, tienen un día de centro diurno.  
... [sobre quiénes no pueden acudir al centro diurno] sí pueden ser atendidos en otras modalidades, como con visitas domiciliarias, controles en domicilio, psicoeducación en domicilio de la familia, psicoeducación acá en box, ya. Con cualquiera de los profesionales que sea pertinente en función del plan de cada uno. En función de eso se reelabora el plan ya y a los seis meses es revisado nuevamente, pero se hace nuevamente esta evaluación integral, pero de seguimiento.” (Profesional CAPCD)*

La Unidad de Memoria del SSMSO presenta sus actividades estructuradas en torno a programas para tratamiento biopsicosocial y de continuidad en los que intervienen diferentes profesionales.

*“La unidad tiene programa de diagnóstico, programa biopsicosocial para el tratamiento en que interviene terapeuta ocupacional, psicóloga, trabajadora social y psiquiatra, ya que para el manejo de las personas con demencia, con mayor sintomatología neuro psiquiátrica de difícil manejo desde APS pueden derivar directamente a este programa pero siempre que ya vengán con un diagnóstico y hayan intentado el manejo de esta sintomatología neuro psiquiátrica, pero sin resultado, o que han requerido o requieren escalar farmacológicamente. Y no están esos fármacos en atención primaria ya. Y el otro programa es de continuidad, que es para aquellos pacientes, personas con demencia que tienen indicación de tratamiento farmacológico que no está disponible en atención primaria como los anticolinesterásicos tanto memantina como donepecilo y algún otro de uso en salud mental o psiquiatría que no está disponible y que ha tenido un buen resultado del manejo acá.” (Profesional UM)*

Las actividades de control y manejo que reconocen los profesionales del SSMSO de APS entrevistados tienen que ver con controles médicos y atención domiciliaria.

*“De ahí control médico ¿por qué? O sea que claramente sabemos que las demencias tienen un manejo multifactorial, pero, pero no hay muchos, o sea estamos recién instaurando el modelo de que ojalá estén las visitas sociales siempre presente, porque en teoría ahí es donde se debería tomar el test estandarizado como al, al paciente y al cuidador. Calcular el Zarit, ver como la red de apoyo” (Profesional APS)*

En la atención de COSAM del caso del SSMSO se refiere que las actividades se enfocan en la compensación de desajustes conductuales y a talleres de estimulación cognitiva.

*“En la medida que hay una compensación de desajuste conductuales, pasamos al control con médico y luego ya depende la etapa en que están realmente...  
...En particular con los cuidadores fue nuestra intervención. Ya, bueno, y con especialidad para efectos de desajuste conductual estaba la... Los psiquiatras ya y apoyo particularmente para psicoeducación con los cuidadores.  
...Yo diría este año recién estamos interviniendo desde todos los ámbitos al adulto mayor, ya tenemos talleres de estimulación cognitiva para este año, lo empezamos a fin del año pasado...” (Profesional COSAM)*

Las actividades que realiza la Unidad de Memoria de este servicio van desde el ámbito de la docencia, el tratamiento, la generación de informes y reuniones.

*“Y nuestro trabajo principal en sí, aparte de hacer el diagnóstico diferencial, también es, es de todos los ámbitos ya, es tanto del ámbito de docencia, tanto del ámbito de confirmación diagnóstica, tanto del ámbito de inversión del tratamiento ya, y que todo esto se genera dentro de un plan integral que es para el paciente.  
...Ingresos y los controles de los usuarios, informes médicos y también hacemos todos estos trámites de discapacidad de, más específico, de interdicción  
...igual tenemos muchas reuniones.” (Profesional UM)*

#### 7.2.1.2.3 Trabajo con cuidadoras y familia

La atención de personas con demencia considera la educación, acompañamiento y atención de la familia, cuidadores y redes en general de la persona, esta dimensión ha sido considerada tanto en el diseño del plan nacional de demencia como en el GES. En este apartado se presentan los resultados relativos al trabajo con cuidadores que realizan los dispositivos de los casos de estudio.

Los profesionales de APS del SSMSO entrevistados describen la evaluación de sobrecarga, la realización de talleres que se debilitaron por la pandemia y la derivación a atención en programas de salud mental tanto del CESFAM como COSAM. Uno de ellos plantea como

dificultad la limitación sociocultural de las familias en control en el programa, ya que complica el entendimiento del diagnóstico y la evolución de la enfermedad.

*“Si nos preocupamos harto del tema de cuidadores, de que no se nos vayan a quemar Y toda la cuestión. Tenemos un programa de salud mental igual harto bueno en el consultorio, bien llevado por los psicólogos más que por los médicos, etcétera Y aparte en el Kintún no, mentira. En el COSAM de Peñalolén tienen un programa cuidadores de demencia. Entonces cuando están demasiado quemados y se sienten sobrepasados, los mandamos para allá y les gusta caleta. Hacen talleres, tienen atención psicológica, toda la cuestión y les va bien.” (Profesional APS)*

La profesional del CAPCD relevó la importancia de la relación entre la salud de la persona con demencia con la salud de su grupo familiar y el sentido que se le otorga al trabajo con ellos. Refiere que han incorporado talleres, prevención de la sobrecarga y derivación al equipo de COSAM cuando hay casos de sobrecarga intensa.

*“No podemos ver la salud del usuario como solo del usuario, sino que integrado en su grupo familiar. Y cómo este acto de cuidar cierto, esta relación que se establece ya, afecta a su cuidador. ¿Qué apoyo? Además de tips y todo lo demás, le podemos brindar a un cuidador.” (Profesional CAPCD)*

La profesional del nivel secundario hospitalario del SSMO también señaló el trabajo con cuidadores realizado por la unidad, desde el acompañamiento diagnóstico donde se identifican las necesidades de los cuidadores, la derivación a psiquiatra para orientar a la APS, en caso de ser necesario un tratamiento, y la realización de talleres abiertos a la comunidad.

*“Claro, como te comentaba dentro del programa de diagnóstico está el acompañamiento diagnóstico, que son las sesiones con los cuidadores y levantamiento de las necesidades, o sea de sobrecarga o de alguna otra patología de salud mental que requiera apoyo o atención. Y si es así, se deriva a atención primaria con una primera evaluación de psiquiatra que oriente al médico en atención primaria para su seguimiento y continuidad del tratamiento o inicio del tratamiento. También hay taller de cuidadores que lo realiza la trabajadora social y la psicóloga, que es una vez al mes y se... Es abierto. Este taller no necesariamente es a las personas que están acá como cuidadores, puede extenderse a otros cuidadores de personas con demencia, es abierto y se puede compartir y no está enfocado a la persona paciente, sino que se habla de temas generales y también se cubre un poco la necesidad de las distintas preguntas, pero a nivel general no, no con nombres.” (Profesional UM)*

En cuanto al SSMSO los profesionales del nivel de APS refieren que aún no se realiza un trabajo más estructurado con los cuidadores en los CESFAM, sin embargo, si existe una experiencia de trabajo en COSAM, que ha consistido en realizar acciones de apoyo y psicoeducación para intervenir la sobrecarga del cuidador. También reconocen la importancia del trabajo integral con ellos en función de la nueva política pública sobre registro de cuidadores y la oportunidad de realizar acciones preventivas en esta población.

Aunque se identifica como dificultad la adherencia a los controles y se menciona la expectativa de la familia y el desconocimiento sobre la evolución progresiva de la enfermedad.

*“Anteriormente COSAM también hacía capacitaciones a los cuidadores que eran, que eran personas, psicólogos, psicóloga y otros profesionales no médicos que tenían bastantes conocimientos. Yo diría que COSAM hoy en día es clave en eso, porque son personas que tienen como postítulos que pueden ayudar, como desde, desde una especialidad a trabajar con cuidadores. Ya, bueno, y además se cruza con el nuevo sistema que, que a los cuidadores. Bueno, de partida se está... Ojalá los asistentes sociales estén haciendo esto porque también se ha bajado, de que empezó también el Registro Nacional de Cuidadores y que obviamente ahí hay personas con dependencia severa y demencia... Generar un plan de cuidados a nuestros cuidadores. Eso siempre se hizo. Terapias, terapias grupales como, como terapias más alternativas también que tenían que ver más con el tema de la ruka también. Más, más, más, masoterapia, más alternativas, para ellos. ...Tenemos que ser capaces de mejorar la manera en cómo estamos abordando la temática que venga de antes, que nos hagamos cargo de los cuidadores que son potenciales personas que puedan tener demencia y obviamente reforzar lo que los estilos de vida o sea estilos de vida saludable.” (Profesional APS)*

En la Unidad de Memoria del hospital del SSMSO la entrevistada señala que se realiza una evaluación del cuidador, educación en el manejo de diferentes aspectos conductuales y se deriva a APS con orientación de la psicóloga en caso de sobrecarga. Además, reconoce la ausencia de cultura de cuidados a nivel nacional y la importancia de empatizar con el cuidador y facilitar los procesos para una atención expedita.

*“Pero mi interacción más es con el cuidador. Ya yo me encargo, aparte de ver todos estos procesos, me encargo también de hacerle una entrevista, una evaluación y una educación al cuidador que se divide en dos sesiones, ya, entonces toda esta contención de cierta forma se basa en conocer al paciente, generalmente, en todas las redes de apoyo, en hábitos. Ya. En la entrevista al cuidador, también en que es lo que él tiene, su familia, sus antecedentes crónicos, todas esas cosas y la evaluación Zarit que es la abreviada que la generalizada que nosotros hacemos acá. Y luego de eso se le hace una educación con todos los aspectos conductuales: Contención conductual, qué hacer cuando el paciente tiene alucinaciones. Qué hacer cuando el paciente hace una pregunta tras otra. Conducta sexual inapropiada. Delirio, vagabundeo. En todo eso se contiene, pero en sí al cuidador solamente del usuario como una demencia de eh, de cierta forma de alta complejidad o de un manejo más avanzado o rápidamente progresiva que le decimos nosotros.” (Profesional UM)*

Todos los segmentos codificados como trabajo con cuidadores y familia se presentan en la tabla 11 del Anexo 3.

#### 7.2.1.2.4 Registro

Se presentan los resultados relativos al procedimiento de registro de los profesionales involucrados en la atención de personas con demencia, las estrategias para construir las estadísticas y las dificultades observadas en este proceso.

En la atención primaria del SSMO los profesionales de los equipos de memoria entrevistados se refieren a la existencia de una plataforma para el registro clínico electrónico, un protocolo de registro y la centralización del llenado del REM. Además, sobre otras planillas de uso interno y las dificultades surgidas debido a la pérdida de información por profesionales que no siguen los protocolos.

*[sobre dificultades en el registro] “No, General no. Porque es un solo protocolo. Yo soy la única que llena el REM. Entonces no hay tanta confusión.” (Profesional APS)*

La entrevistada del CAPCD indica como aspecto relevante qué si bien el centro no cuenta con una plataforma de registro clínico electrónico, llevan su propio registro interno y que deben enviar la estadística al COSAM para que se reporte, además agrega que el REM no registra todas las actividades que efectivamente realiza el centro.

*“A ver, las dificultades ya, con las que nos hemos topado ya, es que muchas de las prestaciones que hacemos no, no las considera el REM. Nosotros hacemos mucha gestión, mucha gestión. No estamos como, no se po, en COSAM o en APS cierto, en CESFAM. Que ellos tienen atención permanente. Ya. Nosotros estamos coordinando para allá, coordinando para acá. Que la reunión con los familiares, que la Consejería con los familiares, que la mediación con los familiares. Ya que el informe en mi caso, que el informe cierto social y de redes para la tramitación de la discapacidad, que el informe para derivar a la no sé a cómo se llama a residencias, ya toda la gestión para derivar a residencia ya. Y mi REM, o sea, si tú lo miras solo considera informes para tribunales, que es lo que menos hago.” (Profesional CAPCD)*

A nivel de la atención de especialidad hospitalaria la entrevistada menciona que el registro, hasta fines del año pasado, era interno de la Unidad de Memoria el cual se recopilaba de forma física y que desde hace muy poco se implementó un registro clínico electrónico a nivel del hospital.

*“Nosotros desde el inicio se tenían un registro clínico propio en la unidad que se imprimía en el fondo y se adjunta a la ficha de papel y es lo que tiene. El Salvador recién desde el 8 de noviembre está el registro clínico oficial del Hospital del Salvador, pero de todas maneras hay que seguir imprimiendo porque no todo el hospital todavía ha subido, se ha subido a esta nueva forma de registrar porque va por etapas, así que todavía están en etapa de implementación. (Profesional UM)*

Los entrevistados del SSMSO de APS refieren que existe una plataforma de registro electrónico en el cual se realiza el reporte del REM, además que se visibiliza una discordancia entre la información registrada en las diferentes plataformas de monitoreo de actividades, dentro de ellas se menciona el desconocimiento médico y la falta de protocolos de registro e inducción.

*“Claro, pero estamos bastante atrasados eso sí. Todavía no se hace todo el rescate de aquellos usuarios y usuarias dependientes severas que tienen demencia. O sea, tú, tú ves por ejemplo en el sistema en Rayen o por Iris, que hay tres veces más diagnósticos de demencia Alzheimer y otras demencias que el GES. Entonces finalmente lo que paga el GES es lo que notificamos.” (Profesional APS)*

En la atención secundaria hospitalaria del SSMSO se reporta que cuentan con un registro clínico electrónico, además de usar plataformas de uso interno, de monitoreo GES y una plataforma en la que se logran visualizar conjuntamente las atenciones de APS y del hospital. Por último, las dificultades que han presentado dicen relación con problemas de conectividad y la falta de personal administrativo dentro del equipo.

*“No tenemos administrativo, eso nos dificulta. Ya entonces con el problema de los registros nos pasa mucho que como, Se instauró el año 2019, muchos usuarios quedaron sin confirmación diagnóstica, sin ges o llegaron todos de una. Hay unos que no han tenido atenciones nunca y se les hizo la confirmación y nunca más llegaron al próximo control. ¿Cierto? Eso es como el tema, entonces la secretaria nos falta y es un cargo que si va en la unidad, ya nos falta porque nos gustaría. Por ejemplo, no sé hacer los rescates o por ejemplo, que hubiera una mejor coordinación para estos usuarios que están postrados y que puedan venir a su control.” (Profesional UM)*

Todos los segmentos codificados para registro se presentan en la tabla 12 del Anexo 3.

#### 7.2.1.2.5 GES

En esta sección se presentan resultados vinculados a los cambios generados con la implementación del GES N°85 en los dispositivos de los diferentes niveles de atención.

Las personas que trabajan en el SSMSO en APS indican que el GES considera menos recursos económicos que el PND y se orienta a cumplir con las garantías de oportunidad por sobre otras acciones de prevención y promoción.

*“El Plan Nacional venía con más recursos económicos ya. Entonces, obviamente eso facilita algunas cosas. Y con la implementación del GES. Creo que el cambio fue como en lo numérico. Siento que en el Plan Nacional venían las cosas un poco más establecidas, no se pos, tiempo protegido para hacer evaluaciones y algunas sugerencias de promoción. Emm... En cambio, el GES bueno, se limitan un poco los recursos económicos y está ...o cómo funciona acá, pensado para cumplir el GES po. Tenemos 60 días para hacer una evaluación, 60 días para dar un tratamiento. Entonces se ha enfocado en eso. Lo de promoción y prevención la verdad es que se ha dejado harto de lado porque no hay más recursos de horarios o de horas. Y se está apuntando lo que hay a las garantías.” (Profesional APS)*

Respecto a los cambios percibidos por la profesional del CAPCD señala que éstos han obligado a estandarizar los tiempos que la persona se mantiene bajo control en el centro,

en perjuicio de definir esos procesos en función de las necesidades de la persona y la familia.

*“El tema de los tiempos, el tema de los tiempos o sea esto lo digo a modo personal ya, a modo personal, ya, no necesariamente refiere la opinión de Kintún. Mira, yo siento que los tiempos ya porque el GES te obliga, cierto, a mantener ciertos tiempos ya, y la idea de Kintún siempre fue atención centrada en la persona y en la familia, y no todas las familias tienen los mismos tiempos ya. O sea, a nosotros nos pasa que de repente estoy egresando a la persona y recién en ese minuto. "A parece que mi mamá tiene algo" ya, entonces es como "oh ya mmmmm y ¿qué hago? Ya, ¿lo mantengo tres meses más? ¿Voy a alcanzar a hacer el trabajo los tres meses más? Que es posible ya por protocolo lo podemos hacer ya entonces. Complica un poco, cómo te digo, Por los tiempos. Pero generalmente se logra” (Profesional CAPCD)*

En la opinión de la profesional de la Unidad de Memoria del SSMO el GES impactó en la disponibilidad de los fármacos, en ordenar los plazos de atención y criterios de derivación, junto con poseer una casilla propia para la derivación de pacientes por este diagnóstico. Sin embargo, reconoce que aún hay brechas de implementación por la falta de profesionales en los distintos niveles.

*“Los fármacos. Por una parte, el que estuviese la disponibilidad de los anticolinesterásicos, en la atención de especialidad que se cumple, que se pueda contar con una canasta farmacológica tanto en atención de especialidad como en atención Primaria. Que se cuente por lo menos con, con plazos. También ordena un poco el sistema, nos aprieta también, pero también lo ordena. Que existan criterios de, de derivación también de tratamiento. Si bien son...pareciera, como te vuelvo a repetir, aparece ser GES, pero pareciera no ser una obligatoriedad porque todavía no se dispone de todos los profesionales de salud deseables en estas atenciones, en esta canasta, en los distintos dispositivos de salud. Nosotros como especialidad lo contamos, pero lo tenemos, pero no todos cuentan con ellos y hay una brecha muy importante.” (Profesional UM)*

Los profesionales del SSMSO de APS señalan que no se cumplen con todas las prestaciones definidas en el GES y que esto se debe a que no se consideraron los recursos económicos necesarios para ello, junto con problemas administrativos sobre la compra de fármacos y de capacitación.

*“Bueno, eh, baja en primer lugar, que fue una conversación que también este año tuvimos con el gremio, que fueron 30 pesos per cápita por el GES de demencia, y la verdad es que eso no dio ni para capacitación, no dio ni para que nosotros contratáramos a personas más especializadas como terapeutas ocupacionales y el servicio de salud muy de a poco, fue como una pequeña pincelada que luego empezó a ofrecer capacitaciones autogestionadas que eran de la Unidad de Memoria del Sotero del Río y otros... Otros colaboradores del, del Padre Hurtado, pero o sea, ellos como servicio de salud, como nivel más centralizado de acá de la zona, ellos estuvieron bien conscientes de que no, no estaban las competencias para la demencia. De hecho, desde el primero de octubre de 2019 prácticamente no, no hubo notificaciones GES, por ejemplo.*

*... También enviaron documentos oficiales, obviamente del ministerio que tenía que ver con la canasta básica, arsenal de Medicamentos de APS y lo que teníamos que tener especialidad. Y desde entonces nosotros no, no habíamos hecho, por ejemplo, en tema de compra de fármacos, no teníamos medicamentos de especialidad de demencia y algunos que teníamos estaban como erróneamente mal distribuidos en Atención Primaria. Ya, por ejemplo, la Trazodona, el donepecilo y el modafinilo, por ejemplo, nosotros no los teníamos. COSAM por ejemplo, no tenía acceso a ese arsenal, ya, entonces ha sido bien desordenado de la manera como nuestra comuna, como se han administrado, como se ha ejecutado el GES y se ha administrado también el mismo GES...*

*... O sea, no, no es secreto que todavía esto no está como puesta en marcha 100% técnicamente, administrativamente, financieramente, o sea hoy en día podríamos tener, por ejemplo, yo creo, un montón de multas, o sea a que no se ha cumplido bien el GES de demencia en su implementación.” (Profesional APS)*

En la Unidad de Memoria la profesional del SSMSO identifica que el GES permite priorizar las prestaciones de estudio para cumplir los plazos de las garantías y determina un plazo máximo que el paciente puede estar bajo control en la unidad. A nivel de dificultades comenta que ante la falta de recursos para cumplir con las canastas GES se produce una mayor cantidad de reclamos, relaciona esta falla en la planificación de la implementación del GES con un determinado contexto político en el que se anunció la incorporación de la patología al régimen de garantías.

*“El paciente entra, esa interconsulta entra por aquí para la lista de espera y si ellos generan la sospecha porque hay un sistema que nos tiene en red que es el sistema SIGGES. Ya, y esto es un SIGGES, incluso yo soy enfermera, mi contrato dice enfermera GES en demencia. Ya, entonces es un SIGGES, entonces si yo coloco la sospecha desde atención primaria y empieza a... A correr mis 180 días al momento de entregar la interconsulta hacia acá, ¿ya? Y eso a nosotros nos ayuda con el proceso del paciente, me ayuda para la confirmación, me ayuda para saber si le tengo que hacer el TAC de cerebro, si tengo que priorizarlo para que lo vean más rápido. Me ayuda para ver el tema de la neuropsicología. La neuropsicología son tres sesiones en semanas diferentes, o sea, ahí yo ya tengo un mes con neuropsicología, ya. Entonces eso es lo que es la primera, el tema de derivación, el paciente llega acá, si yo veo la sospecha, a mí me llega por una planilla GES actualizada todas las semanas, entonces yo veo, veo lo escrito en la interconsulta que paso por consultoría, que tiene todo, que hablé con el doctor, le asigno un folio y que quiere decir eso es que yo lo paso por arriba de la lista de espera de neurología.” (Profesional UM)*

La selección de los segmentos codificados para GES N°85 se presentan en la tabla 13.

#### 7.2.1.2.6 Falta de Recursos

Este último ámbito reúne resultados textuales referentes a las dificultades en cuanto a recursos y otros aspectos que determinan las posibilidades de los dispositivos de realizar las atenciones y llevar un funcionamiento óptimo de los programas.

Los profesionales del SSMO del primer nivel de atención refieren dificultades para cumplir con la concentración y frecuencia de controles, debido a la falta de horas de profesionales



para la atención. Además, a nivel farmacológico un insuficiente stock de fármacos anti demenciales, su alto costo y sus discretos efectos a nivel terapéutico.

*“Un solo día a la semana y es solo un médico del consultorio, Entonces igual son poquitas horas en realidad. Yo he visto que en general logramos cubrir bien para el neo diagnóstico, para la sospecha, pero que igual tienen, son pacientes con muchas necesidades en salud, que necesitan derivación para hartos lugares, para otorrino, para oftalmólogo y que el manejo de los pacientes ya ingresados al programa de repente se va haciendo difícil porque hay pocas horas de control. Hay más de sospecha.” (Profesional APS)*

En opinión de la entrevistada del CAPCD a nivel de infraestructura no cuenta con espacios adaptados para accesibilidad universal y también ratifica la falta de stock de fármacos.

*“Los baños no están adecuados para personas con problemas de movilidad. No se puede cambiar tampoco. Son muy pequeños los cubículos porque son los baños del centro del adulto mayor. Entonces, como para poder hacer cambios de pañales, ese tipo de cosas, entonces son personas que quedan fuera del centro diurno” (Profesional CAPCD)*

Los profesionales del SSMSO de APS identifican varios puntos críticos a nivel de recursos que dificultan la implementación de la atención a personas con demencia, éstos incluyen equipos profesionales, infraestructura, movilización y la agenda de exámenes.

La selección de la demanda y la gestión de agendas de los profesionales médicos es otro de los aspectos que comentan como una dificultad para lidiar con la alta demanda de atenciones de morbilidad, que se agudiza debido a que no todos los médicos del staff tienen sus títulos convalidados por lo que están limitados para atender patologías GES.

*“Bueno, la realidad es que la canasta debería tener varios profesionales. Sí, pero no sé si la situación en el consultorio donde usted está sea similar a la nuestra, pero los profesionales están para prestaciones puntuales. Todavía no tenemos la canasta en cuanto a profesionales como exclusivamente para demencia. Entonces, claro, estamos planificándonos para este año ... como con cierto número de talleres por clasificación, los moderados con algo más específico, los Severos ya algo más, más íntimo en casa, más individualizado. Pero la realidad es que todavía no tenemos emm como profesionales ... Se quiere llegar a eso. Tenemos toda la... El deseo de lograrlo. Pero tenemos recursos súper limitados.” (Profesional APS)*

La profesional de la Unidad de Memoria señala respecto a la falta de recursos humanos y de infraestructura del hospital y las municipalidades de la subred, que dificultan cumplir con las actividades y poder dar cobertura a pacientes derivados de otros servicios.

*“Ya eso es lo que todavía no podemos hacer por un tema de recursos, recurso de personal, recurso de infraestructura y porque sí ya ahora vienen pacientes con demencia desde APS ya, no tenemos que también hacer brechas o criterios para recibir estos pacientes de allá de hospitalización y urgencias. Entonces, incluso la*

*Unidad de Memoria tiene que tener hasta un equipo de enlace, ya, enlace tanto con geriatría como con psiquiatría.” (Profesional UM)*

La selección de segmentos codificados para falta de recursos se presenta en la tabla 14 del Anexo 3

## 7.2.2 Estrategias de Coordinación

En esta sección se presentan los resultados de la fase Qual que tributan o contribuyen al objetivo 2 sobre las estrategias de coordinación para la atención de personas con demencia implementadas en los dos casos de estudio, se profundiza en la experiencia de los entrevistados sobre cómo se han desarrollado las diferentes instancias de articulación de los objetivos y acciones tanto dentro de los equipos de un mismo centro como entre los dispositivos de las RISS.

### 7.2.2.1 Coordinación intra dispositivo

Uno de los principales hallazgos de este capítulo tiene que ver con la relevancia de la coordinación entre profesionales dentro del mismo dispositivo como un primer desafío para la atención de personas con demencia, como se identificó en la sección anterior este aspecto resulta clave para la derivación de la sospecha a la evaluación diagnóstica y para unir las evaluaciones de los diferentes profesionales en un todo coherente que identifique las necesidades y ámbitos a intervenir por parte del equipo. En esta sección se presenta la experiencia acumulada de los diferentes centros y los segmentos codificados que reúnen la percepción de los profesionales sobre la coordinación intradispositivo se presentan de manera conjunta en la tabla 15 del Anexo 3.

A nivel del SSMO los profesionales de APS refieren que la norma es que las intervenciones se coordinen directamente entre profesionales en instancias informales o vía correo y que las reuniones de coordinación son o sean excepcionales para tratar casos particulares. En cambio, en el nivel secundario si están instauradas las reuniones clínicas tanto al ingreso como durante el proceso de atención en las cuales intervienen los diferentes profesionales y se coordinan objetivos y acciones.

*“Lo vemos directamente porque en general es super bueno el ambiente entre pares del consultorio. Por ejemplo, en verdad yo soy médico de salud mental principalmente. Entonces como que de repente lo veo yo mismo también, pero en otra hora, almuerzo con las psicólogas, entonces como que ahí nos presentamos los casos, nos mandamos correos, pero es como bien fácil en realidad, no cuesta conseguirnos una hora.” (Profesional APS)*

*“Hecho eso [evaluación social inicial] ya, solicito... hago la coordinación interna para que se les agende una hora para la segunda parte de esta evaluación en donde interviene el terapeuta ocupacional para lo funcional, neuro psicóloga para lo cognitivo y alguno de los dos especialistas para lo médico.*

*...Se hace el plan ya y nosotros cada tres meses ya, o sea, nosotros tenemos reunión técnica todos los martes ya, y cada tres meses del proceso del usuario ya tiene una evaluación. Los primeros tres meses es solo por el gestor clínico y un control médico y nosotros presentamos al resto del equipo los avances de este plan de tratamiento, las dificultades que hemos tenido. Ciertamente, en el fondo se hace una discusión clínica del caso.” (Profesional CAPCD)*

*“reunión de ingreso en que se presenta este plan y se puede discutir acerca de la, de la intervención que se está planteando o del plan de evaluación. Se pueden agregar o quitar intervenciones o evaluaciones según también criterio del mismo médico tratante o bien del equipo. Se registran las reuniones clínicas que siempre... los resúmenes y dar el paso al plan de intervención o tratamiento, los registros de las actividades para poder después derivarlos también a todos los interconsultores en el plan de seguimiento.” (Profesional UM)*

En el SSMSO los profesionales de APS refieren la falta de coordinación interna que impacta en la derivación efectiva desde la pesquisa al diagnóstico. En el caso del COSAM se da cuenta de la existencia de reuniones clínicas en las que se comparten tanto capacitaciones como miradas sobre los diferentes casos. La Unidad de Memoria refiere que la coordinación con otros profesionales se realiza directamente y no releva la existencia de reuniones periódicas de discusión de casos.

*“A ver yo creo que para asegurar la continuidad. Yo creo que estamos fallando un poco, quizá en el tamizaje y la sospecha. Quizá, si hubiese, así como se hacen, los EMPAM como, como a diario efectivamente y es parte de las metas. Pero no, no tengo la seguridad de que todos los pacientes que tengan como al final Minimalmente alterado tengan como seguimiento formal desde el programa de demencia.” (Profesional APS)*

*“[sobre quienes participan] ...Son internas con, con los equipos... Infantil y adultos...A todo el equipo médico...Sí bueno, sí, obviamente, por eso que interesante que sea con todos los funcionarios que tengan que ver con el caso también y otros que tienen otra mirada. Eso es un buen aporte.” (Profesional COSAM)*

#### 7.2.2.2 Dispositivos identificados en las RISS

Los centros de salud deben coordinarse con otros dispositivos que están involucrados en la atención de PcD. En este apartado se reconstruye el mapa de derivación de cada servicio en función de lo manifestado por las personas entrevistadas sobre su experiencia, esta identificación resulta importante en tanto determina con cuáles dispositivos de salud y de qué forma se desarrollarán las estrategias de coordinación posteriores.

Todos los profesionales del SSMO identifican que las RISS están conformadas por la APS donde se hace el diagnóstico y manejo de las personas con demencias típicas en etapas leves a moderadas; el Kintún como el centro en donde se realiza una intervención de mayor complejidad en personas con demencias de toda etiología sólo en etapas leves a

moderadas; a la Unidad de Memoria del HDS como el nivel de atención para el diagnóstico y manejo de las personas con demencias atípicas o de difícil manejo. También al CRS y COSAM como los dispositivos en donde se derivan las personas con comorbilidad psiquiátrica y este último donde se realizan prestaciones de apoyo a los cuidadores.

Fuera de esta red principal para las personas con demencia también se identifican otras especialidades médicas a las que son referidas estas personas con mayor frecuencia, lo cual podría constituir un segundo circuito de las RISS para personas con demencia, dentro de ellas Oftalmología, Otorrinolaringología, Geriátrica y Urología. También se mencionan especialidades que refieren más casos de personas con demencia a nivel secundario, las cuales son Neurología general, Psiquiatría, Reumatología y Medicina Interna. De igual forma el CAPCD menciona otras fuentes de derivación tales como el centro comunitario de rehabilitación (CCR) y otros departamentos municipales.

Por último, se consulta de manera específica sobre la red de urgencias y el servicio de hospitalizados de medicina, en ambos casos se confirma la relación y no se identifican mayores conflictos para derivar y apoyar la atención de las personas con demencia.

*“Yo he visto que en general logramos cubrir bien para el neo diagnóstico, para la sospecha, pero que igual tienen, son pacientes con muchas necesidades en salud, que necesitan derivación para hartos lugares, para otorrino, para oftalmólogo.”*  
(Profesional APS)

*“¿Cómo los derivan? en función de eso como te decía, la mayoría viene de la atención primaria, pero también recibimos algunas derivaciones del COSAM, derivaciones de la Unidad de Memoria y derivaciones del CCR, del Centro Comunitario de Rehabilitación, ya, derivaciones del CRS ya en san Luis, ya, o de alguno de los departamentos municipales, pero cuando llegan ya yo las recibo.”*  
(Profesional CAPCD)

Por su parte, los profesionales de APS del SSMSO identifican al HPH como el principal centro de derivación de las personas con demencias atípicas y en el contenido de sus entrevistas el COSAM surge como un dispositivo que excepcionalmente realiza algún tipo de intervención en el abordaje de las personas con demencia o sus cuidadores cuando hay mala adherencia a los controles en el hospital. La entrevistada de COSAM refiere la derivación desde APS de casos con síntomas conductuales refractarios y la derivación hacia la APS para cuidados paliativos en personas con demencia avanzada y al hospital en casos de duda diagnóstica. Por su parte la profesional del hospital identifica a los centros de APS como los principales centros derivadores de personas a la Unidad de Memoria. De esta manera la red principal de este servicio estaría compuesta por estos dos dispositivos.

Respecto a otros dispositivos relevantes en la atención de personas con demencia los profesionales de APS identifican los servicios de urgencia para los casos de descompensación severa de síntomas neuropsiquiátricos. La profesional del nivel secundario hospitalario agrega brechas en la Unidad de Memoria que impiden recibir directamente casos desde los servicios de urgencia y hospitalizados, por lo que éstos deben acudir a APS para ser canalizados. Además, identifica la especialidad de geriatría y psiquiatría como servicios que realizan actividades para las personas con demencia y también la farmacia para la dispensación de fármacos.

*“Usuarios que no han sido atendidos correctamente en el hospital que cursan una demencia que entran por urgencia por ley de urgencia y que nosotros sabemos que por ejemplo no tienen las condiciones para estar en su casa, no tienen el cuidado, por ejemplo, casos de demencia descompensados que, que adultos mayores que de repente nos llegan para acá los familiares que se encerró, que no nos dejan entrar. Obviamente que hay altos niveles de agresividad y nosotros cuando logramos hacer un montón de gestiones para su hospitalización, en caso más grave, después el hospital los da de alta y vuelven a esa vulnerabilidad que finalmente la descompensación es, es mucho más.” (Profesional APS)*

*“El otro flujo que deberíamos tener es desde el servicio de urgencia y hospitalizados, solamente recibimos usuarios que estén en controles que dentro de su, de su vida de atención cayeron hospitalizados y el neurólogo que lo vio en piso indica que tiene que tomar controles con su unidad o su neurólogo tratante lo antes posible. Ya, pero no tenemos ingreso ni desde la urgencia, ni desde hospitalizado, ni por hospitalización domiciliaria, ni nada de ese tipo de... Todo es desde atención primaria.” (Profesional UM)*

Los segmentos codificados como dispositivos identificados en las RISS se reúnen en la tabla 16 del Anexo 3.

### 7.2.2.3 Referencia y contrarreferencia

La derivación y contra derivación de personas entre diferentes dispositivos por medio de interconsultas es quizás la forma más concreta y visible de coordinación entre niveles de atención y sucede en todas las redes, por diversas patologías todos los días, no obstante, para que se produzca requiere de ciertos soportes de comunicación entre equipos, los cuales son diferentes en los casos analizados.

En esta sección se señalan los principales hallazgos relativos a los canales y procedimiento implementados para concretar las referencias y contra referencias entre dispositivos sistematizados por servicios y con los segmentos codificados representativos por nivel de atención.

Los profesionales entrevistados del SSMO a todo nivel refieren que este proceso se ve mediado por el envío de un correo electrónico, ya sea como respaldo del canal oficial de la plataforma Sidra, en el caso de las interconsultas al HDS o siendo el propio canal oficial en las derivaciones al CAPCD comunal. Además, explican que en un principio los códigos del diagnóstico de la derivación no eran familiares para el equipo y que no existía una casilla propia para la recepción de interconsultas en la Unidad de Memoria, por lo que el correo permitía advertir cuando se producía una derivación. Actualmente también se utiliza como medio para la contrarreferencia de las indicaciones de alta o para hacer consultas sobre las personas en atención. En casos más urgentes se ha debido recurrir a llamadas telefónicas para dar contrarreferencias.

*“Por correo. Ellos envían su correo, cierto, “derivamos a tal persona” Bueno, hay ciertos requerimientos de información que nosotros solicitamos ya y ellos ya lo tienen claro porque hemos tenido reuniones y cuando llega gente nueva ya, nos reunimos nuevamente, cierto. Y les comentamos o se mandan correo para informar qué es lo que se necesita. Ya. Hay información base para eso. Bueno, llega el correo, si es de APS, ya empezamos el proceso inmediatamente, si viene de otro dispositivo ya siempre se envía el correo a APS. “Mira llegó esta derivación de tal persona con Rut tanto ya ¿la tienen ustedes bajo control, les parece pertinente ya la derivación a Kintún?” Ya, y en función de eso seguimos el proceso. Son contra derivados también a través de correo electrónico.” (Profesional CAPCD)*

*“Tenían que mandar un email para yo poder rescatarlos de la lista de espera. Y a contar de... Bueno, se fue mejorando a contar de que también la demencia está dentro del GES, logramos recién el año pasado Tener una casilla propia en que llegan todas las interconsultas directo a la Unidad de Memoria sin pasar por neurología, porque eso obviamente aumentaba los tiempos de espera. Entonces actualmente llegan a la casilla de Unidad de Memoria y tienen una espera de a lo mejor un mes en la primera atención, un mes y medio.” (Profesional UM)*

En el SSMSO los profesionales de APS y Unidad de Memoria señalan que este proceso está mediado por la consultoría de presentación de casos, en la cual se realiza un filtro para determinar si es pertinente la derivación o no, por lo que este ha sido el canal que facilita el proceso de referencia, en el caso de la contra referencia se realiza mediante correo. Todos coinciden en que ha mejorado la pertinencia de la derivación por diagnóstico de demencia.

*“Los días miércoles, cuando el hospital el Padre Hurtado ofrece esta consultoría, son los centros quienes finalmente presentan sus casos. Ahí es donde es clave también el rol de los jefes de sector en decir mire, tengo este caso, se lo presentan al subdirector técnico o finalmente los mismos médicos, ya que participan en la consultoría y ojalá el usuario que venga con toda su batería de exámenes que son*

*de canasta de atención primaria, obviamente para descartar cualquier otra patología metabólica, qué sé yo. Y ahí se presenta. Y ahí obviamente el doctor J., que es el que está dando las capacitaciones. Como que... Como que acepta o no la interconsulta, digamos así, es la figura de esa consultoría y además es un tipo de consultoría. No es como que se nos pide que nosotros no derivamos directamente, sino que lo hagamos todo a través de esta consultoría, obviamente, porque ante la brecha que hay es mejor verlo en esa consultoría y ver si realmente requiere de esas prestaciones.” (Profesional APS)*

*“Lo que nosotros hacemos es facilitamos el cómo derivar al paciente acá. ¿Entonces, cómo lo facilitamos? Por medio de criterios diagnósticos que están descritos, que los médicos de APS los tienen todos y aparte de presentación en consultoría, porque de ahí podemos sacar otro tipo de retroalimentación.” (Profesional UM)*

Todos los segmentos codificados para referencia-contrarreferencia se presentan en la tabla 17 del Anexo 3.

#### 7.2.2.4 Consultorías

Otra de las estrategias de coordinación identificadas es la reunión entre miembros de los equipos de diferentes niveles, según la experiencia de los profesionales se evidencia que ambos servicios han implementado esta instancia de retroalimentación entre dispositivos con diferencias en cuanto a su frecuencia y objetivos. Coinciden los profesionales de APS de ambos servicios que son instancias útiles para la capacitación y resolución de casos. A continuación se presentan los principales hallazgos relativos a las consultorías organizadas por servicio.

Según los profesionales del SSMO de todos los niveles estas instancias se realizan en función de la necesidad y están destinadas a recibir orientación sobre el manejo de personas con demencia que preferentemente pueden mantenerse en la red de APS. La persona de la Unidad de Memoria acota que han sido reemplazadas por atenciones por telemedicina que cumplen un rol similar, las que pueden ser sincrónicas o asincrónicas.

*“Y funcionan un poco a demanda, pero son establecidas dos al año. Pero si, por ejemplo, nosotros solicitamos más, hacemos más.*

*Siempre se plantea el caso de algún usuario que tengamos dudas, pero que o no es perfil para derivar o que creemos que sí se puede resolver acá en APS...ahí se plantea el caso con todos los antecedentes, todo habido y por haber. Y como el problema específico y ahí ellos van comentando su visión, que darían ellos. A veces incluso nos dicen "saben qué Ya hay que derivarlo", no se po ahí se resuelven.” (Profesional APS)*

En el caso del SSMSO los profesionales indican que las consultorías son periódicas y alternan quincenalmente su carácter, con una semana de consultoría de presentación de casos y otra semana de consultoría educativa. La consultoría de presentación de casos se orienta mayoritariamente a discutir casos que presentan un perfil candidato a derivar a la Unidad de Memoria, por lo que el rol está encauzado preferentemente a guiar la pertinencia de la referencia, no obstante, se pueden presentar a personas que quedaran en control en APS para recibir apoyo en el manejo del caso. Los resultados asociados al rol formativo de estas instancias se detallan en el apartado siguiente sobre la estrategia de capacitaciones.

*“Los días miércoles se hacen consultorías con el doctor ... en la actualidad y ahí se presentan como casos clínicos. Entonces uno dice "mire doc tengo tal paciente tal cosa, está es mi sospecha, hice esto respondió parcial. Entonces no sé, creo que no es Alzheimer y es como no sé, fronto temporal, cuerpos de Lewy, alguna otra cosa que es para nivel secundario" y él te va a decir "bueno, me parece adecuado" ahí obviamente entre medio preguntas que al final le importan a él para hacer el diferencial y si le parece adecuado te lo te los recibe, um... en teoría es como un pre filtro de, de las interconsultas, por el hecho de que más allá de que tengan que cumplir como los requisitos administrativos de que estén bien hechas al hospital como que se yo, datos del paciente, etcétera, es que sean atingentes y que efectivamente sea de nivel secundario y eso lo ven ellos mismos y te dicen sí, efectivamente este paciente tienes que enviármelo o tienes que manejarlo tú allá.”*  
(Profesional APS)

*“Antes no me presentaban casos porque había mucha desorientación en el tema, ya entonces daba miedo presentar casos, daba miedo. Entonces de repente veíamos consultorías que estaban pucha estaban vacías, vacía. Entonces dijimos ya saben qué vamos a hacer consultoría por medio, miércoles por medio, una consultoría de casos, tratar de casos y consultorías educativas. Entonces empezamos así y esta consultoría se empezaron a llenar las de casos. Claro, había, había más criterios que estaban llenos, pero habían dudas más específicas. Entonces empezaron a llenar estas consultorías”* (Profesional UM)

Todos los segmentos codificados representativos por nivel de atención se reúnen en la tabla 18 del Anexo 3.

#### 7.2.2.5 Capacitaciones

Las capacitaciones no son solo una forma de elevar los conocimientos y competencias de los equipos para la atención de las personas con demencia sino también, se identifican como una estrategia de coordinación en tanto cohesionan los criterios de derivación y las prácticas que se tomarán en las RISS. Los profesionales dan cuenta que se han realizado diversas instancias de capacitación, en su mayoría gestionadas por los propios dispositivos;



se puede evidenciar diferencias en cuanto a la regularidad y formalidad con la que se mantienen en cada caso. A continuación, se presentan los principales resultados sobre cómo se han implementado estas estrategias según servicio.

Los profesionales del SSMO entrevistados que están desde antes de la pandemia en la red reconocen que en la fase inicial de la implementación del piloto del PND se realizaron muchas capacitaciones de forma presencial levantadas por los propios dispositivos. En la actualidad los profesionales de APS indican que estas instancias deben ser autogestionadas. La profesional del CAPCD refiere que ya hay menos necesidad de capacitación por la trayectoria y experiencia del equipo y la de la Unidad de Memoria señala que antes de la pandemia se realizaron estas capacitaciones por parte de la unidad y que ahora se han institucionalizado para que las brinde el servicio de forma online.

*“Sí, mira, la verdad es que a mí y a la médico que empezó conmigo, tuvimos muchas capacitaciones el primer año ya. Después no llegaron y las capacitaciones en realidad han sido, como entre comillas autogestionadas, entre el mismo equipo y también con los dispositivos, con Kintún y la Unidad de Memoria. Nosotros, por ejemplo, hacemos consultoría todos los años y ahí aprovechamos unos 20 minutos y aprovechamos para tocar algún tema que requiera como orientación.” (Profesional APS)*

*“Sí. O sea, se han realizado, se ha realizado continua capacitación con más énfasis antes si de la pandemia. Que eran presenciales... Si servían bastante para la coordinación y en un inicio sirvió mucho para los criterios de derivación, tanto para darlos a conocer como tomar también conocimiento de las necesidades de atención primaria, COSAM y poder llegar a una, a un criterio de derivación más, más claro y pertinente. Y también hemos ido haciéndolo partícipes a ellos y de lo que pudiesen comentar, darnos a conocer. Y también nosotros también de la difusión de esto para mejorar la calidad y la pertinencia de la interconsulta.*

*“Ahora se está canalizando de otra manera la capacitación que se está realizando a través del servicio de salud ya no solo como Unidad de Memoria, sino que a través del servicio es algo, algo mucho más formal de nuevo y que tiene que salir este año. Estuvo en organización el año pasado y ahora tiene que salir una capacitación para toda la red, con clases y con todo un programa mucho más estructurado.*

*... Si bien la Unidad de Memoria hizo alguna capacitación de inicio y como a mitad de proceso con el servicio, pero fueron más aisladas y como de un día, una súper capacitación como ya todo el día, una jornada. Ahora va a ser obviamente online, como... Cómo se está usando ahora en verdad, con muchos módulos en relación a distintos, a los distintos profesionales de salud y también a las distintas intervenciones que se realizan.” (Profesional UM)*

En cuanto al SSMSO los profesionales indican la realización de consultorías educativas por parte de la Unidad de Memoria que permitieron revisar los principales temas asociados al diagnóstico y manejo de las personas con demencia. Como dificultades se planteó la asistencia acotada de un representante del estamento médico, lo cual se buscó resolver con capacitaciones internas.

La profesional de COSAM plantea que el servicio ha realizado capacitaciones además de las que se autogestionan los profesionales según su interés, también se refiere a la importancia de la sensibilización en todo el equipo de salud.

Por último, a nivel de la Unidad de Memoria se plantea como surgió la idea de aprovechar las consultorías como instancias formativas, las diversas temáticas que se abordaron y cómo esto mejoró la participación en la presentación de casos junto con su intención de realizar instancias presenciales para este año.

*“El año pasado hubo un ciclo de capacitación en demencia que lo hizo C. y claro, fueron varios meses que eran una vez al mes clases como de no sé, dos horas donde se explicaba como un tema en particular de demencia, de no sé po, sospecha, abordaje, diferenciales, tratamiento y cosas así. Y el tema está en que el volumen quizás de médicos capacitados fue escaso. Pero uno entiende que bloquearle a todos los médicos una hora igual es como complicado una vez al mes, aparte ya de los bloqueos propios, entonces fueron dos del consultorio, que fui yo. ...eran fantásticas, de hecho, a mí como que después de eso yo dije ah, buena, creo que ahora lo entiendo todo. Quizá también no sea una de las mejores patologías abordadas como en el pregrado.” (Profesional APS)*

*“Entonces dijimos ya saben qué, vamos a empezar a hacer consultoría los mismos miércoles, pero vamos a hacer consultorías por medio, porque nos estamos dando cuenta también que no presentaban tantos casos... Entonces empezamos a hacerlo así y esta educación iba desde la parte, desde esto mismo que estamos conversando, que, desde el ingreso del usuario en la parte de gestión administrativa, hasta definir los tipos de demencia y las evaluaciones neuro cognitivas, ya o sea T. igual entraba dentro de esta educación y los educaba en cómo hacer un MOCA, en cómo hacer bien un Mini mental, en cuanto a derivar en otras baterías también. Entonces empezamos así y esta consultoría se empezaron a llenar más de casos. ... Íbamos por parte, por ejemplo, demencia tipo Alzheimer, un miércoles, demencia temporal, otro miércoles, criterios, diagnóstico y así hemos ido incorporando esto. Este año nos gustaría mucho ya incorporar las capacitaciones presenciales. Nos gustaría mucho.” (Profesional UM)*

Todos los segmentos codificados representativos como capacitaciones se sistematizan en la tabla 19 del Anexo 3.

### 7.2.2.6 Gestores de Caso

Se identifica como estrategia de coordinación la definición de un profesional a cargo de la comunicación con los diferentes dispositivos y de hacer seguimiento de los procesos y atenciones definidas para cada persona con demencia.

Respecto a los hallazgos en esta estrategia de coordinación se identifican diferentes modalidades en los distintos dispositivos de cada servicio, siendo reconocidas las enfermeras gestoras como quienes desempeñan un rol común a nivel secundario hospitalario a cargo de la comunicación y de la coordinación de acciones para cumplir las garantías de oportunidad del GES.

*“ha sido bastante dinámica las funciones acá en la unidad, porque si bien el inicio era solamente la derivación a través de un informe sin mayor contacto con los interlocutores, finalmente se... Se ha ampliado a otro rol y seguimiento de los pacientes dentro de la unidad. Desde que ingresan hasta que egresa el paciente queda a cargo de la gestión de casos que la realizo yo o la realizaría cualquier otra enfermera acá en La unidad. Y es justamente el seguimiento desde que ingresa al programa diagnóstico o de tratamiento biopsicosocial y pasando por todas las intervenciones y teniendo un seguimiento para poder justamente hacer el proceso en el tiempo que establece el GES que son 180 días para diagnóstico y dos meses para tratamiento.” (Profesional UM)*

En cambio, en el caso particular de la atención secundaria comunal del SSMO se optó por definir gestores clínicos a cargo de un número determinado de casos, descentralizando la función.

*“Acá no hay un gestor para todo el centro, sino que cada uno de los profesionales no médicos, a excepción de la neuro psicóloga, ya e incluyendo la directora, ya tenemos nuestros casos a cargo. Somos gestores clínicos de una cantidad de casos...y la cantidad de casos va a depender de las horas que tenemos, cierto, las horas laborales contratadas, de la carga de trabajo ya y de eso.” (Profesional CAPCD)*

Por su parte en los niveles primarios existen diferencias según SS sobre el modelo de atención que se ha implementado, como ya se indicó en la sección de organigrama. En el SSMO se han designado profesionales miembros de un equipo local de memoria a quienes se reconocen como gestores específicos para coordinar la atención en la RISS de demencia, junto con las enfermeras gestoras de la atención domiciliaria y los médicos gestores que tienen a cargo la coordinación de las RISS en otras patologías. En el SSMSO, si bien la Unidad de Memoria solicitó la conformación de equipos locales de memoria, en el caso de La Pintana se designaron de forma nominal, sin embargo, se opera de forma

sectorizada por lo que quienes participan en la gestión de los casos son los jefes de sector. Se proyecta la inclusión de enfermeras al equipo de salud mental en un rediseño que incorpore la gestión del cuidado para esta población.

*“No tenemos encargado de demencia, debería ser el mismo encargado de salud mental con los jefes de sector. O sea, ahí según el modelo de salud familiar. Los jefes de sector deberían tener identificada su población. Deberían de distribuir los casos. Y esto opera Prácticamente como lo mismo que cardiovascular.” (Profesional APS)*

La selección completa de los segmentos codificados para la estrategia de gestores de caso se presenta en la tabla 20 del Anexo N° 3.

#### 7.2.2.7 Planes Unificados

Este elemento de la coordinación de la atención implica un nivel de complejidad mayor en la definición de objetivos comunes, roles y procesos determinados. En cuanto a su implementación los profesionales entrevistados refieren que aún existen brechas para todos los casos y desde todos los dispositivos.

Los profesionales del SSMO del nivel primario refieren que hay una mejor coordinación entre los dispositivos, pero no se ordenan en función de un plan común; en el caso de la atención secundaria comunal la entrevistada señala que se logran comunicar con APS para reportar sobre las acciones y solicitar informaciones que nutran al plan, el cual se transmite una vez finalizada la intervención, además de la realización de reuniones para abordar los casos complejos con las diferentes instancias necesarias. Desde la atención secundaria hospitalaria la profesional relata como el plan diseñado en las reuniones clínicas se registra para darlo a conocer a todos los profesionales involucrados en las intervenciones en los otros niveles de atención.

*“quizás la experiencia de acá de Peñalolén, porque creo que llevamos más años y tiempo en esto, es un poco mejor con la coordinación de equipos, pero estamos lejos de hacer un plan en común entre los diferentes dispositivos. Ya sí generamos ciertas prestaciones coordinadas, pero no se genera un plan en común.” (Profesional APS)*

*“se registran las reuniones clínicas que siempre... los resúmenes y dar el paso al plan de intervención o tratamiento, los registros de las actividades para poder después derivarlos también a todos los Inter consultores en el plan de seguimiento.” (Profesional UM)*

En el caso estudiado del SSMSO los profesionales refieren que las indicaciones entre nivel primario y secundario del hospital se transmiten, los cuales contemplan diferentes aristas biopsicosociales de la persona con demencia, pero hay desconocimiento sobre cómo se realiza la ejecución y el seguimiento de este plan por parte de la atención secundaria.

*“Nosotros estamos conscientes de que los psicólogo y la asistente social es súper importante para los casos de demencia, y el equipo de atención primaria de salud mental con el cuidador, o sea, si no tenemos un cuidador que está bien de su salud mental, que, que nosotros de cierta manera igual estamos como dando cuidados. Obviamente el éxito de, de la intervención que nosotros hagamos va a ser mucho mejor y eso el hospital también hemos hablado de eso y entonces me llama la atención que, que, que ellas de repente nos hagan esas indicaciones y me parece súper bien.” (Profesional APS)*

*“No sé, por eso quiero hacer entrevistas este año, porque no sé el plan de manejo integral. ¿A qué se basan ellos también? Cómo lo ven ellos, por ejemplo, la forma en cómo lo ven ellos. No sé si solamente se entrega el medicamento o ellos ¿están haciendo reales talleres con los cuidadores? De estos cinco pacientes con demencia que les derive en un mes, por ejemplo, que pertenecen a sus CESFAM ¿están derivando a Fonoaudióloga?, ¿están derivando a CCR?, ¿hay horas de psicólogo de salud mental para estos pacientes y sus cuidadores? Entonces eso es lo que falta. Yo creo que eso tampoco se me ha dado. Tampoco me lo han dicho.” (Profesional UM)*

La selección completa con los segmentos codificados para planes unificados se presenta en la tabla 21 del Anexo N° 3.

#### 7.2.2.8 Otras estrategias

Junto con las estrategias descritas anteriormente se identificaron otras que permiten la comunicación de los equipos en cuanto a transmitir información y conocer las necesidades de los diferentes dispositivos, estas comprenden reuniones, correos y comunicación mediante documentos escritos.

Los profesionales del SSMO refieren que se desarrollaban reuniones de coordinación que quedaron interrumpidas por la pandemia y tanto estas instancias como otras han sido reemplazadas por correos, también, que se da la comunicación por vía telefónica y el envío de documentos escritos para transmitir las indicaciones.

*“Antes hacíamos reuniones, reuniones con todos los dispositivos de la red e incluso un año hicimos un evento para el día del Alzheimer, pero por pandemia después se suspendieron.” (Profesional APS)*

*“Yo creo que lo principal es conocer al que está detrás de la línea telefónica ya y del correo electrónico ya, ver caras, conocer a las personas y que nos conozcan, ya. Ahora lo hacemos menos, pero antes nosotros íbamos, nos presentábamos o solicitábamos una reunión para presentarnos...ha venido el director o los distintos directores que darían el servicio. Antes teníamos reuniones con la Unidad Memoria”*  
(Profesional CAPCD)

En el SSMSO los profesionales también coinciden con la realización de reuniones y el envío de correos para la coordinación, asimismo agregan la posibilidad de tener instancias para compartir buenas prácticas entre centros, de tal manera que se homogenice la atención a personas con demencia en la comuna. En el caso de COSAM agregan que la gestión de ciertas coordinaciones se agiliza vía WhatsApp junto con el correo como medio formal. La profesional de la Unidad de Memoria agrega además la realización de reuniones con el MINSAL y las otras unidades de memoria del país, la existencia de una plataforma que integra los registros clínicos electrónicos del nivel secundario y primario de atención y la emisión de documentos escritos que se entregan a los pacientes para ser presentados en los CESFAM.

*“Tenemos una buena vía de comunicación a través de correo con la enfermera del programa del hospital, como que nos comunicamos por allí. A veces ella no lo sé, como te decía al inicio, si ellos pesquisaron un paciente que consultó por otra patología y se dieron cuenta que estaba como, no sé, con alguna falla o alguna queja subjetiva, ellos nos hacían como saber a nosotros a través de un correo nos indicaban que manejo, habían hecho ellos y lo mandaban como para nosotros, como hacer el GES y todo esto y ponerlo bajo control.”* (Profesional APS)

*“Es bien directo con las trabajadoras sociales y a veces llega un correo, incluso desde la informalidad del WhatsApp para levantar ciertos casos ya... Lo, lo oficial siempre se da por correo”* (Profesional COSAM)

En la tabla 22 del Anexo N° 3 se presentan las estrategias identificadas por servicio y los segmentos representativos.

#### 7.2.2.9 Inter sector y trabajo comunitario

Si bien la investigación se centra en la coordinación de la atención en las RISS por la cualidad de la dependencia progresiva que genera la demencia, los síntomas neuropsiquiátricos y las características socioeconómicas de la población vuelve relevante la coordinación de las intervenciones con dispositivos sociales, jurídicos y comunitarios. Esto es coherente con los principios del MAIS y se incorporó en el diseño del PND, no así en las prestaciones definidas para el GES N°85. Se identifica en este aspecto una línea de

investigación emergente sobre el estado de las redes socio comunitarias y los desafíos en cuanto a la coordinación e integración de cuidados de las personas con demencia.

A continuación, se describen resultados sobre las acciones de coordinación intersectorial y de trabajo comunitario visibilizadas por las personas entrevistadas en los diferentes dispositivos y servicios.

Los profesionales de APS del SSMO identifican gestiones de coordinación para postular a subsidios municipales, refieren que principalmente éstas las realizan las trabajadoras sociales y que a nivel del estamento médico existe desconocimiento acerca de los procedimientos administrativos sobre el patrimonio económico de las personas con demencia y sobre la institucionalización.

*“Con el Inter sector. La verdad es que coordinación... Bueno, como te decía, también se ha perdido harto todo lo que no tenga que ver con la prestación de evaluación ni tratamiento. Em y yo acá, que es como lo que te decía antes, igual un poco por voluntades, eh. Tengo coordinación con talleres como de participación social de la Municipalidad, pero más allá de eso, no” (Profesional APS)*

A nivel secundario municipal del SSMO la entrevistada señala que se dan las gestiones para postulación a apoyos económicos y también la coordinación con los departamentos jurídicos en casos de procedimientos de interdicción y protección de derechos ante violencia. También visibiliza la importancia del trabajo comunitario que ha quedado de lado frente al trabajo clínico y que éste es necesario para la sensibilización de la comunidad para que pueda aportar en la inclusión de las personas con demencia y sus familias.

*“También se ha trabajado en generar una conciencia más, más comunitaria del tema. Ya, Peñalolén está con un trabajo de habilitarse como comunidad amigable con las personas mayores y nosotros, que aprovechamos cualquier ocasión, hemos metido la patita ahí para que también sea con personas con demencia, ya. Estamos trabajando con servicios comunitarios, ya, para poder sensibilizar también y formar gente, estos, estos gestores comunitarios cierto, que puedan pesquisar vecinos con demencia, que sepan dónde acudir, donde hacer las derivaciones, a quién informar, cómo apoyar.” (Profesional CAPCD)*

Por último, la profesional de la Unidad de Memoria del SSMO se refiere a la orientación que realizan para que las personas puedan asistir a la APS a gestionar beneficios sociales, junto con la capacitación que realizan a ciertos organismos de cuidadores formales que apoyan en caso de que una familia lo necesite, además del trabajo para activar otras redes de instituciones sociales.

En el caso de los profesionales de APS del SSMSO identifican a las trabajadoras sociales como las encargadas de la gestión de recursos a nivel municipal, además se reconocen oficinas municipales que se involucran en los casos, ya sea para proveer de estos apoyos como para discutir casos complejos que requieren la solicitud de internación administrativa, también se identifica que es necesario el trabajo comunitario para el abordaje de problemas que afectan a toda la comunidad y que pueden estar en relación con la descompensación de la patología.

*“Mira, nosotros a veces cuando tenemos esos casos hacemos mesas técnicas de casos donde nos juntamos con DIPEMA, OPDAM, que finalmente queremos como, como primero dar la continuidad de cuidados y en segundo lugar poder obviamente ver si puede ser a través de cupos de Fonasa a la Fundación Las Rosas o por ELEAM. Generalmente son ELEAM porque son adultos mayores que están más bien en situación de vulneración de derechos, de abandono.*

*Se convoca en función de casos. Ya. Sí, porque son justamente para tratar de resolver lo más rápido posible en un caso que está muy mal. Y generalmente las personas mayores que han tenido descompensación con demencia o relacionado con la demencia, son personas que están en situación de vulneración de derechos, abandono, temáticas de VIF, también alcohol y drogas. Como que todo eso se cruza ahí y obviamente tratamos de, de proteger y de restituir lo que más podamos. Ahora las ELEAM igual son un tema, porque que tiene que estar compensado, que entonces para nosotros es justamente lo que nos cuesta a veces es compensar. Y la Fundación Las Rosas, que son a través de cupos de Fonasa, que también tiene el criterio de uno de los criterios de.. De que tiene de exclusión, o sea, es que la persona tiene que tener voluntariedad de estar ahí y eso nos cuesta mucho institucionalizar a una persona con demencia que obviamente sabemos que, que el juicio realidad está bastante perdido, que no quiere obviamente, y es ahí donde nosotros a veces llegamos un poco tarde, ya tiene que ver con, con eso y las elevamos obviamente netamente por protección de derechos y eso se demora, pero funciona.” (Profesional APS)*

La profesional de COSAM del SSMSO refiere la importancia de estas oficinas municipales para la gestión de recursos y la institucionalización de ciertos casos, agrega la dificultad presentada recientemente al producirse una reestructuración de dichas instancias. Además, identifica un avance en la sensibilización de la comunidad gracias a los medios de comunicación y a productos culturales y artísticos que han abordado la temática.

*“Sin embargo, a fin de este año que pasó desaparecieron apoyos sociales, entonces nos quedamos sin coordinar pañales, sin coordinar los casos de ..de ..de violencia que teníamos. Existía una OPDAM, existía una oficina de discapacidad, me parece que creo que hay ahora una sola persona, como que se nos hizo crítico y todavía no se ha ordenado eso, pero antes estaba muy bien establecida. Sabíamos a quién*



*pedir los pañales, coordinar, que también hace APS, ya los casos de OPDAM eran importantísimos porque ellos nos apoyaban con los abogados, ya, para incluso las internaciones en los ELEAM. Las postulaciones digo, porque la verdad el poder internar es un tema, pero por lo menos por las postulaciones. Y ahora, no hay nada de eso.” (Profesional COSAM)*

En cuanto a la profesional de la Unidad de Memoria del SSMSO refiere que se orienta a las personas a que realicen las gestiones desde la APS en atención a que la unidad no realiza ese trabajo intersectorial e identifica que aún no hay una cultura de cuidados a las personas mayores a nivel país.

En la tabla 23 del Anexo N°3 se concentran los segmentos codificados para inter sector y trabajo comunitario.

#### 7.2.2.10 Estrategias en otras patologías

En relación con las estrategias implementadas en la coordinación de las RISS en otras patologías, los profesionales de APS de ambas comunas identifican algunas experiencias similares a las realizadas para demencia, los segmentos codificados para estrategias en otras patologías se presentan en la tabla 25 del Anexo N° 3.

En el SSMSO uno de los profesionales entrevistados de APS comenta el caso de la coordinación con neurología para las personas con epilepsia, en el cual según su experiencia, se da un flujo de comunicación por correo más constante para ajustar los tratamientos.

*“Con Neuro de el Salvador como para Epilepsia tenemos una comunicación súper buena ... ee nos llegan correos con las indicaciones de los pacientes, con los ajustes para ajustar la receta en la farmacia. Nos van contando, nos piden cosas, etcétera. Una vez por mes, si no me equivoco.” (Profesional APS)*

En el SSMSO los profesionales entrevistados brindan otras experiencias de coordinación para rehabilitación por patologías neurológicas, también se destacan las consultorías para discusión de casos con otras especialidades y el trabajo de coordinación con agrupaciones de usuarios de otros programas de salud mental.

*“Existe la prestación de rehabilitación motora en el CCR por diagnóstico del espectro neurológico. Ya ponte tú. Los pacientes con Parkinson o cosas de ese estilo pueden ser derivados allá. Por lo general vienen contra referenciados también desde el especialista. Entonces, lo vio el neurólogo no se pos, demencia por Parkinson mucho periodo ON o OFF o mucha disquinesia o lo que sea, y dice se beneficia de*

*rehabilitación. Y llegan los pacientes a la morbilidad con la hojita "hola fuimos al neurólogo y tal cosa queremos la derivación" (Profesional APS)*

*"Mira, en teoría la lógica de las consultorías igual es bastante buena. Una vez al mes hay de diabetes, hay de psiquiatría, hay de cirugía general como hernias complejas, ponte tú, ahí de endoscopia." (Profesional APS)*

### 7.2.3 Valoración de la integración y coordinación de las RISS y sus obstaculizadores y facilitadores

La última dimensión analizada dice relación con la valoración que hacen los profesionales entrevistados respecto al grado de coordinación e integración de las RISS y los obstaculizadores y facilitadores que reconocen en su experiencia.

#### 7.2.3.1 Valoración de la integración

La totalidad de la muestra de los profesionales entrevistados refiere que aún no se da un grado de coordinación e integración óptimo en las RISS de atención para las personas con demencia, existiendo brechas para mejorar a diferentes niveles.

A nivel de APS las personas entrevistadas del SSMO valoran de mejor forma la experiencia de Peñalolén en relación con la situación nacional, sin embargo, plantean que aún se está lejos de generar un plan común entre todos los dispositivos involucrados y que existen limitaciones en cuanto al tiempo y al feedback desde el Hospital del Salvador.

La profesional de la atención secundaria comunal del SSMO señala un nivel medio de integración y plantea que hay algunos componentes de las RISS con los cuales aún no es posible coordinarse de forma apropiada.

Por último, en la atención secundaria hospitalaria del SSMO se reafirma la brecha de integración y se atribuye a lo básico de los canales de coordinación

*"yo creo que a nivel nacional está súper fragmentada y tengo la experiencia de colegas que en realidad no, no hay mucho de atención a personas con demencia a pesar de ser GES. La experiencia de acá de Peñalolén, porque creo que llevamos más años y tiempo en esto, es un poco mejor con la coordinación de equipos, pero estamos lejos de hacer un plan en común entre los diferentes dispositivos. Ya sí generamos ciertas prestaciones coordinadas, pero no se genera un plan en común." (Profesional APS)*

*"Diría que medianamente integrado, porque la verdad que han sido siempre, hasta ahora canales bastante. Básicos, Qué es un mail." (Profesional UM)*

En el SSMSO la APS percibe la atención fraccionada, con dificultades en la continuidad entre la pesquisa y el diagnóstico, al menos en toda la subred existen falencias aún en ese ámbito.

En cuanto al nivel secundario comunal del SSMSO la profesional plantea que se ha avanzado en el sector de salud comunal, aun así, se hace crítica la integración y coordinación de los servicios sociales para el cuidado de las personas con demencia.

A nivel secundario hospitalario del SSMSO se evalúa positivamente la integración con la APS, sin embargo, desde la perspectiva de la entrevistada persiste fragmentación con los servicios hospitalarios y de urgencia.

*“No, yo creo que todavía está fraccionada, esta fragmentada. Si todavía no hay ni un paciente que hayamos podido ver como equipo o que haya empezado, no sé, está estimulación cognitiva, eso todavía no está pasando. Entonces, si todo está fraccionado. Partiendo de que nos cuesta pesquisar para luego poder estudiar y diagnosticar y que por lo menos ya no nos podemos quejar de la vitamina B12 porque ya la tenemos que de verdad que nos limitaba, porque es gente de escasos recursos que no se lo pueden hacer o no pueden movilizar a la persona. Entonces hay cosas que hemos ido ganando, que ya podemos, como que hemos adquirido. Pero sí, yo creo que más que eso. O sea, todavía no, no hay el primer paciente de demencia del sector de Santo Tomás que haya sido valorado conjuntamente, integralmente, No. Estamos trabajando para eso, pero todavía no, todavía no pasa. Es una realidad.” (Profesional APS)*

*“Yo creo que está integrada, está integrada acá en lo que es los CESFAM de las comunas ya, sí está más integrada en algunas comunas que en otras ya, pero en sí se está trabajando en la integración de esto y yo creo que es va por más, por un tema de exigencia para poder crear la integración. Al principio sí. O sea, si tú me comentas, por ejemplo en el año 2021, en mayo, que ya estaba fragmentada totalmente, pero ahora sí, ya tenemos, por ejemplo, un formato de derivación, tenemos un formato de criterios de inclusión, tenemos formato de capacitación, entonces ya es mucho más fácil y está mucho más integrada en lo que son los distintos niveles de atención, en donde sí está que no está integrada y que está, si no, no se está llevando a cabo en los niveles el nivel de atención secundario, lo que es hospitalizado” (Profesional UM)*

En la tabla 25 del Anexo N° 3 se presentan los segmentos codificados para la valoración de la integración.

### 7.2.3.2 Obstaculizadores

En esta sección se presentan los resultados correspondientes a los obstaculizadores para que se lleve a cabo una adecuada coordinación e integración en las RISS

#### 7.2.3.2.1 Falta de capacitación médica

En la atención primaria a nivel del SSMO se señala que existe una suerte de nihilismo frente a las personas con demencia por parte de los médicos, quienes no contemplan la posibilidad de hacer estudios de causas reversibles, esto se atribuye o atribuiría a un problema en la formación de pregrado de la profesión.

*“O sea, lo he visto en mis colegas que no trabajan en memoria tampoco, pero que hay un enfoque como de "a tiene, tiene Alzheimer, pobrecito, ya acá esta su memantina y la cuestión y chao". Como que no se piensa mucho como en una causa secundaria. Puede que sea algo tratable. Hay que hacerle exámenes en vola necesito un escáner, como que no está muy incorporado, que probablemente es un tema de docencia en pregrado también. Tampoco se le da mucha importancia a la demencia en neuro en pregrado.” (Profesional APS)*

En el SSMSO tanto a nivel de APS como a nivel secundario comunal se evidencian problemas en las capacidades médicas, ya sea para diagnosticar, derivar y manejar a las personas con demencia, lo cual dificulta la coordinación en las atenciones.

*“Yo igual entiendo al encargado de neurología que de repente diga que, que, que más o menos no... tenemos poco conocimiento del momento derivar a una demencia, pero lo tenemos. Ah, yo creo que no tan solo nosotros, todos. Entonces yo creo que el hospital, si tú vas para allá, no sé, quizá vas a cruzar esto porque son cosas técnicas y prestaciones que nosotros no hemos otorgado en su mayoría.” (Profesional APS)*

*“Están en APS [los fármacos], los médicos de APS no lo pueden dar porque desconocen el mecanismo de acción del medicamento, entonces esa es una traba que hoy día tenemos y debería estar resuelta pronto” (Profesional UM)*

#### 7.2.3.2.2 Duplicación

Otro de los obstaculizadores identificado por los entrevistados es la existencia de otras unidades o profesionales que realizan el diagnóstico y manejo de las demencias duplicando la función de los equipos definidos para la labor, lo que genera pacientes que se mantienen por fuera de los flujogramas definidos dificultando la labor de coordinación de los procesos.

En el SSMO a nivel primario se identifica la existencia de médicos o especialistas que confirman el diagnóstico sin la evaluación del equipo de memoria. A nivel secundario comunal se produce redundancia con los equipos de psiquiatría secundarios lo que a veces superpone tratamientos con los indicados en la Unidad de Memoria y el propio CAPCD confundiendo a los usuarios.

*“Tenemos un geriatra en el consultorio que se salta todos los flujograma de... El no deriva a nosotros, sino que él mismo les abre el diagnóstico y no le firma el GES y como que deja la escoba. Como que nos desordena un poquitito la cosa. Y con este otro médico que se salta, se suele saltar los flujogramas y que ya le han dicho un montón de veces la cuestión.” (Profesional APS)*

*“Y muchas veces puede pasar que los tratamientos, cierto, no sé po, no sea... Tenga un tratamiento en CRS, tenga un tratamiento con nosotros cierto y tenga un tratamiento además en el hospital de El Salvador...se superponen entre ellos. Y la gente termina no sabiendo que darle. Ya, ¿cuál es el tratamiento más indicado? Ya, en el fondo, en vez de beneficiarles con tanta atención, se les perjudica ya. Creo que eso es una de las principales dificultades.” (Profesional CAPCD)*

A nivel del SSMSO se identifica en el nivel secundario el mismo problema cuando médicos especialistas fuera de la unidad confirman el diagnóstico y la persona no queda bajo control de la unidad, también se refieren a CESFAM que han determinado sus propios lineamientos y no siguen los acordados por la unidad, que es la instancia que ha estado en contacto más permanente con el MINSAL.

*“Tenemos que dejar muy escrito que esta unidad está inserta en todos los servicios de neurología, aunque igual las especialidades de confirmación son psiquiatría, geriatría también en conjunto, pero tiene que estar inserta en el servicio de neurología ambulatorio, de cierta forma en los CRS, CDT. ...Si el paciente no pasa por el médico de la unidad, sea este neurólogo, psiquiatra o geriatra. El paciente no es tomado como un usuario plenamente tal con demencia. O sea, ese ese diagnóstico en sí podría estar validado, pero no por la unidad, ya, no por la unidad. Entonces, por ejemplo, pasa que tenemos confirmación diagnóstica en psiquiatría, que el usuario no es derivado para acá, para la unidad, para contención o para un diagnóstico diferencial, porque no lo amerita, pero tampoco lo tomamos dentro de nuestra lista de prioridades y nuestro bajo control. Eso sería de psiquiatría, porque mientras no hayan lineamientos no podemos hacer un compromiso con eso” (Profesional UM)*

#### 7.2.3.2.3 Pandemia

Según los entrevistados la pandemia trajo dificultades en el sistema de salud para poder mantener las acciones de los programas de demencia, se requirió adaptar las actividades al contexto telemático y se retrocedió en instancias de coordinación que estaban instaladas previamente.

En el caso del SSMO se descontinuaron las reuniones, consultorías y capacitaciones, además se debieron realizar actividades de forma virtual que no siempre funcionaron por barreras tecnológicas.

*“Nosotros seguimos trabajando de igual forma, tal vez con tiempo más restringido para atención y eso. Ya, pero nos hemos ido reinventando con el tema de la pandemia, hemos tenido centro diurno virtual, nos hemos dado cuenta de que es una buena idea, pero no resulta por la obsolescencia de algunos equipos, por la falta de manejo y el analfabetismo digital.” (Profesional CAPCD)*

En el SSMSO se identificaron problemas con la continuidad del trabajo con cuidadores en APS y la profesional del nivel secundario comunal indica que había desinformación y las prioridades cambiaron debiendo adaptar las acciones a monitoreo constante de los usuarios, también se refiere a cambios en la modalidad del trabajo de los funcionarios a trabajo telemático.

*“Ha tenido distintos momentos por esto de la pandemia... Pensemos que, en definitiva, la patología GES como tal empezó... Se inició el 2019, en noviembre. ¿Por tanto, qué pasó después? Vino la pandemia, una desinformación de parte de todos... Había orientaciones técnicas, no había guía clínica, entonces todos estuvimos en eso... Entonces la prioridad de este ciclo era... Era el monitoreo constante de ellos.” (Profesional COSAM)*

Los segmentos codificados para los efectos de la pandemia se presentan en la tabla 26 del Anexo N° 3.

#### 7.2.3.2.4 Rotación

Se identifica la rotación del personal de los dispositivos como un obstaculizador de la coordinación en los diferentes niveles y áreas de atención.

En el SSMO las profesionales del nivel secundario identifican que la rotación del personal provoca desconocimiento sobre los dispositivos y esto también complica en la relación con las oficinas del área social, una forma de enfrentar esta situación es la actualización periódica de los contactos de los dispositivos.

*“Yo creo que la, la rotación en algunos casos, específicamente en lo que es social, ya porque acá como que cambian y los cambian mucho de departamento, en el fondo para que no se quemen, cierto, entonces van rotando como los departamentos.” (Profesional CAPCD)*

*“Sí, sí, bastante rotación, por eso yo generalmente estoy actualizando el mapa de derivación cada seis meses.” (Profesional UM)*

En el SSMSO a nivel primario se identifica alta rotación médica lo que genera el desafío de la capacitación constante al personal, además se menciona que los cambios en la dirección dificultan establecer los modelos y protocolos de atención. La entrevistada a nivel secundario hospitalario confirma la alta rotación de médicos que se contrarresta en parte por la continuidad de los profesionales designados para los equipos locales de memoria.

*“Hemos tenido hartos cambios. Entonces capaz que tengo que volver a hacer. Porque ahora se van varios colegas para beca. Ya es capaz que tenga que volverlo a hacer, pero la idea es que sea sectorizado. Pero bueno, ahora vamos a perder cuatro médicos. Bueno, vamos a ganar cuatro profesionales, o sea, cuatro especialistas, pero vamos a perder un recurso importante para por lo menos el programa de salud mental, porque ahí toca de pronto capacitar nuevamente al personal que llegue.*

*...Sí, bueno, no se había visto tan, tan perjudicado, porque por lo menos había uno o dos en cada sector que estuviera capacitado. Ya, pero se va a ir. Por ejemplo, el doctor B., que es de mi sector, se va a ir a ver otros doctores que son cada uno de sectores distintos. Entonces eran las herramientas que yo tenía en cada sector para para trabajar con estos pacientes. Entonces yo creo que voy a tener que capacitar a los nuevos que, que están llegando y a los que van a llegar a cumplir esas labores de estos compañeros que se van.” (Profesional APS)*

*“también lo que nos dificulta con la atención primaria es la rotación de los médicos, que es muy continua. Por ejemplo, este año yo sé que este año que viene, o sea este año 2023, ya en marzo vamos a tener otros médicos. Pero sí me he dado cuenta que no rotan mucho en la Unidad de Memoria. Ya yo desde que ellos me entregaron la unidad, los equipos de demencia en APS no rotan mucho, así que eso a mí me mantiene tranquila.” (Profesional UM)*

Los segmentos codificados para este obstaculizador se reúnen en la tabla 27 del Anexo N°3.

#### 7.2.3.2.5 Falta de orientación técnica

Un elemento que se resaltó como problemático por parte del nivel primario y secundario hospitalario es la falta de orientaciones técnicas ministeriales que hasta la realización del trabajo en terreno de la tesista aún no se entregaban de forma oficial generando incertidumbre en los equipos.

En el SSMO indican a nivel de APS que recibieron un borrador para ser revisado, el cual no establecía tiempo protegido para la actividad. A nivel de la Unidad de Memoria se confirma la situación y los problemas que esto genera para definir las obligaciones de los dispositivos y permitir la comunicación con los otros centros.

*“Digo que armarlo porque como no hay orientaciones técnicas del GES 85, no pareciera ser una obligatoriedad hacerlo todavía, porque no hay orientaciones técnicas, entonces no se puede exigir lo que no está escrito...yo creo que justamente la falta de orientaciones técnicas muchas veces pareciese una nebulosa con, con la comunicación en otros centros de salud, porque al no haber nada escrito pareciera ser una, una necesidad propia de la unidad y no, no de un programa o de un plan nacional. Entonces eso es una brecha importante, porque mientras no haya orientación técnica, como exiges que el otro tenga terapeuta ocupacional, como exiges que cumpla la canasta de algo que no se le ha entregado orientaciones, entonces siguen siendo las orientaciones del Plan Nacional de Demencia las que se están utilizando. Pero el Plan Nacional de demencia como tal no está, no se puede extender a los otros centros de salud, sino que es a través del GES. Entonces hay una dificultad súper importante.” (Profesional UM)*

En el SSMSO en APS se confirma la lentitud de esta norma ministerial con orientaciones, la que se mantiene como un borrador que está en proceso de recibir comentarios por parte de los equipos, lo mismo replica la entrevistada a nivel de la Unidad de Memoria, quien expresa que han existido tensiones en las reuniones y que frena el quehacer del equipo.

*“La norma técnica también, porque no... exacto, porque se supone que las normas técnicas son para orientar al crear la unidad, para orientarnos en todo lo que el Ministerio nos exige como profesionales. Ya. O sea, es como el tema de la norma técnica de hipertensión, de hipertensión. O sea, si te dice primero tienen que darle Losartan después empezar con otro medicamento y así igual que nosotros, es una orientación, entonces no, no tenemos esa orientación, entonces todo lo hacemos casi pisando huevos o según nuestra intelectualidad también. de lo que sabemos nosotros, según estudio, según también lo que no hemos como se llama, interiorizado dentro de las reuniones con el MINSAL” (Profesional UM)*

En la tabla 28 del Anexo 3 se presentan los segmentos codificados para falta de orientación técnica.

#### 7.2.3.2.6 Falta de tiempos administrativos

Otro de los obstaculizadores identificados por las personas entrevistadas es la falta de tiempos administrativos para poder realizar las labores de coordinación, lo que repercute en que entre las otras tareas de los profesionales estas labores queden desplazadas.



Al respecto, en la atención primaria del SSMO uno de los profesionales señaló que deben citar a los pacientes para contar con esos tiempos de gestión debido a la cantidad de documentación que se debe realizar. A nivel secundario comunal también se reitera la falta de tiempo que ocasiona la inasistencia a algunas reuniones de coordinación.

En el SSMSO una de las personas de APS señala que, por falta de tiempos administrativos, en ocasiones se pierden consultorías ya que no se alcanzan a preparar los casos para la presentación; en el nivel secundario hospitalario también se plantea la falta de tiempo como un obstaculizador que frena el trabajo.

En la tabla 32 se presentan los segmentos codificados para falta de tiempos administrativos.

Tabla 32. Selección de segmentos codificados como obstaculizador: falta de tiempos administrativos

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<i>“De repente nos citamos pacientes a nosotros mismos para gestionarles cosas, un paciente no presencial ya, pero fuera de eso, yo no tengo horas de gestión de memoria. Lo cual igual es peludo porque para los diagnósticos nuevos igual hay que pedirle un montón de cosas y hacer un montón de papeles y mandar mil correos, porque el VIH, que la B12, que un montón de cuestiones, entonces ahí igual se me va harto rato.”</i>	<i>“Para que la consultoría no se pierda porque se pasaba, ya, ¿porque se pierden?, yo creo que porque no están los tiempos administrativos para gestionarlos. Um. Siendo honesto, yo igual como que tengo hartos tiempos administrativos porque hago hartas cosas y estoy como con 30 horas clínicas y como 14 administrativas no, pero. Y ya ese es el tema. O sea, yo digo pucha, ya yo podría hacerme cargo más cosas a expensas de tener menos pacientes clínicos, pero no es la idea po, la idea es que igual el resto de los colegas pueda hacerse cargo y eso es lo que quizás falta un poco.”</i>
<b>Secundaria Comunal</b>	<i>“Todavía te encuentras con gente que no dispone de tiempo, si uno cita, por ejemplo, no sé, a una reunión. Hay profesionales que no llegan, ya, queremos pensar que es por el tema de los tiempos”.</i>	
<b>Secundaria Hospitalaria</b>		<i>“Entonces tenemos muchas cosas que hacer, pero en sí hay muchas limitaciones, tanto de recursos, como de tiempo, de la misma norma técnica. Entonces eso como que nos frena un poco”</i>

Fuente: elaboración propia.

#### 7.2.3.2.7 Problemas administrativos

Se consideran algunos obstaculizadores en el plano de la dependencia administrativa de los profesionales, de los equipos o de los recursos en general que dificultan la coordinación.

Por ejemplo, en el caso del SSMO los profesionales de nivel primario y secundario comunal identifican que el CAPCD ha presentado cambios administrativos que hacen complejo entender su funcionamiento. En un inicio era un dispositivo de dependencia comunal y actualmente pertenece al servicio, aunque sigue emplazado en una infraestructura municipal, esto origina que el CAPCD no maneje un arsenal propio de fármacos y deba dar la indicación de retiro en otros centros de la red. Además, se plantea que en la comuna hay diferencias respecto al centro de derivación para la especialidad de psiquiatría dependiendo del CESFAM de origen.

*“A diferencia tal vez de otros centros ya similares a Kintún, ya, nosotros nacimos siendo municipales, y nos quedamos aquí en municipalidad. Entonces de alguna manera tenemos una doble, triple dependencia, ya... Dependemos del servicio de salud metropolitano Oriente que es nuestro empleador ya, pero nosotros funcionamos en dependencias municipales ya y además nuestras estadísticas, nuestro REM, es de COSAM...Ya, si tenemos un dragón de tres cabezas.”*  
(Profesional CAPCD)

En el caso del SSMSO los profesionales de APS refieren un primer obstaculizador administrativo en la asignación del área encargada de la implementación de la política en el servicio, además, plantean que el hospital de referencia ha pasado por cambios administrativos que también dificultan su integración a la red. En esto último coincide la entrevistada del nivel secundario comunal y agrega problemas administrativos para contar con la canasta de fármacos. Por último, la Unidad de Memoria indica que este dispositivo es de dependencia directa del servicio y no pertenece al hospital propiamente tal, por lo que actualmente solo dos de sus integrantes son contratadas directamente para este equipo y el resto son dispuestos en ciertas horas de su jornada laboral por las autoridades del hospital.

*“Hay mucho cambio administrativo dentro del mismo hospital. Primero autogestionado después pasó al servicio entonces hay mucha historia. Entonces nunca ha sido un hospital que podemos sentir que es... No es porque no lo quiera. Yo creo que son problemas internos que tienen en ese hospital por la... que se yo... administrativos, los cargos, lo que puede afectar a cualquier institución.”* (Profesional COSAM)

*“Nosotras somos contratadas desde el área clínica del Servicio de Salud. Ya, no somos ni del Padre Hurtado de ningún lado. Somos. Somos del área clínica del*

*Servicio de Salud, porque el servicio de salud tiene su área de gestión, que tiene su oficina en el Sotero del Río y para el área clínica ellos derivan a estos profesionales para formar esta unidad.” (Profesional UM)*

En la tabla 29 del Anexo N° 3 se presentan los segmentos codificados para los problemas administrativos.

#### 7.2.3.2.8 Información

Un obstaculizador identificado particularmente en la red del SSMO es la falta de integración de la información de las personas con demencia bajo control en los programas.

Los profesionales de APS de este servicio señalan que su plataforma solo permite visualizar las atenciones recibidas en la red de CESFAM de Peñalolén y consideran que se pierde mucho tiempo en poder acceder a esa información. Esta necesidad también fue expresada en las entrevistas de la atención secundaria comunal y hospitalaria, puesto que favorecería saber la historia clínica de las personas con demencia, que atenciones están recibiendo en otros dispositivos y ser más efectivos con la entrega de informes. Además, la profesional de la Unidad de Memoria refiere que existen múltiples plataformas de registro clínico electrónico en las comunas del servicio oriente.

En la tabla 33 se presentan los segmentos codificados para problemas de información

Tabla 33. Selección de segmentos codificados para problemas de información

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>
<b>APS</b>	<i>[respecto a las atenciones que pueden visualizar] “Solo de la comuna. Solo los CESFAM de la comuna.”</i>  <i>“Yo creo que uno que en realidad es como uno de la red de salud en general, esto de que cada dispositivo tenga su plataforma es super entorpecedor del trabajo de... Porque al final es lo que comentaba antes, como nosotros, como equipos, al final como nos hemos ido conociendo y la red de demencia es tan pequeña, tenemos súper buena comunicación a través de correos, de WhatsApp, de llamadas, etcétera, Pero la, la idea es que no dependa de una persona ni de la voluntad de los profesionales, sino que sea algo que uno pueda acceder más fácilmente y al final igual se pierde harto tiempo y recursos en poder entregar esa información.”</i>
<b>Secundaria Comunal</b>	<i>“el no contar con este sistema, cierto que sea que pueda comunicar, o sea que nosotros no tengamos que estar esperando una respuesta por correo, sino que poder ingresar y revisar ya, y el que ellos también, cierto estén eh, tampoco estén al tanto de lo que se está haciendo en Kintún en el día a día y principalmente con otros dispositivos como el CRS, ya que también es salud, pero tampoco están integrados, ya, CRS y el, el Tisé ya”</i>
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<i>“No, no Hay. No hay ninguna comunicación. Cualquier comunicación con atención primaria lo tengo que realizar a través de mails.”</i>

*...Debería existir otro tipo, como hablábamos. Una plataforma en que yo pudiera escribir esa evaluación, entregar los informes directamente desde un registro clínico y mantendríamos la continuidad. Y no perderíamos pacientes en la derivación. Porque si ese mail, como te comentaba, no es recepcionado. Ahí quedo la continuidad. Es difícil, por más que yo lo intente hay veces que de verdad no lo consigo. Y también a través del feedback de la contra referencia. Esto es algo muy reciente, por tanto, no te podría referir si es efectiva ahora, pero en el antiguo modelo era muy, yo diría que medianamente efectivo, porque no hay un seguimiento tan real más allá de un mail a un médico gestor que está saturado probablemente con muchas otras cosas y que yo soy un elemento más pequeño dentro de toda la red y de todo lo que Él tiene que derivar o recepcionar”.*

*“Todas las Interconsultas de atención primaria llegan por sistema electrónico desde la comunicación del sistema que tengan en atención Primaria, porque también es diverso. No todo es rayen, son múltiples, no se deben haber como unos tres ya todo se comunica a través de la plataforma de TRACKER y llegan acá.”*

*“Sería maravilloso como te decía un registro unificado de la Red de Salud de los Servicios de Salud, de los distintos servicios de salud del Norte, del Oriente, da lo mismo, pero todo centralizado para poder tener la historia clínica de las personas en el momento y no cuando se pueda leer el correo o cuando tengas tiempo de revisar una casilla.”*

Fuente: Elaboración propia.

#### 7.2.3.2.9 Otros obstaculizadores

En cuanto a otros obstaculizadores mencionados para tener en cuenta, en el SSMO los profesionales entrevistados de APS señalan la dificultad de no conocerse entre los equipos fuera de la red de demencia establecida, lo que entorpece las coordinaciones con otras especialidades. También el corto tiempo de implementación del GES en otras comunas, la subvaloración de las reuniones, los tiempos de espera y la gran cantidad de población asignada al centro de referencia hospitalario. Además, se refieren a factores del paciente como la hipoacusia que dificulta el contacto telefónico.

Por parte de la entrevistada del CAPCD de Peñalolén se identifican problemas de egos profesionales y el desconocimiento de la red y los roles de cada dispositivo para lograr tener un trabajo coordinado y transdisciplinario.

*“Hay gente que es muy celosa de sus espacios de intervención. Ya, “bueno, si lo están viendo allá, ¿entonces para qué lo vamos a ver acá?” Pero va más allá del tema del uso eficiente de los recursos, sino que en el fondo es “si les va a hacer caso a ellos. ¿Entonces para qué?” Ya, es un tema más de egos. Ya. Creo que en la medida que nosotros vamos dejando cierto, de lado los egos personales, ya disciplinares cierto y vamos traspasando la forma en que intervenimos, ya haciéndolo más transdisciplinario, ya vamos haciendo una mejor labor de coordinación y de integración. Ciertamente que bene... Que, que contribuye al bienestar general de la persona con demencia o de la persona que atendamos finalmente, no solamente la persona con demencia. Ya. Creo que acá lo intentamos, estamos*

*trabajando en ello ya, pero todavía nos falta. Digamos como como red.” (Profesional CAPCD)*

En el caso del SSMSO los profesionales de APS señalan barreras de acceso por el transporte al centro secundario, además de las tensiones que se han dado en algunas instancias debido a la falta de claridad y exceso de roles que se le asigna a la APS. También se evidencia una falta de priorización de las atenciones de salud mental en la programación de la atención de los CESFAM y dificultades en la coordinación con la urgencia del centro de referencia ante la descompensación de síntomas neuropsiquiátricos de las personas con demencia. A nivel secundario comunal, destaca la alta cantidad de población asignada al hospital de referencia, la falta de prioridad que se le otorga a estas personas en la derivación a otras especialidades en las que se requiere una atención con mayor rapidez y en ocasiones algunos errores en la derivación de personas que requieren un estudio diagnóstico diferencial a COSAM cuando debería ser a neurología. Por último, la entrevistada de la Unidad de Memoria indica como obstaculizador el nivel socioeconómico de las comunas a las que el hospital debe otorgar prestaciones por la falta de recursos, adherencia y educación de la población y el escaso tiempo de rendimiento de las consultas para las personas con demencia.

*“También tiene que ver con la ... con la poca importancia que se le da también de la atención primaria, porque por ejemplo ... las agendas de salud mental son las primeras que se reconvierten, una vez que falta el profesional. Entonces claro, este tema, el tema de la demencia está ligado para la... Para la ... para la salud mental y son las primeras agendas que se reconvierten. Entonces tú dices ya acá tampoco se le da la importancia que requiere. Por ejemplo, nos faltan GES que completar con visitas domiciliarias y prestaciones que son importantes en el GES. Si, yo digo ¿por qué no tenemos esto? ¿Por qué no se le da la importancia y no protegen agendas? Ya, entonces yo creo que es algo que tenemos que mejorar, tenemos que darle la importancia que se merece y así obviamente el hospital no se sobrecarga y la comunicación también tiene que fluir.” (Profesional APS)*

Todos los segmentos codificados como otros obstaculizadores se presentan en la tabla 30 del Anexo N°3.

### 7.2.3.3 Facilitadores

En cuanto a los facilitadores que las personas del SSMO identifican se encuentran a nivel de APS la ampliación de las prestaciones que se brindan y la definición de una casilla específica para derivar a la Unidad de Memoria, también la realización de reuniones que se tuvieron inicialmente para coordinar los programas. Se destaca la comunicación fluida y trabajo colaborativo en el equipo local de memoria.

La persona entrevistada del CAPCD destaca la iniciativa de la comuna por desarrollar políticas locales de cuidados, así como la cercanía física con los dispositivos de la comuna, la mayor conciencia que existe hoy sobre las alternativas de manejo y cuidados para las personas con demencia. Por último, resalta la importancia de conocerse más allá de las líneas de comunicación telefónicas o digitales entre los equipos que interactúan y el ánimo de negociación para poder llevar a cabo la coordinación de la atención.

En cuanto a la Unidad de Memoria del SSMO señala como facilitadores el trabajo continuo, la difusión del modelo de cuidado y de la figura de gestor de caso, así como la existencia de una historia clínica común en la que se puedan actualizar e integrar todas las intervenciones en las diferentes atenciones que se le brinden a la persona.

Los facilitadores que entregan los profesionales del SSMSO a nivel de la APS contemplan la llegada de personal joven con interés a los equipos, la realización de las consultorías como pre filtro de las derivaciones, la gestión de los sub directores técnicos a nivel de la comunicación y formación de los equipos, la comunicación con la enfermera gestora de la Unidad de Memoria del hospital quien da indicaciones integrales, también la mejora de la oferta de prestaciones y el aumento en el conocimiento sobre la patología.

La entrevistada del COSAM del SSMSO destaca como facilitador el interés y la sensibilidad por el ciclo vital de las personas mayores, la experiencia acumulada y conocimiento que van ganando los equipos sobre las gestiones que permite ahorrar tiempo. También destaca los vínculos humanos, la comunicación constante con todos y la cooperación que se genera entre las personas que se van relacionando en los distintos dispositivos, lo que implica tomar conciencia de que los usuarios no son de uno u otro centro, sino que de la comuna.

Por último, en la entrevista de la Unidad de Memoria del SSMSO se señala que un facilitador de la coordinación fue solicitar a los CESFAM la designación de dos representantes de salud mental como “equipo de memoria”, las reuniones con el MINSAL y las unidades de memoria de todo el país que han permitido compartir experiencias y reconoce el interés de los equipos de APS por aprender y responder a la canasta de prestaciones que se deben cumplir a ese nivel de atención.

En la tabla 34 se presentan todos los segmentos identificados como facilitadores de la coordinación de las RISS

Tabla 34. Selección de segmentos codificados como facilitadores

Nivel	SSMO	SSMSO
APS	<i>“Bueno, yo creo que ampliar las prestaciones. Antes no había tantas prestaciones, pero este tipo de demencias. Antes el flujograma era sospecha. Se mandaba al</i>	<i>“yo tengo esperanza que con los profesionales que están llegando y están llegando varios jóvenes que acatan harto, que absorben bien. Estoy hablando de mi consultorio,</i>

	<p>Salvador o al INGER, una lista de espera eterna. Un año o más de espera. Em. Y ahora, claro, todas esas demencias que son más como de libro, por así decirlo, son todas tratadas en APS y las más complejas son las que se van al hospital. Y ahora, como conociendo un poco las interconsultas, las listas de espera y todo el cuento, también iban como a neurología, todo ya. Y entonces, si uno va, manda una interconsulta a neurología por cualquier cosa. Uno sabe que son mínimo seis meses de espera. En cambio, cuando uno manda por nosotros directamente a la Unidad de Memoria bajo nuestro flujograma y todas las cosas, medios de comunicación que tenemos, lo atienden en un mes.”</p> <p>“Yo creo que en una instancia que igual en algún momento tuvimos espacio para poder hacer esas coordinaciones como tiempos protegidos o reuniones y voluntades, yo creo como en personas”</p> <p>“Y lo otro bueno es que hay una súper buena, un buen ambiente con la terapeuta, que es muy dispuesta a conversar los casos como hablarlos de tú a tú conmigo. Funcionamos en equipo y eso según yo funciona bacán.”</p>	<p>capaz que no serían unas buenas herramientas para poderlo hacer sectorizado. Entonces no lo encuentro mal, porque dentro de todo, si somos integrales podemos acaparar todas estas atenciones.”</p> <p>“Creo que desde el punto de vista como del funcionamiento de la red, es bacán que haya un pre-filtro por el hecho de que creo que efectivamente el hospital está sobrecargado, entonces es que tenga que ver solo lo que le corresponde, es lo más adecuado.”</p> <p>“Yo creo que justamente canalizarlo en los subdirectores técnicos. El hecho de que nosotros tengamos subdirectores técnicos permite que no, no tengamos... que tengamos un canal de, de comunicación, también con los encargados de salud mental. Ya, pero que, pero que yo creo que en temas de demencia se, según lo que me he informado por ejemplo, la subdirectora del Santiago de Nueva Extremadura. La comunicación es más directamente con ellos. Ya, ya. Entonces eso está bien porque ellos también como equipos directivos, van corrigiendo cosas, van aclarando temas a sus equipos, que finalmente el rol, o sea, y yo acá como referente técnico, soy una referente técnico de los equipos, pero finalmente son los equipos directivos también quienes tienen que ir en esta permanente formación a sus equipos. Entonces, por ejemplo, lo que me decía esta subdirectora, la doctora, es que la comunicación es directamente con ellos y eso facilita el canal. O sea, no es la idea que se transmita a más como de manera más heterogénea, sino que la información llega ahí directamente, a los médicos también. Y en y ahí van tomando decisiones cada centro.”</p> <p>“Si bien por ejemplo el hospital o la especialidad también ahora tiene gestoras, hay una enfermera gestora que yo creo que ha logrado un poco, eh ...Por eso digo, ha sido lento, pero yo creo que esta enfermera que está como gestora de, de, de la... De todo lo</p>
--	---	---

		<p>que es demencia y casos de neurología, pretende cómo lograr esa como integralidad ya y me... A mí me llama la atención hoy en día que después de claro de, de una situación que puedo diagnosticar como un poco desfavorable o negativa todavía, ¿eh? Ahora veo que hay más indicaciones desde lo psicosocial. Entonces yo, yo he visto que esa vía se abre más el tema ya, por ejemplo, ya las recomendaciones no son solamente desde lo biomédico, sino que también son de lo psicosocial que, que yo diría que es súper importante para la demencia.”</p> <p>“Mejorando como, como nuestra oferta y otorgando las prestaciones, obviamente la comunicación con las redes va a ser mucho más expedita y más fluida, mientras nosotros más conocimientos tengamos de la demencia obviamente eso inevitablemente nos va, nos va mejorar la comunicación.”</p>
<p><b>Secundaria Comunal</b></p>	<p>“Tiene que ver un poco con la reestructuración que se hizo a nivel municipal. Hoy en día hay un departamento de cuidados, ya... Claro. y participamos como en más cosas, ya y trabajamos en conjunto con CCR, por ejemplo, ya con la unidad de discapacidad, con la unidad de PRLAC, ya que es el antiguo Chile cuida, no sé si alguna vez... ya que también se pilotó acá, ya. Entonces formamos como una unidad ya y se trabajan los temas de cuidado, se generan políticas locales cierto a nivel del tema de los cuidados.”</p> <p>“Facilitadores es que estamos todos cerca, acá no es como otros municipios en donde tienen un departamento, no sé, como diez cuadras más allá, otro 10 cuadras más acá. O sea, si yo necesito algo y no me contestan el teléfono, salgo y voy acá ya, a la pileta que hay oficinas o voy aquí a la entrada, Cierto, y tengo a las colegas a mano. Ya, ya, o tengo el CESFAM, me voy por dentro. O sea, ni siquiera necesito dar la vuelta, ya el que nos conozcamos creo que también es un facilitador ya. Y la disposición a la, a la</p>	<p>“La sensibilidad al ciclo es importante, efectivamente, que esté sensible a una, a una población muy vulnerable, así como los niños tienen esta vulnerabilidad, pero en desarrollo, tenemos a estas personas que van de manera involutiva perdiendo su identidad y eso es lo más impactante y lo que nos cuesta poder trasmitirle a la familia.”</p> <p>[sobre la experiencia] “Yo creo que es muy facilitador y te ahorra tiempo, ya, de una u otra manera. No estoy hablando de edad, estoy hablando del tiempo que una persona maneja un contenido de conocimiento, entonces se favorece mucho que todo vaya fluyendo ya.”</p> <p>“Tratando de buscar que siempre hay alguien que facilita en todos los centros siempre hay alguien facilitador, ya sea porque por el hecho que yo llevo tantos años aquí, también he sembrado como amistades también sirve ese tipo de colaboración, uno te conecta con otros y de alguna manera salimos adelante con el caso y eso ha sido para mí una cosa</p>



	<p>atención y a la coordinación creo que eso son.”</p> <p>“Ha ido aumentando, ya, ha ido aumentando y eso es bueno. Ya. Al inicio costó ya porque incluso en profesionales era como "que más le vas a pedir, si tiene tantos años" ya, pero hoy en día creo que se ha generado una conciencia.”</p> <p>“Conocer al otro. Yo creo que la vinculación cara a cara es súper importante, aunque sea una vez que tú conozcas a la persona, porque nada pos, a través del papel a veces como que se puede prestar para malas interpretaciones. Ya, ya se puede... Somos un poco, un poco barreros también, ya como, como sociedad, cierto, como raza, digo yo ya la raza es la mala ya. Y tendemos a juzgar a la gente ya sin conocerla.”</p> <p>“Entonces yo creo que es importante conocerse, poner todas las cartas sobre la mesa, plantear qué es lo que nosotros queremos, que es lo que esperamos del otro. Ya y siempre ir con este ánimo como de negociación. "Mira, yo necesito esto de ti, pero yo te puedo ofrecer y te puedo ayudar en esto" ya, porque no podemos estar siempre pidiéndole al otro, ya nosotros también tenemos que contribuir ya, de otro modo no funciona.”</p>	<p>fantástica, ya que tiene que ver, que entender que estamos, estamos aquí, es por un tiempo, para que hagamos bien la tarea y que los usuarios son de todos, no es de este nivel ni del otro, es un usuario de la comuna, debemos por todos los flancos que, que corresponde debemos intervenir.”</p> <p>“La comunicación constante con todos. Ya, si bien tenemos una red donde se... Actuamos de manera, de acuerdo a la necesidad, pero también es importante mantenerse en comunicación de, de temas, de la misma temática, de no sé, de conversar, desde el doctor Maccioni hasta no sé, qué pasa con con, con las capacitaciones que ofrece la Universidad. ¿Cuál es lo que ofrece? Estar en permanente comunicación que es otra manera de sensibilizarse también, una es con la población y lo otro, qué le vamos a dar a la población. Y requerimos conocimiento y más que todas las otras estrategias esa es la más importante que es la comunicación con todos. ¿Ya? Yo creo que este año deberíamos tender a eso, ya de poder reunirnos con la APS en torno a la problemática, pero que tenga esta cosa más nutritiva, más que hablar de los casos de una u otra forma tenemos cierto protocolo, sabemos cómo va a funcionar y frente a la duda, se pregunta. Pero está esta riqueza que tiene cada uno desde la sensibilización del adulto mayor en general, que no es particularmente esta patología, pero sí es una permanente comunicación y eso por WhatsApp ayuda mucho. Ya por correo también. Pero es lo cotidiano y la cercanía que yo tengo con muchos profesionales que ayuda a que este funcione mejor.”</p>
<p><b>Secundaria Hospitalaria</b></p>	<p>“Solo el trabajo continuo. No olvidarse de la, de la red, porque si no empiezan a quizás a fallar un poco como los criterios de derivación. Por lo mismo que tu mencionabas de la alta rotación médica que requiere una capacitación continua. Entonces, en relación a eso, yo creo que la comunicación y el seguimiento en la red, siempre recordando y</p>	<p>“Atención Primaria ha sido bueno manejarlo porque tenemos por lo menos dos representantes por CESFAM de salud mental que están insertos en salud mental, que ellos son parte de del equipo de memoria de ese...de, de cada CESFAM. Entonces es oportuno. Es muy bueno. Cuando yo tengo el correo de esto, de este equipo y mando las indicaciones para allá y</p>

<p><i>pesquisando aquellas dificultades y mejorándola con información, con información y trabajo continuo de los equipos, mandando y esperando la respuesta.”</i></p> <p><i>“Creo que difundir más el modelo de la gestión del cuidado y la gestión de caso ayudaría mucho a entender cómo se puede integrar también las intervenciones de un paciente, de una persona en el dispositivo de salud y en la red.”</i></p> <p><i>“Teniendo una historia clínica como en un, en un resumen o en una epicrisis continua, pero a la vez actualizada. Entonces eso se puede difundir mucho más clara la, el proceso diagnóstico, de tratamiento y que se entienda no solamente como una intervención médica de un, de una vez y el paciente se va de alta o se va para un control aislado, sino que como un continuo que es lo que se hace en la unidad que pasan por los distintos profesionales de salud. En tanto en las intervenciones diagnósticas como en el tratamiento. Y se hace obviamente un diagnóstico integrado con todas las áreas de, de la persona, tanto de todas las esferas sociales, de salud, de clínicas, desde la funcionalidad, desde cómo se inserta en la red, sus redes de apoyo, dado que es muy diferente a la mirada desde una consulta médica aislada.”</i></p>	<p><i>se cumplen, entonces el paciente no anda rebotando, no le dan otra indicación y no se nos confunde.”</i></p> <p><i>“El grupo que tenemos con el MINSAL con las unidades de memoria de todo el país, también nos ayuda a salir muchas de duda. Por ejemplo, de repente los chicos dicen "oye, cómo lo hacen para la educación con el cuidador. Oye sabís que yo lo hago así, yo lo hago acá””.</i></p> <p><i>“Lo que me gusta de atención Primaria es que tienen esto de, de querer saber más, de querer hacer bien las derivaciones, de querer integrar a estos usuarios a poder entregarles sus cuidados que tienen que entregar, porque la canasta de atención primaria de cuidados es muy grande, ya es muy grande. Incluso entra también ahí en juego el programa de Postrados, ya, de dependencia severa,”</i></p> <p><i>“Interés, el interés de aprender, también facilitadora, el interés, por ejemplo, de, de pesquisar algo a tiempo y de derivarlo a tiempo también eso es importante, que ellos lo hacen. Y eso debido a que también nosotros lo hemos educado cómo pesquisar estas cosas.”</i></p>
--	--

Fuente: elaboración propia.

## 7.3 Integración de Resultados Cuantitativos y Cualitativos

A continuación, se presentan los resultados integrados de ambas fases de la investigación, los que se han organizado según los objetivos específicos siguiendo el orden de la sección de resultados cualitativos.

### 7.3.1 Resultados integrados sobre la caracterización de la población bajo control en los programas de demencia de los casos en estudio.

En la tabla 35 se presenta la triangulación de resultados obtenidos para responder al primer objetivo de la investigación, en ella se puede observar un acuerdo total de los hallazgos obtenidos en las fases QUAN y QUAL en la identificación de brechas en el diagnóstico de la población con demencia adscrita a cada servicio de salud.

También se produce un acuerdo total respecto a la feminización y el perfil envejecido de la población usuaria de los programas. Además, se observa concordancia entre los datos que muestran una disminución de la PBC el 2020 y los resultados de la fase QUAL que identifican la pandemia como una dificultad para la continuidad de los programas.

En cuanto al SSMSO se evidencia concordancia entre los resultados del REM sobre el perfil de severidad de la PBC y los hallazgos de la fase QUAL, además se encontró en la fase QUAN la exacerbación de la feminización de la población a mayor edad, tal y como lo perciben los profesionales entrevistados. También se evidencia acuerdo total entre los datos de edad de los reportes de las interconsultas de Peñalolén a la Unidad de Memoria y los casos excepcionales de personas jóvenes bajo control que surgieron de las entrevistas.

Existen acuerdos parciales entre los resultados QUAN-QUAL del SSMSO respecto a la prevalencia de la demencia vascular, dado que se evidencia en el reporte de IC de La Pintana a la Unidad de Memoria que la demencia vascular es el 3° diagnóstico más prevalente, sin embargo, no puede confirmarse esta concordancia en los usuarios de APS ya que los datos del REM sobre la PBC de los dispositivos no aportan la etiología de la demencia de los usuarios. En cuanto a desacuerdos destaca en el SSMSO que los hombres bajo control corresponden mayoritariamente a un perfil moderado, en contraste con la percepción de las personas entrevistadas que reportan un perfil de estadio severo de demencia.

Respecto a los silencios detectados corresponden principalmente a resultados QUAL que no tienen resultados QUAN con los cuales contrastar debido a que no existen esas variables en los datos recabados. Por ejemplo, existen resultados QUAL sobre las causas que explican el subdiagnóstico, la feminización de los programas, las comorbilidades y

determinantes sociales asociados a esta población, lo cual no se recoge en los REM o reportes de interconsultas.

También se da el caso de resultados QUAL sobre la caracterización de la población bajo control en las unidades de memoria respecto a sexo, edad, severidad y etiología de la demencia, sin embargo, los informes con datos aportados por los dispositivos del nivel secundario no presentan dichas variables.

Tabla 35. Matriz de convergencia resultados sobre caracterización de la PBC

Resultados	Acuerdo total	Acuerdo parcial	Desacuerdo	Silencio
Población bajo control (PBC) y subdiagnóstico	<p>Existe una brecha entre la PBC y la prevalencia estimada según los REM de APS que los profesionales ratifican en su experiencia.</p> <p>Se evidencia un descenso en la PBC en 2020 que se recupera en 2021 lo que coincide con la identificación del impacto de la pandemia en la continuidad de los programas.</p>	--	--	<p>En la fase QUAL los profesionales entrevistados atribuyen el subdiagnóstico a problemas en la pesquisa, falta de capacidades médicas, falta de redes familiares y normalización de la falla cognitiva a edades avanzadas.</p> <p>No existen datos en la fase QUAN para identificar las causas de las brechas.</p>
Caracterización según sexo	<p>Existe coincidencia entre la feminización de la PBC según los REM y datos hospitalarios disponibles y la percepción de los entrevistados.</p> <p>La feminización de la PBC se va haciendo mayor a edades más avanzadas, lo que coincide con la percepción de los profesionales de APS del SSMO.</p>	--	En los resultados QUAN de la APS del SSMSO el perfil de severidad de los hombres con demencia bajo control es principalmente moderado y en la percepción de las entrevistadas se refieren a estadios más severos.	<p>En la fase QUAL se identifica una feminización de la PBC en la Unidad de Memoria del HDS. No existen datos QUAN para identificar la distribución según sexo de la población en el nivel secundario del SSMO.</p> <p>En la fase QUAL los profesionales de APS del SSMSO identifican algunas causas a nivel de brechas de género que explican la feminización de los programas lo cual no se puede evidenciar de los REM.</p>
Caracterización según edad	<p>Existe coincidencia entre el perfil envejecido de la PBC según los REM de APS, los reportes de las IC y la percepción de los entrevistados.</p> <p>En la fase QUAL a nivel secundario hospitalario y comunal del SSMO se reportan casos excepcionales de personas jóvenes en la PBC, lo que es coincidente con los datos de reporte de las interconsultas.</p>	--	--	En la fase QUAL se identifican características respecto a sexo, edad y severidad de la PBC en la Unidad de Memoria del HDS. No existe data agregada de la distribución según edad de la PBC a nivel secundario hospitalario.
Caracterización según severidad	Según los REM de APS de Peñalolén el perfil de la PBC es de personas con demencia en estadios leve-moderado lo	--	En la fase QUAL los profesionales de APS del SSMSO señalan un perfil de demencias moderada-severa en la PBC	En la fase QUAL se identifica un perfil de personas con demencia en estadios moderados a severos de la PBC en la

	que es coincidente con lo que señalan los profesionales de APS del SSMSO en las entrevistas.		lo cual no se condice con los resultados QUAN basados en los REM que indican una tendencia mayor en estadios leves-moderados.	Unidad de Memoria del HDS. No existe data agregada de la distribución según severidad de la PBC a nivel secundario hospitalario.  En la fase QUAL se recoge la experiencia de un cambio en el perfil de severidad de las personas con demencia que ingresan a la Unidad de Memoria del HDS. No existe data agregada de la distribución según severidad de la PBC a nivel secundario hospitalario.
Caracterización según tipo de demencia	--	En la fase QUAL los profesionales del SSMSO señalan alta prevalencia de demencia vascular según su experiencia. No existen datos QUAN para caracterizar a la PBC según diagnósticos, sin embargo, se puede identificar del reporte de interconsultas que un 8% de las derivaciones fueron por demencia vascular siendo el 3° diagnóstico más frecuente tras demencia no especificada y demencia Alzheimer.	--	En la fase QUAL se señala que en el SSMSO las demencias atípicas son derivadas a la Unidad de Memoria, sin embargo, no existe data agregada del tipo de demencia de la PBC a nivel secundario hospitalario y en los reportes de las interconsultas los diagnósticos corresponden a síndromes y no precisan etiología.
Caracterización según determinantes sociales	--	--	--	En la fase QUAL los profesionales de APS señalan características sociales de la PBC según su experiencia: bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, ruralidad. No existen resultados QUAN para caracterizar a la PBC según estas variables.
Caracterización según comorbilidades	--	--	--	En la fase QUAL los profesionales de APS señalan comorbilidad psiquiátrica y cardiovascular en su experiencia. No existen resultados QUAN para caracterizar a la PBC según estas variables.

Fuente: Elaboración propia en base a O' Cathain

### 7.3.2 Resultados integrados sobre el funcionamiento de los programas de atención a personas con demencia.

En el ámbito del funcionamiento de los programas de demencia se observa en la tabla 36 que no hay convergencias con acuerdos totales entre los resultados QUAN y QUAL de esta investigación. Por el contrario, en la tabla de contingencia el silencio de la fase QUAN respecto a los resultados obtenidos de la fase QUAL es la norma, por lo que los aspectos más relevantes en el funcionamiento de los dispositivos se recogen principalmente desde la experiencia relatada por los profesionales que trabajan en ellos.

Se observa un acuerdo parcial entre los resultados de la fase QUAN sobre los controles realizados en APS en Peñalolén en 2019, los cuales fueron ejecutados mayoritariamente por T.O. y los resultados obtenidos en la fase QUAL que coinciden con esta predominancia de los T.O. en la intervención, sin embargo, dado que no existen registros para otros años no se puede afirmar un acuerdo total.

También se llega a un acuerdo parcial entre los resultados de la fase QUAN sobre la discordancia en el registro, en el que se evidencian diferencias entre la cantidad de PBC de los REM de La Pintana y la cantidad de IC emitidas a nivel secundario, lo que es coincidente con los resultados de la fase QUAL sobre la experiencia de los profesionales de APS que relatan discordancias entre los registros de personas con demencia en las plataformas GES, IRIS y los REM.

Se establece un desacuerdo entre los resultados de la fase QUAN sobre los tiempos de espera de las IC de la comuna de Peñalolén que según los datos analizados se habrían prolongado en el período post GES, lo cual no coincide con los resultados de la fase QUAL en los que se establece un cumplimiento de los plazos de la garantía de oportunidad según la experiencia de los profesionales entrevistados.

Tabla 36. Matriz de convergencia de resultados sobre la caracterización de los programas de demencia.

Resultados	Acuerdo total	Acuerdo parcial	Desacuerdo	Silencio
Antecedentes, equipo de profesionales y organigrama	--	Según los únicos datos obtenidos en el REM A-06 en Peñalolén durante el 2019 las actividades corresponden en su mayoría a controles de T.O. lo que es coincidente con la experiencia de la profesional de APS que relata que los profesionales de T.O son los únicos que realizan intervención a los usuarios del programa.	--	No existen resultados QUAN sobre antecedentes, equipo de profesionales y organigrama de los programas de ambos SS lo que si se evidencia en los resultados de la fase QUAL: -SSMO: Fundamentos del PND, conformación de equipos locales robustos en los distintos niveles -SSMSO: Escasa experiencia previa al GES, falta de profesionales específicos para los equipos de demencia y asignación de tareas a los equipos ya existentes por sector, ciclo o servicio.
Protocolos y Actividades (diagnostico – control – trabajo con cuidadores)	--	Según los únicos datos obtenidos en el REM A-06 en Peñalolén durante el 2019 las actividades corresponden en su mayoría a controles de T.O. lo que es coincidente con los resultados QUAL en los que se plantea que los profesionales de T.O son los únicos que realizan intervención a los usuarios del programa.	--	No existen resultados QUAN sobre los protocolos y actividades de ambos SS lo que si se obtuvo en la fase QUAL: -Existen flujogramas teóricos en algunos dispositivos del SSMO y SSMSO los cuales no se pueden ejecutar por falta de recursos o ante la falta de OT desde el MINSAL. -En la APS del SSMSO se están elaborando protocolos según la realidad local y los plazos del GES. -La valoración integral inicial requiere la mirada de diferentes profesionales y es el primer desafío de coordinación de los equipos. -Existen actividades de control, manejo de síntomas conductuales, visitas domiciliarias, talleres y trabajo con cuidadores que no se visibilizan en los registros estadísticos.
Registro	--	En los resultados QUAN se evidencian diferencias entre la cantidad de PBC de los REM de La Pintana y la cantidad de IC emitidas a nivel secundario, lo que es		No existen resultados QUAN sobre las dificultades en el registro de ambos SS lo que si se pudo recoger de los resultados en la fase QUAL:



		coincidente con la experiencia de los profesionales de APS que relatan discordancias entre los registros de personas con demencia en las plataformas GES, IRIS y los REM.		-Falta de plataformas de RCE integradas y la existencia de actividades que no aparecen en los REM en el SSMO -Desconocimiento, falta de protocolos y de personal administrativo en el SSMSO.
GES			Según los resultados de la fase QUAN respecto a los tiempos de espera de las IC en el SSMO se evidencian tiempos más prolongados en el período post GES lo cual es discordante con los resultados de la fase QUAL que indican un acortamiento de los tiempos para cumplir las garantías.	No existen resultados QUAN sobre los cambios ocasionados por el GES lo que si se pudo recoger de los resultados de la fase QUAL: -En el SSMO se evidencia la priorización de las actividades clínicas para cumplir las garantías por sobre otras que contemplaba el PND, la estandarización de los tiempos y la disponibilidad de fármacos y facilidades para la derivación. -En el SSMSO señalan la falla en el cumplimiento de garantías por la falta de recursos.  No existen resultados QUAN respecto a los tiempos de espera de las interconsultas del SSMSO lo que si se pudo recoger de los resultados en la fase QUAL en la que los profesionales reportan el cumplimiento de los plazos dados por la garantía de oportunidad.
Falta de Recursos	--	--	--	No existen resultados QUAN sobre los recursos y otras dificultades ambos SS lo que si se pudo recoger de los resultados en la fase QUAL. -En ambos SS se identifica la falta de recursos profesionales, de infraestructura, de insumos y equipamientos.

Fuente: Elaboración propia en base a O' Cathain

### 7.3.3 Resultados integrados sobre las estrategias de coordinación

La triangulación de resultados para las estrategias de coordinación se observa en la tabla 37 en la cual existen acuerdos totales entre los resultados QUAN y QUAL de la estrategia de referencia y contrarreferencia, en cuanto a la caracterización de la población derivada y también respecto al código diagnóstico y la casilla de destino de derivación particular que se utilizaba en el SSMO.

Se observa un acuerdo parcial entre los resultados de la fase QUAN sobre la procedencia de las IC emitidas a la Unidad de Memoria del HPH en los que se observan derivaciones internas desde hospitalizados y otros policlínicos, lo cual en los resultados de la fase QUAL se habría definido como una situación excepcional ante la falta de criterios establecidos para ese flujo de derivaciones.

Se establece un desacuerdo entre los resultados de la fase QUAN sobre la evolución de las IC emitidas por Peñalolén ya que según los datos analizados se habrían disminuido el año 2020, lo cual no coincide con los resultados de la fase QUAL en los que se indica que la pandemia no disminuyó la derivación a la Unidad de Memoria.

Por último, en la tabla de contingencia se observa el silencio de la fase QUAN respecto a los resultados obtenidos de la fase QUAL frente a aspectos de coordinación interna, dispositivos identificados, mediadores y pertinencia de la referencia y contrarreferencia, las estrategias desplegadas, el trabajo con el Inter sector y la experiencia en otras patologías que si se recogen principalmente desde la experiencia de los profesionales.

Tabla 37. Matriz de convergencia de resultados: estrategias de coordinación.

Resultados	Acuerdo total	Acuerdo parcial	Desacuerdo	Silencio
Coordinación intradispositivo	--	--	--	No existen resultados QUAN sobre la coordinación intradispositivo de ambos SS lo que si se pudo recoger de los resultados en la fase QUAL: -La evaluación integral inicial es el primer desafío de coordinación de equipos. -A nivel de APS del SSMO no existen instancias formales de coordinación intradispositivo a diferencia de los dispositivos de nivel secundario. -A nivel de APS del SSMSO la falta de coordinación afecta la efectividad de la pesquisa y diagnóstico. A nivel secundario existen instancias de coordinación intradispositivo.
Dispositivos identificados		Dentro de los resultados QUAN sobre la PBC de las unidades de memoria de ambos SS se evidencian derivaciones desde diversos servicios hospitalarios y ambulatorios lo que se reafirma en los resultados QUAL, sin embargo, en el SSMSO se relata que son casos excepcionales y aún no existen criterios claros para estas derivaciones.		No existen resultados QUAN sobre otros dispositivos identificados por parte de la APS de los SSMO y SSMSO lo que si se pudo recoger de los resultados en la fase QUAL: -En el SSMO se identifica además de la Unidad de Memoria del HDS, el CAPCD, el CRS, el COSAM, otras especialidades médicas y SU. -En el SSMSO se identifica la Unidad de Memoria del HPH como el principal dispositivo, COSAM en segunda instancia y especialidades como psiquiatría y geriatría. El SU se releva como un dispositivo con el cual hay conflictos de coordinación.
Referencia y contrarreferencia	En la fase QUAN se obtienen resultados sobre las características demográficas de las personas derivadas a las unidades de memoria lo que coincide con los resultados de	En la fase QUAN se obtienen resultados respecto a la procedencia hospitalaria y de otros policlínicos ambulatorios como 3° y 4° fuente de derivaciones a la Unidad de Memoria	En la fase QUAN se obtienen resultados respecto a la evolución de las derivaciones en el tiempo SSMO que indican una disminución de los ingresos en la Unidad de Memoria en	No existen resultados QUAN sobre mediadores implementados en las RISS para hacer efectivo el proceso de referencia y contrarreferencia en ambos SS lo cual si emerge como

	<p>la fase QUAL respecto a la caracterización de la PBC de estas unidades de ambos SS.</p> <p>Los resultados de la fase QUAN describen que en el SSMO la mayor parte de las IC del período estudiado se emiten por el diagnóstico de síndrome amnésico hacia la casilla de derivación de policlínico neurología, lo que converge con los resultados de la fase QUAL sobre la experiencia de referencia de los profesionales.</p>	<p>del SSMSO lo cual es discordante con el resultado obtenido en la fase QUAL en la que se señala que no existen criterios para la derivación desde el propio nivel secundario a la unidad por lo que son casos excepcionales.</p>	<p>2020 lo cual es discordante con el resultado obtenido en la fase QUAL en la que se señala que las derivaciones no habrían sufrido cambios en pandemia.</p>	<p>resultado de la fase QUAL:          -SSMO: correos para priorizar la IC          -SSMSO: consultorías para evaluar la pertinencia de las derivaciones.</p> <p>No existen resultados QUAN asociados a cambios en la pertinencia de las derivaciones lo que si se obtiene de los resultados de la fase QUAL en la que se indica mejoras en la pertinencia en ambos SS con la implementación de capacitaciones y consultorías.</p>
Consultorías				<p>No existen resultados QUAN sobre las consultorías realizadas en ambos SS lo que si se pudo obtener de los resultados en la fase QUAL</p> <p>-En el SSMO estas se realizan a necesidad para brindar orientaciones para el manejo de personas con perfil leve-moderado que seguirán en control en APS</p> <p>-en el SSMSO se realizan de forma periódicas para evaluar la pertinencia de las IC y cumplen un rol formativo.</p>
Capacitaciones				<p>No existen resultados QUAN sobre las capacitaciones de ambos SS lo que si se pudo obtener de los resultados en la fase QUAL</p> <p>-SSMO: se realizaron en la fase inicial de implementación del PND, actualmente son autogestionadas y se planifica retomarlas institucionalmente de forma virtual.</p> <p>-SSMSO: se realizan consultorías educativas que buscan mejorar las capacidades de APS y la pertinencia de las IC.</p>
Gestor de caso				<p>No existen resultados QUAN sobre los gestores de caso de ambos SS lo que si se pudo recoger de los resultados en la fase QUAL:</p>

				<p>-SSMO: existen diferentes profesionales que asumen el rol y están presentes en todos los niveles (T.O. en APS, EU en Unidad de Memoria y descentralizado en diferentes profesionales en CAPCD).</p> <p>-En el SSMSO el rol lo deben asumir jefes de sector en APS y EU en HPH</p>
Planes unificados				<p>No existen resultados QUAN sobre los planes unificados de ambos SS lo que si se obtuvo de la fase QUAL</p> <p>-Se observa la ausencia de construcción de planes unificados transversales a toda la RISS en ambos SS.</p> <p>-Lo más similar es un plan de intervención integral que se genera en el nivel secundario y se traduce en indicaciones para APS en ambos SS</p>
Otras estrategias				<p>No existen resultados QUAN sobre otras estrategias de ambos SS lo que si se obtuvo en la fase QUAL</p> <p>-SSMO; se realizaron reuniones durante la fase inicial de implementación del PND las que fueron reemplazadas por correos.</p> <p>-SSMSO existe una plataforma que integra los RCE de todos los niveles</p> <p>-Se mencionan otras prácticas como: generación de documentos escritos, envío de correos y WhatsApp, compartir buenas prácticas.</p>
Intersector				<p>No existen resultados QUAN sobre el trabajo intersectorial lo que si se obtuvo en la fase QUAL:</p> <p>-En ambos servicios se destaca el rol de APS para coordinar con los municipios la gestión de subsidios, transferencias de insumos, asesoría legal y otros servicios.</p> <p>-SSMO: se identifica que el trabajo comunitario queda subordinado frente</p>

				<p>al trabajo clínico, lo cual no ocurría con el PND. Se destaca la importancia de la sensibilización de la comunidad para la inclusión de las PcD y sus familias.</p> <p>-SSMSO: se destaca el rol de las TS de APS para la coordinación con servicios municipales, los avances que se han dado en la sensibilización de la comunidad, la falta de cultura de cuidados y los problemas comunitarios que se pueden generar por un mal abordaje de la patología.</p>
Estrategias de coordinación en otras patologías				<p>No existen resultados QUAN sobre las estrategias de coordinación que se dan en otras patologías lo que si se obtuvo en la fase QUAL</p> <p>-SSMO: se destaca la experiencia en epilepsia por su comunicación constante</p> <p>-SSMSO: se destaca la experiencia en rehabilitación en otras patologías neurológicas, las consultorías que se desarrollan con otras especialidades del HPH y el trabajo intersectorial y comunitario que se ha dado en otras patologías de salud mental.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a O' Cathain.

#### 7.3.4 Resultados integrados sobre la valoración del nivel de integración y coordinación de las RISS

La triangulación de los resultados QUAN y QUAL sobre la valoración de la integración se presentan en la tabla N°38.

En la integración de los resultados sobre la valoración de la integración y coordinación de las RISS se observa que no hay convergencia en acuerdos totales para los resultados de las fases QUAN y QUAL.

Si existe un acuerdo parcial entre los resultados QUAN y QUAL respecto a la pandemia como un obstaculizador en la continuidad de los programas de atención a personas con demencia y las estrategias de coordinación, el cuál es matizado por los resultados del SSMO a nivel secundario, en dónde se indica que no existieron cambios en la cantidad de derivaciones, lo cual ya se comentó en la sección anterior.

En la tabla de contingencia no se observan desacuerdos entre los resultados de las fases QUAN y QUAL.

Por último, en la tabla de contingencia se observa el silencio de la fase QUAN respecto a los resultados obtenidos de la fase QUAL frente a la valoración de la coordinación e integración, sus facilitadores y obstaculizadores, entre otros, las faltas de capacitación médica, de orientaciones técnicas, de tiempos para la gestión de la coordinación y de integración de la información, así como problemas administrativos, duplicación de funciones y la rotación de los equipos.

Tabla 38. Matriz de convergencia de resultados sobre la valoración de la coordinación e integración.

Resultados	Acuerdo total	Acuerdo parcial	Desacuerdo	Silencio
Valoración de la coordinación e integración	--	--	--	<p>No existen resultados QUAN sobre la valoración de la integración y coordinación de los SS lo que si se observa en los resultados QUAL:</p> <p>-En ambos SS se identifica que aún no se alcanza un nivel óptimo de coordinación e integración, y se visualizan brechas en cada caso de estudio.</p> <p>-SSMO: aún no se generan planes unificados, existen componentes de las RISS con los que aún no se logran adecuadas acciones de coordinación, no existen plataformas fluidas para la comunicación e integración de la formación.</p> <p>-SSMSO: se identifica fragmentación desde la pesquisa al diagnóstico, existen componentes del Inter sector con los que aún no se logran adecuadas acciones de coordinación, falta desarrollar criterios para la coordinación con otros servicios del nivel secundario como hospitalizados y urgencias.</p>
Facilitadores	--	--	--	<p>No existen resultados QUAN sobre los facilitadores de la integración y coordinación de los SS lo que si se observa en los resultados QUAL</p> <p>-SSMO: se valoran las políticas de cuidados impulsadas por el municipio, la cercanía geográfica y la posibilidad de conocerse presencialmente, la voluntad de negociar y llegar a acuerdos, el trabajo continuo, la difusión del modelo de cuidados y del rol de gestor de caso.</p> <p>-SSMSO: el interés por aprender y la sensibilidad a la realidad de los usuarios,</p>



				<p>las consultorías desarrolladas para mejorar la pertinencia de las derivaciones, la comunicación fluida con la gestora de casos de la Unidad de Memoria, el aumento de los conocimientos y experiencia acumulada, la creación de vínculos humanos entre los profesionales de la red, la conciencia de que los usuarios no son de propiedad de un dispositivo u otro sino responsabilidad de toda la red, la definición de representantes para canalizar la comunicación y las reuniones con todas las unidades de memoria generadas por el MINSAL.</p>
Obstaculizadores	--	<p>En la fase QUAN se indica una disminución en la PBC y las IC del SSMO en 2020 lo que se reitera en los resultados QUAL identificando dificultades en los programas y las estrategias de coordinación en pandemia.</p>	--	<p>No existen resultados QUAN sobre los obstaculizadores de la coordinación en los SS lo que si se pudo recoger de los resultados en la fase QUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Los obstaculizadores comunes a ambos SS con diferentes grados y expresiones son: la falta de capacitación médica, la duplicación de funciones, la rotación de los equipos, la falta de orientaciones técnicas, la falta de tiempos para la gestión de la coordinación, los problemas administrativos, entre otros.</li> <li>-En el caso particular del SSMO se destaca la falta de integración de la información de los registros clínicos electrónicos de los dispositivos de la red.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a O' Cathain

## 7.4 Comparación de contextos, estrategias y lineamientos propuestos para cada SS

En la tabla 39 se sintetizan los elementos de contexto relevantes para cada SS, las estrategias implementadas para la coordinación e integración de la atención a PcD y los lineamientos propuestos para mejorar la coordinación e integración de la atención basados en las brechas y obstaculizadores identificados para cada red.

Tabla 39. Comparación de estrategias de coordinación e integración

<b>Dimensiones</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
Contextos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comuna de Peñalolén con trayectoria en la implementación de pilotos de políticas públicas</li> <li>-Política de salud: PND+ GES</li> <li>-Equipos del nivel secundario con participación de académicos con vasta trayectoria en la investigación y desarrollo de políticas en demencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comuna de La Pintana con escasa experiencia en el abordaje de las personas con demencia</li> <li>-Política de salud: GES</li> <li>-Hospital referente de la subred con cambios administrativos desde hospital experimental a dispositivo integrado administrativamente al SSMSO.</li> </ul>
Estrategias existentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipo local de memoria APS</li> <li>-CAPCD y COSAM complementan acción de APS</li> <li>-Correos como mediadores de referencia – contrarreferencia</li> <li>-Consultorías orientadoras del manejo de APS</li> <li>-Gestores de caso en todos los niveles.</li> <li>-Reuniones clínicas en niveles secundarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Equipos sectoriales de APS</li> <li>-Consultorías como mediadoras de referencia-contrarreferencia, orientadoras de las derivaciones y formativas para equipos APS.</li> <li>-Plataforma que integra los registros clínicos electrónicos de toda la RISS</li> <li>-Gestora de casos en nivel secundario hospitalario.</li> </ul>
Lineamientos propuestos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avanzar en la integración de la información clínica de los diferentes dispositivos de las RISS</li> <li>-Retomar capacitaciones, consultorías y reuniones como estrategias de coordinación implementadas con éxito previo a la pandemia.</li> <li>-Avanzar en la elaboración de planes integrales unificados con la participación de todos los dispositivos involucrados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avanzar en la coordinación interna de los dispositivos para superar la fragmentación entre la pesquisa y el diagnóstico.</li> <li>-Avanzar en la capacitación de los equipos de APS con énfasis en el diagnóstico, los protocolos de registro y la gestión de casos.</li> <li>-Aprovechar las capacidades instaladas en la red comunal de La Pintana para aumentar la oferta de prestaciones y robustecer el mapa de derivaciones.</li> <li>-Avanzar en la definición de criterios para la coordinación con los servicios de hospitalizados y urgencias.</li> <li>-Avanzar en la elaboración de planes integrales unificados con la participación de todos los dispositivos involucrados.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 8. Discusión

La presente investigación se propuso como objetivo general comparar las estrategias de coordinación que han implementado las RISS en el contexto del plan nacional de demencia e implementación del GES N°85 para favorecer la integración y continuidad de la atención y cuidados de las personas con demencia en dos casos de estudio en Chile.

En esa dirección se plantearon como objetivos específicos caracterizar la población de personas con demencia atendidas en los dos casos de estudio, describir las estrategias de coordinación e integración de la atención de personas con demencia para cada caso y proponer lineamientos que contribuyan a los equipos de salud con buenas prácticas para la coordinación e integración de las RISS. En este capítulo se discutirán los principales resultados obtenidos en el trabajo de campo para cada objetivo específico.

### 8.1 Caracterización de la Población Bajo Control y los programas

#### 8.1.1 Evolución de la población bajo control por año

Tanto en los resultados de la fase QUAN como de la fase QUAL se evidencia una brecha entre la cobertura de la PBC de los programas de demencia de APS y la prevalencia estimada para cada comuna, que en el caso de Peñalolén alcanza un 54% y en La Pintana un 95% en los años mejor evaluados. Esta brecha en la cobertura de la población con demencia es coincidente con resultados de otras investigaciones como se pudo establecer en el metaanálisis elaborado por Lang y Cols (27) en donde considerando 23 estudios elegibles de Europa, Norteamérica y Asia se estableció que la prevalencia de la demencia no detectada en la comunidad fue del 61,7 % (IC del 95 %: 55,0 % a 68,0 %), siendo mayor en los países de medianos ingresos. La mayor brecha establecida en esta investigación puede ser debido a que el metaanálisis no consideró estudios latinoamericanos o de países de bajos ingresos. Un estudio nacional que evaluó la implementación del CMYN del Hospital del Salvador utilizando el modelo RE-AIM estimó que entre marzo de 2018 y junio de 2019 la UM evaluó al 5,39% de las PcD que viven en el área referida. (82) Por tanto, los resultados de la investigación son coincidentes con lo establecido en la literatura en la que se evidencia que más de la mitad de las personas con demencia en la comunidad no poseen un diagnóstico y no están recibiendo cuidados de salud adecuados.

En la evolución de la cantidad de PBC de APS se observa en los resultados que en ambas comunas existe un aumento de usuarios bajo control posterior a la implementación de políticas específicas para la demencia, siendo mayor la cobertura en el caso del PND en Peñalolén. En investigaciones nacionales sobre las patologías de salud mental incluidas en el GES se aprecia que, al menos en los primeros 2 años de implementación, tienden a

aumentar los casos exponencialmente debido a que las personas que ya estaban en tratamiento son ingresadas, en el caso del GES de Alzheimer y otras demencias esta situación a nivel nacional se evidencia el 1° año de implementación. (83) Por lo que los resultados validan el impacto de las políticas de demencia en el diagnóstico y cobertura de los sistemas de salud sobre personas con esta patología.

En Peñalolén se recoge de la fase QUAL que la implementación del plan nacional de demencia consideró esfuerzos sistemáticos por capacitar a los equipos en la pesquisa, el diagnóstico y registro de las atenciones a personas con demencia en el programa de salud mental. En el caso de los resultados QUAL de La Pintana se atribuye el subdiagnóstico y la falta de cobertura a problemas en la pesquisa y la falta de capacidades médicas, lo cual coincide con el metaanálisis citado, en el que se establece el screening como una acción clave en los grupos de alto riesgo, y para lo que sus autores sugieren mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los programas de detección de demencia para estos grupos. En cuanto al diagnóstico por médico general, el metaanálisis coincide en mayores brechas en este escenario y sugiere que esto se relaciona con la falta de tiempo, recursos y capacidades médicas. Factores que también son relevados entre los relacionados con los sistemas de salud del manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencia, por lo que esta investigación también aporta evidencia que respalda la importancia de ser prolijos en los aspectos claves del sistema de salud para la correcta implementación de las políticas de demencia. (8,27)

Otros factores detectados en la fase QUAL de esta investigación son la falta de redes familiares y la normalización de la falla cognitiva a edades avanzadas, el metaanálisis coincide en que las redes familiares pueden jugar un rol vital en el diagnóstico oportuno de la demencia, aunque no siempre los familiares están al tanto del deterioro cognitivo de sus seres queridos, por lo que sugiere ampliar las fuentes de información para la detección de demencia y coincide en que algunas personas pueden no buscar atención médica por problemas de memoria porque no los perciben como significativos o anormales. El metaanálisis agrega otros factores claves en la prevalencia de demencia no detectada en la comunidad que no se reportan directamente en esta investigación como son el bajo nivel educacional, los antecedentes de accidente cerebrovascular o depresión, el entorno comunitario por sobre la institucionalización, la edad <70 años y el género masculino. De esta manera se establecen estos factores como aspectos relevantes que explican las brechas en el diagnóstico de demencia sobre las cuáles es importante recabar mayor conocimiento a futuro. (27)

También el estudio de Lang y Cols estableció que la brecha fue menor en los estudios que utilizaron los criterios de diagnóstico del Mini-Mental State Examination (MMSE) en comparación a los criterios del DSM III/IV, lo cual es contradictorio con los resultados de la fase QUAL de esta investigación en la cual se indicó que el MMSE tendría problemas de sensibilidad para pesquisar la demencia en fases tempranas. Sin embargo, los autores del

metaanálisis coinciden en si bien el MMSE puede ser útil para detectar el deterioro cognitivo, puede no ser suficiente como herramienta de diagnóstico independiente para la demencia. (27)

Respecto a la evolución en el tiempo de los casos bajo control en los resultados QUAN se observa una baja en la PBC de Peñalolén en el año 2020 que se recupera en el 2021 y sugiere el impacto de la pandemia COVID-19 en la continuidad de cuidados de las personas con demencia, lo cual se describe en el trabajo de Brown y Cols sobre la anticipación y mitigación del impacto de la pandemia COVID-19 en la enfermedad de Alzheimer, en donde se establece que debido a la necesidad de distanciamiento social y la presión sobre el sistema de salud se produjo una redistribución de recursos y suspensión de controles crónicos y electivos, lo cual afectó el diagnóstico y manejo de las personas con demencias aplazando o limitando sus controles. (84) En Chile se suspendieron las actividades de centros diurnos y se impuso una cuarentena preventiva obligatoria para los >75 años, además, otros estudios han demostrado el impacto de la pandemia sobre el acceso a las prestaciones GES en general y de salud mental en particular en el sistema público nacional, por lo que en ese contexto se puede explicar la baja en la PBC. (83,85,86)

### 8.1.2 Caracterización de la PBC según sexo, edad y severidad.

Un resultado común a la fase QUAN y QUAL es la feminización de la PBC en APS que se aumenta con la edad, esta tendencia se observa a nivel global en el estudio de carga de enfermedad del año 2019, en el cual se estima una proporción mujer: hombre de 1,69 (1,64–1,73) la cual aumenta con la edad duplicándose cada 5 años hasta los 85 años. Se proyecta que este patrón continúe hasta el 2050 con una proporción de mujeres: hombres de 1,67 (1,52–1,85). (12) A nivel nacional también se describió esta tendencia en el PND. (3)

Según el estudio de carga global la explicación se debería en parte a la mayor expectativa de vida de la población femenina. (12) Otros estudios han establecido diferencias asociadas al sexo en los mecanismos biológicos que generan la enfermedad de Alzheimer. (87,88)

En los resultados de la fase QUAL los profesionales de APS del SSMSO identifican un perfil de severidad más avanzado en la población bajo control masculina y algunas causas a nivel de brechas de género en el acceso a servicios de salud que explicarían la feminización de los programas. Esta diferencia sociocultural concuerda con la literatura internacional de la OMS y la ADI respecto a que los hombres buscan menos ayuda y reportan menos problemas de salud mental a los médicos generales hasta presentar síntomas severos. (89,90) En futuras investigaciones nacionales será necesario establecer que peso relativo tiene cada uno de estos factores biológicos y sociales en las diferencias de género encontradas.

En los resultados QUAN y QUAL de esta investigación se encuentra un perfil envejecido de la población bajo control de APS. Estos hallazgos son la constante en los estudios de carga de enfermedad globales y nacionales. (12,27)

A nivel secundario los resultados de la fase QUAN y QUAL también indican un perfil envejecido con casos excepcionales de personas menores de 65 años con demencia precoz, lo que es similar a lo establecido por reportes de la OMS que indican que es una condición infrecuente y que presenta dificultades para establecer su prevalencia. (2)

En cuanto al perfil de severidad de la PBC de la APS del SSMO hay acuerdo entre los resultados QUAN-QUAL sobre una mayor proporción de personas con demencia en estadios leve-moderado y se apunta en la fase QUAL una mejoría en cuanto a la oportunidad del diagnóstico. La literatura indica las dificultades para diagnosticar la demencia en etapas leves y es controversial respecto a los beneficios de un diagnóstico precoz de demencia, apuntando al concepto de diagnóstico oportuno, el cual es un objetivo fundamental de las políticas de demencia. (8)

En la fase QUAL a nivel secundario se identifica un perfil de personas con demencia en estadios moderados a severos de la PBC en la Unidad de Memoria del HDS y se recoge la experiencia de un cambio en el perfil de severidad de las personas con demencia que ingresan a la Unidad de Memoria del HPH. Sin embargo, no existe data agregada de la distribución según severidad de la PBC a nivel secundario hospitalario, esto evidencia la necesidad de mejorar los registros estadísticos de los programas de demencia, tema que se abordará en el apartado del funcionamiento de los programas.

### 8.1.3 Caracterización PBC según etiología, comorbilidades y DD.SS.

Los profesionales del SSMSO señalan alta prevalencia de demencia vascular según su experiencia. No existen datos QUAN para caracterizar a la PBC según diagnósticos en el nivel primario y secundario, sin embargo, se puede identificar del reporte de interconsultas que un 8% de las derivaciones fueron por demencia vascular siendo el 3° diagnóstico más frecuente tras demencia no especificada y demencia Alzheimer.

En el SSMO se estableció que las demencias atípicas son derivadas a la UM, sin embargo, no existe data agregada del tipo de demencia de la PBC a nivel secundario hospitalario y en los reportes de las interconsultas los diagnósticos se tipifican como síndromes y no precisan etiología. En la literatura nacional no existen estudios que especifiquen la prevalencia según tipo de demencia y en la literatura internacional se reportan dificultades para diferenciar cuando un síndrome demencial está causado por Enfermedad de Alzheimer, enfermedad cerebrovascular o mixtas debido a sus factores de riesgo comunes. (3,91) En función de ello es o será necesario mejorar los reportes estadísticos y realizar estudios que permitan estimar la prevalencia de cada tipo de demencia a nivel nacional.

En los resultados de la fase QUAL se señalan características sociales de la PBC como bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad y ruralidad, así como comorbilidades psiquiátricas y cardiovasculares. Si bien no existen resultados QUAN para caracterizar a la PBC según estas variables esto coincide con el modelo de factores de riesgo modificables establecidos en la comisión Lancet (13) y los determinantes sociales descritos en los estudios de prevalencia nacionales, por lo que en este estudio se confirma que estos grupos son claves en las políticas de prevención, diagnóstico y cuidados de la demencia. (3)

#### 8.1.4 Funcionamiento de los programas de demencia

Aun cuando no era parte de los objetivos originales de la investigación se hizo necesario abordar el funcionamiento de los programas de demencia de ambos casos de estudio para permitir caracterizar adecuadamente los aspectos organizacionales y las actividades que realizan, ya que estos elementos son tan importantes como el contexto en el que se despliegan las estrategias de coordinación e integración de la atención.

Los antecedentes en el funcionamiento de los programas se obtuvieron de la etapa QUAL, para el SSMO se destacó la experiencia de ser un servicio piloto del PND y el aporte de profesionales con destacada trayectoria académica quienes además contribuyeron en la gestión de políticas sociales. Para el SSMSO se estableció una limitada experiencia previa en cuanto al manejo de esta población y falta de capacidades instaladas y sistematizadas en los diferentes niveles de atención. Al respecto en la literatura nacional se plantea en un informe para la OPS la importancia del trabajo colaborativo del sistema de salud con universidades que realizan docencia e investigación facilitando estudios de prevalencia, funcionamiento de servicios y efectividad de intervenciones que apoyan la toma de decisiones e implementación de políticas y estrategias para aumentar la capacidad de respuesta de la APS (92), por tanto, es relevante tener en cuenta este elemento de contexto considerando que difieren en la conformación de ambos servicios.

Respecto a los resultados sobre la constitución de los equipos de salud también obtenidos en la fase QUAL, se describen diferencias sustantivas en la cantidad de recursos humanos disponibles destinados para la atención de personas con demencia y en los modelos de organización implementados en ambos servicios. En el caso del SSMO se evidencia a todo nivel equipos locales contratados para asumir específicamente la función de la atención a personas con demencia, que es equivalente a más de 10 jornadas completas de diferentes disciplinas en los dispositivos de atención secundaria, a diferencia del SSMSO en donde no existen equipos locales específicos para demencia a nivel primario o secundario comunal y la Unidad de Memoria del nivel secundario hospitalario cuenta con apenas 2 jornadas completas de profesionales exclusivos para su funcionamiento.

En la literatura nacional se ha identificado coincidencia respecto a la amplia variabilidad en cuanto a la composición de los equipos en los centros de salud mental (93) y el PND considera que para brindar una atención de calidad se requiere contar con equipos

transdisciplinarios con recursos humanos suficientes para un adecuado diagnóstico, tratamiento y coordinación con otros dispositivos de atención (3), por lo que el resultado sobre las diferencias en los equipos de ambos servicios constituye un hallazgo de este trabajo de investigación y es un punto clave del contexto en el que se desarrollan las estrategias de coordinación e integración.

La presente investigación buscó recoger las prestaciones realizadas por ambos dispositivos en la etapa QUAN, a partir del análisis de los REM y otros reportes estadísticos, sin embargo debido a la escasa información que se obtuvo de estos registros, se consideró abordarlas de forma dirigida en las entrevistas de la fase QUAL para comprender de manera directa las diversas y complejas actividades que no se registran en los REM y conocer la percepción de los profesionales acerca del reporte de sus acciones.

Respecto a los resultados del proceso de diagnóstico de la fase QUAL destaca que en ambos SS y a todo nivel intervienen diferentes profesionales y que se requiere un grado de coordinación intra dispositivo que permita hacer efectivas las derivaciones con la finalidad de compartir la información sobre la valoración que cada involucrado realiza respecto de la persona y su contexto familiar, lo que se constituye en el primer desafío de coordinación de la atención. Esto es acorde a las recomendaciones clínicas de diferentes guías y manuales internacionales que indican que los equipos de salud deben trabajar de forma colaborativa y establecer líneas de comunicación claras para compartir información sobre las PcD. (8,28)

En el SSMO donde se implementó el PND, el diagnóstico considera evaluar a la PcD de forma integral en su contexto e identificar sus necesidades y las de su grupo familiar para orientar el plan de trabajo. Destaca en la Unidad de Memoria un proceso de acompañamiento diagnóstico a cargo de una dupla psicosocial para la educación de la persona con demencia y su familia. Involucrar a estos actores en la coordinación de los cuidados y el proceso de decisión es también una recomendación de las guías. (8,28)

En el SSMSO la evaluación médica inicial es en la consulta de morbilidad de APS la cual tiene un tiempo acotado. La literatura establece que el tiempo limitado de consulta es una barrera que restringe el diagnóstico de las demencias. La Unidad de Memoria de este SS se dedica al estudio diagnóstico de demencias no Alzheimer, realizando evaluación neuropsicológica, de imágenes y de laboratorio para establecer el diagnóstico y plan de manejo integral, en línea con las orientaciones de guías nacionales e internacionales para realizar diagnóstico diferencial. (8,28)

Respecto de los diagnósticos diferenciales en APS de ambos SS destacan la queja cognitiva, el DCL y la pseudodemencia depresiva, lo cual es confirmado por la literatura y es parte de las entidades a descartar según los criterios diagnósticos del DSM-5. (8,11) Estudios indican que es necesario hacer seguimiento regular e intervenciones preventivas a las personas que presentan estos diagnósticos ya que el DCL puede progresar y la



depresión se asocia a demencia. (28) Esto plantea la necesidad de realizar mayor investigación en nuestro sistema de salud sobre las tasas de progresión de estas condiciones, programas e intervenciones posibles en la APS.

Los resultados principales de las actividades de control e intervención a PcD de la fase QUAL presentan un mix diverso de consultas de diferentes profesionales, visitas domiciliarias y talleres grupales, los cuales pueden estar organizados o no en torno a un plan de cuidados integrales según el SS y nivel analizado, así como también la concentración de las actividades y diversidad de profesionales que intervienen y que depende de los recursos de cada dispositivo. Las guías internacionales recomiendan desarrollar un plan de cuidados integrales que considere las necesidades, preferencias y circunstancias, desarrollado de forma colaborativa por la persona con demencia, su familia y el equipo de salud involucrado en los cuidados. (28) Las prestaciones definidas en el GES para retardar la progresión de la enfermedad, disminuir la intensidad de los síntomas y mejorar la calidad de vida de la PcD y su entorno se especifican en canastas de tratamiento de mediana y alta complejidad, pudiendo el paciente migrar entre los diferentes grupos de enfermedad en cualquier momento, no obstante lo anterior, al término de esta investigación no existe una guía que oriente la realización de planes de cuidados. (7)

Según los resultados QUAL los SS realizan actividades con cuidadores y familiares y los equipos relevan la importancia de la relación entre la salud de la PcD y la de su grupo familiar, lo que le da sentido a empatizar con el cuidador, realizar un trabajo integral con ellos y facilitar los procesos para una atención expedita. En el SSMO se realiza evaluación y prevención de la sobrecarga, talleres y la derivación a atención de salud mental cuando hay casos de sobrecarga intensa. En cuanto al SSMSO en el nivel secundario se realiza psicoeducación, prevención de la sobrecarga del cuidador y derivación a salud mental. En APS aún no se realizan intervenciones más estructuradas. Las recomendaciones internacionales plantean la importancia de tener en cuenta las necesidades de los cuidadores, brindarles apoyo, informarles sobre los servicios disponibles, capacitarlos en cuidados y hacerlos partícipes del proceso de toma de decisiones, junto con mantener su propia salud y bienestar. (8,28) Es o será necesario e importante ampliar la investigación a nivel nacional sobre esta población, su estado de salud y la efectividad de las intervenciones que se ejecutan en la RISS y a nivel socio comunitario, considerando en especial los altos índices de población mayor que se registran en nuestro país

Dentro de las dificultades del trabajo con los cuidadores se identificó la limitación sociocultural de las familias en control en el programa, ya que complica el entendimiento del diagnóstico, la evolución de la enfermedad y la adherencia de esta población a los controles. Esto ha sido descrito como una barrera para el diagnóstico y un desafío para los equipos de salud (8), considerando el papel crítico que juegan los cuidadores en la coordinación y continuidad de los cuidados es relevante que se establezcan y dirijan acciones de psicoeducación para sortear esta dificultad.

Por último, se hace alusión a la nueva política pública sobre registro de cuidadores como un avance y oportunidad para apoyar a esta población, aunque se reconoce que persiste la ausencia de un sistema y cultura de cuidados a nivel nacional. El desafío entonces es desarrollar políticas sociales y de salud que permitan enfrentar de forma eficiente la necesidad de cuidado de esta población, conclusión que es compartida en diversos estudios nacionales. (94,95)

### 8.1.5 Sistemas de Registro Clínico Electrónico y Reportes Estadísticos

El registro de la información clínica y estadística de los programas se identifica como un aspecto clave en tanto permite informar sobre la población y funcionamiento de los programas para el control de la gestión y la toma de decisiones, como también es un insumo para la coordinación e integración de las RISS y los planes de demencia. (96) En este aspecto la investigación identifica problemas de distinto tipo en ambos casos de estudio que se detallan a continuación.

En el SSMO cada nivel de atención tiene su propio sistema de registro clínico electrónico (RCE) los que no permiten una visualización común, lo cual genera fragmentación de la información clínica de los usuarios del sistema, lentitud en la comunicación de antecedentes fundamentales para los procesos de diagnóstico y cuidados de las PcD y de la coordinación a lo largo de la red. Esto no ocurre en el SSMSO gracias a que se ha generado una plataforma que permite la visualización de todas las atenciones realizadas en la red independientemente de su software de RCE. Al respecto la OPS ha planteado como ejemplos de RISS el caso de la Red Integrada Badalona Serveis Assistencials y de Kaiser Permanente, en donde un facilitador de la continuidad es el sistema de información clínica al agregar datos clínicos y administrativos y reunir la historia clínica de los distintos niveles de atención, su plataforma es además un instrumento de ayuda a la toma de decisiones, permite la comunicación entre los diferentes profesionales y se actualiza a tiempo real la información sobre actividad asistencial, consumo de recursos, información económica y de evaluación del desempeño favoreciendo la gestión e investigación. (40)

Los problemas de discordancia en los datos estadísticos de la APS del SSMSO dan cuenta de prácticas de subregistro que se atribuyen al desconocimiento médico y a la falta de protocolos e inducción. En el SSMO se identifica una posible pérdida de información debido a que el CAPCD no puede registrar de forma autónoma sus prestaciones en las plataformas REM ni SIGGES y debe enviar los datos al COSAM para que éste los reporte. En este tipo de dispositivos se releva que el REM no da cuenta de todas las actividades que efectivamente se realizan. Al respecto, una investigación realizada en torno a los registros estadísticos de los programas de salud oral en APS informó la disconformidad de los profesionales con estos instrumentos por las ambigüedades en las instrucciones y criterios, así como el requerimiento de excesiva información en algunos ámbitos o, por el contrario,

casos en los que faltan variables. (97) El desconocimiento de la utilidad de los REM y la falta de pertinencia de éstos devela el carácter más estructural del problema de este sistema de registro y estadística. Para algunos autores este tipo de problemas en los sistemas estadísticos nacionales se deben a lógicas de gobernanza de negociación descentralizada, que generan instrumentos para informar un sistema de incentivos bajo la lógica de un estado neoliberal, a diferencia de las estadísticas que se producen en un estado de bienestar o planificador, las que se orientan a conducir la seguridad social directamente. (98)

En el caso del nivel secundario, en el SSMO se plantea la reciente migración desde un sistema manual a uno digital a nivel del hospital y en el SSMSO se atribuyen los problemas a la falta de personal administrativo dentro del equipo, lo cierto es que más allá de la plataforma o el personal a cargo de esas funciones se identifica que no existe una estandarización en los reportes estadísticos de este nivel. Al respecto la literatura nacional establece que se ha desarrollado de forma gradual un sistema de información que incorpora el registro de actividades de salud mental en la APS, incluyendo indicadores para la gestión de servicios, contribuyendo a la toma de decisiones a nivel local y nacional, (92) no se dan ejemplos similares sobre los servicios de atención secundaria. Dentro del PND se consideraba en el objetivo N°5 implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan para lo cual se había definido crear un sistema de registros profesionalizados que permita generar análisis y estudios periódicos (3). Con los resultados de esta investigación se evidencia que avanzar en esa dirección permitiría contar con importantes insumos para las políticas sociosanitarias de manejo de la demencia en Chile.

### 8.1.6 Cambios ocasionados por el GES N°85

Un hallazgo inesperado de esta investigación es el desacuerdo en los resultados sobre los tiempos de espera de las IC de la comuna de Peñalolén, ya que en la fase QUAN estos tiempos se habrían prolongado en el período post GES, lo cual no coincide con lo establecido en la fase QUAL en la que se observa la disminución de los plazos por la garantía de oportunidad. Esto puede explicarse en el contexto del impacto de la pandemia COVID-19 en el sistema de salud, que coincide con el primer año de implementación del GES N°85, y que ocurrió a nivel global con las patologías GES. Un estudio del colegio médico informa un aumento en cuanto a garantías incumplidas a junio de 2020, donde el retraso superaba en un 7,24 veces a la cifra del mismo mes en 2019 y en 3,53 veces el retraso más alto observado entre los años 2016 y 2019. (86) Además la literatura indica que la existencia de listas de espera sin resolución oportuna es uno de los nodos críticos de la red de salud mental y puede estar en relación con sistemas de referencia y contrarreferencia no operativos ni adecuados, insuficiencia de recursos humanos y problemas de gestión asociados a falta de criterios de priorización, que responden a las necesidades del establecimiento y no a la satisfacción de necesidades de la población. (65)

Por su parte, el desacuerdo se puede deber a que la experiencia de los profesionales ha cambiado en los últimos años, lo cual no se refleja en las estadísticas analizadas.

Respecto a otros cambios ocasionados a partir de la implementación del GES en la fase QUAL en esta investigación se destaca positivamente el aumento en la disponibilidad de los fármacos, el orden en los plazos de atención, criterios y flujos de derivación y la priorización de las prestaciones para cumplir las garantías de oportunidad. En forma negativa se señala que no se cumplen con todas las prestaciones definidas en el GES debido a que no se consideraron los recursos económicos, brechas de profesionales, aspectos administrativos y de capacitación necesarios para otorgar las atenciones de la canasta en los distintos niveles, lo que ocasiona una mayor cantidad de reclamos. Además, se plantea que se dejan de lado acciones de prevención, promoción y articulación de la red socio comunitaria en comparación al PND, debido a que el GES se orienta a cumplir con las garantías de oportunidad por sobre otras acciones lo que incluso puede ir en perjuicio de definir las prestaciones en función de las necesidades de la persona y la familia. Se relacionan estas fallas en la implementación con un determinado contexto político que apresuró el anuncio de la incorporación de la patología al régimen de garantías sin contar con los recursos para ello.

En la evidencia disponible sobre el impacto de la incorporación al GES de patologías crónicas tales como hipertensión y diabetes, de salud mental la depresión y de salud en las personas mayores neumonía, ortesis e hipoacusia destacan resultados contradictorios y la necesidad de ampliar la investigación sobre su implementación, el manejo y monitoreo integral de estas condiciones más allá del acceso a fármacos y ciertas prestaciones y la evaluación en cuanto a objetivos sanitarios de estas políticas. (99–104) En cuanto a la incorporación de la demencia al régimen GES se encuentra en la literatura diferentes cartas al editor que advirtieron posibles problemas de falta de recursos, medios de screening propuestos para el diagnóstico y su implementación sin un plan de demencias global a nivel de las redes. (43,105)

### 8.1.7 Recursos insuficientes o inadecuados

Por último, para describir el funcionamiento de los dispositivos surge como resultado de la fase QUAL la falta de recursos como una dificultad para la atención de los profesionales que en el SSMO se evidencia en escasez de horas para cumplir los flujogramas, la falta de stock de fármacos anti demenciales y de infraestructura adaptada para accesibilidad universal. Por su parte en el SSMSO se identifican como puntos críticos la infraestructura, movilización, la agenda de exámenes y de horas médicas, lo que se ve agudizado por la alta demanda de atenciones de morbilidad y porque no todos los médicos del staff tienen sus títulos convalidados, por lo que están limitados para atender patologías GES. Como ha sido planteado en los otros apartados, contar con los recursos suficientes para los equipos

es fundamental para brindar una atención digna y de calidad para las PcD y sus familias.  
(8)

## 8.2 Descripción de las estrategias de coordinación

### 8.2.1 Coordinación interna

Uno de los principales hallazgos de esta investigación dice directa relación con la relevancia de la coordinación entre profesionales del equipo del mismo dispositivo para la evaluación diagnóstica efectiva e integral que identifique las necesidades y ámbitos a intervenir. En la atención primaria de ambos SS se evidencia falta de instancias formales de coordinación de todos los miembros del equipo, a diferencia de los niveles secundarios en donde están instauradas las reuniones clínicas tanto al ingreso como durante el proceso de atención en las cuales intervienen los diferentes profesionales y se coordinan objetivos y acciones.

Recomendaciones internacionales y guías nacionales indican o exhortan a la participación y coordinación de todo el equipo tratante en el proceso de evaluación y generación de un plan de tratamiento o de cuidados integrales en torno a diferentes áreas y escenarios, incluidos los cuidados ambulatorios, domiciliarios y transicionales. Se plantea que su formulación debe llevarse a cabo en reunión clínica con la participación de todo el equipo interdisciplinario tratante, consensuado con la persona, su familia o red de apoyo, con evaluación periódica, posibilidades de modificación y de ser utilizado por todos los integrantes del equipo. (65,106) Esto puede ayudar a reducir el número de hospitalizaciones e institucionalización en las personas mayores frágiles. (9)

La existencia de estos espacios se observa en la atención secundaria mas no en la APS de los SS analizados, lo anterior se puede relacionar con la ausencia de equipos interdisciplinarios robustos a este nivel que se evidenció en el funcionamiento de los programas y la consideración en las agendas de tiempos para el análisis y discusión de casos que se revisó y se presentará en la discusión sobre los obstaculizadores.

### 8.2.2 Dispositivos identificados

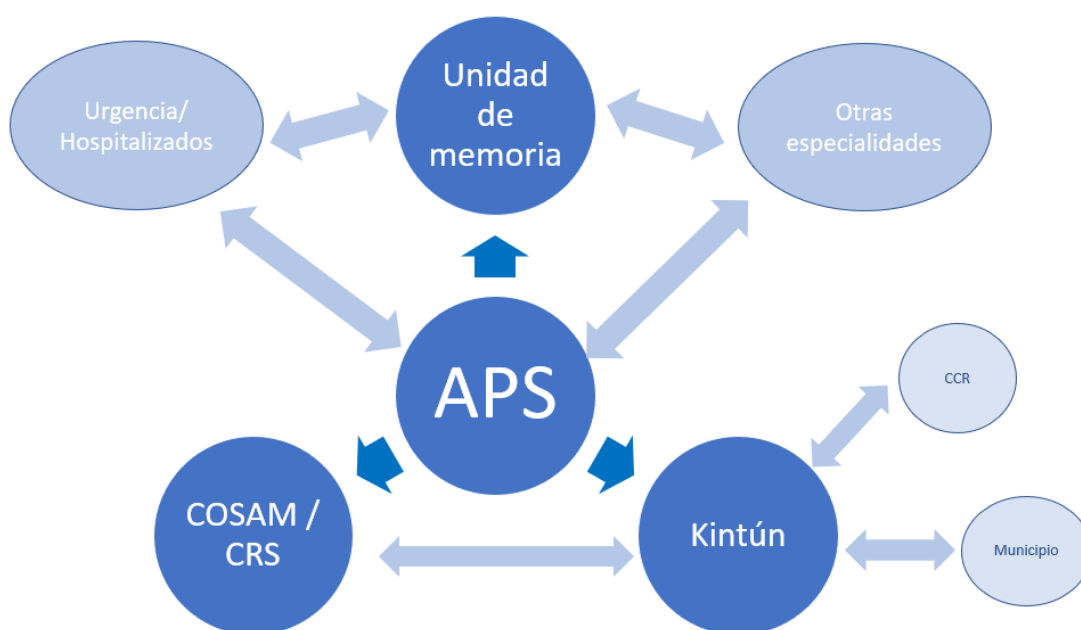
En este apartado se dispone y presenta el mapa de derivación descrito de cada servicio (figuras 12 y 13) en función de los resultados de la fase QUAL. Esta identificación resulta importante en tanto determina con cuáles dispositivos de salud se visualiza la necesidad de desarrollar las estrategias de coordinación.

En el SSMO la red principal está conformada por la APS donde se hace el diagnóstico y manejo de las PcD típicas en etapas leves a moderadas, el CAPCD donde se realiza una intervención de mayor complejidad en PcD de toda etiología en etapas leves a moderadas y la Unidad de Memoria del HDS como el nivel de atención para el diagnóstico y manejo de

las PcD atípicas o de difícil manejo. Se visibiliza el CRS y COSAM como los dispositivos en donde se derivan las personas con comorbilidad psiquiátrica y este último donde se realizan prestaciones para los cuidadores con sobrecarga.

Fuera de esta red principal se identifican otras especialidades médicas a las que son referidas las PcD con mayor frecuencia lo cual podría constituir un segundo circuito de las RISS, dentro de ellas están Oftalmología, Otorrinolaringología, Geriatria, Urología. También se identifican Neurología general, Psiquiatria, Reumatología y Medicina Interna como las especialidades que refieren más casos a la Unidad de Memoria. De igual forma el CAPCD refiere otras fuentes de derivación como son el centro comunitario de rehabilitación (CCR) y otros departamentos municipales. Por último, se consulta de manera específica sobre la red de urgencias y el servicio de hospitalizados de medicina, en ambos casos se confirma la relación y no se identifican mayores conflictos para derivar y apoyar la atención de las personas con demencia.

Figura 12. Mapa de derivación identificado en el SSMO



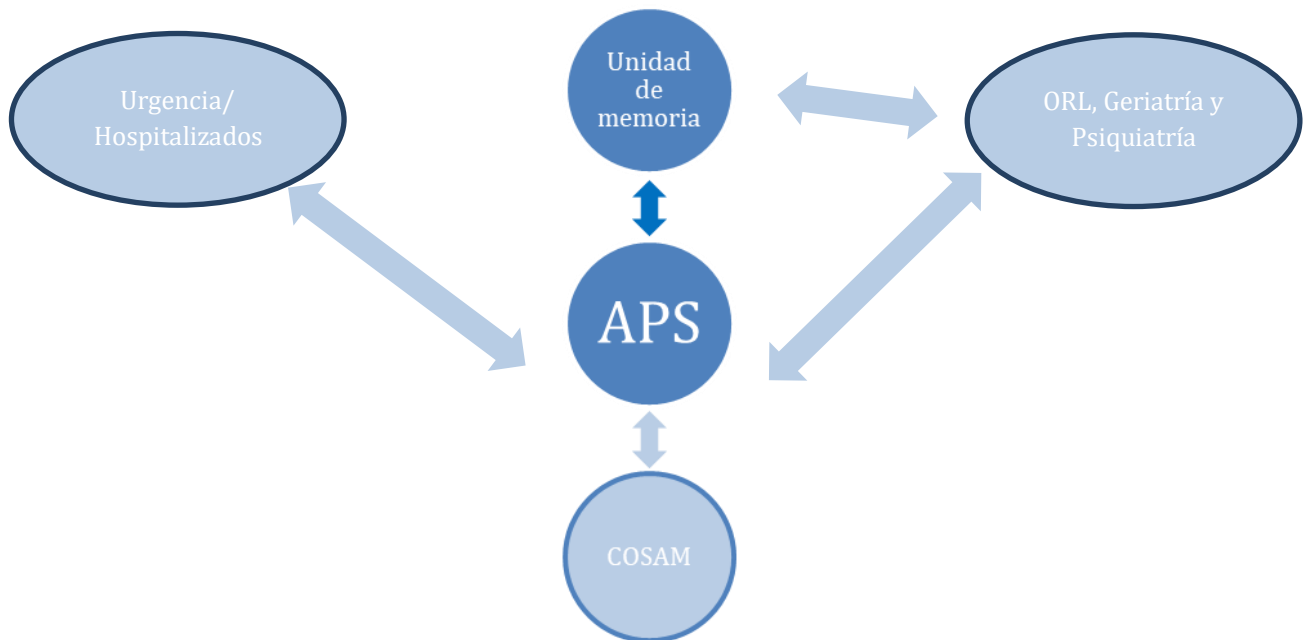
Fuente: elaboración propia en base a entrevistas

En el SSMO la red principal de este servicio está compuesta por la APS, donde se diagnostican y manejan las PcD típicas leves, moderadas y avanzadas en cuidados paliativos, se identifica el HPH como el principal centro de derivación para el estudio y manejo de las PcD atípicas y el COSAM surge como un dispositivo que excepcionalmente realiza algún tipo de intervención en el abordaje de las PcD o sus cuidadores cuando hay mala adherencia a los controles en el hospital o síntomas conductuales refractarios.

Respecto a otros dispositivos relevantes se identifican los servicios de urgencia para los casos de descompensación severa de síntomas neuropsiquiátricos, aunque se vislumbran brechas de coordinación con la APS y la Unidad de Memoria que impiden realizar una

atención adecuada a estas personas y poder vincular directamente a la Unidad de Memoria con los servicios de urgencia y hospitalizados. Además, se identifica la especialidad de otorrinolaringología, geriatría y psiquiatría como servicios que realizan actividades para las PcD.

Figura 13. Mapa de derivación identificado en el SSMSO



Fuente: elaboración propia en base a entrevistas

A nivel del modelo de gestión de la red temática de salud mental dentro de los pasos para el diseño/rediseño de la red esta investigación recomienda adecuar el mapa de derivación del SS determinando los nodos de atención, su capacidad resolutive, los vínculos y mecanismos de comunicación e instrumentos de derivación configurando el sistema de R-CR, por lo que los resultados de esta investigación permiten contribuir a ese proceso. (65)

Los estudios de factores de riesgo de demencia han determinado la privación sensorial y en específico la hipoacusia como un factor de deterioro cognitivo (13), por lo que especialidades como oftalmología y otorrinolaringología juegan un rol en la prevención y manejo de esta condición, así como el GES establece a los especialistas en geriatría, neurología y psiquiatría (38), lo que es coincidente con las especialidades identificadas en los mapas de derivación construidos en esta investigación.

Respecto a los servicios de urgencia y de hospitalización, la literatura internacional identifica que a menudo brindan cuidados inadecuados para personas mayores con demencia por lo que son requeridas estrategias que permitan des escalar emergencias que podrían llevar a visitar las urgencias. Una de ellas es la existencia de gestores de caso, profesionales designados para convertirse en pivotes entre el sistema de salud y la PCD y su cuidador (107) Estudios han demostrado que personas mayores que tienen contacto continuo con un profesional de APS tienen menos consultas y admisiones en servicios de urgencia por condiciones sensibles a cuidados ambulatorios y están más satisfechos con sus cuidados.

(108) Por último, además de la hospitalización domiciliaria como alternativa a la internación en urgencias, la literatura establece la existencia de los “cuidados transicionales” referidos a servicios que apoyan la transición y el seguimiento de los usuarios en su tránsito por la red con foco en el tiempo en que transcurre entre el alta de la persona hasta su retorno a APS, es decir de la enfermedad a la recuperación e independencia, evitando la readmisión, acortando los días de hospitalización, reduciendo el retraso entre los cuidados post-agudos y los costos de los cuidados, mejorando la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios con el sistema de salud, para lo que se requiere un profesional de enlace a nivel hospitalario que sea referente de los equipos de APS y acompañamiento, orientación y seguimiento para las personas.(10,109) Como se evidenció en los resultados de la fase QUAL en el caso de SSMSO la relación con la urgencia es un nodo crítico en donde puede estar mediando la falta de continuidad y gestores de caso en APS y la ausencia de estructuras dedicadas a los cuidados transicionales, por lo que se hace necesario por su utilidad profundizar en la investigación e implementación de estas estrategias en la coordinación de la atención y los cuidados de las PcD.

### 8.2.3 Referencias y Contrarreferencias

Los resultados integrados de esta investigación evidencian coincidencia total en la caracterización de la población derivada, los códigos y casillas para la derivación en el SSMO y un acuerdo parcial en los resultados sobre la procedencia de las IC emitidas a la UM del SSMSO, ya que se observan derivaciones internas desde hospitalizados y otros policlínicos, lo cual en la fase QUAL se habría definido como una situación excepcional ante la falta de criterios establecidos para ese flujo de derivaciones. El modelo de gestión de la red temática de salud mental establece que se deben identificar los vacíos del sistema de derivación procurando soluciones que no generen retraso de los tiempos de respuesta, por lo que se evidencia en esta investigación que es altamente necesario y conveniente regularizar los protocolos de toda la red para cumplir con los requisitos de calidad del sistema de R-CR. (65)

Sobre la evolución de las IC emitidas por Peñalolén se establece un desacuerdo entre los resultados ya que según los datos analizados en la fase QUAN habrían disminuido las IC el año 2020, mientras en la fase QUAL se indica que la pandemia no disminuyó la derivación a la Unidad de Memoria. En este caso el desacuerdo se podría deber a que la experiencia de los profesionales tenga un sesgo de memoria ya que la realidad de la derivación ha ido cambiando en los últimos años de la pandemia en especial posterior al año 2021, lo cual no se refleja en las estadísticas del período analizado.

En los resultados QUAL se identifican procedimientos implementados para concretar las derivaciones entre dispositivos, en el SSMO se observó que el proceso se ve mediado por el envío de un correo electrónico ya que en un inicio los códigos diagnósticos de las SIC no eran familiares para el equipo y que además no existía una casilla propia para la recepción



de interconsultas en la Unidad de Memoria, por lo que el correo permitía advertir cuando se producía una derivación. En el SSMSO el proceso está mediado por la consultoría de presentación de casos, en la cual se realiza un filtro para determinar si es pertinente la derivación o no, la cual ha mejorado con el transcurso del tiempo. En el caso de la contra referencia en ambos SS se realiza mediante correo. Estos procedimientos implementados se consideran parte del lineamiento de derivación asistida, en donde se realiza un intercambio formal entre el equipo derivador y el equipo que recibe a la persona para asegurar una óptima atención y continuidad de cuidados, que es uno de los criterios de calidad del sistema de R-CR según el modelo de gestión temática de salud mental. (65)

## 8.2.4 Estrategias de coordinación

### 8.2.4.1 Consultoría

En la fase QUAL se evidencia que ambos servicios han implementado esta instancia de retroalimentación entre dispositivos con diferencias en cuanto a su frecuencia y objetivos. Los profesionales de APS de ambos servicios coinciden en que son instancias útiles para la capacitación y resolución de casos. En el SSMO éstas se realizan a necesidad y están orientadas a recibir orientación sobre el manejo de personas con demencia que preferentemente pueden mantenerse en la red de APS y han sido reemplazadas por atenciones por telemedicina que cumplen un rol similar. En el SSMSO son periódicas y alternan quincenalmente su carácter con una semana de consultoría de presentación de casos y otra semana de consultoría educativa. La consultoría de presentación de casos se orienta mayoritariamente a discutir casos que presentan un perfil candidato a derivar a la Unidad de Memoria, por lo que el rol está orientado preferentemente a guiar la pertinencia de la referencia, no obstante, se pueden presentar a PcD que quedarán en control en APS para recibir apoyo con el manejo del caso.

En el modelo de gestión de la red temática de salud mental y en las orientaciones técnicas respectivas se define a las consultorías como la actividad conjunta y colaborativa entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud de APS, que busca potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario por medio de supervisión y capacitación, mejorar la referencia y contrarreferencia y garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria. Esta actividad se debería realizar preferentemente de manera presencial, estar incluidas en la programación con horas asignadas y protegidas, contar con un coordinador/a de consultorías por territorio, cumpliendo con los criterios de calidad y normas establecidos para la efectiva coordinación de las intervenciones del PCI, sin embargo, como nudo crítico de la continuidad de la atención en la red temática se identifica que ha existido una instalación heterogénea y deficiente de las consultorías como mecanismos de integración de la red.

El estudio Equity-LA implementó como estrategia de coordinación la discusión de casos virtuales con resultados favorables en la gestión de casos clínicos complejos, las listas de espera, los criterios de derivación y la capacidad resolutoria de APS, en ese sentido la evidencia concuerda con la presente investigación en que la consultoría es una estrategia validada para favorecer la coordinación de las RISS, no obstante, se implementa con diferencias en cada SS. (65,110,111)

#### 8.2.4.2 Capacitaciones

En los resultados QUAL, las capacitaciones se identifican como una estrategia de coordinación en ambos SS en tanto cohesionan los criterios de derivación, las prácticas que se tomarán en las RISS y sensibilizan a todo el equipo de salud. Las UM juegan un rol promotor de la capacitación. Se pueden evidenciar diferencias en cuanto a la regularidad con la que se mantienen capacitaciones en cada SS. En el SSMO en la fase inicial de la implementación del piloto del PND se realizaron muchas capacitaciones de forma presencial con la UM como articuladora. En la actualidad estas instancias deben ser autogestionadas por los profesionales y se planifica que el SS brinde una instancia usando tecnología vía online. En el SSMSO se implementaron consultorías educativas quincenales por parte de la UM que permitieron revisar los principales temas asociados al diagnóstico y manejo de las PcD lo que mejoró la participación en la presentación de casos, para resolver el problema de la asistencia acotada de representantes por CESFAM se realizaron capacitaciones internas.

Øvretveit describe a la educación dentro de las estrategias de coordinación de influencia indirecta y reportes de la OMS han concluido que construir capacidades en los equipos fortalece el conocimiento, las habilidades y confianza en el staff involucrado en otorgar continuidad y coordinación en los cuidados, preparándolos para sus roles y responsabilidades específicas como profesionales, equipos, niveles y sectores. (9,10) Esto se confirma en los resultados de la presente investigación, así como también el rol docente de las UM definido en el PND (3,52), el cual trasciende al SSMSO a pesar de no haber sido piloto de ese programa.

#### 8.2.4.3 Gestores de caso

En los resultados QUAL se identifican diferentes modalidades de gestores de caso o roles similares en los distintos dispositivos de cada SS, en el SSMO en la comuna de Peñalolén se ha designado un equipo local de memoria junto con los médicos gestores que están en todas las comunas y que tienen a cargo la coordinación en otras patologías. En cambio, en el SSMSO en la APS se opera de forma sectorizada por un equipo territorial, por lo que quienes debieran asumir un rol similar al de gestor de caso son los jefes de sector y se

proyecta la incorporación de profesionales de enfermería al equipo de salud mental en un rediseño que incorpore la gestión del cuidado en esta población.

El rol de enfermera gestora es común a nivel secundario hospitalario de ambos SS y está a cargo de la comunicación y coordinación de acciones para cumplir las garantías de oportunidad del GES. En cambio, en el caso particular del CAPCD del SSMO se optó por que cada profesional del equipo asumiera el rol de gestor clínico a cargo de un número determinado de casos, descentralizando la función.

Según la literatura internacional y nacional el modelo de gestión de casos se define como un enfoque dirigido al cuidado y soporte planificado, revisado y coordinado por un profesional gestor de caso con capacidades elevadas de cuidados, adecuadamente sintonizados con el contexto local de la atención de salud y reconocido por sus pares, éste realiza el seguimiento y acompañamiento del cuidado hacia el logro de los objetivos acordados en el PCI propiciando la activación coordinada de la red de salud y la oferta intersectorial para integrar servicios de múltiples proveedores y sectores que cubran las necesidades de las diferentes áreas de personas con condiciones crónicas y complejas resguardando la calidad de la atención. (10,112,113) Se ha evidenciado que esta estrategia mejora la coordinación de los cuidados en personas con condiciones crónicas y complejas, disminuye los costos médicos, las visitas al servicio de urgencia y hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a cuidados ambulatorios. (10)

El PND contemplaba en sus objetivos y acciones fortalecer la figura del facilitador intersectorial y crear la figura del monitor comunitario para desarrollar el rol de gestor de cuidado (3), éste se ha mantenido en la red del SSMO con diferentes variaciones según el nivel de atención, pero en todos se identifica un profesional a cargo del acompañamiento y seguimiento. En las recomendaciones clínicas para el manejo de Alzheimer del GES se sugiere realizar gestión de caso(32), sin embargo, esto no se establece dentro de las garantías por lo que no es una directriz vinculante para los equipos de APS por lo que las tareas de gestión de caso se suman a las funciones que ya deben hacer los jefes de sector o médicos gestores, sobre estos últimos la investigación nacional de Troncoso indica que presentan una sobrecarga de funciones y falta de tiempo. (113)

Los resultados de la investigación y la evidencia científica respecto a esta estrategia para la coordinación de cuidados concuerdan en su rol e importancia para resolver la fragmentación del sistema de salud; futuras investigaciones deben ser realizadas para profundizar en el nivel de capacitación y condiciones en las que este rol se lleva a cabo.

#### 8.2.4.4 Planes unificados

En los resultados se visibilizan brechas de implementación para los dos SS, generándose en el mejor de los casos un Plan de Cuidados Integrales en los dispositivos de atención secundaria, desde donde se coordinan indicaciones al nivel primario que contemplan diferentes aristas biopsicosociales de la PcD, lo cual no constituye un plan de cuidados unificado. Guías internacionales y chilenas recomiendan la planificación colaborativa de los cuidados, involucrando a pacientes, familiares y cuidadores en planes anticipatorios holísticos que contemplen metas a corto, mediano y largo plazo recogiendo los valores y deseos de los pacientes antes de su deterioro o crisis para el cuidador, puesto que la evidencia indica que mejoran la calidad de los cuidados crónicos, disminuye los ingresos hospitalarios, los días de hospitalización y costos asociados. (10) Este elemento implica un nivel de complejidad mayor en la definición de objetivos comunes, roles y procesos con participación de los diferentes equipos, por lo que es a la vez una estrategia y un resultado de la mejor coordinación de las RISS.

#### 8.2.4.5 Reuniones de coordinación

En los resultados QUAL se reconocen como parte de las estrategias de coordinación de las RISS y se valoran como instancias para conocer a los equipos, cohesionar criterios y compartir buenas prácticas, en el SSMO se evidencia que quedaron interrumpidas por la pandemia y tanto estas instancias como otras han sido reemplazadas por correos. En el modelo de gestión de la red temática se plantean como acciones necesarias para la coordinación por lo que deben programarse en las actividades de los equipos; en diferentes estudios se establece que la presión por las tareas asistenciales u otras tareas administrativas disminuye los tiempos destinados a la coordinación, lo cual se vio aumentado durante la pandemia con la sobre exigencia a la red lo que explica la interrupción de estas instancias en el SSMO. (65,113,114)

### 8.2.5 Inter sector y otras patologías

#### 8.2.5.1 Inter sector y trabajo comunitario

Los resultados obtenidos sobre las acciones de coordinación intersectorial, tema emergente en esta investigación, mostraron la importancia de las gestiones coordinadas con los servicios municipales para postular a subsidios y recibir apoyo jurídico para la protección de derechos, estas son principalmente realizadas por las trabajadoras sociales a nivel de APS y del CAPCD, lo cual es coherente con el lineamiento de intersectorialidad del MAIS implementado en APS. (63)

Además, en los resultados de esta investigación se visibiliza la importancia del trabajo comunitario para la sensibilización, capacitación de cuidadores de apoyo y activación de otras redes de la comunidad e institucionales, para la inclusión de las PcD y sus familias que aún está al debe por la inexistencia de una cultura de cuidados a las personas mayores a nivel país y que es dejada de lado frente al trabajo clínico. En ese sentido el PND se caracterizaba por plasmar un enfoque sociosanitario en la política el que involucra aspectos éticos y jurídicos de la demencia y objetivos enfocados a intervenir en el entorno próximo para promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias, en cambio el GES N°85 se centra en prestaciones garantizadas en el sistema de salud por lo que la discontinuación del PND explica la falta de orientaciones respecto al trabajo comunitario e intersectorial para los equipos. (3,7)

#### 8.2.5.2 Otras patologías

En relación con las estrategias implementadas en la coordinación de las RISS en otras patologías neurológicas y de salud mental, en los resultados se identifican algunas experiencias similares o con mejores resultados como la epilepsia, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad cerebro vascular. Si bien es necesario ampliar la cantidad de actores entrevistados para profundizar en este hallazgo, la valoración de las personas entrevistadas en esta investigación puede estar mediada por el mayor tiempo de implementación de las garantías GES de estas patologías y a que dentro de sus orientaciones cuentan con prestaciones que incluyen neurorrehabilitación en los CCR. (7)

También se recoge la experiencia de coordinación del SSMSO en las consultorías para discusión de casos con otras especialidades como psiquiatría y subespecialidades de la medicina interna y el trabajo de coordinación con agrupaciones de usuarios de otros programas de salud mental. Estas experiencias de coordinación en salud mental, neurología y enfermedades crónicas son parte de las condiciones complejas que tienen un mayor beneficio al ser abordadas desde la estrategia de cuidados centrados en la persona como se ha planteado en los manuales internacionales y nacionales, por lo que se evidencia que las RISS están implementando instancias de coordinación para favorecer la continuidad en los cuidados de esta población. (10)

### 8.3 Propuesta de lineamientos para mejorar la coordinación e integración

#### 8.3.1 Valoración de la integración y coordinación

A partir de los resultados de la fase QUAL se observa que no hay diferencia para los entrevistados de las RISS entre los conceptos de coordinación e integración, siendo evaluados homológamente a pesar de sus diferencias teóricas. Al respecto se ha indicado en la literatura que continuidad y coordinación de cuidados son conceptos amplios,

interrelacionados y que a menudo se superponen (10), por lo que en este resultado se interpreta que puede ocurrir el mismo fenómeno.

En los resultados se rescata que la percepción generalizada en ambos SS a todo nivel es que aún no se da un grado de coordinación e integración óptimo en las RISS, existiendo brechas para mejorar entre las que se encuentran: la fragmentación entre la pesquisa y el diagnóstico, los canales de comunicación e información fragmentados, limitaciones en cuanto al tiempo y al feedback de las referencias-contrarreferencias, la existencia de algunos componentes de las RISS y de servicios sociales con los cuales aún no es posible coordinarse de forma apropiada, y la falta de un PCI construido entre todos los dispositivos involucrados. El modelo de “arcoíris” de los cuidados integrados desarrollado por Valentijn (59) usado para identificar el nivel al que se encuentran estas brechas se muestra en la tabla 74.

A nivel nacional se han identificado como nudos críticos en la continuidad de la atención de la red de salud mental: la falta de resolutivez de la APS, sistemas de información no integrados y registros deficientes, la fragmentación de la red debido a “protocolos de referencia y contrarreferencia” insuficientes, la ausencia de reuniones de integración entre los distintos niveles de atención para abordar casos específicos, entre otros. (65) Por lo que esta investigación va en la línea del diagnóstico expuesto por el MINSAL hace 5 años.

Tabla 40. Brechas en la integración y coordinación de la RISS identificadas

Nivel	Punto	Brecha identificada
<b>Micro</b>	Integración clínica	Fragmentación entre la pesquisa y el diagnóstico en la APS del SSMSO
<b>Meso</b>	Integración profesional	Limitaciones en cuanto al tiempo y feedback de las referencias-contrarreferencias en el SSMO
	Integración funcional	Canales de comunicación e información fragmentados en el SSMO
	Integración organizacional	Existencia de algunos componentes de las RISS y de servicios sociales con los cuales aún no es posible coordinarse de forma apropiada en ambos SS
<b>Macro</b>	Integración del sistema	Falta de un PCI construido entre todos los dispositivos involucrados en ambos SS

Fuente: elaboración propia basado en modelo de Valensjin, 2013.

## 8.3.2 Facilitadores:

### 8.3.2.1 Interés por aprender y sensibilización

En los resultados se destaca el interés por aprender y la sensibilidad a la realidad de los usuarios como facilitadores para la coordinación, en donde las UM juegan un rol como polos de desarrollo de capacitaciones y consultorías favoreciendo el aumento de los conocimientos de los profesionales de las RISS. Investigaciones internacionales y nacionales que han explorado los factores que influyen en la coordinación e integración de

las RISS reconocen la educación del personal como un factor clave que genera confianza, facilita el acuerdo mutuo y mejora la capacidad de seguimiento por parte de los equipos de APS, el cual aumenta en la medida que participan en instancias de coordinación. (115–117)

#### 8.3.2.2 Cercanía y vínculos entre profesionales

Dentro de los resultados se evidencia como facilitador la posibilidad de conocerse presencialmente, el trabajo continuo y la experiencia acumulada, la cercanía geográfica, la creación de vínculos humanos entre los profesionales de la red, la voluntad de negociar y llegar a acuerdos, las reuniones con todas las UM. Esto coincide con lo destacado por otros estudios a nivel latinoamericano en dónde se releva la importancia de crear espacios de encuentro entre los profesionales que promuevan una mejora en la comunicación, la confianza y el conocimiento entre ellos, el reconocer su rol en la coordinación del cuidado de los pacientes a través de los diferentes niveles y promover valores y actitudes positivas para el trabajo colaborativo en las RISS.(115,117,118)

#### 8.3.2.3 Políticas de cuidados locales

En los resultados de esta investigación se valora este elemento como un facilitador tanto a nivel macro en las políticas de cuidado implementadas por la municipalidad, como a nivel del modelo de gestión de cuidados y del rol de gestor de caso para canalizar la comunicación fluida en la RISS. Este aspecto se estableció como una virtud en parte del proyecto Equity LA II al evidenciar en el marco de intervenciones para mejorar la coordinación de las RISS objetivos alineados con políticas locales y/o nacionales. (117)

#### 8.3.2.4 Identidad de RISS

En los resultados también se identifica la conciencia de que los usuarios no son de propiedad de un dispositivo u otro sino responsabilidad de toda la red como un facilitador para la coordinación. Este facilitador va en la dirección de la intervención realizada por el estudio de Equity-LA en el servicio de salud metropolitano norte para mejorar la coordinación y continuidad clínica, en la cual se desarrolló un programa de inducción para fortalecer la identidad de los médicos con el SS y la capacidad de trabajo en red. (111)

### 8.3.3 Obstaculizadores:

#### 8.3.3.1 Falta de capacitación médica

Los resultados de la investigación ponen el acento en problemas respecto a las capacidades médicas que generan obstáculos en diferentes momentos, ya sea para diagnosticar, derivar y manejar a las PcD tanto a nivel biomédico como en los aspectos socio jurídicos y económicos, lo cual produce nihilismo diagnóstico y terapéutico y además

dificulta la coordinación en las atenciones. Esto se atribuye a un problema en la formación de pregrado de la profesión. Como se ha planteado en la literatura la capacitación es un factor fundamental para brindar la atención de calidad a la PcD. (8,115,116)

#### 8.3.3.2 Duplicación de funciones

La existencia en ambos SS de otras unidades o profesionales fuera de los equipos que realizan el diagnóstico y manejo de las demencias conlleva a que pacientes se mantengan por fuera de los flujogramas definidos y de la PBC de los dispositivos, superpone los tratamientos y dificulta la coordinación de los procesos. Se considera una expresión de la fragmentación y a la vez un obstaculizador que puede provocar efectos adversos, estudios y hospitalizaciones evitables y aumento del gasto de recursos por lo que es relevante evitar la redundancia en las redes de atención a PcD. (9,10)

#### 8.3.3.3 Rotación de equipos

La rotación del personal de los dispositivos en los diferentes niveles y áreas de atención provoca desconocimiento sobre ellos, genera el desafío de la capacitación constante al personal, dificulta establecer los modelos y protocolos de atención. Un estudio en el contexto del proyecto Equity LA evaluó la continuidad relacional de los médicos de APS y especialidad en 6 países de América Latina y encontró en Chile y Colombia los peores niveles, lo que se atribuye a condiciones laborales inestables que provocan alta rotación de los profesionales, donde Chile destacaba con un 60% de los médicos con contratos temporales en comparación a un 20% en los otros países. (119)

#### 8.3.3.4 Ausencia de norma técnica.

La falta de orientaciones técnicas ministeriales oficiales ha generado incertidumbre en los equipos para definir las obligaciones de los dispositivos y permitir la comunicación sin tensiones con los otros centros. En el contexto del estudio Equity II LA se describen las guías de prácticas clínicas (GPC) como un mecanismo de coordinación en diferentes países latinoamericanos, específicamente en atención primaria de Chile se identificó una de sus principales finalidades de uso el definir criterios de derivación (50,8%) por lo que su ausencia es una dificultad en la relación de las RISS. En estudios específicos del proyecto Equity II LA se evidenció en redes de salud de Argentina y México la falta de GPC o el que estas no se puedan aplicar ya que contemplan recursos no disponibles como una dificultad para la coordinación. (114,120,121). Teniendo estos antecedentes en cuenta la investigación ratifica la importancia de contar con GPC aplicables a los diferentes contextos y que superen los esquemas de intervención parcelados para facilitar la coordinación e integración clínica.

#### 8.3.3.5 Falta de tiempos para gestión de la coordinación.



En los resultados se identifica la falta de tiempos administrativos para realizar las acciones de coordinación que repercuten en que estas labores queden desplazadas entre otras tareas de los profesionales. Sobre este elemento en el contexto del estudio Equity II LA en todos los países, los médicos consideraron el tiempo para la coordinación clínica insuficiente, aunque con diferencias (del 54,1% en Uruguay al 85,6% en Chile).(121) En particular en Argentina se planteó una dificultad la falta de tiempo debido a la sobredemanda de los médicos de APS.(114) A nivel nacional un estudio respecto a los médicos gestores de APS determinó que en la práctica éstos realizan más funciones que las definidas para el cargo por el MINSAL como retroalimentar al equipo médico, liderar reuniones clínicas y generar protocolos de referencia, generando una sensación de falta de tiempo para realizar su labor como su principal barrera en el trabajo. (113)

#### 8.3.3.6 Problemas administrativos

En los resultados de la fase QUAL se identifica que situaciones relativas a la dependencia administrativa de los dispositivos, de los equipos profesionales o de los recursos en general pueden ser obstaculizadores para la coordinación, se ejemplifica esto en: los cambios administrativos del CAPCD en el SSMO o del HPH en el SSMSO que dificultan su integración a la red; la dependencia directa de la UM al SSMSO y no al HPH propiamente tal; la incertidumbre en la asignación del referente de demencias en el SSMSO; la reestructuración de los departamentos sociales municipales en ambos casos; los problemas administrativos para contar con la canasta de fármacos en ambos casos, entre otros.

En el modelo de gestión para la red de salud mental se identificaron como nodos críticos para la integración de la red el sistema de gobernanza uni o pluri institucional, que permite la gestión de todos los componentes de la red en las dimensiones de diseño institucional, sistema de gestión y el sistema de financiamiento. Además, se vislumbraron mecanismos administrativos poco eficientes para el tránsito de las personas usuarias en la red, con arsenales farmacológicos estancos que no permiten el traslado de fármacos desde el nivel de especialidad a la Atención Primaria de Salud y por tanto la contrarreferencia de las personas hacia la Atención Primaria pese a los beneficios que esto tiene sobre el acceso, la oportunidad y satisfacción usuaria. (65) Considerando lo anterior, la definición de RISS y los resultados de la investigación se presenta lo administrativo como un ámbito de estudio e intervención para avanzar en la integración y coordinación de la atención a PcD.

#### 8.3.3.7 Falta de integración de la información

Un obstaculizador identificado particularmente en la red del SSMO es la falta de integración de la información clínica de las PcD bajo control en los dispositivos de la red, ya que su plataforma no permite visualizar las atenciones recibidas en otros puntos y los profesionales consideran que se pierde mucho tiempo en poder acceder a esa información.

En la literatura se describe como un elemento clave de la coordinación las tecnologías de la información y comunicación para dar soporte a la administración del cuidado de las personas, facilitando el compartir e intercambiar datos con RCE interoperables para satisfacer las necesidades de información de todos los profesionales en varios contextos de cuidado. (10) La guía NICE para el manejo de las PcD recomienda a los proveedores mantener RCE actualizados con el diagnóstico, comorbilidades, síntomas, funcionalidad, situación social y de redes de apoyo, preferencias y deseos incluido un plan de cuidados de fin de vida. (28) En el modelo de gestión en salud mental se destaca que el sistema de información debe permitir recoger, analizar y utilizar la información de la población usuaria, favorecer la comunicación entre los distintos nodos para la entrega e integración de la información clínica para articular un proceso de atención y cuidado integrado con la elaboración, seguimiento y evaluación de un plan de cuidados integrales. (65)

Si bien el PND consideraba la creación de un sistema de información esto no se implementó en el piloto del SSMO por lo que considerando los resultados de la presente investigación y la evidencia disponible se identifica este aspecto como un ámbito pendiente para avanzar en la integración y coordinación de la atención a PcD.

#### 8.3.3.8 Pandemia

La pandemia Covid-19 se identifica como un obstaculizador en la continuidad de los programas de atención a PcD obligando a adaptar las actividades al contexto telemático y a perder instancias de coordinación que estaban instaladas previamente. En el caso del SSMO se descontinuaron las reuniones, consultorías y capacitaciones, además se realizaron actividades de forma virtual que no siempre funcionaron por barreras tecnológicas. En el SSMSO se identificaron problemas con la continuidad del trabajo con cuidadores, desinformación y cambio en las prioridades debiendo adaptar las acciones al monitoreo de los usuarios, también se dieron cambios en la modalidad del trabajo de los funcionarios. Como se mencionó en apartados anteriores de la discusión la pandemia generó una sobrecarga para los sistemas de salud que obligaron a redistribuir sus recursos para atender a la emergencia impactando en diversas patologías GES y de salud mental. (83,84,86) En la literatura también se describen iniciativas de telemedicina en dispositivos de otros SS para PcD identificando las mismas barreras de acceso a las tecnologías que en este estudio. (122)

#### 8.3.3.9 Otros.

En cuanto a otros obstaculizadores mencionados y que se considera necesario tener en cuenta se pueden agrupar en:

- Factores del paciente (hipoacusia que dificulta el contacto telefónico).

- Factores del contexto (nivel socioeconómico de las comunas a las que el hospital debe otorgar prestaciones por la falta de recursos, adherencia y educación de la población, el transporte al centro secundario).
- Relaciones humanas (tensiones y egos profesionales y el desconocimiento de la red, los equipos y los roles de cada dispositivo).
- Implementación de la política (el corto tiempo de implementación del GES).
- Falta de prioridad de la temática (subvaloración de las reuniones, falta de priorización de las atenciones de salud mental en la programación de la atención de los CESFAM, el escaso tiempo de rendimiento de las consultas para las personas con demencia).
- Falta de oferta de horas de especialidad (los tiempos de espera, gran cantidad de población asignada al centro de referencia hospitalario, exceso de roles que se le asigna a la APS, falta de prioridad a las PcD en la derivación a otras especialidades).

Estos aspectos descritos como dificultades para una atención de calidad a las PcD (2,8,27) es necesario considerarlos en la complejidad de factores que intervienen en la coordinación e integración de los cuidados.

#### 8.3.4 Comparación de contextos, estrategias y lineamientos para cada SS

Se identificaron diferencias en los contextos y estrategias aplicadas por cada SS, considerando sus brechas y obstaculizadores específicos y las recomendaciones disponibles en la evidencia científica, como resultado de esta investigación se proponen lineamientos que contribuyan a mejorar la coordinación e integración de la atención a PcD.

En el SSMO se propone avanzar en la integración de la información clínica de los diferentes dispositivos de las RISS; retomar capacitaciones, consultorías y reuniones como estrategias de coordinación implementadas con éxito previo a la pandemia, así como avanzar en la elaboración de planes integrales unificados con la participación de todos los dispositivos involucrados.

En el SSMSO se recomienda avanzar en la coordinación interna de los dispositivos para superar la fragmentación entre la pesquisa y el diagnóstico; avanzar en la capacitación de los equipos de APS con énfasis en el diagnóstico, los protocolos de registro y la gestión de casos; aprovechar las capacidades instaladas en la red comunal de La Pintana para aumentar la oferta de prestaciones y robustecer el mapa de derivaciones; avanzar en la definición de criterios para la coordinación con los servicios de hospitalizados y urgencias

y también en la elaboración de planes integrales unificados con la participación de todos los dispositivos involucrados.

Respecto de intervenciones en otras RISS latinoamericanas y a nivel nacional el proyecto Equity LA II concluyó que la metodología de Investigación Acción Participativa es efectiva para promover cambios que mejoren la coordinación y continuidad de la atención, como factores que posibilitaron esta conclusión se destaca el apoyo institucional, el interés de los profesionales de la salud y equipos gestores, la implementación a través de una plataforma de pares que motive y cohesione la determinación de adoptar intervenciones para la coordinación de cuidados, por lo que estos factores se deben analizar e incluir si los SS consideran implementar los lineamientos. (123)

## 9. Limitaciones

Respecto a limitaciones del estudio se puede mencionar el hecho de que esta investigación consideró solo a dos servicios de salud de la ciudad de Santiago, los cuales pueden representar una realidad específica de cada servicio y comuna, sin embargo, pueden ser diferentes al ser compararlos con otros servicios de salud de la región metropolitana, de otras regiones y de contextos de mayor ruralidad.

Además, debido a aspectos prácticos el alcance de la tesis se acotó a la coordinación e integración de los centros pertenecientes a las redes de salud, dejando fuera deliberadamente a otros dispositivos sociales y comunitarios que intervienen en la atención y cuidados de las PcD.

En futuras investigaciones se puede ampliar el conocimiento respecto a la realidad de otros servicios de salud del país y al trabajo de éstos con el intersector en pro de la continuidad y mejora de cuidados de las PcD.

Un problema surgido en la etapa QUAN fue constatar las falencias en los registros estadísticos mensuales por parte de los equipos de APS del SSMSO y una heterogeneidad en los registros estadísticos de los niveles secundarios hospitalarios de ambos SS, que pudo repercutir en la subestimación de la población con demencia que se atiende en los centros, la confiabilidad de su caracterización demográfica y comprometer en parte, aquellas preguntas e hipótesis que se buscaron responder en la fase QUAL del estudio.

Se intentó abordar esta limitación complementando los hallazgos sobre la caracterización de la población bajo control y el sistema de registro en la fase QUAL, sin embargo, se considera que para futuras investigaciones se puede complementar con datos de la plataforma SIGGES o levantar datos propios en base a censos o encuestas.

En cuanto a la fase QUAL, si bien se obtuvo una muestra de profesionales y personas claves de los diferentes niveles de las RISS de ambos casos de estudio, con la intención de recoger aquellos aspectos relevantes de cada experiencia de coordinación de la atención, se identifican posibles sesgos de la muestra. Por razones de factibilidad no se entrevistaron a profesionales de todos los centros de APS de ambos casos de estudio y atendiendo a la alta rotación en el estamento médico de APS, en tres de los cinco entrevistados de este estamento la antigüedad en su rol de coordinación era de 1 año.

Este sesgo se intentó reducir ampliando la variabilidad de profesiones, sexo y antigüedad de las personas entrevistadas. Futuras investigaciones pueden considerar ampliar la muestra a más de un profesional de cada centro o realizar focus groups para compartir las diversas experiencias y evolución de la coordinación de la atención.

Otra de las limitaciones de la fase QUAL identificadas, es el posible sesgo de conformidad o deseabilidad social por parte de las personas entrevistadas, lo anterior se podría haber presentado ya que, al abordar el funcionamiento de los programas y las estrategias de coordinación, ellas inconscientemente pueden haber sentido que eran evaluadas y respondido de forma moral o socialmente aceptable a fin de evitar críticas a su labor. Además, varias de las entrevistas fueron realizadas en los mismos centros, a solicitud de los participantes, por lo que el contexto también pudo haber interferido en las respuestas.

Este sesgo se intentó disminuir al momento de aclarar los fines y objetivos de la investigación, la voluntariedad, confidencialidad de sus respuestas, protección de su identidad y el uso restringido de los registros, tanto al momento del consentimiento informado como durante la realización de las entrevistas, dejando claramente establecido que la investigación no constituye una evaluación de su desempeño, sino que es sólo una instancia con fines académicos, para profundizar en el conocimiento acerca de la coordinación e integración en sus respectivos servicios.

## 10. Conclusiones

Los resultados de estudio respaldan la idea de que las estrategias de coordinación e integración de los servicios de atención de salud organizados en RISS resultan claves para el éxito de la implementación de políticas a favor de las PcD.

Aun cuando se observó una coordinación e integración subóptima de ambas RISS, al comparar las dos experiencias, el contexto de equipos, recursos, organización y funcionamiento de programas que aportó el PND parece generar mejores condiciones para la atención y el despliegue de estrategias de coordinación e integración.

En cada experiencia destacan diferentes aspectos positivos, en el PND implementado en el SSMO se releva la gestión de casos y la coordinación interna de los centros como un plus en la atención de PcD. Por su parte, en la implementación del GES en el SSMSO, se destacan la integración de la información entre los diferentes niveles de la red y las consultorías como aspectos centrales que soportan la coordinación. Sin embargo, en ambos casos de estudio aún restan acciones por concretar para alcanzar un óptimo, por tanto, el realizar planes de cuidados unificados y que garanticen continuidad se convierte en un desafío pendiente.

Dentro de los facilitadores de la integración y coordinación para la atención de PcD se deben considerar el interés por aprender y la sensibilización del equipo, la cercanía y los vínculos profesionales, la identidad como RISS, y las políticas de cuidado. Como obstaculizadores se deben considerar la falta de capacitación médica, la rotación de profesionales, la duplicación de roles, la falta de orientación técnica, la fragmentación de la información, los problemas administrativos de los servicios, la falta de tiempo para la coordinación, la pandemia, entre otros.

Los resultados de esta investigación aportan en describir y comparar el funcionamiento y cobertura de las RISS y las estrategias de coordinación que han implementado los diferentes casos de estudio en Chile para proponer lineamientos que permitan avanzar hacia una mayor integración de la atención. A raíz de las brechas y obstaculizadores identificados se proponen lineamientos para que cada RISS mejore en la integración y coordinación de la atención y cuidados de las PcD.

En el contexto del SSMO se propone avanzar en la integración de la información clínica de los diferentes dispositivos de las RISS; retomar capacitaciones, consultorías y reuniones como estrategias de coordinación implementadas con éxito previo a la pandemia y avanzar en la elaboración de planes integrales unificados con la participación de todos los dispositivos involucrados.

En tanto, en el contexto del SSMSO se recomienda avanzar en la coordinación interna de los dispositivos para superar la fragmentación entre la pesquisa y el diagnóstico; avanzar en la capacitación de los equipos de APS con énfasis en el diagnóstico, los protocolos de registro y la gestión de casos; aprovechar las capacidades instaladas en la red comunal de La Pintana para aumentar la oferta de prestaciones y robustecer el mapa de derivaciones; avanzar en la definición de criterios para la coordinación con los servicios de hospitalizados y urgencias y avanzar en la elaboración de planes integrales unificados con la participación de todos los dispositivos involucrados.

El marco del PND puede contribuir al análisis de la implementación de esas recomendaciones. Retomar la ruta que el PND había iniciado parece necesario para garantizar recursos, fortalecer las estrategias de coordinación e integración, comprendiendo al GES como una oportunidad para avanzar en garantizar la continuidad de la atención y cuidados, en vez de desplazar al PND como dos políticas inconexas.

Se requieren nuevas investigaciones que permitan conocer mejor las barreras de acceso al diagnóstico y las diferencias de género identificadas en la PBC de los programas, así como también evaluar mejor el impacto del GES en la atención de las PcD y sus falencias. Por último, también se requiere investigar desde el punto de vista de las PcD y sus cuidadores las estrategias y la percepción de continuidad de los cuidados otorgados tanto por el sector salud como en conjunto con el Inter sector.

El diseño mixto secuencial adoptado en este estudio aparece apropiado frente a la debilidad en el sistema estadístico nacional en relación a dar cuenta de todos los aspectos en la coordinación e integración de la atención a las PcD, ya que las temáticas pueden profundizarse con métodos cualitativos y al triangular la información se comprende de forma más compleja este importante aspecto para mejorar la continuidad de la atención de esta población que hoy representa un desafío mayor para la salud pública.

## 11. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 26]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia: a public health priority [Internet]. 2012. 102 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75262>
3. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Plan Nacional De Demencia. Atención Primaria [Internet]. 2017;60. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
4. Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Brown J, Carter A, Casey DC, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2016 Oct 8 [cited 2023 Apr 27];388(10053):1603–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733283/>
5. Slachevsky A, Budinich M, Miranda-Castillo C, Núñez-Huasaf J, Silva JR, Muñoz-Neira C, et al. The CUIDEME Study: determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2013 [cited 2023 Apr 27];35(2):297–306. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23422358/>
6. Ministerio de Hacienda de Chile. Evaluación Programa Centros De Apoyo Comunitario Para Personas Con Demencia Evaluación Programa Centros De Apoyo Comunitario Para Personas Con Demencia. 2021; Available from: [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-243993\\_informe\\_final.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-243993_informe_final.pdf)
7. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Garantías Explícitas en Salud: régimen general de garantías en salud [Internet]. Santiago; 2019. Available from: [www.diarioficial.cl](http://www.diarioficial.cl)
8. Ibáñez Agustín, Slachevsky Andrea, Serrano Cecilia. Manual de Buenas Prácticas para el Diagnóstico de la Demencia. – LAC-CD [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 27]. Available from: <http://lac-cd.org/2020/06/17/manual-de-buenas-practicas-para-el-diagnostico-de-la-demencia/>
9. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money - A summary review of the evidence. Does Clin Coord Improv Qual save money [Internet]. 2011;2(June):1–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21325659>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. 2018.
11. Huang Juebin. Demencia - Trastornos neurológicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 27]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurológicos/delirio-y-demencia/demencia>
12. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050 : an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. 2022;105–25.
13. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–46.
14. Zitko P, Slachevsky A, Jimenez D. The prevalence, associated factors, and the burden on health state utilities for dementia in Chile. *Alzheimer's Dement*. 2020;16(S10):1–2.
15. Tyrovolas S, Stergachis A, Krish VS, Chang AY, Skirbekk V, Dieleman JL, et al. Global, regional, and national burden of diseases and injuries for adults 70 years and older: Systematic analysis for the Global Burden of Disease 2019 Study. *Bmj*. 2022;376.
16. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2023 Apr 27];380(9859):2095–128. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245604/>
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 [Internet]. [cited 2023 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
18. Bedregal P, Margozzini P, Gonzáles C. Informe final estudio de carga de



- enfermedad y carga atribuible [Internet]. Santiago; 2007 [cited 2023 Apr 27]. Available from: [moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fepi.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F04%2FInforme-final-carga\\_Enf\\_2007.pdf](moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fepi.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F04%2FInforme-final-carga_Enf_2007.pdf)
19. Patterson C. Informe mundial sobre el Alzheimer 2018. La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras. *Alzheimer's Dis Int* [Internet]. 2018;1–48. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2018-spanish.pdf>
  20. Mao S, Huang CP, Lan H, Lau HG, Chiang CP, Chen YW. Association of periodontitis and oral microbiomes with Alzheimer's disease: A narrative systematic review. *J Dent Sci* [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2023 Apr 27];17(4):1762–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36299333/>
  21. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1982 [cited 2023 Apr 27];139(9):1136–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7114305/>
  22. Rosenberg A, Ngandu T, Rusanen M, Antikainen R, Bäckman L, Havulinna S, et al. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial. *Alzheimer's Dement*. 2018;14(3):263–70.
  23. Kivipelto M, Mangialasche F, Snyder HM, Allegri R, Andrieu S, Arai H, et al. World-Wide FINGERS Network: A global approach to risk reduction and prevention of dementia. *Alzheimer's Dement*. 2020;16(7):1078–94.
  24. Ossenkoppele R, van der Kant R, Hansson O. Tau biomarkers in Alzheimer's disease: towards implementation in clinical practice and trials. *Lancet Neurol* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Apr 27];21(8):726–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35643092/>
  25. Fox C, Lafortune L, Boustani M, Brayne C. Debate & Analysis The pros and cons of early diagnosis in dementia. *Br J Gen Pract*. 2013;63(612):510–2.
  26. Dhedhi SA, Swinglehurst D, Russell J. “Timely” diagnosis of dementia: What does it mean? A narrative analysis of GPs' accounts. *BMJ Open*. 2014;4(3):1–9.
  27. Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G, et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community : a systematic literature review and a meta-analysis. 2017;1–8.
  28. NICE. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE Guidel [Internet]. 2018;(June 2018):2–43. Available from: [www.nice.org.uk/guidance/ng97](http://www.nice.org.uk/guidance/ng97)
  29. Rodríguez Espinosa N. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos del deterioro cognitivo y los síntomas neuropsiquiátricos [Internet]. [cited 2023 Apr 28]. Available from: [moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Faula.campuspanamericana.com%2F\\_Cursos%2FCurso01414%2FTemario%2FM2T6%2FM2T6Texto.pdf](moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Faula.campuspanamericana.com%2F_Cursos%2FCurso01414%2FTemario%2FM2T6%2FM2T6Texto.pdf)
  30. Söderberg L, Johannesson M, Nygren P, Laudon H, Eriksson F, Osswald G, et al. Lecanemab, Aducanumab, and Gantenerumab - Binding Profiles to Different Forms of Amyloid-Beta Might Explain Efficacy and Side Effects in Clinical Trials for Alzheimer's Disease. *Neurotherapeutics* [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 28];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36253511/>
  31. Rahman A, Hossen MA, Chowdhury MFI, Bari S, Tamanna N, Sultana SS, et al. Aducanumab for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 28]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36775284/>
  32. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Recomendaciones Grade - DIPRECE [Internet]. [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencias/recomendaciones-grade/>
  33. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). Plan nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas esfuerzos compartidos 2014-2024 [Internet]. 2009. p. 20. Available from: [file:///D:/SkyDrive/Administaci%26n M%26dica/msal.gov.ar/AnexoV\\_Plan-Prevencion-dengue-03-09\\_msal\\_gov\\_ar.pdf](file:///D:/SkyDrive/Administaci%26n M%26dica/msal.gov.ar/AnexoV_Plan-Prevencion-dengue-03-09_msal_gov_ar.pdf)
  34. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL

- PARA PERSONAS MAYORES Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030. 2021; Available from: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores\\_v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf)
35. Donoso A, Fuentes P, Slachevsky A. Guía de trastornos cognitivos y demencias adulto mayor - GUCAS CLINKAS TRASTORNOS COGNITIVOS Y - Studocu [Internet]. 2005 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-santiago-de-chile/medicina-interna-i/guia-de-trastornos-cognitivos-y-demencias-adulto-mayor/21187823>
  36. Ministerio de Desarrollo Social. WHO MiNDbank - Mesa Plan Nacional de Demencias: Propuesta De Accion, Las Personas Mayores Y Los Trastornos Demenciantes en Chile (National Dementia Plan: Proposed Actions for The Elderly And people with Dementia Disorders in Chile) [Internet]. 2006 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://extranet.who.int/mindbank/item/2216>
  37. OECD Health Policy Studies. Care Needed : Improving the Lives of People with Dementia | OECD Health Policy Studies | OECD iLibrary [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 30]. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/care-needed\\_9789264085107-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/care-needed_9789264085107-en)
  38. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Problemas de Salud - AUGE 85 - Ministerio de Salud [Internet]. 2019. [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/85>
  39. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). INFORME DE IMPLEMENTACIÓN ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) EN SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES [Internet]. 2014 [cited 2023 May 2]. Available from: <moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fbiblioteca.digital.gob.cl%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F3577%2FInforme%2520de%2520implementaci%25C3%25B3n%2520estrategia%2520RISS.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy>
  40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta en américa latina. 2010.
  41. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Servicios de Salud - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>
  42. Observatorio Chileno de Salud Pública. Estructura organizacional del SNSS - Observatorio Chileno de Salud Pública [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.ochisap.cl/estructura-organizacional-del-snss/>
  43. Slachevsky Chonchol A. ¿Cómo avanzar sin un plan?: Un Auge despoblado para la Enfermedad de Alzheimer [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.uchile.cl/noticias/159725/como-avanzar-sin-un-plan-un-auge-despoblado-para-el-alzheimer>
  44. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2022 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES [Internet]. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: [moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F09%2F2021.09.15\\_Orientaciones-para-la-planificaci%25C3%25B3n-y-programaci%25C3%25B3n-de-la-red-2022.pdf](moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F09%2F2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificaci%25C3%25B3n-y-programaci%25C3%25B3n-de-la-red-2022.pdf)
  45. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Criterios técnicos programación de Atención Abierta de Salud Mental [Internet]. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: <moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F09%2FANEXO-18-2022.pdf>
  46. Unidad de Memoria - Hospital Clínico Magallanes - Hospital Clínico Magallanes [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://hospitalclinicomagallanes.cl/unidad-de-memoria/>
  47. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Establecimientos de Salud - Salud Responde [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
  48. Toledo Sarmiento C. Trayectorias asistenciales de personas con demencia y sus cuidadoras en diferentes contextos de política pública. 2021;168.
  49. Oriente RS. Red Atención Primaria - SSMO [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available

- from: [https://www.saludorient.cl/websaludorient/?page\\_id=152](https://www.saludorient.cl/websaludorient/?page_id=152)
50. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Red Atención Especialidades - SSMO [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: [https://www.saludorient.cl/websaludorient/?page\\_id=150](https://www.saludorient.cl/websaludorient/?page_id=150)
  51. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de atención Kintún - Age-Friendly World [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/centro-de-atencion-kintun/>
  52. Slachevsky Chonchol A, Pinto Henríquez A, Ramos Franco T. Guía de funcionamiento Unidad de Memoria, Centro de memoria y neuropsiquiatría, Servicio de Neurología, Hospital del Salvador, SSMO [Internet]. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: [moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fgerochile.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2023%2F03%2FGuia-de-Funcionamiento\\_U-Memoria\\_Hospital-Salvador\\_VersionExterna\\_2023-03-09.pdf](moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fgerochile.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2023%2F03%2FGuia-de-Funcionamiento_U-Memoria_Hospital-Salvador_VersionExterna_2023-03-09.pdf)
  53. Comunas de la RED - Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://redsalud.ssmso.cl/comunas-de-la-red/>
  54. Atención Primaria de Salud - Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://redsalud.ssmso.cl/atencion-primaria-de-salud/>
  55. COSAM - Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://redsalud.ssmso.cl/cosam/>
  56. Terraza R. Coordinación y Continuidad: un marco para el análisis [tesina màster]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2004 | Catálogo de publicaciones | Consorci de Salut i Social de Catalunya [Internet]. [cited 2023 May 2]. Available from: [http://www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/34/terrazo-r-coordinacion-y-continuidad-un-marco-para-el-analisis-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2004](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/34/terrazo-r-coordinacion-y-continuidad-un-marco-para-el-analisis-tesina-master-barcelona-universitat-pompeu-fabra-2004)
  57. Terraza Núñez R, Vargas I, María L/, Navarrete LV. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit [Internet]. 2006 [cited 2023 May 2];20(6):485–95. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  58. Organización Mundial de la Salud (OMS). Integration of Health Care Deliver [Internet]. ginebra; 1996 [cited 2023 May 2]. Available from: [moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F38408%2FWHO\\_TRS\\_861.pdf](moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F38408%2FWHO_TRS_861.pdf)
  59. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Buijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care [Internet]. 2013 [cited 2023 May 2];13(JANUARY-MARCH 2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23687482/>
  60. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ [Internet]. 2003 Nov 22 [cited 2023 May 2];327(7425):1219–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14630762/>
  61. Equipo de investigación Proyecto Equity LA II RA, Amarilla DI, Puzzolo J, Colautti MA, Moreno MJ, Pellegrini NG, et al. Equity LA II. Impacto de las estrategias de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina. Resultados comparativos 2015/2017. 2019 Apr 15 [cited 2023 May 2]; Available from: <http://rephip.unr.edu.ar/xmlui/handle/2133/14475>
  62. Deeny S, Gardner T, Al-Zaidy S, Barker I, Steventon A. Briefing: Reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice. 2017;
  63. Divisi RA. Orientaciones para la implementacion del modelo de atencion integral de salud familiar y comunitaria.
  64. Ministerio de salud (MINSAL). Sistema de Referencia-Contrarreferencia.
  65. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Modelo de Gestión red temática de salud mental en la red general de salud [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 26]. p. 383. Available from: [moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F09%2F2018.05.02\\_Modelo-de-](moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F09%2F2018.05.02_Modelo-de-)

- Gesti%25C3%25B3n-de-la-Red-Tem%25C3%25A1tica-de-Salud-Mental\_digital.pdf
66. Lorenzini E. Revista CUIDARTE. Rev Cuid. 2017;8(2):1557–60.
  67. Muñoz Poblete C. MÉTODOS MIXTOS : UNA APROXIMACIÓN A SUS VENTAJAS Y LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y. Rev Chil Salud Pública. 2013;17(3):218–23.
  68. Bamberger PM. Introducción a los métodos mixtos de la evaluación de impacto. 2012;
  69. Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. Educational Evaluation and Policy Analysis. 1989;
  70. Hamui-sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. Investig en Educ Médica [Internet]. 2013;2(8):211–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72714-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72714-5)
  71. Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N. Studying the Organisation and Delivery of Health Services.
  72. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in Mixed Methods Designs — Principles and Practices. :2134–56.
  73. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. 2010;1–7.
  74. Departamento de Estadísticas e Informaciones en Salud Chile (DEIS). Series REM 2022 – Estadística [Internet]. [cited 2023 May 3]. Available from: <https://estadistica.ssmso.cl/series-rem-2022/>
  75. FONASA. Datos Abiertos Fonasa [Internet]. 2023. Available from: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>
  76. D’Agostino R, Pearson ES. Tests for departure from normality. Empirical results for the distributions of  $b_2$  and  $\sqrt{b_1}$ . Biometrika. 1973;60(3):613–22.
  77. Salvador JC. Análisis de datos textuales. Una primera aproximación. 2(2019).
  78. Rojas X, Osorio B. Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa. 2017;
  79. Luzuriaga MJ, Bahia L. Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Feb 26 [cited 2023 May 3];24(1):55–62. Available from: <http://www.scielo.br/j/cadsc/a/TwGjSsZCCK6zz8DcScCX5Dy/?lang=es>
  80. Pliscoff. (PDF) Metodo comparado un aporte a la investigación en gestión pública [Internet]. [cited 2023 May 3]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/322750334\\_Metodo\\_comparado\\_un\\_aporte\\_a\\_la\\_investigacion\\_en\\_gestion\\_publica](https://www.researchgate.net/publication/322750334_Metodo_comparado_un_aporte_a_la_investigacion_en_gestion_publica)
  81. Jimenez IJ. Elementos que identifican los Métodos Comparados. Collect Rev Ciencias Soc [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 May 3];8(2). Available from: <http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/Collectivus/article/view/3134/4244>
  82. Leon T, Castro L, Mascayano F, Lawlor B, Slachevsky A. 463 - Evaluating the Implementation of a Memory Clinic using the RE-AIM model. The experience of the “Memory and Neuropsychiatry Clinic” in Hospital del Salvador, Chile. Int Psychogeriatrics. 2020 Oct;32(S1):184–5.
  83. Toro-Devia O, Leyton G. COVID-19 pandemic and mental healthcare: Impact on health insurance with guaranteed universal access in Chile. Front public Heal [Internet]. 2023 Jan 4 [cited 2023 May 3];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36684988/>
  84. Brown EE, Kumar S, Rajji TK, Pollock BG, Mulsant BH. Anticipating and Mitigating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Alzheimer’s Disease and Related Dementias. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 May 3];28(7):712–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32331845/>
  85. Servicio Nacional de Adultos Mayores (SENAMA). Medidas para las personas mayores en contexto covid 19.
  86. Siches I, Vega J. el impacto de covid19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación [Internet]. 2020 [cited 2023 May 3]. Available from: <moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.colegiomedico.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F08%2Freactivacion-sanitaria.pdf>
  87. Hohman TJ, Dumitrescu L, Barnes LL, Thambisetty M, Beecham G, Kunkle B, et al. Sex-Specific Association of Apolipoprotein E With Cerebrospinal Fluid Levels of Tau. JAMA Neurol [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2023 May 3];75(8):989–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29801024/>

88. Koran MEI, Wagener M, Hohman TJ. Sex differences in the association between AD biomarkers and cognitive decline. *Brain Imaging Behav* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2023 May 3];11(1):205–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26843008/>
89. Gough B, Novikova I. Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? *Ment Heal men Cult how do Sociocult Constr masculinities relate to men's Ment Heal Help Behav WHO Eur Reg* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 3]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559706/>
90. Morais A. Chapter 20. 2021;
91. Rosa-Neto P. Chapter 14 Differential diagnosis. [cited 2023 May 3]; Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>
92. Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázaval M. Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*;42, sept 2018 Spec Issue Alma-Ata [Internet]. 2018 [cited 2023 May 3];42:1–8. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49470>
93. GATICA-SAAVEDRA M, VICENTE B, RUBÍ P, GATICA-SAAVEDRA M, VICENTE B, RUBÍ P. Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2023 May 3];148(4):500–5. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872020000400500&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000400500&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
94. Thumala D, Kennedy BK, Calvo E, Gonzalez-Billault C, Zitko P, Lillo P, et al. Aging and health policies in Chile: New Agendas for research. *Heal Syst Reform*. 2017;3(4):253–60.
95. Hojman DA, Duarte F, Ruiz-Tagle J, Budnich M, Delgado C, Slachevsky A. The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. 2017;
96. Parra MA, Baez S, Allegri R, Nitrini R, Lopera F, Slachevsky A, et al. Dementia in Latin America. 2018;0.
97. Romero González CP. Análisis de instrumentos de registro odontológicos en la red de atención primaria de salud de la Región Metropolitana. 2010 [cited 2023 May 3]; Available from: <https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/12812>
98. L'État, le marché et les statistiques Cinq façons d'agir sur l'économie.
99. Mascayano F, Gajardo J, Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2023 May 3];146(7):945–6. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018000700945&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000700945&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
100. Albagli Iruretagoyena A. Equidad en el acceso a tratamiento de depresión en Chile entre 2003, 2009 y 2016 en el contexto de su incorporación al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud. 2019 Jan 28 [cited 2023 May 3]; Available from: <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/28325>
101. Análisis costo efectividad del plan GES para la depresión [Internet]. [cited 2023 May 3]. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175028>
102. De Postgrado E, De E, Pública S, Laborde CC. Acceso a medicamentos en Chile: impacto de las GES y el FOFAR sobre el acceso a los medicamentos asociados a diabetes, dislipidemia e hipertensión. 2022 [cited 2023 May 3]; Available from: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/187143>
103. Cardemil M. F, Sade B. C, Fuentes L. E, Rojas C. G, Cardemil M. F, Sade B. C, et al. Aspectos psicosociales de los programas de salud de personas mayores con hipoacusia y su impacto en la adherencia al uso de audífonos: una revisión narrativa. *Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello* [Internet]. 2021 Jun [cited 2023 May 3];81(2):246–57. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162021000200246&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162021000200246&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
104. Valdés JT, Contreras C, Cárcamo M, Martín PS, Valdés N, Sbarra A, et al. Impacto de los programas de salud ERA y GES en la mortalidad por neumonía adquirida en la comunidad en personas de 65 años o más en Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2019 [cited 2023 May 3];43. Available from: [/pmc/articles/PMC6499089/](http://pmc/articles/PMC6499089/)
105. Jiménez D, Lavados M, Guillon M, Jiménez D, Lavados M, Guillon M. Sospecha de demencia en la atención primaria: la pieza clave del programa de Garantías

- Explícitas en Salud (GES) de Alzheimer y otras demencias. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 May 3];148(7):1045–6. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872020000701045&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000701045&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
106. World Alzheimer Report 2022. 2022;
  107. World Alzheimer Report 2022 – Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support.
  108. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *C Can Med Assoc J* [Internet]. 2007 Nov 11 [cited 2023 May 3];177(11):1362. Available from: /pmc/articles/PMC2072991/
  109. Silva NR, Troncoso CB, Rojas CA. Cuidado de transición: calidad y seguridad de la atención en personas con condiciones crónicas de salud. 2022;664–71.
  110. Ministerio de Salud Chile (MINSAL). Orientaciones Técnicas Consultorías en Salud Mental [Internet]. 2016 [cited 2023 May 3]. Available from: moz-extension://b2edf847-8284-4080-8338-feb2632eb356/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.minsal.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F09%2FOT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf
  111. Espinel-Flores V, Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Ferreira De Medeiros Mendes M, López-Vázquez J, et al. Assessing the impact of clinical coordination interventions on the continuity of care for patients with chronic conditions: participatory action research in five Latin American countries. *Health Policy Plan*. 2022;37(1):1–11.
  112. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2021;32(4):400–13.
  113. Troncoso J, González C, Mena F, Valencia A, Cuevas P, Pablo J. Atención Primaria « Falta tiempo » : experiencias de médicos gestores de la demanda en la atención primaria de salud chilena. *Atención Primaria* [Internet]. 2021;53(10):102159. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102159>
  114. Puzzolo J, Amarilla DI, Colautti M, Moreno MJ, De Paepe P, Vargas Lorenzo I, et al. Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la Red Municipal de Salud de la ciudad de Rosario, Argentina. *Rev Salud Pública*. 2019;23(1):26.
  115. León-Arce HG, Mogollón-Pérez A-S, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete M-L. Factores que influyen en el uso de mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales en Colombia. *Gac Sanit*. 2021;35(2):177–85.
  116. Borquez P. SERVICIO DE SALUD DE TALCAHUANO INTEGRATED HEALTH SERVICES NETWORKS : PROPOSAL OF INDICATORS TO INTEGRATE THE HEALTH CARE NETWORK OF TALCAHUANO HEALTH SERVICE El diseño de la investigación busca ser un aporte significativo en el debate de prestaciones gar. 2021;1:58–78.
  117. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Bertolotto F, Samico I, López J, et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America. *Health Policy Plan*. 2020;35(8):962–72.
  118. Oliveira CRF De, Samico IC, Mendes MFDM, Vargas I, Vázquez ML. Awareness and use of mechanism for clinical coordination between levels in two health care networks in Pernambuco State, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4).
  119. Espinel-Flores V, Tiburcio-Lara G, Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Ferreira-de-Medeiros-Mendes M, et al. Relational Continuity of Chronic Patients with Primary and Secondary Care Doctors: A Study of Public Healthcare Networks of Six Latin American Countries. *Int J Environ Res Public Heal* 2022, Vol 19, Page 13008 [Internet]. 2022 Oct 11 [cited 2023 May 3];19(20):13008. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13008/htm>
  120. Vargas I. Barreras y factores asociados al uso de mecanismos de coordinación entre niveles de atención en México Barriers and factors associated with the use of coordination mechanisms between levels of care in Mexico Entraves e fatores associados ao uso de mecanis. 2021;37(4).
  121. Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Ferreira de Medeiros Mendes M, López J, et al. Knowledge and use of clinical coordination

- mechanisms in healthcare networks in Latin America. *Gac Sanit* [Internet]. 2020;34(4):340–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.009>
122. Canales Belmar TOJ, Carolina TO, Elgueta M. Atención de Terapia Ocupacional en Demencias durante el contexto de Pandemia COVID-19. Sistematización de experiencia desde el Centro Kelluwun, Hualpén. *Contexto* [Internet]. 2021 Sep 30 [cited 2023 May 3];7(7):75–100. Available from: <https://www.revistacontextoucen.cl/index.php/contexto/article/view/20>
123. Vargas I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, Bertolotto F, López-Vázquez J, et al. Can care coordination across levels be improved through the implementation of participatory action research interventions? Outcomes and conditions for sustaining changes in five Latin American countries. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–16.

## 12. Anexos

### Anexo 1. Guion temático entrevista semiestructurada

**Apertura: presentación, consentimiento informado e identificación.**

**0- Identificación:**

Iniciales, Edad, Sexo, Profesión, Cargo, Antigüedad.

**Aproximación al programa de atención a PcD:**

**1- Descripción de actividades del programa de demencia de su nivel, alcances y limitaciones:**

¿Qué tipo de perfil de PcD atienden en el dispositivo en el que trabajas? ¿En qué consiste la atención a PcD que se realiza en el dispositivo en el que trabajas? ¿Cuál es tu rol en él? ¿Las PcD se atienden además en otros dispositivos de la RISS? ¿Cuándo es necesario derivar a PcD a otros dispositivos de la RISS?

**Aproximación al fenómeno Integración y Coordinación:**

**2- Percepción sobre la coordinación que hay en la RISS para la atención de PcD:**

¿Cómo es el proceso de derivación a otros dispositivos? ¿Posteriormente esos usuarios son contra referidos a su dispositivo? ¿Son pertinentes esas referencias y contrarreferencias? ¿Cómo valoras la coordinación con los otros dispositivos de la RISS? ¿Por qué crees que se da de esa forma?

**3- Percepción sobre la integración/fragmentación de la RISS para la atención de PcD:**

¿Qué tan integrada o fragmentada está la RISS para la atención de PcD? ¿Qué ejemplos podrías dar de ese grado de integración/fragmentación? ¿por qué crees que se da de esa forma?

**Aproximación a las estrategias desplegadas:**

**4-Estrategias desplegadas:**

¿Qué estrategias se han desarrollado para mejorar la coordinación e integración de la RISS? ¿Existe un mapa de derivaciones claro? ¿Existe un protocolo de R-CR? ¿Se han hecho capacitaciones? ¿Cuál es tu valoración de su utilidad? ¿Se han hecho consultorías? ¿cómo son? ¿Cuál es tu valoración de ellas? ¿Hay gestores de caso? ¿Se han hecho reuniones para plantear necesidades entre la RISS?

**5-Facilitadores, obstaculizadores y sugerencias de estrategias:**

¿Qué estrategias de coordinación e integración consideras que han sido las más efectivas? ¿Cuáles son los principales facilitadores/obstaculizadores de las estrategias? ¿Qué otras estrategias nuevas se podrían implementar?



## Anexo 2. Consentimiento informado para entrevistados

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES CLINICOS Y GESTORES DE LA RED DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DEMENCIA PROYECTO DE TESIS “ESTRATEGIAS PARA LA COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA EN DOS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE”.**

**Patrocinante:** No aplica

**Nombre de la investigadora principal:** Constanza Venegas Acevedo

**R.U.T:** 17.157.072-7

**Institución:** Programa de Magíster en Salud Pública - Facultad de Medicina, Universidad de Chile

**Teléfonos:** +569-87746658

**Invitación a participar:** Usted ha sido invitada/o a participar en su calidad de informante clave en la investigación “*ESTRATEGIAS PARA LA COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA EN DOS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE*”, correspondiente a una tesis de posgrado para optar al grado de Magíster en Salud Pública.

La Demencia es una enfermedad que está aumentando en toda la población y que genera gran impacto a nivel de discapacidad, mortalidad y costos económico-sociales para las familias y los países. Debido a ello la Organización Mundial de la Salud la ha declarado una prioridad de salud pública y ha alentado a los estados para que realicen políticas para mejorar su atención, dentro de las cuales está fortalecer la coordinación e integración de los centros de salud que trabajan en las redes sociosanitarias de atención a personas con demencia, por lo que se hace necesario conocer las estrategias de coordinación e integración que han implementado los equipos que son parte de estas redes de atención para proponer lineamientos y buenas prácticas para su desarrollo.

**Objetivos:** Esta investigación pretende comprender mejor cómo funciona la coordinación e integración entre los equipos y qué estrategias se han desarrollado para mejorarlas en dos servicios de salud de la región metropolitana.

**Procedimientos:** Para cumplir los objetivos de la investigación, se realizarán análisis de las bases de datos de la población que se atiende en los centros, las actividades y derivaciones que se realizan y también entrevistas a actores claves que participan en estos programas, ya sea gestionando y/o realizando atenciones clínicas, para conocer su experiencia sobre la forma en la que se integran y coordinan los equipos de los diferentes centros de salud implicados en la atención a personas con demencia. Esta conversación podrá durar hasta máximo una hora y media y quedará registrada en una grabación de audio y será sometida a análisis, en total confidencialidad por la investigadora responsable. Esta entrevista será coordinada previamente, en los días y horarios que sean convenientes para usted, ya sea de forma virtual o presencial.

**Riesgos:** Su participación no trae riesgos asociados, en todo momento se resguarda su identidad y la confidencialidad de la información brindada. Se le hace

presente que esta investigación no constituye una evaluación de su desempeño individual ni del dispositivo en el que usted trabaja, siendo una investigación con fines científicos y sociales para aportar conocimientos que mejoren la atención de las personas con demencia. A los registros audiovisuales que se obtengan de la entrevista sólo tendrán acceso la investigadora principal y las académicas guías de la investigación.

**Costos:** Participar en esta investigación no implicará ningún gasto monetario para usted. Ante cualquier situación que en el contexto de la entrevista implique algún gasto monetario este será cubierto por la investigadora.

**Beneficios:** Usted no obtendrá beneficios directos por participar de este estudio. Sin embargo, su experiencia y opinión respecto a la coordinación e integración de la red puede ayudar a fortalecer el conocimiento sobre este tema y se considera realizar la devolución de los resultados a los participantes y a los establecimientos de salud involucrados, con énfasis en los lineamientos prácticos para una mejor coordinación e integración de la red.

**Compensación:** Usted no obtendrá ninguna compensación por participar de este estudio.

**Confidencialidad:** Se mantendrá estricta confidencialidad de la información que usted proporcione en la entrevista y se resguardará su identidad asignando un código a cada actor clave entrevistado. El material de registro quedará respaldado en un dispositivo de memoria externa al cual sólo tendrán acceso la investigadora y profesoras guías.

**Usos potenciales de los resultados de la investigación:** Eventualmente la investigadora podrá presentar resultados preliminares y/o finales del estudio en actividades científicas o textos académicos como seminarios, congresos, charlas, escritos para medios de comunicación o capítulo de libro. También en reuniones o capacitaciones con equipos de salud.

**Información adicional:** Ante la situación sanitaria del Covid-19 se mantendrán los resguardos como uso constante de mascarilla y alcohol gel; desinfección de superficies; ventilación de espacios. En caso de que usted no posea elementos de protección personal en el momento de la entrevista (mascarilla y alcohol gel), la investigadora lo suministrará.

**Voluntariedad:** Su participación en este estudio es voluntaria y se puede revocar en cualquier momento del estudio, aun cuando ya haya aceptado participar sin que ello le afecte de ninguna forma. Usted tiene derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja y exigir su respuesta clara y efectiva. Así como también a conocer los avances y resultados de esta investigación y si lo solicita podrá contar con una copia de las transcripciones y grabaciones de audio de las entrevistas.

**Complicaciones:** No se identifican posibles complicaciones secundarias a su participación.

**Derechos del/la participante:** Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere otra información sobre su participación en este estudio o bien conocer los resultados puede comunicarse con:

**Investigadora:** Constanza Venegas Acevedo +56987746658

**Autoridad de la Institución:** Olivia Horna Campos - Coordinadora Magíster Salud Pública - [oliviahorna@uchile.cl](mailto:oliviahorna@uchile.cl)

**Otros Derechos del participante:** En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2 - 978 95 36, Email: [ceish.med@uchile.cl](mailto:ceish.med@uchile.cl), cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

**Conclusión:** Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto *“ESTRATEGIAS PARA LA COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA EN DOS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE”*.

Nombre del/la participante  
R.u.t.:

Firma

Fecha

Nombre de la investigadora  
R.u.t.:

Firma

Fecha

### Anexo 3. Tablas con segmentos codificados.

Tabla 1. Selección de segmentos codificados para subdiagnóstico.

Nivel de atención	SSMO	SSMSO
<p><b>APS</b></p>	<p>“Lo que más... No sé si es dificultad, pero en que lo que más atrasa es que muchas veces hay descompensaciones basales, entonces eso va alargando el proceso de diagnóstico. Y lo otro también que cuesta hartos son las e... Los DCL versus las demencias Leves, como que ahí hay harta duda, entonces muchas veces no se atreven a diagnosticar, cuando están muy al límite, claro.”</p> <p>“Hipoacusia severa, severa, severa, que no responde a audífonos que no le van a poner implante coclear porque tiene osteoporosis, así como muy heavy.”</p> <p>“Yo creo que pasa por dos cosas uno, la normalización de la falla de memoria en las personas mayores, que eso todavía hasta el día de hoy me pasa EM. Y lo otro que generalmente cuando llegamos tarde es que son personas un poco excluidas del sistema y que no han estado como en controles permanentemente. Porque acá es claro, es entre comillas, fácil encontrarlo porque el EMPAM se hace todos los años. Entonces no debería pasar algo, alguien con una demencia moderada si todos los años recibe una evaluación”</p> <p>“A ver. Dificultades para el diagnóstico número uno que es como común a todos APS: No tenemos escáner, no es que sea necesario para el diagnóstico, pero pucha que a veces uno requiere. Em. Número dos. Que no tengan cuidador. Que no haya historia confiable. Que sean casos sociales. Nos han tocado casos súper feos igual en lo Hermida. Desde lo psicosocial. Me refiero”</p> <p>“Igual son pacientes que pueden resultar difíciles de ver, o frustrantes o no tan fáciles que no te dan una anamnesis al toque, que de repente vienen solos y no te dan</p>	<p>“Ponte tú. Hubo un año que teníamos no sé tres GES nuevos de demencia, entonces era como en una población de 32.000 personas. No tiene sentido que hayan tres demencias nuevas”</p> <p>“Ellos como servicio de salud, como nivel más centralizado de acá de la zona, ellos estuvieron bien conscientes de que no, no estaban las competencias para la demencia. De hecho, desde el primero de octubre de 2019 prácticamente no, no hubo notificaciones GES, por ejemplo.”</p> <p>“Mire, si la pesquisa ha sido súper baja, ha sido súper baja. Entonces estábamos pensando o considerando estrategias para poder investigar un poco más a los pacientes. Si bien estamos derivando hartos a EMPAM para evaluar si hay alguno que, que clasifique, por así decirlo o que requiere una valoración mayor. Ese es nuestro mayor como limitancia.”</p> <p>“Se supone que en los EMPAM ahí se pesquisa y se ha estado derivando por la morbilidad para la valoración por médico, ya el kine los estaba derivando. La realidad es que de no se digamos que diez pacientes que derivara, estoy hablando de un valor X, los que se lograban encarrilar o... O como llevar el... A esa atención propiamente. Yo creo que era menos de la mitad ya, porque a veces el paciente no le queda claro porque lo derivaron a médico, porque no sé, creen que es un problema menor, otros tienen otros malestares y resulta que llegan con otra idea a la consulta y el médico no sabe, de pronto no revisa una atención antes y lo atiende por otra cosa.”</p> <p>“Si fuéramos así como casa a casa quizá sería tendríamos muchos más indicadores de, de Alzheimer.”</p>

la información que necesitas como tratante en el fondo, o sea a mucha gente eso le, le patea, supongo, como hay gente que no le gusta salud mental, etcétera Hay gente que le carga eso.”

“Y aquí es problema yo creo de las capacidades médicas de cada equipo. Porque no todos los compadres como que tienen dedos para el piano de lo mismo. Entonces hay muchos pacientes que efectivamente tienen disfunción ejecutiva y no se sospecha demencia y pasan como colados y llegan ya como en tardío y lo vieron no sé po cuatro veces al año, los últimos cinco años y nadie cachó, nadie le puso sospecha de demencia. Y es porque en verdad no hacen la sospecha, como que hay como una falla clínica.”

“Yo creo que por, um. o sea, a mi parecer, el sub diagnóstico está hecho en la poca sospecha. Como que los colegas ven quizás a algún paciente que viene acompañado como de algún familiar porque dicen "no, es que se le va la onda" aa ya y siguen haciendo el control y le preguntan, pero en ningún momento dicen "sí, se le va la onda, tiene una demencia. Dejémoslo en el registro. Ingresémoslo al programa" porque al final quizá no son pacientes que sean conflictivos y no sé, no te ocupan como fármacos del arsenal de momento, pero en algún minuto van a disociarse sueño, vigilia o hacer algo como que necesite una, una mejora del programa.”

“...Yo diría que ambos hay un sub diagnóstico que es porque no quieren, como ... haber no es que no quieran, sino que uno entiende a otros profesionales de que no, de que no se sientan como capacitados de poder diagnosticar una demencia así. Digamos, o sea, no, no es cualquier cosa estamos hablando de un GES y obviamente tiene que ver también con cómo nosotros abordamos, por ejemplo, el tema de la psicosis. También que acá cualquier persona que tenga indicadores parecidos se abre el GES de esquizofrenia entonces y inclusive, o sea, el primer brote psicótico es de una cierta edad entonces y para muchos médicos, y yo vi y lo vi en el registro, es una sospecha de esquizofrenia siempre, y entonces como que se más, se van por el lado de lo

		psiquiátrico, a lo neuro, a lo neurológico.”
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<p>“Creo que es porque las evaluaciones, muchas veces en la atención primaria, no hay un instrumento que pesquise e el deterioro cognitivo leve o que lo controle y lo trate y no llegue tan tardíamente porque estamos con el EFAM si no me equivoco en la atención primaria y es el mismo desde el año 2000 que lo crearon. No me acuerdo la, la enfermera que empezó a utilizar el EFAM y no se ha vuelto a cambiar, quizá el instrumento de un mini mental abreviado es, es muy poco, En relación a la pesquisa o a la indagación que puede haber en un deterioro cognitivo entonces sale alterado cuando ya es demasiado evidente el deterioro y ya hay muchas veces una demencia.</p> <p>... Y no, tampoco, no hay planes para, en la atención primaria, para el deterioro cognitivo leve, no hay ninguno. En algunas comunas, son algunas... Yo diría que actividades que se hacen, pero de manera independiente, como seguimientos y todo, pero no de tanto tiempo atrás y como iniciativa propia. no es algo que está tan...”</p>	“O sea, yo he trabajado en un CESFAM. Y yo creo que lo menos que se veía era GES, o sea las confirmaciones. Los médicos no hacían muchas. Ya, porque era también porque el hospital de base no nos daba esas directrices”

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Selección de segmentos codificados para caracterización de la población bajo control según sexo

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	“Acá en APS es mayormente mujeres, yo creo que es 2:1 con, versus los hombres y tiene la tendencia de ser mayores también las mujeres, hombres con demencias son más jóvenes.”	“¿Y la verdad es que la razón igual es bastante eh? La tendencia, es más, mucha más hacia las mujeres. Tres veces más que los hombres. Pero también tiene que ver con que en salud mental en general nosotros atendemos a un 67% de mujeres y un 33% de hombres. Entonces también tiene que ver con las barreras de acceso que, qué atención primaria tiene en los hombres. Por ejemplo, la estrategia de la atención nocturna, que era hasta las 22:00 de la noche, nos permitió un poco abarcar la población de hombres, tanto de adultos joven como de personas mayores. Pero en realidad tiene que ver, yo creo, con una barrera más de sexo, de acceso. Entonces para mí difícil

		<p>decirte como que eso es lo que hay en los registros.”</p> <p>“Bueno, hay de todo un poco, pero yo encuentro que más hombres, he tenido más casos hombres. Y hay un conjunto de muchas cosas, porque hay una alta población con enfermedades cardiovasculares no compensadas. Algunos ya han tenido de pronto un evento cerebrovascular y están con algunas secuelas. Entonces de ahí parte como porcentaje de estas demencias vasculares, de estos pacientes, como a causa de su mal control metabólico, pero. Como que encuentro que más hombres... ... Mira, yo creo que los más avanzados también hombres, también hombres, que son de estos pacientes que están que hacen parte del programa de postrados, claro.”</p> <p>“Entonces, de repente me llaman de los centros y me dicen mira, esta persona está con demencia, pero ya después con el tiempo, un poquito tiempo después, pasa a tener conductas, no sé, como totalmente frontalizadas, y eso pasa más en los hombres, por ejemplo. He visto que los hombres se deterioran mucho más rápidos que las mujeres y empiezan a tener esta conducta como más totalmente frontalizada y como más hacia lo sexual.”</p>
<b>Secundaria comunal</b>	“Tenemos como 60 y algo ya, ya 68 usuarios aproximadamente ya, y yo diría que el 60% son mujeres ya, ya y el 40% hombres ya.”	
<b>Secundaria hospitalaria</b>	“Hay un mayor porcentaje de mujeres no recuerdo en este minuto cuanto, pero es mayor porcentaje de mujeres.”	“Son más mujeres que hombres, mujeres sí que hombres.”

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Selección de segmentos codificados para caracterización de la población bajo control según edad

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	“Diría que son personas mayores sobre 75”	<p>“Los que entran son ya super tardíos. Paciente 75 años. “Mira, me lo traje a mi tío del sur y como que ahora lo cuido yo”</p> <p>“Ya en rango etario entre... El entre, sobre todo entre 80 en adelante, ya como entre 60 y 70 no</p>

		<i>lo he visto mucho, pero son como ya inclusive de entre 80 y 85 en adelante.”</i>
<b>Secundaria comunal</b>	<p><i>“Ya, también nos fuimos dando cuenta que había personas que no eran mayores, cierto, que eran más jóvenes, ya que también tenían demencia y también tenían la necesidad.</i></p> <p><i>... Es que no siempre las tenemos, ya a veces llegan, ya, por ejemplo, ahora tenemos ahí en espera una señora de 49 años ya con un CADASIL, ya que está siendo atendida por la Unidad de Memoria, pero que también fue derivada al Kintún. Entonces la idea es no sobre intervenir y ellos están en estos momentos activos ya. Por lo tanto, nosotros quedamos en stand by con la intervención. ya, hemos tenido una persona con 41 años, la más joven. Son casos más excepcionales. La mayoría son octogenarios.”</i></p>	<i>“Mira, tenemos desde...hemos tenido... si bien son excepciones... Personas con demencia de 55 hasta 80 y más, ya...El promedio está entre los 65, 75.”</i>
<b>Secundaria hospitalaria</b>	<i>“El promedio de edad es bastante mayor y yo creo que sobre los 70 años y hasta los 80 y algo, hay población menor también de las demencias de inicio temprano. Yo creo que la menor edad está en los 40 años de ingreso, en demencia tipo DFT, demencia fronto temporal y son las de algún... Hay algunos casos o enfermedad de demencia tipo enfermedad de Alzheimer de inicio temprano.”</i>	<i>“Generalmente son adultos mayores ya”</i>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Selección de segmentos codificados para caracterización de la población bajo control según severidad

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“[sobre el diagnostico tardío] Mira, yo siento que sí, que todavía se mantiene, pero creo que ha bajado porque yo que empecé con esto, que ya van a ser casi seis años. Los primeros años llegaban demencias moderadas, severas. Como llegamos tarde, llegamos súper tarde al diagnóstico y a poder generar un tratamiento que va enfocado más a la calidad de vida de las personas que... bueno son demencias. Em. Y ahora siento que ya podemos, ya hay una parte de la población en que se le puede llegar al diagnóstico recién comenzando. Todavía, todavía encontramos demencias moderadas que por</i></p>	<p><i>“La mayoría de pacientes que tenemos ya están bastante limitados en cuanto a su movilidad, entonces se están viendo en domicilio.”</i></p> <p><i>“En lo personal, los que he identificado, la gran mayoría son ya avanzados, que, si bien no están como en una demencia avanzada, no es un GDS de seis, siete, si tienen ponte tu no sé tres, cuatro, como que ya pierden un poquito de independencia, se pierden, entonces son funcionales, pero requieren vigilancia.”</i></p>



	<p>ABC motivo no llegaron antes, pero son menos que cuando comencé.”</p> <p>“Igual yo diría que yo he visto más bien leves/moderados. Hartos leves y hartos moderados. Mira a los severos tampoco tenemos mucho que ofrecerles po a los pacientes con demencias avanzadas, es como aa ya. Y es como más desde el enfoque de cuidados paliativos, de postrados que los siguen viendo”</p>	
<b>Secundaria comunal</b>	<p>“Tenemos personas con demencia de... de distinta etiología ya, pero en estadio leve, moderado.”</p>	<p>“Generalmente son los...bueno, los desajustes conductuales de inicio, ya ... de inicio que no han respondido o han ido a mal. A una mala adherencia también al tratamiento, por esto de que hay etapas en que están bien conectados y otros que no lo están, confunde también a los cuidadores. Ya... Entonces hay un desajuste que hay que...Que hay que intervenir, ya con métodos especializados y también la etapa media, ya ... que aparecen delirios y cosas así.”</p>
<b>Secundaria hospitalaria</b>	<p>“Mira, yo diría que es según GDS es de severidad generalmente moderada, porque lamentablemente leve llega poco o llega tardíamente, llega tardíamente. Yo diría que moderada a severa.”</p>	<p>“También es el perfil también del usuario de acá.... es que al principio el usuario llegaba muy deteriorado, muy deteriorado, porque en APS de cierta forma no estaban las directrices, no estaba esto, entonces ahora el paciente llega a tiempo. Eso también nos hemos dado cuenta ya”</p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Selección de segmentos codificados para caracterización de la población bajo control según tipo de demencia

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p>“Bueno, nosotros tenemos los flujogramas como super marcados y como te decía en APS, sé quedan las personas como de demencia de libro, como las que son más comunes, más fáciles, que responden a los tratamientos no farmacológico y farmacológico. Em. Pero, por ejemplo, al momento del diagnóstico, si hay duda sobre una persona con DCL o con demencia leve, van a la Unidad de Memoria. Una persona EM que hace como efectos refractarios a los medicamentos, van a la Unidad de Memoria. ¿Si tenemos demencia atípica, como, no sé, el cuerpo de Lewy, ¿eh? Em fronto-temporal</p>	<p>“Y hay un conjunto de muchas cosas, porque hay una alta población con enfermedades cardiovasculares no compensadas. Algunos ya han tenido de pronto un evento cerebrovascular y están con algunas secuelas. Entonces de ahí parte como porcentaje de estas demencias vasculares, de estos pacientes, como a causa de su mal control metabólico”</p>

	<i>también van a la Unidad de Memoria.”</i>	
<b>Secundaria hospitalaria</b>		<i>“Bueno, lo que más vemos son demencias vasculares y DFT, fronto-temporales con cuerpos de Lewy también ahí como que van de la mano juntas, pero las demencias vasculares son los que más vemos, porque más encima es un paciente que consulta por un accidente cerebrovascular y se le diagnostica en si altiro la demencia vascular dependiendo el foco. Entonces es como esas son las demencias más o menos que vemos”</i>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Selección de segmentos codificados para caracterización de la población bajo control según determinantes sociales

<b>Nivel de Atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<i>“Baja escolarización, más de la mitad no tiene más de tres o cuatro años de escolarización. Hay muchas personas sin lectoescritura, muchas personas que no son originarias de Santiago. La mayoría viene del campo y cuidadas por adultos mayores en un 50%, yo diría. Eso, bajos recursos económicos.”</i>	<i>“Y bueno, que el estudio de prevalencia que señalaba que 1.06% de la población mayor de 15 años podría tener demencia. En realidad, eso no nos decía nada. En comunas como la nuestra, donde... Donde las determinantes sociales son mucho más graves, sabemos que nosotros, por ejemplo, los estudios de prevalencia sobre todo de esas enfermedades son mucho más.”</i>
<b>Secundaria hospitalaria</b>		<i>“Son usuarios de bajo estrato social, económico, ya con mucha cantidad de hijos, muchos hijos, más, yo creo que más de cinco hijos, ya cinco o más de tres por lo menos... que, que por ejemplo en nuestra generación no van a... no vamos a tener más de dos ya, y eso va por un tema generacional también. Ya también va un tema generacional, el tema de la escolaridad. Muchos usuarios, muchos usuarios que tienen muy baja escolaridad y hay algunos que ni siquiera saben leer y escribir, pero va solo por un tema generacional.”</i>

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 7. Selección de segmentos codificados como antecedentes

<b>Nivel de Atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<i>“Llevo cinco año y medio trabajando acá en Peñalolén e ingresé justamente cuando quisieron poner en marcha el Plan Nacional de Demencias como piloto en Peñalolén, que fue un piloto que</i>	<i>“Sí, o sea, no lo teníamos tan claro al principio, o sea, ya cuando entran rigor, el GES, el GES 85 el primero de octubre del 2019 en realidad no era mucho lo que, lo que se estaba por demencia... No teníamos</i>

	<p>empezó en esta comuna en El Bosque y en Puntarenas, si no me equivoco, y en Osorno, fueron como las comunas elegidas em... Y fue puesta, claro, para recién poner y implementar el programa de demencias dentro de APS y paralelamente empezó a funcionar también la Unidad de Memoria.”</p>	<p>claridad, la mayoría eran derivadas al Hospital Padre Hurtado. No había tampoco claridad de la... Del diagnóstico, por ejemplo, médicos y médicas acá en la red, la verdad es que no contaban con la capacitación tampoco para para hacer una adecuada referencia y contra referencia. Por lo tanto, todo sigue la neurología o todo se iba a psiquiatría. Y la verdad que se hablaba mucho todavía de psicosis. Y no, no, no estaba tan instalada, había pocos médicos y médicas que, que nos tiraban demencia.”</p>
<p><b>Secundaria comunal</b></p>	<p>“El centro nace desde una inquietud que surge de la directora de SENAMA en 2013 más menos, ya que era Rayen ... Frente algo que habían observado que sucedía en los centros diurnos que tiene SENAMA para personas mayores. Ya. Se fueron dando cuenta que a medida que se iban deteriorando cognitivamente las personas desaparecían y ya no tenían participación social. Entonces en ese aspecto cierto, se vio la posibilidad de generar un centro diurno que funcionara como los de SENAMA, pero que pudiera atender a personas con demencias, estas personas que quedaban fuera de la participación social y de la inclusión. Entonces Rayen se pone en contacto con el doctor Larraín... psiquiatra que estaba a cargo de, eh, digamos, de salud mental acá en la comuna, ya le comenta la idea, ya se la comentan a la ee... a la alcaldesa... Ya, la alcaldesa en realidad siempre está abierta a proyectos nuevos, ya muchas cosas que después se convierten en política social se pilotan acá... Se busca el equipo que iba a liderar esto y que iba a diseñar esto también. Ya, y ahí se contacta a Marilú... que es geriatra ya, Jean... que es terapeuta ocupacional, ya está el doctor, ay, un neurólogo... ya el doctor Fuentes ya. Y partieron ellos tres armando esto. Después se integra la María José Neuro psicóloga, y empiezan a buscar el equipo cierto.”</p> <p>“Fue variando en el tiempo...en relación a las prestaciones que se hacían. O sea, esto surge como centro diurno cierto, pero nos fuimos dando cuenta ya con el</p>	<p>“Teníamos experiencia antes, con muy pocos usuarios, con cuidadores hicimos talleres... Estoy hablando hace como diez años ya.”</p>

	<p><i>tiempo que hacíamos mucho más que el centro diurno. Acá se hacían controles de salud, se hacía evaluación geriátrica integral, ya, porque en ese tiempo veíamos solo personas mayores con demencia. Ya, también nos fuimos dando cuenta que había personas que no eran mayores, cierto, que eran más jóvenes, ya que también tenían demencia y también tenían la necesidad. Ya, después fuimos viendo que las personas no resistían un día completo de actividades ya y que teníamos mucha más demanda. Entonces acortamos la jornada a media jornada y podíamos atender más público también, porque teníamos jornadas en la mañana y otras jornadas en la tarde ya, y fuimos convirtiéndonos en un programa donde el centro diurno era una prestación de las muchas que nosotros entregamos y había muchos de nuestros usuarios que no venían, no asistían al centro diurno, pero que igual recibían prestaciones.”</i></p>	
<b>Secundaria hospitalaria</b>		<p><i>“Antes de nosotras llegar... en el año 2021, el doctor, los neurólogos ya estaban realizando consultorías ya y habían realizado algunas cosas antes de pandemia, algunas cosas presenciales, algunas clases, pero no había sido muy muy retroalimentado, no había mucha retroalimentación.”</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Selección de segmentos codificados para equipo y organigrama

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“Yo soy terapeuta ocupacional. Inicialmente, bueno, casi como por cuatro años, cinco años, fuimos como las encargadas de programa y coordinadoras de la red en relación a las demencias. Ahora hubo este último año una reestructuración, pero sigo siendo como la persona que está a cargo de las evaluaciones y los tratamientos de las personas con demencia. ... Lo que se buscó como fusionar todos los programas de atención domiciliaria. Que claro por, un poco por edad, por comorbilidad. Generalmente nos cruzábamos con los de dependencia severa o de programa frágil. Entonces fue la</i></p>	<p><i>“[sobre la existencia de un equipo de memoria] No, no es que ese es el tema cachay que bajo el MAIS, que es como el modelo que quieren implementar. Sólo hay atenciones sectorizadas ¿cachay? Entonces no puede haber un médico transversal o un equipo transversal de algo porque va contra como el MAIS al final. Eso es como el argumento que nos han dado. Siendo honesto, no, no soy como conocedor del MAIS en profundidad para saber si esto va en contra cachay, pero es lo que nos han dicho es que efectivamente, cada equipo tiene que hacerse responsable de sus pacientes con demencia.”</i></p>

	<p><i>idea de cómo dar algo más integral en equipo.”</i></p> <p><i>“[Sobre profesionales del equipo además de T.O.] En intervención como tal. Nadie más. Y... Si contamos con una técnico social que no, que estaba parte del equipo más como de la parte administrativa, en agendar, en dar horas, en hacer seguimiento.”</i></p> <p><i>“Son diferentes médicos, pero no son todos los médicos generales que están en el CESFAM. Son algunos específicos que se han ido capacitando a través del servicio, o entre ellos mismos la verdad.”</i></p> <p><i>“El equipo de memoria es yo el médico y una terapeuta ocupacional que es como la que lleva el programa en realidad.”</i></p>	<p><i>“Si claro, en estricto rigor nosotros, todo debería ser de manera sectorizada. No tenemos encargado de demencia, debería ser el mismo encargado de salud mental con los jefes de sector. O sea, ahí según el modelo de salud familiar. Los jefes de sector deberían tener identificada su población. Deberían de distribuir los casos. Y esto opera prácticamente como lo mismo que cardiovascular.”</i></p> <p><i>“Como tenemos la limitante de los profesionales, como que a mí a veces me preocupa pensar en qué momento estos profesionales nos van a apoyar en estos talleres, por ejemplo, ¿cómo se van a repartir para tantas cosas? Porque la... La kine y la T.O. Del programa MAS de verdad que tienen muchísimas ganas, nos están ayudando harto hasta para orientar, o sea, para orientar el flujograma de cómo lo podríamos hacer, los talleres y todo esto. Pero el requerimiento es harto, ya como las atenciones que requieren todos, como este grupo de personas es harto, entonces ellos también tienen como su programa con el cual deben cumplir.”</i></p> <p><i>“Hay algunos centros, por ejemplo, donde contamos con fonoaudióloga, o sea, solo en algunos tenemos fonoaudióloga, en algunos tenemos terapeuta ocupacional y a veces aplican el MOCA o u otros tamizajes. Que son profesionales que autogestionados se han más especializado en la detección de eso.”</i></p>
<p><b>Secundaria comunal</b></p>	<p><i>“De este equipo inicial, que era solamente geriatra Ya, pero como médico especialista, al convertirnos en el centro de especialidad, también se integra neurólogo. Ya, bueno, neuropsicóloga seguimos manteniendo, seguimos manteniendo como la base. Ya, pero además se integra una dupla de salud mental, porque si vamos a hacer cierto una intervención que sea integral, no podemos ver la salud del usuario como solo del usuario, sino que integrado en su grupo familiar.</i></p> <p><i>...a ver, Somos como 15. Si me das tiempo puedo hacer el cálculo. Ya partamos por los médicos, que son</i></p>	<p><i>“Estoy encargada del ciclo de personas mayores y soy psicóloga...Ya antes era por programas ahora son por ciclo hace como tres años será, todo el tiempo de la pandemia en realidad.”</i></p> <p><i>“Entonces tengo hoy día tengo, aparte de mis 11 horas 14 horas clínicas, hay 40 horas de trabajadora social, 22 horas de psicólogo.</i></p> <p><i>... las de Psiquiatras que son transversales... Están en todos los ciclos, participan dos psiquiatras y una médica.”</i></p>

	<p>dos, neuro psicóloga, tenemos la Vale, la Egaña, la Trini. Tenemos tres terapeutas en este minuto, pero hay un cargo vacante ya, entonces lo voy a contar igual, son cuatro, ya tenemos siete. Kine, tenemos nutri, ya hay nueve, ya la Gladys, la Paty, la Clau, la Nuvi y yo, 14 y hay un cargo vacante también de médico y entonces 15.”</p> <p>“[Sobre COSAM] Es un equipo que consta de enfermeras, psiquiatras, psicólogos y también tiene trabajador social o técnico social, no me acuerdo bien. Ya entonces ellos ven sobrecarga intensa y tienen su plan”</p>	
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p>“Ya hay en este momento... hay mucha ...Neuro Psicóloga, que si no me equivoco hay 22, 44, 66 o más horas de neuropsicóloga. Tenemos 44 horas de psicóloga clínica. Que también apoya la gestión de redes con los distintos dispositivos de salud y la trabajadora social 44 horas. Terapia Ocupacional 44. Um y médicos. Tenemos 22, 44, 44 horas neurólogo y 22 horas psiquiatra, no 33 horas, psiquiatra y un secretario... las 44 horas Enfermera...Fonoaudiólogo mira, teníamos 44 horas fonoaudiólogo, era el cargo, pero ahora en estos momentos estamos con algunos problemas justamente de cobertura de fonoaudiología. Pero el cargo está para 44...kinesiólogo no tenemos y no hemos tenido nunca. Se requiere. Sí, se requiere, pero por el momento se deriva a la red...Están todos contratados eventualmente. Como te decía, si hay algún problema, se ha solicitado en algún minuto a neurología generarle alguna cobertura de los profesionales, pero están todos contratados para la unidad.”</p>	<p>“Como equipo Somos dos personas legalmente que seríamos neuro psicóloga y yo como enfermera gestora, en compañía... en donde el, el médico, el médico jefe de neurología, el neurólogo jefe de neurología, él nos asigna un neurólogo como coordinador.</p> <p>...Sólo yo y Tabita somos del servicio, pero acá en neurología, como está inserta la Unidad de Memoria ...emm Neurología, el jefe de Neurología se encarga de asignarnos a nosotros el coordinador y lo y el ...en sí que bajo la norma técnica son 22 horas. Pero en sí, aquí muchos tienen 11, 22 horas, muy poquito. Entonces el de repente nos asigna dos Neurólogos. Un neurólogo, por ejemplo. Ahora estamos con el doctor... Cambiamos del doctor... ya entonces estamos con el doctor ... y él lo asigna, ya, él lo asigna y se le hace los bloqueos pertinentes y todas esas cosas, de acuerdo a las reuniones.</p> <p>...Nosotros sí lo tenemos, ya, sí lo tenemos, pero son del hospital así mismo, como el neurólogo. Por ejemplo, en las fonoaudiólogas tienen una unidad, tienen una unidad independiente porque se independizaron de neurología, entonces ahora es una unidad independiente que yo hablo con la jefa de fonoaudiólogas y ella me asigna una fonoaudióloga que es Pamela. Entonces Pamela tiene horas aquí en Poli, entonces yo, el doctor me dice." ... ¿Sabes que tengo un trastorno de deglución? Tengo una afasia ya. Necesito priorizar esta paciente". Yo vengo.</p>

		Me salto la lista de espera de fonoaudiólogo y lo agendo como un trastorno de cierta forma de deglución por la Unidad de Memoria Y Pamela sabe que va a llegar este paciente. Tenemos una coordinación súper buena.”
--	--	--

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 9. Selección de segmentos codificados para diagnóstico.

Nivel de atención	SSMO	SSMSO
APS	<p>“La derivación es por dos vías, una en control morbilidad de médico como por criterios médicos la derivación hacia el programa y el otro a través del EMPAM, que es la evaluación anual del adulto mayor y que tiene que tener como características el MINIMENTAL menor a 13 y Pfeffer mayor a cinco. Si sale con esta alteración son derivados a evaluación del programa. La primera evaluación la aplico yo, que se realiza una VGI más algunos test cognitivos específicos y dependiendo de cómo salgan en esa evaluación es si pasan a una segunda evaluación que ya es de evaluación médica y ahí se genera algún tipo de diagnóstico o dependiendo de la valoración se puede derivar a la red.”</p> <p>“Tenemos asignado una hora para cada visita, pero en verdad eso implica registro también, en el fondo son como 40 minutos y a veces son menos y a veces son más. A veces son pacientes que evidentemente no tienen demencia, no tienen síndrome demencial. Hacen todo, cocinan, lavan la ropa. No tienen ningún tipo de limitación funcional. Entonces ahí es súper cortito. Ahí es solo básicamente anamnesis, a veces de casos demasiado severos y evidentes que no les podemos hacer el Moca. Así que también nos basamos en anamnesis de paciente y cuidador y si nos queda la duda o si en el fondo tiene pinta, pero no estamos seguro: Moca con el que cortamos el queque.”</p> <p>“Sí, es dupla básicamente, ella igual hace visitas sola y yo de repente hago visitas solo como control. Pero cuando hacemos evaluaciones de caso de sospecha vamos los dos.”</p>	<p>“Claro. Sí. Sí. Creo que de los pocos que han llegado llegan con el papelito que dice no sé, mini mental alterado, derivó a médico...Y bueno, la otra manera es que, de manera espontánea, ya de manera espontánea también han consultado. Algunos han sido pesquisados, por ejemplo, en el hospital, que los han visto por alguna otra cosa, entonces ellos lo contra refieren para nosotros valorarlos.</p> <p>... Se supone que en los EMPAM ahí se pesquisa y se ha estado derivando por la morbilidad para la valoración por médico.</p> <p>[sobre rendimiento especial] ... No, la morbilidad de 20 minutos. 20 minutos.”</p> <p>“Lo que intentamos hacer ahora es seguir como el protocolo del Padre Hurtado, que asumo que es el que tú conoces como consulta cero, consulta uno exámenes, GES activo, confirmar o derivar consulta 2.”</p> <p>“A mi parecer hay muchas emm muchas pseudo demencia depresiva, partamos por eso, como que eso es lo que más uno dice sospecha y después a los seis meses tu decis ya mira como que anda mejor con dosis de repente cochinas de antidepresivos, porque obviamente la adversidad social es, es dura la vulnerabilidad, pero... pero no son demencias como tal.”</p> <p>“Quiero referirle que estamos trabajando en el protocolo interno de ... De esta atención de pacientes con demencia en el consultorio. Así que ya estamos trabajando en emm... en el rendimiento y que obviamente, bueno, no es una sola atención. ¿Entonces, como en ese</p>

	<p><i>“y sobre el laboratorio si es que ingresa, le pedimos o si queda la duda. Tenemos de todo en realidad, en el Whelan según yo, tenemos caleta de exámenes. Lo único que nos falta es el escáner.”</i></p> <p><i>“también mucho miedo a la demencia. Al mismo tiempo, como en el otro extremo, hay mucha queja cognitiva subjetiva sin síndrome demencial. Como "ay vengo porque se me está olvidando todo y dónde deje el monedero y la cuestión y tengo demencia" y en verdad, no pos.”</i></p>	<p><i>proceso de diagnóstico estamos evaluando un rendimiento distinto a la morbilidad, y que van a hacer dos o tres atenciones?</i></p> <p><i>... [sobre rendimiento propuesto] 40 minutos ya. Porque bueno, igual como se quiere que estos pacientes sean evaluados dentro del programa de salud mental, si somos estrictos en eso, el programa de salud mental tiene un rendimiento de 30 minutos por lo menos en nuestro centro, no sé si para todos los centros es igual. Entonces, como que son unas atenciones bastante amplias. Entonces por eso es que queremos que las atenciones iniciales sean de 40 minutos, por lo menos las dos primeras, para hacer una anamnesis adecuada, para recoger antecedentes e indagar en detalle cuándo inició todo, para poder objetivar el diagnóstico e solicitar exámenes de una segunda atención. Quizás aplicar los test y todo eso. Pero por lo menos quisiéramos que las dos primeras fueran de 40 minutos y luego si ingresan. Bueno, ya verlos dentro del programa de, de salud mental.”</i></p>
<p><b>Secundaria comunal</b></p>	<p><i>“Lo primero, perdón, lo primero que nosotros hacemos es una evaluación integral, ya. Y desde esa evaluación integral nosotros levantamos las necesidades de la familia, lo que nosotros pesquizamos y en función de eso se arma el plan de trabajo, el plan de tratamiento. Ya, se les asigna un gestor clínico.</i></p> <p><i>...Ya. ¿Cuál es el proceso? Ya se reciben los antecedentes, se contacta a la familia ya y partimos con la evaluación integral de ingreso. Ya no se llama VGI porque ya no vemos solamente usuarios geriátricos. Ya. Ese contacto lo hago yo. Ya llamo a la familia, coordino visita domiciliaria. En esa visita domiciliaria yo lo que hago es trabajar el consentimiento informado con la familia y asegurarme de que les quede claro qué es lo que hacemos y que no es solamente el centro diurno, ya, que también requerimos un compromiso por parte de ellos, ya, que esto tiene inicio y termino porque son nueve meses y además hago la evaluación social. Hecho eso, ya,</i></p>	



	<p>solicito... hago la coordinación interna para que se les agende una hora para la segunda parte de esta evaluación en donde interviene el terapeuta ocupacional para lo funcional, neuro psicóloga para lo cognitivo y alguno de los dos especialistas para lo médico.</p> <p>... Y también cuando hay esta dualidad en los, en los usuarios, ya cuando tienen una depresión de larga data, ya, ya cuando hay un cuadro sucio en términos de que la depresión, cierto, ensucia un poco los síntomas y puede ser una pseudo demencia, también ellas pueden evaluar y también apoyan en ese aspecto [dupla psicosocial]”</p>	
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p>“Ingresan a un programa diagnóstico en que la primera consulta siempre es abierta por un médico, ya sea neurólogo o psiquiatra. Luego pasan con un plan de intervención que no está protocolizado porque va creado en el fondo a la necesidad de cada paciente, ya puede que uno necesite muchas evaluaciones u otro necesite solo una evaluación médica. Depende de la etapa de la demencia o qué tan claro este su cuadro diagnóstico. Entonces ingresan en consulta médica, programa diagnóstico. Luego pasan al plan de intervención que puede estar integrado por solicitud de evaluación neuropsicológica, evaluación funcional y imagenología de apoyo, tanto resonancia magnética cerebro como escáner de cerebro o Ex.. Y exámenes de laboratorio. También evaluación fonoaudiológica si requiere. Y luego de eso se presentan una reunión de ingreso en que se presenta este plan y se puede discutir acerca de la, de la intervención que se está planteando o del plan de evaluación. Se pueden agregar o quitar intervenciones o evaluaciones según también criterio del mismo médico tratante o bien del equipo.</p> <p>Después se hacen todas las evaluaciones y se presenta de nuevo al paciente en el proceso de término de evaluación diagnóstica, se presentan todas las evaluaciones que se realizaron y se determina si hay e, si hay diagnóstico claro de demencia y</p>	<p>“Porque eso es lo que nosotros hacemos acá ya nos ocupamos del diagnóstico diferencial de las demencias, que de cierta forma de los deterioros cognitivos que son de alta complejidad.</p> <p>... Ya entonces tenemos un proceso en donde se, se apega al proceso que es el, el, el GES, por ejemplo, que nos da 180 días desde la sospecha diagnóstica para poder hacer todo esto.</p> <p>... Ya, entonces entra este paciente, le damos su hora de control de ingreso que de rendimiento tiene media hora y queremos que sean por lo menos de 45 minutos</p> <p>... El médico tiene dos opciones, ya, tiene las opciones de hacer con todos los criterios diagnósticos, los exámenes que trae y ya presentado en consultoría. Él tiene dos opciones que ya va a tener adelantado ese caso. Entonces va a saber si tiene que pedir otros métodos diagnósticos para ver qué diagnósticos diferenciales, que pueden ser TAC de cerebro, PL. Ya, y otro tipo de exámenes como vitamina B12, ya, eso, eso ve el. Entonces si amerita que tome otros exámenes complementarios se le cita para un mes más. Ya. el próximo control y se gestiona con la enfermera que esos exámenes se vean con prioridad y se gestionen con Prioridad. Entonces esa es la opción que tiene el doctor o como la otra opción que también, o sea dentro de esa opción está como examen complementario la neuropsicología. Que ahí va ese mes también, claro que lo cita y</p>

<p>qué tipo de demencia. La tipificación de ella. En caso de que no se lograra hacer eso. Pero hay no tipificación, pero hay un cuadro demencial, se puede realizar el anuncio diagnóstico, que es un hito bastante importante porque se hace con la psicóloga. Y luego pasa al acompañamiento diagnóstico que es cuatro a seis sesiones de terapia con la psicóloga y la trabajadora social para la comprensión y manejo de la enfermedad del paciente, que en este caso sería alguna de las demencias. Luego de esto se devuelve a la enfermera gestora y se determina si ya cumplió todos los procesos y se pasa a control médico para alta y contra referencia.”</p>	<p>que él cuando cita el próximo control, él ahí genera la confirmación diagnóstica... Si no, la otra opción que tiene el doctor es confirmarlo en el ingreso, en el momento ya.”</p>
--	---

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Selección de segmentos codificados como actividades de control

Nivel de atención	SSMO	SSMSO
<p><b>APS</b></p>	<p>“Si queda, bueno si se diagnostica con demencia, ingresa al programa y ahí se genera una visita que la hago yo que pasa a ser parte del tratamiento. Las visitas son todas de terapeuta ocupacional no hay otro tipo de prestación para las personas con demencia. A excepción ahora que se están haciendo, no se pos toma de exámenes, curaciones, pero cosas ya más como de comorbilidad, pero para demencia en sí son sólo de terapeuta ocupacional”</p> <p>“Si, el flujo es de acuerdo al grado de demencia y cantidad de tiempo que llevan en el programa, por ejemplo, si tienen una demencia leve, ellos tienen derecho a seis visitas al año. Si es una demencia moderada es la misma cantidad de visitas, si es una demencia avanzada son dos al año. Y si ya llevan más de un año en el programa o sea que ya recibieron seis visitas después son cuatro visitas anuales.”</p> <p>“Todos los jueves tenemos visitas que en general son evaluación de pacientes con sospecha por MINIMENTAL alterado en el EMPA o lo que sea que los derivan al programa de memoria y en la tarde</p>	<p>“De ahí control médico ¿por qué? O sea que claramente sabemos que las demencias tienen un manejo multifactorial, pero, pero no hay muchos, o sea estamos recién instaurando el modelo de que ojalá estén las visitas sociales siempre presente, porque en teoría ahí es donde se debería tomar el test estandarizado como al, al paciente y al cuidador. Calcular el Zarit, ver como la red de apoyo”</p> <p>“Mire. La mayoría de pacientes que tenemos ya están bastante limitados en cuanto a su movilidad, entonces se están viendo en domicilio.”</p>

	<p>controles, un solo día a la semana y es solo un médico del consultorio ...Lo otro que tenemos es el taller de memoria. Que es un taller participativo de personas mayores con dificultades cognitivas que vienen al CESFAM los Martes y jueves como participación comunitaria.”</p>	
<b>Secundaria comunal</b>	<p>“Está la parte ya más específica de las demencias, de la persona con demencia. Ya. Vienen acá al centro, tienen, tienen taller, tienen un día de centro diurno. ... [sobre quiénes no pueden acudir al centro diurno] sí pueden ser atendidos en otras modalidades, como con visitas domiciliarias, controles en domicilio, psicoeducación en domicilio de la familia, psicoeducación acá en box, ya. Con cualquiera de los profesionales que sea pertinente en función del plan de cada uno. En función de eso se reelabora el plan ya y a los seis meses es revisado nuevamente, pero se hace nuevamente esta evaluación integral, pero de seguimiento.”</p>	<p>“En la medida que hay una compensación de desajuste conductuales, pasamos al control con médico y luego ya depende la etapa en que están realmente... ...En particular con los cuidadores fue nuestra intervención. Ya, bueno, y con especialidad para efectos de desajuste conductual estaba la... Los psiquiatras ya y apoyo particularmente para psicoeducación con los cuidadores. ...Yo diría este año recién estamos interviniendo desde todos los ámbitos al adulto mayor, ya tenemos talleres de estimulación cognitiva para este año, lo empezamos a fin del año pasado...”</p>
<b>Secundaria hospitalaria</b>	<p>“La unidad tiene programa de diagnóstico, programa biopsicosocial para el tratamiento en que interviene terapeuta ocupacional, psicóloga, trabajadora social y psiquiatra, ya que para el manejo de las personas con demencia, con mayor sintomatología neuro psiquiátrica de difícil manejo desde APS pueden derivar directamente a este programa pero siempre que ya vengan con un diagnóstico y hayan intentado el manejo de esta sintomatología neuro psiquiátrica, pero sin resultado, o que han requerido o requieren escalar farmacológicamente. Y no están esos fármacos en atención primaria ya. Y el otro programa es de continuidad, que es para aquellos pacientes, personas con demencia que tienen indicación de tratamiento farmacológico que no está disponible en atención primaria como los anticolinesteráicos tanto memantina como donepecilo y algún otro de uso en salud mental o psiquiatría que no está disponible y que ha tenido un buen resultado del manejo acá.”</p>	<p>“Y nuestro trabajo principal en sí, aparte de hacer el diagnóstico diferencial, también es, es de todos los ámbitos ya, es tanto del ámbito de docencia, tanto del ámbito de confirmación diagnóstica, tanto del ámbito de inversión del tratamiento ya, y que todo esto se genera dentro de un plan integral que es para el paciente. ...Ingresos y los controles de los usuarios, informes médicos y también hacemos todos estos trámites de discapacidad de, más específico, de interdicción ...igual tenemos muchas reuniones.”</p>

	<p><i>“Un plan de intervención que no está protocolizado porque va creado en el fondo a la necesidad de cada paciente, ya puede que uno necesite muchas evaluaciones u otro necesite solo una evaluación médica.”</i></p>	
--	---	--

Fuente: elaboración propia.

Tabla 11. Selección de segmentos codificados como trabajo con cuidadores

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“Antes siempre se hacía un taller para cuidadores. O sea, ya de partida acá se le hace la evaluación, se le hace una evaluación a los cuidadores de sobrecarga, donde se le aplica Zarit todos los años em se gestionan horas como un poco forma de ayudar a los cuidadores. Y como eso principalmente. Y también se hacían talleres. Talleres como educativos respecto a las demencias y como de autocuidado. Con la pandemia se fueron perdiendo un poco. Y. Y tampoco era algo como establecido. Entonces ahora estamos viendo como re implementarlos nuevamente.”</i></p> <p><i>“Si nos preocupamos harto del tema de cuidadores, de que no se nos vayan a quemar Y toda la cuestión. Tenemos un programa de salud mental igual harto bueno en el consultorio, bien llevado por los psicólogos más que por los médicos, etcétera Y aparte en el Kintún no, mentira. En el COSAM de Peñalolén tienen un programa cuidadores de demencia. Entonces cuando están demasiado quemados y se sienten sobrepasados, los mandamos para allá y les gusta caleta. Hacen talleres, tienen atención psicológica, toda la cuestión y les va bien.”</i></p> <p><i>“Mucha limitación sociocultural o privación sociocultural de muchas familias en Peñalolén, en lo Hermida. No entienden el diagnóstico. Me acuerdo que la otra vez vimos a un paciente que hace 20 años tenía síndrome de demencia básicamente, vascular. No hablaba, no nada, así como harto mal y nunca les llamó la atención a la señora. Lo encontré</i></p>	<p><i>“También vamos a trabajar con los cuidadores para orientamos y hacerles talleres. Y todo esto porque todos los pacientes los estamos viendo como, como postrados no más. Entonces no se les está haciendo una orientación acerca de cómo va a ser el curso evolutivo de la enfermedad de su familiar, asociándolo al grado como el que esté este paciente. Entonces que yo te diga que estamos trabajando ya con esos familiares como individualmente por su demencia, eso todavía no está pasando.”</i></p> <p><i>“Anteriormente COSAM también hacía capacitaciones a los cuidadores que eran, que eran personas, psicólogos, psicóloga y otros profesionales no médicos que tenían bastantes conocimientos. Yo diría que COSAM hoy en día es clave en eso, porque son personas que tienen como postítulos que pueden ayudar, como desde, desde una especialidad a trabajar con cuidadores. Ya, bueno, y además se cruza con el nuevo sistema que, que a los cuidadores. Bueno, de partida se está... Ojalá los asistentes sociales estén haciendo esto porque también se ha bajado, de que empezó también el Registro Nacional de Cuidadores y que obviamente ahí hay personas con dependencia severa y demencia... ... Generar un plan de cuidados a nuestros cuidadores. Eso siempre se hizo. Terapias, terapias grupales como, como terapias más alternativas también que tenían que ver más con el tema de la ruka también. Más, más, más, masoterapia, más alternativas, para ellos. ...Tenemos que ser capaces de mejorar la manera en cómo estamos abordando la temática</i></p>

	<p><i>muy como "guau", como que nunca le pareció algo malo. Fue como bien curioso"</i></p> <p><i>"Si po, llegan al control y es como "Doctor se le está olvidando todo y la cuestión cada vez se le olvida más. ¿Qué hacemos? Y La cuestión". Y como puta... "Así es. Así es la cosa. Es terrible. Lo siento mucho, pero así funciona esta cuestión. Lamentablemente es una enfermedad que no se le va a pasar y que va a ir empeorando de a poquito. Y nosotros nos vamos a dedicar a que el paciente y la familia lo pasen lo menos mal posible. En el fondo. Que estén todos bien, que no haya síntomas de agresividad, de insomnio o que no esté deprimido. Como muy manejo conductual y sintomático ya."</i></p>	<p><i>que venga de antes, que nos hagamos cargo de los cuidadores que son potenciales personas que puedan tener demencia y obviamente reforzar lo que los estilos de vida o sea estilos de vida saludable."</i></p> <p><i>"Yo creo que lo que complica un poco es... Quizás el... El... Como la responsabilidad que le atribuyen los pacientes a los médicos en los diagnósticos o en el manejo. Como uno sabe, la demencia es progresiva, no se mejora con un medicamento y es difícil de repente hacer entender eso a la familia. Y quizá eso como que complica un poco el manejo."</i></p>
<p><b>Secundaria comunal</b></p>	<p><i>"No podemos ver la salud del usuario como solo del usuario, sino que integrado en su grupo familiar. Y cómo este acto de cuidar cierto, esta relación que se establece ya, afecta a su cuidador. ¿Qué apoyo? Además de tips y todo lo demás, le podemos brindar a un cuidador."</i></p> <p><i>"La atención a la demencia, a las personas con demencia y a sus familiares. Ya está esta patita que te contaba de eh, de la atención al familiar ya con sobrecarga. Todos, todos, todos los familiares, cuidadores o no familiares cuidadores ya, excepto los formales, ya tienen que pasar por evaluación con esta dupla. Ya después ellos verán si siguen con tratamiento, si no siguen ya, si siguen las indicaciones o no, porque no es obligatorio, es voluntario, cierto, todo lo que es salud mental. Ya, pero principalmente esto a nosotros nos sirve como para saber cómo y desde dónde abordar las temáticas con estas familias. Ya. Partimos por ahí"</i></p> <p><i>"Y dentro del plan se considera un equipo que trabaja la sobrecarga del cuidador que está ubicado en el COSAM. Ya, ya. Es un equipo que consta de enfermeras, psiquiatras, psicólogos y también tiene trabajador social o técnico social, no me acuerdo bien. Ya entonces ellos</i></p>	<p><i>"Apoyo particularmente para psicoeducación con los cuidadores... Muchas veces depende de lo que dice la interconsulta adelantamos la intervención para la psicoeducación, para manejo desajustes conductuales, porque no disponemos de tantas horas y no es inmediato... Tratamos de hacer en el mes más o menos, pero a veces por, por la descripción de la, de la interconsulta, tratamos de intervenir de manera psicosocial para dar ayuda... Para aliviar un poco la tensión que tiene el cuidador."</i></p> <p><i>"Para este año tenemos harta intervención de ... Con los cuidadores también. Ya. El año pasado hicimos, también hace dos años que estamos haciendo para los cuidadores online, pero este año tenemos que, tenemos que fortalecer eso... [sobre horario]...No hay problema, ninguno, nosotros programamos bien eso, generalmente eran después de las 19:00 de la tarde, aprovechando que teníamos una psicóloga en teletrabajo al comienzo. ... Usamos WhatsApp porque ellos no manejan otras plataformas, ya, más expeditas que se yo, más rápido, más colectiva. Y además no, no es bueno con más de siete que estén presentes. No, no, no,</i></p>

	<p>ven sobrecarga intensa y tienen su plan... Y nosotros abordamos digamos antes de. Ya, ya antes de. Las chiquillas tienen un grupo terapéutico, hacen terapia individual, cierto.”</p>	<p>no resulta. Así que con ese número de personas ha estado bien.”</p>
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p>“Claro, como te comentaba dentro del programa de diagnóstico está el acompañamiento diagnóstico, que son las sesiones con los cuidadores y levantamiento de las necesidades, o sea de sobrecarga o de alguna otra patología de salud mental que requiera apoyo o atención. Y si es así, se deriva a atención primaria con una primera evaluación de psiquiatra que oriente al médico en atención primaria para su seguimiento y continuidad del tratamiento o inicio del tratamiento. También hay taller de cuidadores que lo realiza la trabajadora social y la psicóloga, que es una vez al mes y se... Es abierto Este taller no necesariamente es a las personas que están acá como cuidadores, puede extenderse a otros cuidadores de personas con demencia, es abierto y se puede compartir y no está enfocado a la persona paciente, sino que se habla de temas generales y también se cubre un poco la necesidad de las distintas preguntas, pero a nivel general no, no con nombres.”</p>	<p>“Pero mi interacción más es con el cuidador. Ya yo me encargo, aparte de ver todos estos procesos, me encargo también de hacerle una entrevista, una evaluación y una educación al cuidador que se divide en dos sesiones, ya, entonces toda esta contención de cierta forma se basa en conocer al paciente, generalmente, en todas las redes de apoyo, en hábitos. Ya. En la entrevista al cuidador, también en que es lo que él tiene, su familia, sus antecedentes crónicos, todas esas cosas y la evaluación Zarit que es la abreviada que la generalizada que nosotros hacemos acá. Y luego de eso se le hace una educación con todos los aspectos conductuales: Contención conductual, qué hacer cuando el paciente tiene alucinaciones. Qué hacer cuando el paciente hace una pregunta tras otra. Conducta sexual inapropiada. Delirio, vagabundeo. En todo eso se contiene, pero en sí al cuidador solamente del usuario como una demencia de eh, de cierta forma de alta complejidad o de un manejo más avanzado o rápidamente progresiva que le decimos nosotros.”</p> <p>“...Cuando a mí me sale el Zarit alterado ese cuidador se va con nuestra psicóloga para hacer propiamente, o sea posterior, derivado a salud mental de atención primaria, todo dependiendo la causa también de la sobrecarga ya.”</p> <p>“Y el cuidador lo más importante es que no pierda tiempo, porque también tenemos que pensar que el cuidador del 100% de todos los cuidadores de nuestro paciente, el 90% tienen un parentesco con el usuario. Ya, y al tener un parentesco con el usuario ya tienen que dejar de trabajar para poder cuidarlo, ya tienen que dejar a su familia, ya el otro 10% es pagado y es pagado a medias. Ya le pago un vecino, le pago a una nieta ya entonces además que también</p>

		<p>como cultura país no tenemos una cultura integrada de la protección a nuestros adultos mayores</p> <p>...porque también hay que pensar que ese cuidador cuando va al consultorio, cuando va al hospital O paga para que le vean a su usuario o lo deja solo. Entonces tenemos que ser un poquito más empáticos en ese sentido, ya facilitar el proceso y la rapidez de. Entonces, aparte que está sobrecargado, cierto.”</p>
--	--	---

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Selección de segmentos codificados para registro

Nivel de atención	SSMO	SSMSO
APS	<p>“Nosotros tenemos OMI y hay como un protocolo específico para las atenciones domiciliarias.</p> <p>“[sobre el llenado del REM] ...El rem si, llenamos REM.”</p> <p>[sobre dificultades en el registro] No, General no. Porque es un solo protocolo. Yo soy la única que llena el rem. Entonces no hay tanta confusión.”</p> <p>“Según yo sí, pero no lo veo yo. Lo ve Jefatura, lo ve la subdirectora con la encargada de ges parece. ... Pero ni idea. Más allá, no lo sé, solo sé que si vemos REM porque una vez al mes hay estadísticas por el rem.”</p> <p>“Tenemos un Excel en el programa de memoria con la lista de los pacientes. La última vez que los vimos, la lista de los pacientes derivados que aún necesitan atención, etcétera. Y eso es como para ordenarnos nosotros. Y registramos nosotros en Omi.”</p> <p>“... [sobre dificultades en el registro] Tenemos un geriatra en el consultorio que se salta todos los flujogramas de... El no deriva a nosotros, sino que él mismo les abre el diagnóstico y no le firma el GES y como que deja la escoba. ... Como que nos desordena un poquitito la cosa. Entonces hay pacientes con el diagnóstico de demencia abierto desde el 2010 por ejemplo, y que ahora los vamos a ver y no tienen nada. Entonces como que ahí hay que ... estamos</p>	<p>“Rayen, todo es vía rayen.”</p> <p>“Claro al menos las consultas y los controles de demencia son parte del programa de salud mental. Entonces está el formulario Control de Salud Mental, que en diagnósticos tiene demencia por Alzheimer y otros, y uno los tiene como ingreso, control o alta, etcétera.</p> <p>...Mira, no sé si. O sea, volvemos al hecho de como es operador dependiente. Efectivamente, como no... y lo mismo que está desordenado, como el CESFAM está desordenado, no existe un protocolo de inducción, entonces es como de boca a boca lo que uno les dice a los médicos que hacer. Y si bien los médicos nos... han pasado conmigo y les digo “mira, en salud mental tiene este formulario, en esto, esto, esto, esto”, no hay ninguna como guía donde ellos puedan decir oye “¿y que se hacía en cuál?” Entonces también tenemos que hacerlo. Pero, pero claro, ahora no, al menos en el protocolo de salud mental que estoy haciendo sale cada uno el formulario que hay que llenar y todo para que eso no pase, porque efectivamente se atiende y no se llena el formulario y no cae en el REM y así no, no cuenta ya.”</p> <p>“Claro, pero estamos bastante atrasados eso sí. Todavía no se hace todo el rescate de aquellos usuarios y usuarias dependientes severas que tienen demencia. O sea, tú, tú ves por ejemplo en el sistema en Rayen o por Iris, que</p>

	<p>constantemente haciendo un despeje. Cuando me encuentro a alguien en Morbi con un diagnóstico abierto lo anoto cachai, para ir viendo si es que es o no es, para ingresarlo o para descartarlo, etcétera. O médicos anteriores también, no necesariamente esta persona que de repente lo abren cuando no corresponde.</p> <p>... Nosotros deberíamos ser los únicos que firmamos ges. exámenes de laboratorio. Nosotros deberíamos ser los únicos que estemos firmando el GES, nadie más”</p>	<p>hay tres veces más diagnósticos de demencia Alzheimer y otras demencias que el GES. Entonces finalmente lo que paga el GES es lo que notificamos.”</p>
<p><b>Secundaria comunal</b></p>	<p>“Nosotros no estamos digamos vinculados a OMI ni nada que se parezca.</p> <p>...O sea, nosotros llevamos nuestro registro, tenemos nuestra ficha electrónica y todo lo demás, pero no estamos integrados a la red. Ya, ya estamos integrados, lo hemos pedido pero que no se puede por distintas razones, pero en algún minuto.</p> <p>... Bueno, estamos en la plataforma cierto de la municipalidad y ahí tenemos una carpeta ya donde nosotros ingresamos las fichas digitales, que o sea básicamente es una carpeta por usuario más muchos Word ya con registros de prestaciones”</p> <p>“[sobre el REM] No, nosotros completamos nuestro, nuestro Excel. Ya, ya. Y la Nuvi, que es la asistente administrativa ya, hace, digamos, el compilado, cierto... Y ella lo manda a COSAM y pasan a formar parte de las estadísticas de COSAM.”</p> <p>“A ver, las dificultades ya, con las que nos hemos topado ya, es que muchas de las prestaciones que hacemos no, no las considera el REM. Nosotros hacemos mucha gestión, mucha gestión. No estamos como, no se po, en COSAM o en APS cierto, en CESFAM. Que ellos tienen atención permanente. Ya. Nosotros estamos coordinando para allá, coordinando para acá. Que la reunión con los familiares, que la Consejería con los familiares, que la mediación con los familiares. Ya que el informe en mi caso, que el informe cierto social y de redes para la tramitación de la</p>	



	<p>discapacidad, que el informe para derivar a la no sé a cómo se llama a residencias, ya toda la gestión para derivar a residencia ya. Y mi REM, o sea, si tú lo miras solo considera informes para tribunales, que es lo que menos hago.”</p> <p>[sobre registro de prestaciones GES en SIGGES] “...me imagino que, si va a COSAM, ya, COSAM los registrará. Sí, porque nosotros no tenemos cómo hacerlo.”</p>	
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p>“En relación al registro que me estabas preguntando, claro, nosotros desde el inicio se tenían un registro clínico propio en la unidad que se imprimía en el fondo y se adjunta a la ficha de papel y es lo que tiene. El Salvador recién desde el 8 de noviembre está el registro clínico oficial del Hospital del Salvador, pero de todas maneras hay que seguir imprimiendo porque no todo el hospital todavía ha subido, se ha subido a esta nueva forma de registrar porque va por etapas, así que todavía están en etapa de implementación.</p> <p>...Y el registro clínico, como te decía, nosotros tenemos justamente un registro clínico que era con los programas, a que programa ingresaba, se ingresaban las actividades tanto las veces que se agendaba para control y también se agendaba, o sea, se registran las conclusiones de cada proceso, se registran las reuniones clínicas que siempre... los resúmenes y dar el paso al plan de intervención o tratamiento, los registros de las actividades para poder después derivarlos también a todos los inter consultores en el plan de seguimiento, también como para poder seguir agendado, rescatar pacientes que no habían venido hace más de seis meses o un año para poder saber si estaban activos o había que egresarlos, se registraban por ahí. Bueno, obviamente todos los egresos administrativos, por fallecimiento o rechazo de la atención entre los administrativos.”</p>	<p>“Las atenciones acá el sistema hospitalario que tenemos, que son los zorritos que decimos nosotros, que es un sistema unificado para todo el CRS y el hospital ya es todo unificado completamente. Eso sí que es muy lento, se cae a cada rato porque por el tema de los cables que se roban y donde estamos insertados en la comuna. Entonces con eso tenemos el sistema SIGGES también que nos ayuda a registrar todo lo que son esto, las garantías y los plazos. Y tenemos también Drive, o sea, tenemos correo de la unidad, tenemos Drive con los datos de los pacientes, o sea ahí yo aparte de registrarlo en su hoja de atención, en su registro diario, en su sistema acá, se registra en el SIGGES y se registra en, en la base de datos”.</p> <p>“Si el sistema vía el sistema VIAU el que nos conecta con Atención Primaria. Entonces ahí nosotros, por ejemplo, yo no puedo atender a un usuario que no esté inscrito en un CESFAM de la red, ya entonces al momento de meterse al VIAU, el VIAU nos muestra cómo de cierta forma, o sea nos muestra las atenciones de atención primaria por niveles de atención, atención primaria y nivel secundario. Entonces ellos pueden ver de APS y nosotros podemos ver de acá, de nivel secundario, de CRS.”</p> <p>“No tenemos administrativo, eso nos dificulta. Ya entonces con el problema de los registros nos pasa mucho que como, Se instauró el año 2019, muchos usuarios quedaron sin confirmación diagnóstica, sin ges o llegaron todos de una. Hay unos que no han</p>

		<p>tenido atenciones nunca y se les hizo la confirmación y nunca más llegaron al próximo control. ¿Cierto? Eso es como el tema, entonces la secretaria nos falta y es un cargo que si va en la unidad, ya nos falta porque nos gustaría. Por ejemplo, no sé hacer los rescates o por ejemplo, que hubiera una mejor coordinación para estos usuarios que están postrados y que puedan venir a su control.</p> <p>...Lo otro también de los registros, así como tener el sistema del hospital, ya, es muy malo, el sistema informático del hospital es malo. Con decirte que yo tengo que poner un Word, mi planilla en el Word, guardarlo, copiarlo, pegarlo, guardar y por favor revisar que no se borren ya. Y pensar que de ese sistema yo tengo que darle las indicaciones al paciente, entonces tiene que quedar registrado ahí. Pensar que también nosotros como enfermera registramos todo, todo, Todo "paciente me trato así, el paciente hizo esto y hizo esto otro." Aquí se registra todo, sobre todo en este tipo de poblaciones."</p>
--	--	--

Fuente: elaboración propia

Tabla 13. Selección de segmentos codificados para GES

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p>"El Plan Nacional venía con más recursos económicos ya. Entonces, obviamente eso facilita algunas cosas. Y con la implementación del GES. Creo que el cambio fue como en lo numérico. Siento que en el Plan Nacional venían las cosas un poco más establecidas, no se pos, tiempo protegido para hacer evaluaciones y algunas sugerencias de promoción. Emm... En cambio, el GES bueno, se limitan un poco los recursos económicos y está ...o cómo funciona acá, pensado para cumplir el GES po. Tenemos 60 días para hacer una evaluación, 60 días para dar un tratamiento. Entonces se ha enfocado en eso. Lo de promoción y prevención la verdad es que se ha dejado harto de lado porque no hay más recursos de horarios o de horas. Y se está apuntando lo que hay a las garantías."</p>	<p>"Bueno, eh, baja en primer lugar, que fue una conversación que también este año tuvimos con el gremio, que fueron 30 pesos per cápita por el GES de demencia, y la verdad es que eso no dio ni para capacitación, no dio ni para que nosotros contratáramos a personas más especializadas como terapeutas ocupacionales y el servicio de salud muy de a poco, fue como una pequeña pincelada que luego empezó a ofrecer capacitaciones autogestionadas que eran de la Unidad de Memoria del Sotero del Río y otros... Otros colaboradores del, del Padre Hurtado, pero o sea, ellos como servicio de salud, como nivel más centralizado de acá de la zona, ellos estuvieron bien conscientes de que no, no estaban las competencias para la demencia. De hecho, desde el primero de octubre de 2019 prácticamente no, no hubo notificaciones GES, por ejemplo."</p>

		<p>... También enviaron documentos oficiales, obviamente del ministerio que tenía que ver con la canasta básica, arsenal de Medicamentos de APS y lo que teníamos que tener especialidad. Y desde entonces nosotros no, no habíamos hecho, por ejemplo, en tema de compra de fármacos, no teníamos medicamentos de especialidad de demencia y algunos que teníamos estaban como erróneamente mal distribuidos en Atención Primaria. Ya, por ejemplo, la Trazodona, el donepecilo y el modafinilo, por ejemplo, nosotros no los teníamos. COSAM por ejemplo, no tenía acceso a ese arsenal, ya, entonces ha sido bien desordenado de la manera como nuestra comuna, como se han administrado, como se ha ejecutado el GES y se ha administrado también el mismo GES...</p> <p>... O sea, no, no es secreto que todavía esto no está como puesta en marcha 100% técnicamente, administrativamente, financieramente, o sea hoy en día podríamos tener, por ejemplo, yo creo, un montón de multas, o sea a que no se ha cumplido bien el GES de demencia en su implementación.”</p>
<b>Secundaria comunal</b>	<p>“El tema de los tiempos, el tema de los tiempos o sea esto lo digo a modo personal ya, a modo personal, ya, no necesariamente refiere la opinión de Kintún. Mira, yo siento que los tiempos ya porque el GES te obliga, cierto, a mantener ciertos tiempos ya, y la idea de Kintún siempre fue atención centrada en la persona y en la familia, y no todas las familias tienen los mismos tiempos ya. O sea, a nosotros nos pasa que de repente estoy egresando a la persona y recién en ese minuto. "A parece que mi mamá tiene algo" ya, entonces es como "oh ya mmmmm y ¿qué hago? Ya, ¿lo mantengo tres meses más? ¿Voy a alcanzar a hacer el trabajo los tres meses más? Que es posible ya por protocolo lo podemos hacer ya entonces. Complica un poco, cómo te digo, Por los tiempos. Pero generalmente se logra”</p>	<p>“Si mira, como es patologías GES ingresan por plataforma SIGGES, Ya, y es lo que es para tratamiento y confirmación diagnóstica ya... Así que de ahí lo ingresan, que como es GES lo ingresa el psiquiatra, ya... Muchas veces depende de lo que dice la interconsulta adelantamos la intervención para la psicoeducación, para manejo desajustes conductuales, porque no disponemos de tantas horas y no es inmediato... Tratamos de hacer en el mes más o menos, pero a veces por, por la descripción de la, de la interconsulta, tratamos de intervenir de manera psicosocial para dar ayuda”</p>
<b>Secundaria hospitalaria</b>	<p>“Bueno, se fue mejorando a contar de que también la demencia está dentro del ges, logramos recién el</p>	<p>“El paciente entra, esa interconsulta entra por aquí para la lista de espera y si ellos generan la</p>

	<p><i>año pasado Tener una casilla propia en que llegan todas las interconsultas directo a la Unidad de Memoria sin pasar por neurología”</i></p> <p><i>“Los fármacos. Por una parte, el que estuviese la disponibilidad de los anticolinesterásicos, en la atención de especialidad que se cumple, que se pueda contar con una canasta farmacológica tanto en atención de especialidad como en atención Primaria. Que se cuente por lo menos con, con plazos. También ordena un poco el sistema, nos aprieta también, pero también lo ordena. Que existan criterios de, de derivación también de tratamiento. Si bien son...pareciera, como te vuelvo a repetir, aparece ser GES, pero pareciera no ser una obligatoriedad porque todavía no se dispone de todos los profesionales de salud deseables en estas atenciones, en esta canasta, en los distintos dispositivos de salud. Nosotros como especialidad lo contamos, pero lo tenemos, pero no todos cuentan con ellos y hay una brecha muy importante.”</i></p>	<p><i>sospecha porque hay un sistema que nos tiene en red que es el sistema SIGGES. Ya, y esto es un SIGGES, incluso yo soy enfermera, mi contrato dice enfermera GES en demencia. Ya, entonces es un SIGGES, entonces si yo coloco la sospecha desde atención primaria y empieza a... A correr mis 180 días al momento de entregar la interconsulta hacia acá, ¿ya? Y eso a nosotros nos ayuda con el proceso del paciente, me ayuda para la confirmación, me ayuda para saber si le tengo que hacer el TAC de cerebro, si tengo que priorizarlo para que lo vean más rápido. Me ayuda para ver el tema de la neuropsicología. La neuropsicología son tres sesiones en semanas diferentes, o sea, ahí yo ya tengo un mes con neuropsicología, ya. Entonces eso es lo que es la primera, el tema de derivación, el paciente llega acá, si yo veo la sospecha, a mí me llega por una planilla GES actualizada todas las semanas, entonces yo veo, veo lo escrito en la interconsulta que paso por consultoría, que tiene todo, que habló con el doctor, le asigno un folio y que quiere decir eso es que yo lo paso por arriba de la lista de espera de neurología.”</i></p> <p><i>“una demencia de alta complejidad que tiene que quedarse con tratamiento acá le da control para tres meses más Y así seguimos, ya. ¿Porque tres meses? ¿Por qué? Porque, aunque la gente no vea mucho esto del GES, nosotros como personal de salud, el GES tiene oportunidades de canasta. Ya, entonces la canasta de nosotros como alta complejidad, nosotros tenemos que darle ese medicamento en tres oportunidades en el año, o sea en tres controles, tenemos que hacerle su ajuste de medicamento hasta su tratamiento permanente e indicación médica definitiva. Y ahí es cuando el paciente se tiene que dar de alta y es donde el plazo que nos pone el GES, que el paciente no puede estar más de dos años en la Unidad de Memoria”</i></p> <p><i>“De cierta forma el usuario no pone el reclamo acá en el hospital y</i></p>
--	---	--

		<p><i>tampoco lo ponen en el CESFAM porque es un GES, lo pone en Fonasa... Entonces esto del GES claro, también saber que este GES se tiró en un momento de aprobación de un gobierno políticamente, ya por eso igual también es de la dificultad de la norma, o sea, se hizo como tonta y ciega ya. Entonces también entender que la palabra GES hay mucha gente que no la ubica y no sabe qué es, pero según generaciones, como te digo yo, la gente se está informando porque ahora ya no tienen que pagar para ir a un ciber a que le digan la información o no lo tienen que ver en el diario, tienen un teléfono, que ese teléfono le dice todo ya, entonces la gente ya se está informando y ya está haciendo esos reclamos... Y exigencia con nosotros. y hay usuarios que han venido acá y me han dicho así como "a mi usuario nunca le han hecho un TAC de cerebro y esto dice ahí" ... El donepecilo. Hay veces que nosotros tenemos aquí, no tenemos donepecilo, no hay donepecilo, entonces llega la señora. Acá las cuidadoras o los caballeros me dicen "señorita, es que no está el donepecilo y este es un GES, por qué no me lo están dando si se supone que si usted lo notifica esa plata va para él", entonces es gente que ya se empieza a educar. Entonces esa son las dificultades que yo creo que van a empezar a surgir.</i></p>
--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Selección de segmentos codificados para falta de recursos

<b>Nivel de Atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>"No, siempre vamos atrasados y de hecho, antes la programación era cada dos meses o cada un mes y medio. También dependiendo de la severidad por lo que tocaba aproximadamente siete visitas, era como una visita más si uno calculaba por los tiempos. Y también estaba más atrasado que ahora."</i></p> <p><i>"Un solo día a la semana y es solo un médico del consultorio, Entonces igual son poquitas horas en realidad. Yo he visto que en general logramos cubrir bien</i></p>	<p><i>"Bueno, la realidad es que la canasta debería tener varios profesionales. Sí, pero no sé si la situación en el consultorio donde usted está sea similar a la nuestra, pero los profesionales están para prestaciones puntuales. Todavía no tenemos la canasta en cuanto a profesionales como exclusivamente para demencia. Entonces, claro, estamos planificándonos para este año ... como con cierto número de talleres por clasificación, los moderados con algo más</i></p>

<p>para el neo diagnóstico, para la sospecha, pero que igual tienen, son pacientes con muchas necesidades en salud, que necesitan derivación para hartos lugares, para otorrino, para oftalmólogo y que el manejo de los pacientes ya ingresados al programa de repente se va haciendo dificultoso porque hay pocas horas de control. Hay más de sospecha.”</p> <p>“Mucho sobre indicación de donepecilo y memantina por otros médicos. Emmmm que se lo tienen que comprar porque no la tenemos en APS. Se acaba a cada rato el stock en la farmacia comunal y en todas las otras farmacias sale super caro esos medicamentos, etc. ...No, no tenemos antidecenciales, no tenemos memantina ni donepecilo EM los dan. Ni siquiera estoy seguro si los dan en el Kintún. Pero en El Salvador sí los dan... ...Los antidecenciales, si es para que lo compren es lo peor. Yo lo dejo súper poco solo para demencias moderadas que no sean vasculares, en el fondo, que es para lo principal que tienen evidencia. Igual les digo que si es que no les da para comprarlo, filo porque no es un medicamento tan bacán tampoco, que lo único que hace es frenar un poco la cuestión. Entonces como que igual evitamos que se ilusionen con la cuestión. A veces les hace mal, no lo toleran, etcétera.”</p> <p>“Uf! Hay un flujograma más que protocolo, tenemos los fármacos GES y no GES, la idea de cuántas veces tenemos que verlos al año, pero igual es todo bien teórico, por ejemplo, como que hay que verlos seis veces al año. No, no se puede, no da ya. Entonces, en verdad no... Es como entre, si y no la respuesta a tu pregunta.”</p>	<p>específico, los Severos ya algo más, más íntimo en casa, más individualizado. Pero la realidad es que todavía no tenemos emm como profesionales ... Se quiere llegar a eso. Tenemos toda la... El deseo de lograrlo. Pero tenemos recursos súper limitados.”</p> <p>“Bueno, por lo menos yo tengo mi box individual. Hay algunos profesionales que en realidad tienen que rotar porque no contamos con el espacio físico para la totalidad de como de box por cada profesional. Entonces algunos rotan, pero no hay un espacio como del programa de demencia para eso, como alguna vez inicialmente se indicó un espacio físico para el programa PADI. No, no hay un espacio físico, es solo para demencia.”</p> <p>“La canasta que indica el GES la tengo entonces, bueno, no sé, los autos para visitar, capaz que a veces nos limita, pero porque todo el mundo necesita salir, unos a entregar medicamentos o tomar muestras, hay médicos que visitan. Es de ver todos los profesionales visitan entonces quizás que bueno, el auto también, pero un poquito.”</p> <p>“lo mínimo que era lo que te contaba de los exámenes, podemos acceder a ellos, a los medicamentos y que le vamos a hacer por ejemplo una agenda especial a estos pacientes que sospechamos demencia, porque la realidad es que para tomar muestras tenemos hora ya para marzo, abril. Entonces si dejáramos todo este tiempo pasar, no íbamos a cumplir ninguna garantía, ni íbamos a poder descartar ningún caso ni confirmar, porque la gente se pierde o se aburre de esperar. Y como que también eso llega al límite.”</p> <p>“Mira, a veces, siempre es muy delicado tocar las horas médicas, porque siempre se necesita horas de morbilidad y cardio para cumplir como requisitos, metas o porque hay mucha demanda de morbilidad. Entonces, a veces no</p>
--	--

		<p>es fácil poder coordinar, no sé a un paciente que... Que esté tan demenciado que no se puede desplazar al consultorio entonces gestionar una hora. Porque la realidad es que tenemos varios médicos que no están convalidados. Entonces claramente ellos no pueden...no sé...firmar el GES. Entonces si uno de estos médicos sospecha o por lo menos cree que tiene alguna alteración cognitiva, ahí en seguida tendría que solicitar con la coordinadora que vaya a otro médico que le den la agenda. Sí, porque tiene que ver muchas de estas otras patologías que es GES”</p> <p>“yo creo que tengo poca consulta de salud mental para el volumen de pacientes que hay. entonces, claro, sí, si el asistencialismo siempre está como medio presente en la morbilidad y ahí se escapa un poco. No sé, es complejo cómo intentar educar y satisfacer las necesidades. Pero bueno, justo insisto, esta cuestión estaba en pelota y recién se está armando como el comité de selección de la demanda para como tener bien lo que se va a entregar bien.”</p>
<b>Secundaria comunal</b>	<p>“Los baños no están adecuados para personas con problemas de movilidad. No se puede cambiar tampoco. Son muy pequeños los cubículos porque son los baños del centro del adulto mayor. Entonces, como para poder hacer cambios de pañales, ese tipo de cosas, entonces son personas que quedan fuera del centro diurno”</p> <p>“hay medicamentos que se supone que están en el GES pero que no están ni en COSAM ni, ni en CESFAM, menos en CESFAM. Ya, ya, como la memantina o el donepecilo, por ejemplo, por ejemplo.”</p>	
<b>Secundaria hospitalaria</b>		<p>“Y como equipo hemos consolidado, si hemos tenido algunos problemas de funcionamiento ya, porque uno cuando está en formación de una unidad, igual tiene que hacer otro tipo de labores más allá del ser enfermera. Exacto, porque está en formación, entonces no ha</p>

		<p>costado bastante, no han costado bastante también por los recursos que tiene el hospital aquí a nivel secundario.</p> <p>...Entonces tenemos muchas cosas que hacer, pero en sí hay muchas limitaciones, tanto de recursos, como de tiempo, de la misma norma técnica. Entonces eso como que nos frena un poco</p> <p>...la idea tener su equipo de memoria, pero todas estas cosas por infraestructura también que se nos ponen estas dificultades, por ejemplo, que sacamos con contratar más profesionales si no tenemos donde ponerlo.”</p> <p>“Ya eso es lo que todavía no podemos hacer por un tema de recursos, recurso de personal, recurso de infraestructura y porque sí ya ahora vienen pacientes con demencia desde APS ya, no tenemos que también hacer brechas o criterios para recibir estos pacientes de allá de hospitalización y urgencias. Entonces, incluso la Unidad de Memoria tiene que tener hasta un equipo de enlace, ya, enlace tanto con geriatría como con psiquiatría.”</p> <p>“los recursos que tiene cada municipalidad son muy acotados. Entonces tenemos un, por ejemplo, me pasaba mucho en un CESFAM que tenía a un coordinador de la Unidad de Memoria de allá, que era casi ya conducía el auto de los postrados. A ese nivel de recursos tienen entonces en sí no se puede avanzar mucho con eso. Como te digo, en un CESFAM en donde el médico era casi ya el chofer del programa de dependencia severa, aparte de ser del equipo de demencia y aparte de ser médico de morbilidad.”</p>
--	--	---

Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Selección de segmentos codificados por coordinación intradispositivo

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	“Lo vemos directamente porque en general es super bueno el ambiente entre pares del consultorio. Por ejemplo, en verdad yo soy médico de salud mental principalmente. Entonces como	“a ver yo creo que para asegurar la continuidad. Yo creo que estamos fallando un poco, quizá en el tamizaje y la sospecha. Quizá, si hubiese, así como se hacen, los EMPAM como, como a diario



	<p>que de repente lo veo yo mismo también, pero en otra hora, almuerzo con las psicólogas, entonces como que ahí nos presentamos los casos, nos mandamos correos, pero es como bien fácil en realidad, no cuesta conseguirnos una hora.”</p> <p>[sobre reuniones de equipo] “Poco, poco. Están siempre súper limitadas por la sobre demanda por el resto de, de prestaciones de otras cosas.”</p> <p>[en casos complejos] “Se conversa en la reunión del sector e... mandamos correos a todos lados cuando hay situaciones complejas y ahí en el fondo. A veces se termina conversando presencialmente el caso entre todos, que es raro y lo que suele pasar es que cada uno le hace la intervención por su cuenta. En realidad. Como que lo ve el kine y lo ve el asistente social y lo ve el psicólogo, pero cada uno por separado.”</p>	<p>efectivamente y es parte de las metas. Pero no, no tengo la seguridad de que todos los pacientes que tengan como al final Minimental alterado tengan como seguimiento formal desde el programa de demencia.”</p>
<b>Secundaria comunal</b>	<p>“Hecho eso [evaluación social inicial] ya, solicito... hago la coordinación interna para que se les agende una hora para la segunda parte de esta evaluación en donde interviene el terapeuta ocupacional para lo funcional, neuro psicóloga para lo cognitivo y alguno de los dos especialistas para lo médico. ...Se hace el plan ya y nosotros cada tres meses ya, o sea, nosotros tenemos reunión técnica todos los martes ya, y cada tres meses del proceso del usuario ya tiene una evaluación. Los primeros tres meses es solo por el gestor clínico y un control médico y nosotros presentamos al resto del equipo los avances de este plan de tratamiento, las dificultades que hemos tenido. Cierto, en el fondo se hace una discusión clínica del caso.”</p>	<p>“Antes de compartir los casos, también la presentación de casos y compartimos [las capacitaciones].</p> <p>[sobre quienes participan] ...Son internas con, con los equipos... Infantil y adultos...A todo el equipo médico... Sí bueno, sí, obviamente, por eso que interesante que sea con todos los funcionarios que tengan que ver con el caso también y otros que tienen otra mirada. Eso es un buen aporte.”</p>
<b>Secundaria hospitalaria</b>	<p>“reunión de ingreso en que se presenta este plan y se puede discutir acerca de la, de la intervención que se está planteando o del plan de evaluación. Se pueden agregar o quitar intervenciones o evaluaciones según también criterio del mismo médico tratante o bien del equipo.</p>	<p>“Por ejemplo, en las fonoaudiólogas tienen una unidad, tienen una unidad independiente porque se independizaron de neurología, entonces ahora es una unidad independiente que yo hablo con la jefa de fonoaudiólogas y ella me asigna una fonoaudióloga que es Pamela. Entonces Pamela Tiene horas aquí en Poli, entonces yo, el</p>

	<p>Se registran las reuniones clínicas que siempre... los resúmenes y dar el paso al plan de intervención o tratamiento, los registros de las actividades para poder después derivarlos también a todos los interconsultores en el plan de seguimiento.”</p>	<p>doctor me dice "¿Sabes que tengo un trastorno de deglución? Tengo una afasia ya. Necesito priorizar esta paciente". Yo vengo. Me salto la lista de espera de fonoaudiólogo y lo agendo como un trastorno de cierta forma de deglución por la Unidad de Memoria Y Pamela sabe que va a llegar este paciente. Tenemos una coordinación súper buena.”</p>
--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16. Selección de segmentos codificados sobre dispositivos identificados

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p>“Acá derivamos al CRS a la unidad de Psiquiatría, a todas las comorbilidades psiquiátricas.”</p> <p>“Y la verdad es que generalmente las urgencias se han tratado acá. Como en la urgencia de APS. Cuando ya se necesitan otros. Como otros exámenes. Otras prestaciones se hacen estas típicas derivaciones como asistidas que se mandan con un papelito de la urgencia de acá a la urgencia de allá.”</p> <p>“Yo he visto que en general logramos cubrir bien para el neo diagnóstico, para la sospecha, pero que igual tienen, son pacientes con muchas necesidades en salud, que necesitan derivación para hartos lugares, para otorrino, para oftalmólogo.”</p>	<p>“Tendríamos que ver esa figura de cuanta interconsulta hay de APS a COSAM, porque yo creo que no está esa claridad tampoco. Entonces yo creo que la confirmación diagnóstica como diagnóstico diferencial siempre va al Hospital Padre Hurtado y de ahí, dependiendo de... De esa resolución, algunos se derivan al COSAM.</p> <p>...Por ejemplo nosotros atendemos como estos casos en el COSAM obviamente cuando son severos y cuando tenemos problemas de adherencia al Hospital Padre Hurtado.”</p> <p>“Usuarios que no han sido atendidos correctamente en el hospital que cursan una demencia que entran por urgencia por ley de urgencia y que nosotros sabemos que por ejemplo no tienen las condiciones para estar en su casa, no tienen el cuidado, por ejemplo, casos de demencia descompensados que, que adultos mayores que de repente nos llegan para acá los familiares que se encerró, que no nos dejan entrar. Obviamente que hay altos niveles de agresividad y nosotros cuando logramos hacer un montón de gestiones para su hospitalización, en caso más grave, después el hospital los da de alta y vuelven a esa vulnerabilidad que finalmente la descompensación es, es mucho más.”</p>
<b>Secundaria comunal</b>	<p>“¿Cómo los derivan? en función de eso como te decía, la mayoría viene de la atención primaria, pero también recibimos algunas derivaciones del COSAM, derivaciones de la Unidad de Memoria y derivaciones del CCR,</p>	<p>“Cuando ya están postrados los devolvemos a APS y ahora a cuidados ya más paliativos y cosas así.</p> <p>...Y en algunos casos que tenemos, que tenemos, de hecho, con el hospital, que son casos bien</p>

	<p>del Centro Comunitario de Rehabilitación, ya, derivaciones del CRS ya en san Luis, ya, o de alguno de los departamentos municipales, pero cuando llegan ya yo las recibo.”</p>	<p>complejos y de pronto van a neurología, ya, demencia con cuerpos de Lewy, ahí estaba la cosa porque con imágenes.”</p>
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p>“Sí, también tenemos, podemos derivar si es requerido geriatra u otro urólogo. No sé, cualquier otro se puede derivar sin dar de alta. Puede ser derivado como derivaciones intermedias según las patologías o lo que requiere el paciente, y asimismo interconsulta al instituto, al INCA, al tórax o al INGER.</p> <p>... desde hospitalizados nos derivan interconsultas. Como te comentaba desde los policlínicos de ambulatorio de todo el hospital también llegan, pueden llegar de medicina en general y los que más llegan son de neurología General, psiquiatría, reumatología y Medicina y Medicina interna”</p> <p>“Si hay una comunicación y con la urgencia. La verdad que en general por el tipo de patología que nosotros tenemos no llega. Pero si nosotros podemos mandar a la urgencia por diversas características del paciente o que requieran la atención de un cuadro agudo, o bien también que nosotros necesitemos el apoyo de otros Inter consultores o también de hospitalizados generalmente cuando requieren las demencias de inicio temprano o o con una evolución rápida y se requieren un estudio de punción lumbar, imagenología rápida y esas se van a hospitalizado. Y si yo les hago el seguimiento de que generen ojalá luego la atención o si se pierden muchas veces. ¿Qué pasó que está demorando tanto esta hospitalización?”</p> <p>“Desde hospitalizados, también llegan. En general cuando están hospitalizado hay que esperar un tiempo porque pueden estar asociados a un síndrome confusional o alguna otra patología o cuadro, pero también llegan. va El médico a evaluar a hospitalizado y luego se contra deriva acá para ambulatoria y se completa el estudio. Hay algunos que sí son pertinentes y otros que en verdad a</p>	<p>“El otro flujo que deberíamos tener es desde el servicio de urgencia y hospitalizados, solamente recibimos usuarios que estén en controles que dentro de su, de su vida de atención cayeron hospitalizados y el neurólogo que lo vio en piso indica que tiene que tomar controles con su unidad o su neurólogo tratante lo antes posible. Ya, pero no tenemos ingreso ni desde la urgencia, ni desde hospitalizado, ni por hospitalización domiciliaria, ni nada de ese tipo de... Todo es desde atención primaria.”</p> <p>“Yo con geriatría tengo muchas buenas migas ya y tengo geriatras, pero muy poquitas horas pensando en que la demencia son muy pocas en geriatría, ya los pacientes vienen más por ajustes de medicamentos o por esquemas y todo lo demás. Y los geriatras son, son dioses en poder ordenar los fármacos de los pacientes y poder darle la mejor indicación en el tema del adulto mayor. Y reciben muy pocas demencias. Ya, pero con ellos hago una coordinación y con psiquiatría estoy dentro de una coordinación, que me asignen un psiquiatra que me vea estas demencias, que son pocas, no son muchas, no es algo que digamos.”</p> <p>“Entonces yo como lo voy a exponer a que venga a una farmacia que está colapsada, que traiga un paciente que no es necesario que venga para acá porque lo puede ver un médico de consultorio.”</p>

	<i>la primera consulta de neurología en hospitalizados se descarta la evaluación porque está asociado a otras patologías que determina, obviamente el médico”</i>	
--	---	--

Fuente: elaboración propia

Tabla 17. Selección de segmentos codificados por referencia-contrarreferencia

<b>Nivel de atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“Se utiliza el canal de SIDRA a través de las interconsultas, pero además yo mando un correo a la encargada de ella, que es una enfermera, Loreto, dándole la información del caso. Como “envío o ya se mandó interconsulta, bla, bla, bla.” Y está listo eh... Y hace poco empezaron a diferenciar el código de derivación entre neurología común, adulto y neurología específico hacia Unidad de Memoria. Eso fue un cambio que se hizo hace poco, porque antes iba todo a una lista en común y yo a través de los correos que le mandaba a Loreto, Loreto iba y rescataba esa interconsulta de la lista... Una vez que ellos le dan el alta, hay una contra derivación, con un informe, con un tratamiento...Igual, pero al revés, Loreto me lo manda a mí vía correo.”</i></p> <p><i>“Lo que pasaba es que en el OMI no teníamos un código para derivar por demencia. Derivábamos por... Cómo se llamaba, síndrome amnésico orgánico, que es otra cuestión, y que muchos médicos se maniaban con el diagnóstico, entonces no derivaban. Y ahora hace poquito se creó el código para demencia no especificada en el fondo. Pero igual está como recién cambiado eso. Porque para la digitadora era un tema. Siempre era show la interconsulta a Unidad de Memoria, pero ahora como que recién se está regularizando.”</i></p> <p><i>“para el Kintún igual es bakan, los ven rápido y los ven super bacán, nos mandan correo de cómo van, no piden cosas y todo, pero los ven por un tiempo definido. Si mal no recuerdo</i></p>	<p><i>“Los días miércoles, cuando el hospital el Padre Hurtado ofrece esta consultoría, son los centros quienes finalmente presentan sus casos. Ahí es donde es clave también el rol de los jefes de sector en decir mire, tengo este caso, se lo presentan al subdirector técnico o finalmente los mismos médicos, ya que participan en la consultoría y ojalá el usuario que venga con toda su batería de exámenes que son de canasta de atención primaria, obviamente para descartar cualquier otra patología metabólica, qué sé yo. Y ahí se presenta. Y ahí obviamente el doctor Jorge, que es el que está dando las capacitaciones. Como que... Como que acepta o no la interconsulta, digamos así, es la figura de esa consultoría y además es un tipo de consultoría. No es como que se nos pide que nosotros no derivamos directamente, sino que lo hagamos todo a través de esta consultoría, obviamente, porque ante la brecha que hay es mejor verlo en esa consultoría y ver si realmente requiere de esas prestaciones.”</i></p> <p><i>“En teoría, sí. En teoría, sí. Podría haber alguno que te digan “ya Mira, está como ordenado: manejo en APS y control una vez al año como un especialista. Una cosa así.”</i></p> <p><i>... [sobre los criterios de derivación] que estén en el protocolo para que ojalá todos los colegas lo puedan ver, porque sé que si no, si están en algún correo puesto entremedio, difícil que los rescaten cada vez.</i></p>

	<i>como un año y después nos lo devuelven."</i>	
<b>Secundaria Comunal</b>	<i>"Por correo. Ellos envían su correo, cierto, "derivamos a tal persona" Bueno, hay ciertos requerimientos de información que nosotros solicitamos ya y ellos ya lo tienen claro porque hemos tenido reuniones y cuando llega gente nueva ya, nos reunimos nuevamente, cierto. Y les comentamos o se mandan correo para informar qué es lo que se necesita. Ya. Hay información base para eso. Bueno, llega el correo, si es de APS, ya empezamos el proceso inmediatamente, si viene de otro dispositivo ya siempre se envía el correo a APS. "Mira llegó esta derivación de tal persona con Rut tanto ya ¿la tienen ustedes bajo control, les parece pertinente ya la derivación a Kintún?" Ya, y en función de eso seguimos el proceso. Son contra derivados también a través de correo electrónico."</i>	<i>"Generalmente las derivaciones conforme han pasado el tiempo, han estado mejores. Al inicio nos enviaban de los CESFAM los problemas de demencia, pero sin abrir, abrir el caso ges, entonces ahí era nuestro diálogo y ahí tuvimos que aprender ya como red de cómo deberíamos funcionar."</i>
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<i>"Tenían que mandar un email para yo poder rescatarlos de la lista de espera. Y a contar de... Bueno, se fue mejorando a contar de que también la demencia está dentro del GES, logramos recién el año pasado Tener una casilla propia en que llegan todas las interconsultas directo a la Unidad de Memoria sin pasar por neurología, porque eso obviamente aumentaba los tiempos de espera. Entonces actualmente llegan a la casilla de Unidad de Memoria y tienen una espera de a lo mejor un mes en la primera atención, un mes y medio."</i>  <i>"También reviso que lo que sea pertinente, o sea, si están derivando una ... por demencia a un paciente que no ha sido visto como por un accidente vascular o un TEC o un síndrome confusional, la llamada y contra referencia es al tiro. O sea, "oye, me parece que esta interconsulta debiese ir a otro lado por el bien de la persona que esta interconsulta debe ser atendida en el servicio de urgencia"."</i>	<i>"Lo que nosotros hacemos es facilitamos el cómo derivar al paciente acá. ¿Entonces, cómo lo facilitamos? Por medio de criterios diagnósticos que están descritos, que los médicos de APS los tienen todos y aparte de presentación en consultoría, porque de ahí podemos sacar otro tipo de retroalimentación."</i>  <i>"El tema de derivación, el paciente llega acá, si yo veo la sospecha, a mí me llega por una planilla GES actualizada todas las semanas, entonces yo veo, veo lo escrito en la interconsulta que paso por consultoría, que tiene todo, que hablo con el doctor, le asigno un folio y que quiere decir eso es que yo lo paso por arriba de la lista de espera de neurología."</i>  <i>"Si él dice y dice que esta patología, por ejemplo, es una patología que prácticamente lo, el Plan de Cuidados Integrales se puede realizar en Atención primaria y su canasta de medicamento y tratamiento puede retirarlo en atención primaria y no necesita más control acá con neurología. Él lo da de alta ingreso y al alta ya. Y todo esto se coordina conmigo"</i>

	<p><i>“Como te mencionaba antes, solamente la contra referencia se está haciendo desde hace poco tiempo acá. Por tanto, siempre se asocia a un informe de alta que se envía directo al médico gestor de la red de Atención Primaria, contando justamente un resumen de todas las evaluaciones, intervenciones del diagnóstico y las sugerencias de tratamiento.”</i></p>	<p><i>para yo poder de cierta forma derivar todas estas indicaciones al equipo de memoria de APS correspondiente del usuario ya.”</i></p>
--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18. Selección de segmentos codificados relativos a las consultorías

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“Y funcionan un poco a demanda, pero son establecidas dos al año. Pero si, por ejemplo, nosotros solicitamos más, hacemos más. Siempre se plantea el caso de algún usuario que tengamos dudas, pero que o no es perfil para derivar o que creemos que sí se puede resolver acá en APS...ahí se plantea el caso con todos los antecedentes, todo habido y por haber. Y como el problema específico y ahí ellos van comentando su visión, que darían ellos. A veces incluso nos dicen "saben qué Ya hay que derivarlo", no se po ahí se resuelven.”</i></p> <p><i>“Yo creo que reforzaría y mejoraría las consultorías. Creo que es una instancia que se le puede sacar más provecho aún de lo que tienen, que son muy útiles y como forma también de coordinación, como de los diferentes equipos.”</i></p>	<p><i>“Los días miércoles se hacen consultorías con el doctor ... en la actualidad y ahí se presentan como casos clínicos. Entonces uno dice "mire doc tengo tal paciente tal cosa, está es mi sospecha, hice esto respondió parcial. Entonces no sé, creo que no es Alzheimer y es como no sé, fronto temporal, cuerpos de Lewy, alguna otra cosa que es para nivel secundario" y él te va a decir "bueno, me parece adecuado" ahí obviamente entre medio preguntas que al final le importan a él para hacer el diferencial y si le parece adecuado te lo te los recibe, um... en teoría es como un pre filtro de, de las interconsultas, por el hecho de que más allá de que tengan que cumplir como los requisitos administrativos de que estén bien hechas al hospital como que se yo, datos del paciente, etcétera, es que sean atinentes y que efectivamente sea de nivel secundario y eso lo ven ellos mismos y te dicen sí, efectivamente este paciente tienes que enviármelo o tienes que manejarlo tú allá.”</i></p> <p><i>“...Bueno, por ejemplo, si se tratara de un paciente que ya está diagnosticado, no es una limitante de pronto como para no presentarlo a un paciente que se esté deteriorando un poco más y no responda al manejo sintomático que hayamos indicado nosotros acá, lo podemos presentar. siempre el conducto va a ser presentar a través de la consultoría ya, y allí se indica el</i></p>

		<i>pase o se genera una recomendación. Mira, te recomiendo hacer este manejo, de esta manera suspéndele esto, cámbiale esto o sabes que yo creo que está pasando algo más, lo vamos a ver acá”, ese es el conducto.”</i>
<b>Secundaria Comunal</b>	<i>“Consultoría con los médicos fundamentalmente...son a solicitud, son a solicitud porque también lo hace la Unidad de Memoria.”</i>	
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<i>“no, pero se está realizando otra cosa también. Lo que pasa es que antes se realizaba como casi un puerta a puerta de la capacitación y las consultorías. Después se abrió una agenda de telemedicina que está disponible un día a la semana, una tarde, que son tres horas para que los distintos servicios puedan, los distintos centros de salud de atención primaria o COSAM puedan, puedan solicitarnos agendar y evaluar Paciente, tanto asincrónico, asincrónico como sincrónico.”</i>	<i>“Antes no me presentaban casos porque había mucha desorientación en el tema, ya entonces daba miedo presentar casos, daba miedo. Entonces de repente veíamos consultorías que estaban pucha estaban vacías, vacía. Entonces dijimos ya saben qué vamos a hacer consultoría por medio, miércoles por medio, una consultoría de casos, tratar de casos y consultorías educativas. Entonces empezamos así y esta consultoría se empezaron a llenar las de casos. Claro, había, había más criterios que estaban llenos, pero habían dudas más específicas. Entonces empezaron a llenar estas consultorías”</i>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 19. Selección de segmentos codificados para capacitaciones

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“Sí, mira, la verdad es que a mí y a la médico que empezó conmigo, tuvimos muchas capacitaciones el primer año ya. Después no llegaron y las capacitaciones en realidad han sido, como entre comillas autogestionadas, entre el mismo equipo y también con los dispositivos, con Kintún y la Unidad de Memoria. Nosotros, por ejemplo, hacemos consultoría todos los años y ahí aprovechamos unos 20 minutos y aprovechamos para tocar algún tema que requiera como orientación.”</i></p> <p><i>“Oh. No, no, a mí me hicieron la inducción cuando empecé con el programa, la médica que estaba antes. Más allá de eso no. Auto estudio.... Hubo un curso que estaban ofreciendo hace poco, pagado en...Particular en el fondo, que era sobre demencia. Ah, estaba caro, por lo que recuerdo.”</i></p>	<p><i>“El año pasado hubo un ciclo de capacitación en demencia que lo hizo Contreras y claro, fueron varios meses que eran una vez al mes clases como de no sé, dos horas donde se explicaba como un tema en particular de demencia, de no sé po, sospecha, abordaje, diferenciales, tratamiento y cosas así. Y el tema está en que el volumen quizás de médicos capacitados fue escaso. Pero uno entiende que bloquearle a todos los médicos una hora igual es como complicado una vez al mes, aparte ya de los bloqueos propios, entonces fueron dos del consultorio, que fui yo. ...eran fantásticas, de hecho, a mí como que después de eso yo dije ah, buena, creo que ahora lo entiendo todo. Quizá también no sea una de las mejores patologías abordadas como en el pregrado.”</i></p> <p><i>“En verdad sí ha sido súper provechoso porque aparte ha sido</i></p>

	<p>...Sí, como que se asume que es manejo de médico general, no más.”</p>	<p>full educativo. Entonces sí, quizás estábamos alejados del tema porque no sé, porque no lo veíamos tanto o lo estábamos obviando como que ahora estamos al día, por lo menos con el conocimiento.</p> <p>...Yo les hice una capacitación a mis colegas acerca de recordar un poco acerca de la demencia, de sus diagnósticos diferenciales, los test con los cuales podíamos orientar el diagnóstico, los exámenes, bueno, todo lo referente.”</p>
<p><b>Secundaria comunal</b></p>	<p>“Se hacen capacitaciones, se hace. Bueno, igual el equipo que está lleva harto tiempo, entonces ya como que no hay, no hay mucho nuevo bajo el sol ya, pero siempre se está en permanente contacto y cuando ellos requieren”</p>	<p>“Si, del servicio hemos tenido, de hecho, hice una última en la USACH y bastante bien buena y bueno, lo ideal es que siempre sean presenciales porque uno... La experiencia entre todos sirve, pero, pero bueno, ha sido online muy buena, la de la USACH la encontré muy buena. Si del servicio no...Sí, ha entregado capacitación GES también, todo ha servido, todo ha servido y lo otro es lo que uno busca por ...de manera propia, por muto propio, como en colegas, que si bien no es tan en, en ciclo que si se han capacitado en demencia, por ejemplo tienen diplomados de demencia, así que pero si hay.”</p> <p>“Tal vez yo creo que una cosa importante...que se pueda sensibilizar a todos los o todo el personal de los distintos dispositivos de salud en general, Yo creo que eso a lo mejor, eso podría ser algo importante... un poco más de cariño a esa persona que en realidad está perdiendo la identidad, si es una cosa muy fuerte, porque no sabe de un día para otro quién eres o a ratos se te pierde donde estas tú, entonces es un impacto para uno, tal vez sensibilizar al equipo de trabajo yo diría desde el auxiliar de aseo de ahí para arriba, pues no tendría por qué saber tampoco o sea uno supone que si porque trabaja en el área salud qué sé yo y la gente de SOME.”</p>
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p>“Sí. O sea, se han realizado, se ha realizado continua capacitación con más énfasis antes si de la pandemia. Que eran presenciales...Si servían bastante para la coordinación y en un inicio sirvió mucho para los criterios de derivación, tanto para darlos a</p>	<p>“¿Entonces qué hicimos nosotros? ¿Dijimos saben qué? Vamos a tomarnos de consultoría, como en la consultoría están entrando todos ya, porque al principio la consultoría era de manera libre, o sea era que presenten sus casos, pero escuchen los demás médicos</p>



	<p>conocer como tomar también conocimiento de las necesidades de atención primaria, COSAM y poder llegar a una, a un criterio de derivación más, más claro y pertinente. Y también hemos ido haciéndolo partícipes a ellos y de lo que pudiesen comentar, darnos a conocer. Y también nosotros también de la difusión de esto para mejorar la calidad y la pertinencia de la interconsulta.”</p> <p>“Ahora se está canalizando de otra manera la capacitación que se está realizando a través del servicio de salud ya no solo como Unidad de Memoria, sino que a través del servicio es algo, algo mucho más formal de nuevo y que tiene que salir este año. Estuvo en organización el año pasado y ahora tiene que salir una capacitación para toda la red, con clases y con todo un programa mucho más estructurado. ...Si bien la Unidad de Memoria hizo alguna capacitación de inicio y como a mitad de proceso con el servicio, pero fueron más aisladas y como de un día, una súper capacitación como ya todo el día, una jornada. Ahora va a ser obviamente online, como... Cómo se está usando ahora en verdad, con muchos módulos en relación a distintos, a los distintos profesionales de salud y también a las distintas intervenciones que se realizan.”</p>	<p>para que no cometan esta misma falencia, espacio liberado. Entonces dijimos ya saben qué, vamos a empezar a hacer consultoría los mismos miércoles, pero vamos a hacer consultorías por medio, porque nos estamos dando cuenta también que no presentaban tantos casos, porque... No presentaban tanto caso, porque hoy día yo te podría decir en la actualidad no me presentan caso porque ya está claro, ya. Entonces empezamos a hacerlo así y esta educación iba desde la parte, desde esto mismo que estamos conversando, que, desde el ingreso del usuario en la parte de gestión administrativa, hasta definir los tipos de demencia y las evaluaciones neuro cognitivas, ya o sea Tabita igual entraba dentro de esta educación y los educaba en cómo hacer un moca, en cómo hacer bien un Mini mental, en cuanto a derivar en otras baterías también. Entonces empezamos así y esta consultoría se empezaron a llenar más de casos. ... Íbamos por parte, por ejemplo, demencia tipo Alzheimer, un miércoles, demencia temporal, otro miércoles, criterios, diagnóstico y así hemos ido incorporando esto. Este año nos gustaría mucho ya incorporar las capacitaciones presenciales. Nos gustaría mucho.”</p>
--	--	--

Fuente: elaboración propia.

Tabla 20. Selección de segmentos codificados referentes a gestores de caso

Nivel	SSMO	SSMSO
<p><b>APS</b></p>	<p>“La terapeuta. Ella se hace cargo de hacer el seguimiento a los pacientes principalmente y si es necesario yo los reevalúo, así como SOS ... [respecto a horas de gestión] Ella tiene probablemente, ya probablemente ella tiene y yo no, porque tengo mis horas de, de médico gestor aparte.”</p> <p>“Como te decía yo antes era como gestora ahí siempre, pero ahora como están las enfermeras también son gestoras. De hecho, ellas deberían ser gestoras, pero como esta responsabilidad siempre fue de las terapeutas y</p>	<p>“No tenemos encargado de demencia, debería ser el mismo encargado de salud mental con los jefes de sector. O sea, ahí según el modelo de salud familiar. Los jefes de sector deberían tener identificada su población. Deberían de distribuir los casos. Y esto opera Prácticamente como lo mismo que cardiovascular.”</p> <p>“No, no tenemos, no tenemos porque no debería ser así. O sea, yo, yo. Si tú me preguntas a mí, yo creo que cada jefe de sector debería, debería, o sea, según el modelo también de la salud mental, ellos son los encargados</p>

	<p><i>había hartado desconocimiento de lo que nosotras hacíamos de la red en general. Y nosotras tenemos súper buena comunicación con estos dispositivos.”</i></p> <p><i>“existen los médicos gestores, que en el fondo es un médico que ve muchas cosas en atención primaria, que tienen que revisar como dentro de sus funciones la recepción y la derivación de la interconsulta, me imagino que dentro de muchas otras funciones más, esa es la que yo sé, porque es la que me afecta. Claro, lo demás no lo sé. Sé que el encargado de derivar, de recibir y derivar todos los pacientes que llegan de la red y van a la red de especialidad”</i></p>	<p><i>de integrar la salud mental más que tener encargados, porque ahí uno está, no está como actuando conforme al modelo de salud familiar.”</i></p> <p><i>“Y bueno, con el médico contralor también. El gestiona muchas cosas más, refiriéndome a lo distinto de demencia.”</i></p> <p><i>“Pero se viene también un rediseño de lo que es salud mental y que tiene que ver con que contratemos también enfermeras, eh... Y verlo más desde la gestión del cuidado, ¿ya?”</i></p>
<b>Secundaria comunal</b>	<p><i>“Acá no hay un gestor para todo el centro, sino que cada uno de los profesionales no médicos, a excepción de la neuro psicóloga, ya e incluyendo la directora, ya tenemos nuestros casos a cargo. Somos gestores clínicos de una cantidad de casos. ...y la cantidad de casos va a depender de las horas que tenemos, cierto, las horas laborales contratadas, de la carga de trabajo ya y de eso.”</i></p>	
<b>Secundaria hospitalaria</b>	<p><i>“ha sido bastante dinámica las funciones acá en la unidad, porque si bien el inicio era solamente la derivación a través de un informe sin mayor contacto con los interlocutores, finalmente se... Se ha ampliado a otro rol y seguimiento de los pacientes dentro de la unidad. Desde que ingresan hasta que egresa el paciente queda a cargo de la gestión de casos que la realizo yo o la realizaría cualquier otra enfermera acá en La unidad. Y es justamente el seguimiento desde que ingresa al programa diagnóstico o de tratamiento biopsicosocial y pasando por todas las intervenciones y teniendo un seguimiento para poder justamente hacer el proceso en el tiempo que establece el GES que son 180 días para diagnóstico y dos meses para tratamiento.”</i></p>	<p><i>“Soy enfermera gestora de la Unidad de Memoria. Ya, me encargo de los principales procesos de los pacientes con diagnóstico de demencia. ...Bueno, con respecto a mi experiencia en sí, yo lo que aquí hago es veo todo lo que es el flujo del proceso del paciente desde el momento de la sospecha hasta la confirmación diagnóstica diferenciada, porque eso es lo que nosotros hacemos acá ya nos ocupamos del diagnóstico diferencial de las demencias, que de cierta forma de los deterioros cognitivos que son de alta complejidad. Ya, entonces, bueno, mi experiencia sí aquí ha sido plenamente más que con el paciente, o sea, el paciente en sí, yo veo sus procesos más administrativos, ya... Y de que tenga una atención oportuna y... Pero mi interacción más es con el cuidador.”</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21. Selección de segmentos codificados como planes unificados.

Nivel	SSMO	SSMSO
<p><b>APS</b></p>	<p><i>“quizás la experiencia de acá de Peñalolén, porque creo que llevamos más años y tiempo en esto, es un poco mejor con la coordinación de equipos, pero estamos lejos de hacer un plan en común entre los diferentes dispositivos. Ya sí generamos ciertas prestaciones coordinadas, pero no se genera un plan en común.”</i></p>	<p><i>“Pero como te decía, nosotros estamos conscientes de que los psicosocial y la asistente social es súper importante para los casos de demencia, y el equipo de atención primaria de salud mental con el cuidador, o sea, si no tenemos un cuidador que está bien de su salud mental, que, que nosotros de cierta manera igual estamos como dando cuidados. Obviamente el éxito de, de la intervención que nosotros hagamos va a ser mucho mejor y eso el hospital también hemos hablado de eso y entonces me llama la atención que, que, que ellas de repente nos hagan esas indicaciones y me parece súper bien.”</i></p>
	<p><i>“Entonces nos contactamos con las terapeutas que están a cargo de los programas de memoria ya y que son las que nos derivan habitualmente y les vamos informando más o menos en que estamos. Generalmente si necesitamos algún apoyo desde APS, siempre nos estamos coordinando con ellas o si ellas necesitan algo de nosotros también. Siempre hay como un diálogo. Ya, y antes de que egrese la persona, cuando ya estamos finalizando su proceso nos queda poco, se informa ya a APS, ya "esta persona va a egresar más o menos en tal fecha" y cuando llegue del momento del egreso, cierto, se envía el correo electrónico informando o formalizando el egreso y va con el informe de egreso que nosotros realizamos acá, que es mucho más extenso que, digamos, el informe que se envía habitualmente desde cualquier servicio, pero es el que nosotros tenemos en ficha ya, más detallado, detallado y en el fondo es para que "Mira esto ya se hizo, resultó. Esto no resultó" entonces como para que ellos también puedan tener una idea y no empiecen de cero con la intervención"</i></p> <p><i>“Hemos tenido reuniones, por ejemplo, un caso reciente, una señora que vive sola, no tiene hijos, ya, fue hospitalizada, se cayó: fractura de cadera, ya,</i></p>	

	<p><i>hospitalizada en Hospital del Salvador. Fue operada, necesitaban la cama: El alta. ¿Qué hacemos, donde la derivamos? Hubo coordinación con las colegas ya, del Hospital del Salvador, ya, se vio la posibilidad de ingresarla a una residencia. Desde allá hicieron las gestiones, pero nosotros antes nos reunimos como, como comunidad, por así decirlo. Ya entonces se citó a la Defensoría, se citó al centro del adulto mayor, se citó a social, se citó a CESFAM también, ya, como para evaluar desde nuestra expertise, desde nuestros, digamos, nichos. Cierto. Que es lo que cada cual podría hacer y cómo coordinábamos nuestras acciones en beneficio de esta señora y de la... Las vecinas y la ahijada que eran las que estaban apoyando.”</i></p>	
	<p><i>“se registran las reuniones clínicas que siempre... los resúmenes y dar el paso al plan de intervención o tratamiento, los registros de las actividades para poder después derivarlos también a todos los Inter consultores en el plan de seguimiento.”</i></p>	<p><i>“Si él dice y dice que esta patología, por ejemplo, es una patología que prácticamente lo, el Plan de Cuidados Integrales se puede realizar en Atención primaria y su canasta de medicamento y tratamiento puede retirarlo en atención primaria y no necesita más control acá con neurología. Él lo da de alta ingreso y al alta ya. Y todo esto se coordina conmigo para yo poder de cierta forma derivar todas estas indicaciones al equipo de memoria de APS correspondiente del usuario ya.”</i></p> <p><i>“No sé, por eso quiero hacer entrevistas este año, porque no sé el plan de manejo integral. ¿A qué se basan ellos también? Cómo lo ven ellos, por ejemplo, la forma en cómo lo ven ellos. No sé si solamente se entrega el medicamento o ellos ¿están haciendo reales talleres con los cuidadores? De estos cinco pacientes con demencia que les derive en un mes, por ejemplo, que pertenecen a sus CESFAM ¿están derivando a Fonoaudióloga?, ¿están derivando a CCR?, ¿hay horas de psicólogo de salud mental para estos pacientes y sus cuidadores? Entonces eso es lo que falta. Yo creo que eso tampoco se me ha dado. Tampoco me lo han dicho.”</i></p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 22. Selección de segmentos codificados como otras estrategias

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“Antes hacíamos reuniones, reuniones con todos los dispositivos de la red e incluso un año hicimos un evento para el día del Alzheimer, pero por pandemia después se suspendieron.”</i></p> <p><i>“Correo, básicamente correo para el Kintún y correo para El Salvador. Celular no mucho.”</i></p> <p><i>“Y a veces llegan los mismos familiares con los papeles que les pasan también.”</i></p>	<p><i>“Primero es las reuniones que hemos tenido, que hemos solicitado al hospital. Yo creo que, yo creo que eso ha ido mejorando, porque evidentemente necesitamos ese apoyo para trabajar con demencia”</i></p> <p><i>“Tenemos una buena vía de comunicación a través de correo con la enfermera del programa del hospital, como que nos comunicamos por allí. A veces ella no lo sé, como te decía al inicio, si ellos pesquisaron un paciente que consultó por otra patología y se dieron cuenta que estaba como, no sé, con alguna falla o alguna queja subjetiva, ellos nos hacían como saber a nosotros a través de un correo nos indicaban que manejo, habían hecho ellos y lo mandaban como para nosotros, como hacer el GES y todo esto y ponerlo bajo control.”</i></p> <p><i>“también hemos solicitado como, como apoyo a otras organizaciones, por ejemplo, a través de lo que se hace en el CESFAM San Rafael. Nosotros. Yo cité, convoqué a la reunión que vamos a tener ahora a fin de mes de salud mental comunal, a Carla, que es la terapeuta ocupacional que tiene San Rafael y que nos comparte la buena práctica de lo que han hecho, como, como CESFAM. Porque mi idea es que se pueda replicar, claro, partiendo por el rescate y toda la gestión que se ha hecho, tanto como por las gestiones comunitarias, que recuerdo las actividades que se hicieron también en el auditorio de la DIDECO que fueron apoyadas por la Universidad de Chile también. Entonces nuestra idea es que Carla presente todo lo que se ha hecho, como desde lo administrativo hasta lo comunitario, para yo poder replicarlo y finalmente de aquí emane como. Como un... Como una instrucción.”</i></p>
<b>Secundaria comunal</b>	<p><i>“Yo creo que lo principal es conocer al que está detrás de la línea telefónica ya y del correo electrónico ya, ver caras, conocer a las personas y que nos</i></p>	<p><i>“es bien directo con las trabajadoras sociales y a veces llega un correo, incluso desde la informalidad del WhatsApp para</i></p>

	<p>conozcan, ya. Ahora lo hacemos menos, pero antes nosotros íbamos, nos presentábamos o solicitábamos una reunión para presentarnos.</p> <p>...ha venido el director o los distintos directores que darían el servicio. Antes teníamos reuniones con la Unidad Memoria”</p> <p>“La coordinación externa. o sea, con APS ya, es una llamada telefónica. "Hola. ¿Cómo estás? Mira, en este caso, hemos avanzado en esto. Vamos a hacer tal cosa. Y tenemos como fecha. ¿Cierto? Tal fecha para egreso. Ya, ya. Así que más o menos en esa fecha te voy a estar mandando el informe ya y el correo de formalización".”</p>	<p>levantar ciertos casos ya... Lo, lo oficial siempre se da por correo”</p>
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p>“Hace mucho tiempo que no nos reunimos directamente con Atención Primaria. Antes sí teníamos reuniones mensuales para el programa de memoria de Peñalolén y con los otros las veces que se necesitaba. En general teníamos una buena comunicación, pero ahora en pandemia. post Pandemia, así como... género como un quiebre, pero no así la derivación.”</p> <p>“Cualquier comunicación con atención primaria lo tengo que realizar a través de mails. Ahora todo es por mail.”</p> <p>“...pero desde la consultoría propia como antes se agendaban, se realizaban no, se ha perdido un poco, pero también porque se ha canalizado más a través de los mails.”</p> <p>“Entonces al paciente se le entrega también un informe de alta para que lo presente en Atención Primaria y pueda darles continuidad a las indicaciones de la unidad.”</p>	<p>“se le hace los bloqueos pertinentes y todas esas cosas de acuerdo a las reuniones, porque igual tenemos muchas reuniones. Muchas, muchas reuniones.”</p> <p>“Esa reunión la habían dejado una vez al mes, el primer jueves de cada mes. Ya, pero hasta el momento, por temas de vacaciones esas cosas no se han hecho ya, pero siempre esas reuniones es como entrar en pelea.”</p> <p>“Por vía correo institucional, ya por vía correo institucional, con la indicación de, del médico y aparte el médico lo deja registrado para que ellos lo confirmen en el sistema VIAU, ya o sea parte de mi correo. Ellos, ellos van con... Cómo se llama esto, va con esa indicación en la hoja del paciente más encima, porque yo les envío el correo para que sepan que el paciente se va a aparecer por allá a pedir su medicamento y ustedes a lo mejor puedan adelantar un poquito de pega y tenerlo ya agendado, ya lista su receta y el paciente solo retire ya”</p> <p>“Incluso yo tengo derivaciones, por ejemplo, que son igual que interconsultas, ya que yo hago estas derivaciones que son de enfermería, por ejemplo.”</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23. Selección de segmentos codificados como trabajo intersectorial

Nivel	SSMO	SSMSO
-------	------	-------

<p><b>APS</b></p>	<p><i>“Con el Inter sector. La verdad es que coordinación... Bueno, como te decía, también se ha perdido harto todo lo que no tenga que ver con la prestación de evaluación ni tratamiento. Em y yo acá, que es como lo que te decía antes, igual un poco por voluntades, eh. Tengo coordinación con talleres como de participación social de la Municipalidad, pero más allá de eso, no”</i></p> <p><i>“[subsídios] Eso se gestiona con la Municipalidad a través de la asistente social, que ellas sí tienen una conexión más directa.”</i></p> <p><i>“[temas económicos] En general, yo no me involucro mucho en ese tema. Porque en primer lugar no cacho bien cómo es. En segundo lugar, me conflictúa. Entonces yo me limito a mi labor como médico tratante de memoria de ver si es que tiene, si es que no tiene y si tiene cuál es la limitación funcional como para el informe biomédico funcional de discapacidad en el fondo de la COMPIN. ...Me ha tocado llenarlo una o dos veces. Y pongo la verdad no más. Demencia leve, demencia moderada, con limitación en esto, si en esto otro, maneja plata, no maneja plata y el resto lo ve asistente social sinceramente. Como sí es que es necesario cualquier cosa, porque yo no cacho.”</i></p> <p><i>[institucionalización] “En general lo manejan los mismos pacientes, es decisión de ellos, decisión de la familia. Nosotros no les sugerimos nada a menos que sea como muy evidente el caso.”</i></p>	<p><i>“Y ahí es donde los sociales empiezan como a gestionar no sé pos, recursos con la municipalidad o cosas de ese estilo, como dentro del contexto del paciente antes que el paciente en sí.”</i></p> <p><i>“Por ejemplo, está todo lo que es DIDECO, que está la OPEDAM, la Oficina de Protección de Derechos del Adulto Mayor, está la DIPEMA, que es Dirección de Personas Mayores y está los centros diurnos. Entonces, por ejemplo, tenemos que algunas personas que dependencia, con dependencia severa, que tienen diagnóstico de demencia Alzheimer, por ejemplo, ellas tienen que tener sus pañales, digamos, su catre clínico, su colchón antiescaras. Eso notablemente mejora su calidad de vida mientras cursan la enfermedad. ...Y en algunos casos hemos tenido coordinaciones netamente psicosociales con el hospital, ya que ellos finalmente nos piden apoyo o por ejemplo en casos que a mí me ha tocado, como apoyar el tema de las internaciones involuntarias ya, más en internación administrativa.”</i></p> <p><i>“Mira, nosotros a veces cuando tenemos esos casos hacemos mesas técnicas de casos donde nos juntamos con DIPEMA, OPDAM, que finalmente queremos como, como primero dar la continuidad de cuidados y en segundo lugar poder obviamente ver si puede ser a través de cupos de Fonasa a la Fundación Las Rosas o por ELEAM. Generalmente son ELEAM porque son adultos mayores que están más bien en situación de vulneración de derechos, de abandono. Se convoca en función de casos. Ya. Sí, porque son justamente para tratar de resolver lo más rápido posible en un caso que está muy mal. Y generalmente las personas mayores que han tenido descompensación con demencia o relacionado con la demencia, son personas que están en situación de vulneración de derechos, abandono, temáticas de VIF, también alcohol y drogas. Como que todo eso se cruza ahí y</i></p>
-------------------	---	--

		<p><i>obviamente tratamos de, de proteger y de restituir lo que más podamos. Ahora las ELEAM igual son un tema, porque que tiene que estar compensado, que entonces para nosotros es justamente lo que nos cuesta a veces es compensar. Y la Fundación Las Rosas, que son a través de cupos de Fonasa, que también tiene el criterio de uno de los criterios de.. De que tiene de exclusión, o sea, es que la persona tiene que tener voluntariedad de estar ahí y eso nos cuesta mucho institucionalizar a una persona con demencia que obviamente sabemos que, que el juicio realidad está bastante perdido, que no quiere obviamente, y es ahí donde nosotros a veces llegamos un poco tarde, ya tiene que ver con, con eso y las elevamos obviamente netamente por protección de derechos y eso se demora, pero funciona.”</i></p> <p><i>“Tienen comorbilidades tanto metabólicas como por ejemplo acumulación de cosas. Tenemos adultos mayores que me acuerdo que antes de la pandemia con DIPEMA íbamos a hacer un catastro por ejemplo de personas mayores que tenían acumulación y nosotros íbamos a evaluar si además tenían una evidencia de base. Bueno, la mayoría de esos casos que son altamente como demandados por la comunidad, ósea son problemas comunitarios.”</i></p>
<p><b>Secundaria comunal</b></p>	<p><i>“Ya. Con social, ya generalmente para solicitar beneficios, las cajas de mercadería, los pañales fundamentalmente. Ya. También hay un programa acá que te ayuda con el tema de los arreglos en vivienda. Entonces también muchas veces con ellos para no se po, están los cables del alumbrado al aire ya, no sé, se les está cayendo la casa con la humedad. A ver qué es lo que se puede hacer.”</i></p> <p><i>“Siempre. Pero frente a necesidad, Ya, siempre. Pero en función de cada, de, de cada usuario, por ejemplo, ya con quien nos vinculamos frecuentemente es con la Defensoría del Adulto Mayor. Ya, por los temas de interdicción,</i></p>	<p><i>“Sin embargo, a fin de este año que pasó desaparecieron apoyos sociales, entonces nos quedamos sin coordinar pañales, sin coordinar los casos de ..de ..de violencia que teníamos. Existía una OPDAM, existía una oficina de discapacidad, me parece que creo que hay ahora una sola persona, como que se nos hizo crítico y todavía no se ha ordenado eso, pero antes estaba muy bien establecida. Sabíamos a quién pedir los pañales, coordinar, que también hace APS, ya los casos de OPDAM eran importantísimos porque ellos nos apoyaban con los abogados, ya, para incluso las internaciones en los ELEAM. Las postulaciones digo, porque la verdad el poder internar es un tema, pero por lo</i></p>



<p>ya. Eventualmente por alguna situación de sospecha de maltrato”</p> <p>“También se ha trabajado en generar una conciencia más, más comunitaria del tema. Ya, Peñalolén está con un trabajo de habilitarse como comunidad amigable con las personas mayores y nosotros, que aprovechamos cualquier ocasión, hemos metido la patita ahí para que también sea con personas con demencia, ya. Estamos trabajando con servicios comunitarios, ya, para poder sensibilizar también y formar gente, estos, estos gestores comunitarios cierto, que puedan pesquisar vecinos con demencia, que sepan dónde acudir, donde hacer las derivaciones, a quién informar, cómo apoyar. Ya, bueno, se hace este tema de la conmemoración del Día Internacional de la Demencia. Se han hecho distintas cosas, incluso una performance que copiamos de unos españoles, no eran argentinos, ya de pararte en un lugar y "Hola ¿cómo estay? No sé qué" y la persona te mira, "pero como no te acuerdas de mí. no sé qué" y después el papelito "así siente una persona con demencia".”</p> <p>“Yo creo que el trabajo con la comunidad es súper importante. Es súper importante porque muchas veces pasa, lo que nosotros hemos visto que la, la persona con demencia, cierto, finalmente se aísla vive su mundo, pero el cuidador ya es una persona que queda muy desprotegida, ya porque el GES no considera al cuidador, el GES es para la persona que tiene la demencia, pero ahí tú puedes considerar dos personas que se enferman y ya. Es como cualquier patología de salud mental que tienes a la persona índice, pero también tienes una familia que uno puede hablar, no se pos de la persona neurótica, pero es la familia neurótica ¿cierto?, la que está. O sea, siempre hay una codependencia, por así decirlo, ¿cierto? Y en este caso, como decía el cuidador, queda muy desprotegido ya y necesita estar</p>	<p>menos por las postulaciones. Y ahora, no hay nada de eso.”</p> <p>“Yo creo que bueno, yo creo que la población está más sensible porque es de algo que se habla, justamente, porque la gente ve mucha televisión. Bueno, y de otros personajes públicos de pronto que cuentan su historia de, no sé, películas que sean hecho, la Maite Alberdi ha hecho dos películas, ha servido para sensibilizar aquí mismo a los, a los ciclos a los grupos de autoayuda, mostramos que se yo los temas de soledad, hablamos de esas problemáticas. Yo creo que sí se han sensibilizado a la población y ya saben dónde preguntar. Y es muy bueno eso y aquí llega harta gente que nos viene a preguntar, no son usuarios nuestros y tampoco son activos de los CESFAM y ahí pueden acceder... Activamos la red.”</p>
--	---

	<p><i>integrado ya, que los equipos se preocupen. Cierta de, de que tenga alguna actividad, de que tenga algún apoyo, que los vecinos ya, o sea, la gente desaparece. Ya tenís una enfermedad, tenís algún problema grave, todos los que eran amigos y te acompañaban desaparecen. Te quedan dos o tres con suerte ya. ¿Cómo se organiza esta comunidad? ¿Cómo levantamos esta comunidad para que sea un apoyo para esas familias? Por lo menos es mi sueño. Ya lo hemos intentado varias veces, pero los tiempos, como te decía, son más clínicos, entonces no nos da para eso ya, por eso nos colgamos como de cualquier cosita comunitaria, pero creo que sí, como, como sociedad. O sea que, que va desde lo más, desde lo más pequeño, cierto. Desde esta mirada más sistémica tal vez cierto que va desde la familia, que a veces la familia también escapa y te deja solo, ya que va desde el trabajo con la familia, con la comunidad y después como sociedad. Si no nos paramos a mirar cómo estamos cuidando a cada uno de nosotros, ya entonces somos una, una comunidad bien pobre, que deja harto que desear. Entonces desde ahí yo creo que es importante cierto poder plantear estos temas y trabajarlos a nivel de comunidad, no solamente de salud.”</i></p>	
<p><b>Secundaria hospitalaria</b></p>	<p><i>“Se orienta a través de la unidad, pero es pertinente desde la atención primaria. Entonces la idea es que ahí se orienta al paciente, a la persona, al cuidador y se deriva a la trabajadora social del CESFAM para que pueda saber de qué estamos hablando y que necesita la persona, pero ya con una orientación previa, porque es el CESFAM que debe levantar la necesidad a través del municipio, no nosotros en la atención de secundaria.”</i></p> <p><i>“A través de participación en capacitaciones con ellos que se entregan a los cuidadores, que realizan el apoyo a las personas con demencia o dependencia severa asociada a demencia, ya el Chile cuida tiene una cantidad de cuidadores que son pagados en</i></p>	<p><i>“derivamos a atención primaria, a no ser que la asistente social trabajadora social de acá venga con un caso de hospitalizado, que es un caso social, "necesito una hora para un ingreso blablá", pero ella venga a solicitarme, ya nosotros no colapsamos el sistema acá de asistencia social, lo otro eh, yo oriento, porque como igual trabajé en Atención Primaria, la atención primaria se... Se basa mucho en los recursos comunales, entonces yo oriento mucho lo que es al usuario en por qué se le deriva atención primaria. ...Por ejemplo, llegan muchos cuidadores acá solicitando catres clínicos. Los catres clínicos se dan según disponibilidad de municipalidad, municipio.”</i></p>

<p><i>algunos casos, pero que es como un estipendio en verdad es un mínimo, pero que requieren una capacitación y una orientación y una orientación de los profesionales también que trabajan en el Chile cuida... con ellos hemos mantenido una buena relación de apoyo mutuo. Nosotros, derivando a alguien que necesitemos que sea más apoyado con un cuidador externo de seguimiento en domicilio.”</i></p> <p><i>“Ahora estamos potenciando nuevamente a través de la trabajadora social. Para que ella pueda de nuevo crear, no crear, activar las redes. Así que ella partió actualizando todos los contactos de todos los centros. Y todo porque en el mapa de Red no están estos. El mapa de red tiene lo del servicio de salud, entonces ahora ella está actualizando todo y mantenernos con una comunicación y también nosotros ampliar la posibilidad de apoyo a las personas con demencia y sus cuidadores.”</i></p>	<p><i>“como cultura país no tenemos una cultura integrada de la protección a nuestros adultos mayores, ya que es la segunda etapa de vulnerabilidad, ya que la primera la niñez, ya entonces no tenemos esa educación de cuidar a los, nuestros adultos mayores, por eso hay muchos SENAMA, institucionalizaciones, hogares de adultos mayores. Entonces no, no está esa educación, ya. Así que en sí acá a nivel secundario nos ha costado bastante.”</i></p>
---	--

Fuente: elaboración propia.

Tabla 24. Selección de segmentos codificados sobre otras patologías.

<b>Nivel de Atención</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“Con Neuro de el Salvador como para Epilepsia tenemos una comunicación súper buena ... ee nos llegan correos con las indicaciones de los pacientes, con los ajustes para ajustar la receta en la farmacia. Nos van contando, nos piden cosas, etcétera. Una vez por mes, si no me equivoco.”</i></p>	<p><i>“existe la prestación de rehabilitación motora en el CCR por diagnóstico del espectro neurológico. Ya ponte tú. Los pacientes con Parkinson o cosas de ese estilo pueden ser derivados allá. Por lo general vienen contra referenciados también desde el especialista. Entonces, lo vio el neurólogo no se pos, demencia por Parkinson mucho periodo onofobo o mucha disquinesia o lo que sea, y dice se beneficia de rehabilitación. Y llegan los pacientes a la morbilidad con la hojita "hola fuimos al neurólogo y tal cosa queremos la derivación”</i></p> <p><i>“Por ejemplo, por darte un ejemplo, en TEA es un hospital que no tiene ninguna capacidad para resolver el caso del TEA y pasa, pasa, como lo mismo con otras especialidades.”</i></p> <p><i>“Mira, en teoría la lógica de las consultorías igual es bastante buena. Una vez al mes hay de</i></p>

	<p>diabetes, hay de psiquiatría, hay de cirugía general como hernias complejas, ponte tú, ahí de endoscopia.”</p> <p>“Hay mejor experiencia de coordinación en otras patologías, porque la demencia no es tanto como la depresión, ya, por ejemplo, las depresiones. Nosotros en la comuna tenemos tres agrupaciones de autoayuda que parten como, eh, como desde mujeres que tenían características diagnósticas y forman agrupaciones que hoy en día hasta tienen PJ, o sea, la personalidad jurídica. Por ejemplo, en el Santiago está las punto a punto, en el COSAM están las manitos de Ángel, en el San Rafael hay una agrupación que funciona hace más de 20 años, que son la alegría de vivir... como también, por ejemplo, de alcohol y drogas. Por ejemplo, en Pablo de Rokha y en Santiago de Extremadura ambos tienen PAB, que son los programas ambulatorios básicos y tienen también talleres con... Evidentemente hay mucho más trabajo.”</p>
--	---

Fuente: elaboración propia.

Tabla 25. Selección de segmentos codificados por valoración de la integración

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p>“yo creo que a nivel nacional está súper fragmentada y tengo la experiencia de colegas que en realidad no, no hay mucho de atención a personas con demencia a pesar de ser GES. La experiencia de acá de Peñalolén, porque creo que llevamos más años y tiempo en esto, es un poco mejor con la coordinación de equipos, pero estamos lejos de hacer un plan en común entre los diferentes dispositivos. Ya sí generamos ciertas prestaciones coordinadas, pero no se genera un plan en común.”</p> <p>“Cuando no está involucrado el Salvador en verdad es bastante integrada. Yo diría. Pero cuando sí, ahí tenemos el cuello de botella que se demoran, se demoran un montón y no tenemos la retroalimentación.”</p>	<p>“No, yo creo que todavía está fraccionada, esta fragmentada. Si todavía no hay ni un paciente que hayamos podido ver como equipo o que haya empezado, no sé, está estimulación cognitiva, eso todavía no está pasando. Entonces, si todo está fraccionado. Partiendo de que nos cuesta pesquisar para luego poder estudiar y diagnosticar y que por lo menos ya no nos podemos quejar de la vitamina B12 porque ya la tenemos que de verdad que nos limitaba, porque es gente de escasos recursos que no se lo pueden hacer o no pueden movilizar a la persona. Entonces hay cosas que hemos ido ganando, que ya podemos, como que hemos adquirido. Pero sí, yo creo que más que eso. O sea, todavía no, no hay el primer paciente de demencia del sector de Santo Tomás que haya sido valorado conjuntamente, integralmente, No. Estamos trabajando para eso, pero todavía</p>

		<p>no, todavía no pasa. Es una realidad.”</p> <p>“Yo creo que todavía no está integrada, por lo menos acá en el sur Oriente y en la subred Santa Rosa específicamente. O sea, voy a ser bien territorial con eso.”</p>
<b>Secundaria Comunal</b>	<p>“Yo creo que estamos en un punto medio ya, ya en un punto medio, porque todavía, o sea, yo dije hay avances ya, pero falta ya. Digamos como como red. Se da con algunos, con algunos tenemos una muy buena coordinación ya, pero con otros todavía no.”</p>	<p>“Con APS muy buena... Con el servicio, con el servicio yo creo que también le faltó o también les pasó lo mismo que nosotros. Cuando estaban todos tratando de incluirse en una temática compleja vino esta otra prioridad y nos quedamos sin... Tratando de hacerlo lo mejor que podíamos, ¿no?</p> <p>...La verdad es que yo creo que estaba avanzando bien. Estamos bastante colaborativos desde la municipalidad, desde salud. Sin embargo, a fin de este año que pasó desaparecieron apoyos sociales, entonces nos quedamos sin coordinar pañales, sin coordinar los casos de ...de...de violencia que teníamos.”</p>
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<p>“Diría que medianamente integrado, porque la verdad que han sido siempre, hasta ahora canales bastante. Básicos, Qué es un mail.”</p>	<p>“Yo creo que está integrada, está integrada acá en lo que es los CESFAM de las comunas ya, sí está más integrada en algunas comunas que en otras ya, pero en sí se está trabajando en la integración de esto y yo creo que es va por más, por un tema de exigencia para poder crear la integración. Al principio sí. O sea, si tú me comentas, por ejemplo en el año 2021, en mayo, que ya estaba fragmentada totalmente, pero ahora sí, ya tenemos, por ejemplo, un formato de derivación, tenemos un formato de criterios de inclusión, tenemos formato de capacitación, entonces ya es mucho más fácil y está mucho más integrada en lo que son los distintos niveles de atención, en donde sí está que no está integrada y que está, si no, no se está llevando a cabo en los niveles el nivel de atención secundario, lo que es hospitalizado y lo que es nivel de urgencia.”</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 26. Selección de segmentos codificados como obstaculizador: el impacto de la pandemia COVID 19

Nivel	SSMO	SSMSO
-------	------	-------

<b>APS</b>		<i>[trabajo con cuidadores] “la pandemia igual obviamente nos retrocedió bastante con eso.”</i>
<b>Secundaria Comunal</b>	<i>“Nosotros seguimos trabajando de igual forma, tal vez con tiempo más restringido para atención y eso. Ya, pero nos hemos ido reinventando con el tema de la pandemia, hemos tenido centro diurno virtual, nos hemos dado cuenta de que es una buena idea, pero no resulta por la obsolescencia de algunos equipos, por la falta de manejo y el analfabetismo digital.”</i>	<p><i>“Ha tenido distintos momentos por esto de la pandemia... Pensemos que, en definitiva, la patología GES como tal empezó... Se inició el 2019, en noviembre. ¿Por tanto, qué pasó después? Vino la pandemia, una desinformación de parte de todos... Había orientaciones técnicas, no había guía clínica, entonces todos estuvimos en eso... Entonces la prioridad de este ciclo era... Era el monitoreo constante de ellos.”</i></p> <p><i>“el equipo estuvo bien chiquitito, el tiempo de la pandemia. Me quedé presencial yo cada 15 días, como hicimos turnos, sobre todo... la trabajadora social por problemas de salud se fue, la psicóloga se fue en teletrabajo, entonces me... Me... Nos coordinamos así a la distancia con unas poquitas horas presenciales... Era muy importante la presencialidad, pero... pero por el tiempo de pandemia también se hizo mucha intervención de ... de teletrabajo”</i></p> <p><i>“Con el servicio, con el servicio yo creo que también le faltó o también les pasó lo mismo que nosotros. Cuando estaban todos tratando de incluirse en una temática compleja vino esta otra prioridad y nos quedamos sin... Tratando de hacerlo lo mejor que podíamos, ¿no? Entonces eso es... Antes nos costaba un poco llegar, porque bueno insisto estaban todos en otra, pero hoy día ya mucho más expeditos.”</i></p>
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<i>“se ha realizado continua capacitación con más énfasis antes si de la pandemia. Que eran presenciales, se hacían las reuniones, se hacían consultorías presenciales y un, una comunicación yo diría que más, más cercana y también más efectiva. Ahora todo es por mail. Hace mucho tiempo que no nos reunimos directamente con Atención Primaria. Antes sí teníamos reuniones mensuales para el programa de memoria de Peñalolén y con los otros las veces que se necesitaba. En general teníamos una buena</i>	

	<p>comunicación, pero ahora en pandemia. post Pandemia, así como. ... generó como un quiebre, pero no así la derivación.”</p>	
--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 27. Selección de segmentos codificados para rotación de los equipos

Nivel	SSMO	SSMSO
APS		<p>“hemos tenido hartos cambios. Entonces capaz que tengo que volver a hacer. Porque ahora se van varios colegas para beca. Ya es capaz que tenga que volverlo a hacer, pero la idea es que sea sectorizado. Pero bueno, ahora vamos a perder cuatro médicos. Bueno, vamos a ganar cuatro profesionales, o sea, cuatro especialistas, pero vamos a perder un recurso importante para por lo menos el programa de salud mental, porque ahí toca de pronto capacitar nuevamente al personal que llegue. ...Sí, bueno, no se había visto tan, tan perjudicado, porque por lo menos había uno o dos en cada sector que estuviera capacitado. Ya, pero se va a ir. Por ejemplo, el doctor Benjamín, que es de mi sector, se va a ir a ver otros doctores que son cada uno de sectores distintos. Entonces eran las herramientas que yo tenía en cada sector para para trabajar con estos pacientes. Entonces yo creo que voy a tener que capacitar a los nuevos que, que están llegando y a los que van a llegar a cumplir esas labores de estos compañeros que se van.”</p> <p>“Es un CESFAM que no está... cero protocolizado cuando yo llegué hace dos años, había pasado por estos cambios de dirección, entonces está bien desordenado. Y asimismo los equipos desordenados como con el flujo y el quehacer de los pacientes, particularmente los con demencia ee.. Cada equipo hacía lo que quería.”</p>
Secundaria Comunal	<p>[las reuniones] “por la rotación de personal, también siempre era importante. Ya, hoy en día ya estamos un poco más asentados dentro de lo que es municipio, ya porque antes preguntabas “¿y el kintun?” y nadie, nadie sabía po, creían que éramos un... Que</p>	

	<p>también era parte del objetivo. Cierto. Creían que éramos un club más dentro del adulto mayor.”</p> <p>“Yo creo que la, la rotación en algunos casos, específicamente en lo que es social, ya porque acá como que cambian y los cambian mucho de departamento, en el fondo para que no se quemem, cierto, entonces van rotando como los departamentos.”</p>	
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<p>“Sí, sí, bastante rotación, por eso yo generalmente estoy actualizando el mapa de derivación cada seis meses.”</p>	<p>“también lo que nos dificulta con la atención primaria es la rotación de los médicos, que es muy continua. Por ejemplo, este año yo sé que este año que viene, o sea este año 2023, ya en marzo vamos a tener otros médicos. Pero sí me he dado cuenta que no rotan mucho en la Unidad de Memoria. Ya yo desde que ellos me entregaron la unidad, los equipos de demencia en APS no rotan mucho, así que eso a mí me mantiene tranquila.”</p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 28. Selección de segmentos codificados como obstaculizador: falta de orientación ministerial

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p>“estaban retrabajando las normas a nivel ministerial parece, del manejo integral de demencia en APS. No me acuerdo muy bien el nombre del documento. Entonces nos llegó ese papel para que lo revisáramos todo, etcétera, pero nunca se nos destinó ninguna hora para revisarlo. ...Era para leerlo en nuestro tiempo libre en realidad. Y era un documento de 150 páginas.”</p>	<p>“Totalmente lentas y eso no es tan solo en la comuna, sino que a nivel regional y nacional. O sea, imagínate que el año pasado recién nos envían... El servicio recién mandó el documento nuevamente de abordaje integral y de orientaciones técnicas de demencia y nos están pidiendo finalmente a la red que hagamos correcciones también de ese borrador”</p>
<b>Secundaria Hospitalaria</b>	<p>“Digo que armarlo porque como no hay orientaciones técnicas del GES 85, no pareciera ser una obligatoriedad hacerlo todavía, porque no hay orientaciones técnicas, entonces no se puede exigir lo que no está escrito. ...yo creo que justamente la falta de orientaciones técnicas muchas veces pareciese una nebulosa con, con la comunicación en otros centros de salud, porque al no haber nada escrito pareciera ser una, una necesidad propia de la unidad y no, no de un programa o de un plan nacional. Entonces eso es una brecha importante, porque mientras no haya orientación técnica, como exiges que el otro tenga terapeuta ocupacional, como</p>	<p>“pasa que la norma técnica y las reuniones que tenemos con el misal y con todas las unidades de demencia que son a nivel país, todo cuestionan, con decirle que han cuestionado hasta el fonoaudiólogo y terapeuta ocupacional, entonces no podemos instaurar ciertas normas. Entonces tenemos muchas cosas que hacer, pero en sí hay muchas limitaciones, tanto de recursos, como de tiempo, de la misma norma técnica. Entonces eso como que nos frena un poco”</p> <p>“La norma técnica también, porque no... exacto, porque se supone que las normas técnicas son para orientar al crear la unidad, para</p>



*exiges que cumpla la canasta de algo que no se le ha entregado orientaciones, entonces siguen siendo las orientaciones del Plan Nacional de Demencia las que se están utilizando. Pero el Plan Nacional de demencia como tal no está, no se puede extender a los otros centros de salud, sino que es a través del GES. Entonces hay una dificultad súper importante.”*

*orientarnos en todo lo que el Ministerio nos exige como profesionales. Ya. O sea, es como el tema de la norma técnica de hipertensión, de hipertensión. O sea, si te dice primero tienen que darle Losartan después empezar con otro medicamento y así igual que nosotros, es una orientación, entonces no, no tenemos esa orientación, entonces todo lo hacemos casi pisando huevos o según nuestra intelectualidad también. de lo que sabemos nosotros, según estudio, según también lo que no hemos como se llama, interiorizado dentro de las reuniones con el MINSAL”*

*“Si mucha tensión, porque claro, las unidades de memoria se presentan después vemos otros casos. Los casos de la norma técnica y empezamos a caer en ese... En ese conflicto. O sea “¿Cuándo tenemos la norma técnica?” La Última promesa que se nos hizo con la norma técnica fue en julio del año pasado y se tiró el borrador y el borrador y acá lo tengo, pero tengo solo la parte de APS y la Unidad de Memoria. Pero en si es grande, es largo, pero es borrador todavía. Ya entonces eso no, no, no hace mucho, porque el GES también, el GES lo que pide en sí es cumplir garantías, pero no en si te dice como cumplirlas. Ya ellos solamente se encargan de, de, de, del flujograma, del paciente, de la interconsulta hasta entregar el tratamiento. Pero eso, eso de esos son, esos son los obstáculos que tenemos como unidad.”*

*“Si nosotros llevamos este protocolo. Este protocolo que ya tiene 13 páginas de momento, que lo estaba realizando el doctor, y lo que pasa es que el protocolo en sí yo pregunté acá a los encargados de calidad, nosotros podemos subirlo y hacer modificaciones porque tiene una vigencia de cinco años, pero pasa que la norma técnica y las reuniones que tenemos con el MINSAL y con todas las unidades de demencia que son a nivel país, todo cuestionan, con decirle que han cuestionado hasta el fonoaudiólogo*

		<p>y terapeuta ocupacional, entonces no podemos instaurar ciertas normas. Entonces por ejemplo ahora nosotros estamos instaurando normas de acuerdo a las necesidades de nosotros como unidad y las necesidades de atención primaria también. Ya, o sea, yo igual tengo este año quiero hacer reunión y todo lo demás con ellos, pero... pero en sí es así, es así.”</p>
--	--	--

Fuente: elaboración propia.

Tabla 29. Segmentos codificados para problemas administrativos

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p>“Tenemos dos centros uno que es para manejo integral de demencia en pacientes con movilidad conservada, que es el centro Kintún que es como básicamente fuera de la red según entiendo o es municipal, no estoy muy seguro de sus, sus características”</p>	<p>“Mira, la verdad, acá desde el mismo departamento no hubo nunca una instrucción clara si era como más de salud mental que se tomaba el tema o desde adulto y adulto mayor. Acá tenemos un encargado de esa área, partiendo por eso, por ejemplo, desde el servicio, tampoco estaba clara la figura de quien asumía el tema.”</p> <p>“Mira, según mi diagnóstico, bueno, evidentemente nos falta mucho más trabajo en red. Yo diría que tiene que ver con cómo el hospital también actúa. O sea, como la comunicación que tiene con la red en general de cuando era experimental y pasa a ser de la red suroriental. Ya, obviamente el Padre Hurtado atiende a San Ramón, La Granja y La Pintana, sin embargo, es el hospital de toda la red suroriental, donde nosotros más tenemos dificultades en la comunicación, ciertas brechas.”</p>
<b>Secundaria Comunal</b>	<p>“A diferencia tal vez de otros centros ya similares a Kintún, ya, nosotros nacimos siendo municipales, y nos quedamos aquí en municipalidad. Entonces de alguna manera tenemos una doble, triple dependencia, ya... Dependemos del servicio de salud metropolitano Oriente que es nuestro empleador ya, pero nosotros funcionamos en dependencias municipales ya y además nuestras estadísticas, nuestro REM, es de COSAM... Ya, si tenemos un dragón de tres cabezas.”</p> <p>“Depende del medicamento, ya porque si el medicamento es de canasta COSAM, es COSAM</p>	<p>“Hay mucho cambio administrativo dentro del mismo hospital. Primero autogestionado después pasó al servicio entonces hay mucha historia. Entonces nunca ha sido un hospital que podemos sentir que es... No es porque no lo quiera. Yo creo que son problemas internos que tienen en ese hospital por la... que se yo... administrativos, los cargos, lo que puede afectar a cualquier institución.”</p> <p>“Ha habido un gran problema con un par de medicamentos, la trazodona, la memantina y el donepecilo, creo que es ...que se supone que debía estar en este nivel de atención. Sin embargo, lo</p>

	<p><i>quien tiene que proveernos ¿cierto? Así como nosotros proveemos las estadísticas. Ya, ya em, pero si es un medicamento que está dentro de CESFAM, de la canasta de CESFAM, ya se solicita a CESFAM para que se entregue el medicamento.”</i></p> <p><i>“Porque acá para salud mental los CESFAM están divididos, la mitad de la población o la mitad de los CESFAM tienen que derivar a COSAM y la otra mitad al CRS.”</i></p>	<p><i>tiene a APS por un problema administrativo. Si bien no son medicamentos que son de uso tan frecuente la memantina, si pudiese ser, ya, al inicio. Los otros tienen su... Bueno sobre todo el donepecilo su... Cierta duda de la efectividad que tiene, pero aún así están para la canasta, están en la canasta y las personas tienen derecho a tenerlo. No hemos podido hacer uso de eso. Por un tema administrativo.”</i></p>
<b>Secundaria Hospitalaria</b>		<p><i>“Nosotras somos contratadas desde el área clínica del Servicio de Salud. Ya, no somos ni del Padre Hurtado de ningún lado. Somos. Somos del área clínica del Servicio de Salud, porque el servicio de salud tiene su área de gestión, que tiene su oficina en el Sotero del Río y para el área clínica ellos derivan a estos profesionales para formar esta unidad.”</i></p> <p><i>“Sólo yo y T. somos del servicio, pero acá en neurología, como está inserta la Unidad de Memoria EM Neurología, el jefe de Neurología se encarga de asignarnos a nosotros el coordinador y lo y el ...en sí que bajo la norma técnica son 22 horas. Pero en sí, aquí muchos tienen 11, 22 horas, muy poquito. Entonces el de repente nos asigna dos Neurólogos. Un neurólogo, por ejemplo.”</i></p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 30. Selección de segmentos codificados como otros obstaculizadores.

<b>Nivel</b>	<b>SSMO</b>	<b>SSMSO</b>
<b>APS</b>	<p><i>“cuando derivamos a CRS no es el mismo sistema, no es tan fácil a cuando son nuestras derivaciones específicas por demencias, si es fácil, saliéndonos de este equipo que se conoce muy bien. Claro, son igual que todas las otras derivaciones e interconsultas.”</i></p> <p><i>“La causa, yo creo que bueno, la falta de tiempo, por lo menos en las otras comunas... yo creo que eso y al final las reuniones de equipo a veces como que se ningunean un poco, pero son súper constructivas al final de cuentas.”</i></p>	<p><i>“Como comprenderán, no es fácil para un usuario de La Pintana, tampoco ir al... Al, al Padre Hurtado tienen que tomar dos micros y generalmente los casos más descompensados que tenemos en el tiempo son personas que finalmente perdieron la continuidad de cuidado en el hospital...Que tiene que ver por tema psicosocial.”</i></p> <p><i>“Yo siento que parte de, o sea, de todas las reuniones que hemos tenido del tema, siempre terminamos como en algunas tensiones y discusiones. O sea, claramente tú dices en una reunión, eh... Qué rico es poder</i></p>

	<p><i>“El tiempo de demora del Salvador. Creo que eso principalmente porque pasan meses y meses y meses y no pasa nada... Probablemente. Como que justificó al Salvador un poco. Igual me los imagino tapados en casos, son centro de referencia para un montón de sectores. Entonces tampoco van a estar mandando correos. Pero igual podría ser. El Salvador en general es así. Yo no lo conozco mucho, pero por lo que yo he escuchado es bien eficiente pero desordenado o algo así, porque es tan grande y ve tanta gente, pero probablemente nunca se dio nomás”</i></p> <p><i>“Es difícil. Difícil porque no tienen mucho acceso a los celulares y entonces como que igual tienen hipoacusia. No escuchan cuando los llaman. Entonces igual ahí se quiebra un poco yo creo.”</i></p>	<p><i>tensionar y discutir por el favor de los usuarios. Pero finalmente acá yo creo que hay que aclarar los roles que tenemos cada nivel. Entonces, de repente a nosotros se nos pide mucho y claramente tenemos que cumplir...”</i></p> <p><i>“También tiene que ver con la ... con la poca importancia que se le da también de la atención primaria, porque por ejemplo ... las agendas de salud mental son las primeras que se reconvierten, una vez que falta el profesional. Entonces claro, este tema, el tema de la demencia está ligado para la... Para la ... para la salud mental y son las primeras agendas que se reconvierten. Entonces tú dices ya acá tampoco se le da la importancia que requiere. Por ejemplo, nos faltan GES que completar con visitas domiciliarias y prestaciones que son importantes en el GES. Si, yo digo ¿por qué no tenemos esto? ¿Por qué no se le da la importancia y no protegen agendas? Ya, entonces yo creo que es algo que tenemos que mejorar, tenemos que darle la importancia que se merece y así obviamente el hospital no se sobrecarga y la comunicación también tiene que fluir.”</i></p> <p><i>“Usuarios que no han sido atendidos correctamente en el hospital que cursan una demencia que entran por urgencia por ley de urgencia y que nosotros sabemos que por ejemplo no tienen las condiciones para estar en su casa, no tienen el cuidado, por ejemplo, casos de demencia descompensados que, que adultos mayores que de repente nos llegan para acá los familiares que se encerró, que no nos dejan entrar. Obviamente que hay altos niveles de agresividad y nosotros cuando logramos hacer un montón de gestiones para su hospitalización, en caso más grave, después el hospital los da de alta y vuelven a esa vulnerabilidad que finalmente la descompensación es, es mucho más...Yo creo que en urgencia y eso te quería comentar. Obviamente nosotros sabemos que las demencias leves y moderada y vasculares y todos podemos</i></p>
--	---	---

		<p><i>compensarlas, podemos tenerla mantenidas en el tiempo, pero hay casos que obviamente se no se nos van a salir de las manos de nuestra resolutiveidad y son los casos que llegan a las urgencias, por ley de urgencia. En esos casos la mayoría son casos que no llegan a nada bueno, que los devuelven ...la atención de urgencia ya no es de lo mejor. Y te estoy hablando en términos infraestructurales, de calidad así humana, incluso de que, por ejemplo, una persona que está descompensada de su problema de salud mental o adultos personas mayores que tienen demencia digamos descompensada y entran por la urgencia o sea están en la misma cama que otra persona mayor que tiene, no sé, como un problema estomacal y las camas están separadas, así como yo creo que no es más de este espacio y fue algo que yo relevé como referente al servicio de salud y que en algún momento se va a hablar, porque para ver si puede haber una diferenciación, eso en un primer momento, porque es difícil tener a una persona mayor o una persona descompensada y psicótica que se yo, agitada, estando al lado de personas que no sé están como toda la noche vomitando o con otros síntomas...</i></p> <p><i>Entonces yo creo que el nivel en cuanto a coordinación, sobre todo de descompensaciones graves en ese diagnóstico para esa persona, o sea, es nula, casi."</i></p>
<p><b>Secundaria Comunal</b></p>	<p><i>"Hay gente que es muy celosa de sus espacios de intervención. Ya, "bueno, si lo están viendo allá, ¿entonces para qué lo vamos a ver acá?" Pero va más allá del tema del uso eficiente de los recursos, sino que en el fondo es "si les va a hacer caso a ellos. ¿Entonces para qué?" Ya, es un tema más de egos. Ya, creo que en la medida que nosotros vamos dejando cierto, de lado los egos personales, ya disciplinares cierto y vamos traspasando la forma en que intervenimos, ya haciéndolo más transdisciplinario, ya vamos haciendo una mejor labor de coordinación y de integración. Cierto que bene... Que, que contribuye al bienestar general de</i></p>	<p><i>"Y además es un hospital muy pequeño para tanta población, que eso también no hay que dejar de mirar. Ya entonces tampoco hemos querido entrar a complicarlos más. Hemos podido resolver."</i></p> <p><i>"Hay algunos casos, sí, porque requiere cierta coordinación. El caso de, por ejemplo, personas con demencia que son hipoacúsicas, están iniciando, entonces requieren una coordinación con APS y Hospital ahí, ahí como que mire, no nos ha ido tan mal, pero, pero no es en términos de tiempo, aquí tenemos poco tiempo y eso no ocurre cuando uno coordina por algo en especial, ya sea usted sabe, una</i></p>

	<p><i>la persona con demencia o de la persona que atendamos finalmente, no solamente la persona con demencia. Ya. Creo que acá lo intentamos, estamos trabajando en ello ya, pero todavía nos falta. Digamos como como red."</i></p> <p><i>"Lo que pasa es que yo creo que más que lavarse las manos ya tiene que ver con, con no saber ya porque, hacia dónde derivar. Por ejemplo, a nosotros nos llegan muchas derivaciones desde la municipalidad, ya que a lo mejor no son para acá. No sé. Por ejemplo, a mí me ha tocado personalmente llevar mucha gente al adulto mayor, al centro del adulto mayor o a la Defensoría, porque llegaron a un departamento X ya y tiene problemas de memoria "a problemas de memoria demencia, derecho al Kintún" ya, pero la persona venía a lo mejor porque fue citado por el abogado en la Defensoría, cierto, porque anda buscando orientación legal para una situación específica para la persona con demencia o porque quiere algún taller adicional para el cuidador de la persona con demencia. Ya entonces más que este "no, nosotros nos lavamos las manos", creo que es por el desconocimiento ya, y también por esta e, estas derivaciones que se hacen. Lo que te decía al principio ya hay una señora que por si las moscas, cierto, la derivan para todos lados donde la atiendan primero, pero que la atiendan, ya, eso también se produce."</i></p>	<p><i>persona con demencia hipoacúsica, lo que hacemos es aumentar el deterioro rápidamente porque queda aislado sin estímulo. Entonces esas son las grandes dificultades que tenemos."</i></p> <p><i>"Si podemos, pero nos cuesta también por la lista de espera, por un montón de cosas."</i></p> <p><i>"Cuando logran llegar a neurología es impresionante lo que nos ayuda, por... Por, por la imagen, por la evaluación neurológica que a veces es necesaria ya. Por ejemplo, ese tipo de demencias que debería ir toda para allá... Ya. Más de alguna vez nos llega acá y bueno, de alguna manera neurología se hace cargo y eso nos alivia montón"</i></p>
<p><b>Secundaria Hospitalaria</b></p>		<p><i>"Al principio nos costó bastante, ya nos costó bastante, porque primero pensar en... En... En que el hospital ve tres comunas que son de bajos recursos y especialmente son comunas que tienen bajos recursos a nivel cultural. Ya, ya. Entonces estas comunas, es muy poca la adherencia a los tratamientos, es muy poco el entendimiento dentro de una educación y los recursos que tiene cada municipalidad son muy acotados."</i></p> <p><i>"Mire, por ejemplo, el ingreso de un usuario con demencia es de 45"</i></p>

	<p><i>minutos a una hora, ya, el ingreso y tenemos que pensar que ahí entra el factor rendimiento, tiempo que hasta el momento del ingreso que nosotros tenemos como Unidad de Memoria son de 30 minutos y un usuario en APS para un ingreso, porque esto sería una hora, una hora de morbilidad tiene 15 minutos. Claro, o sea, yo ya en el mini mental ya me hecho diez minutos, o sea, ya rendimiento, tiempo, o sea rendimiento, de tiempo, no va con una atención de calidad, entonces ya eso ya es una brecha que nos está ahí dificultando.”</i></p>
--	---

Fuente: elaboración propia.