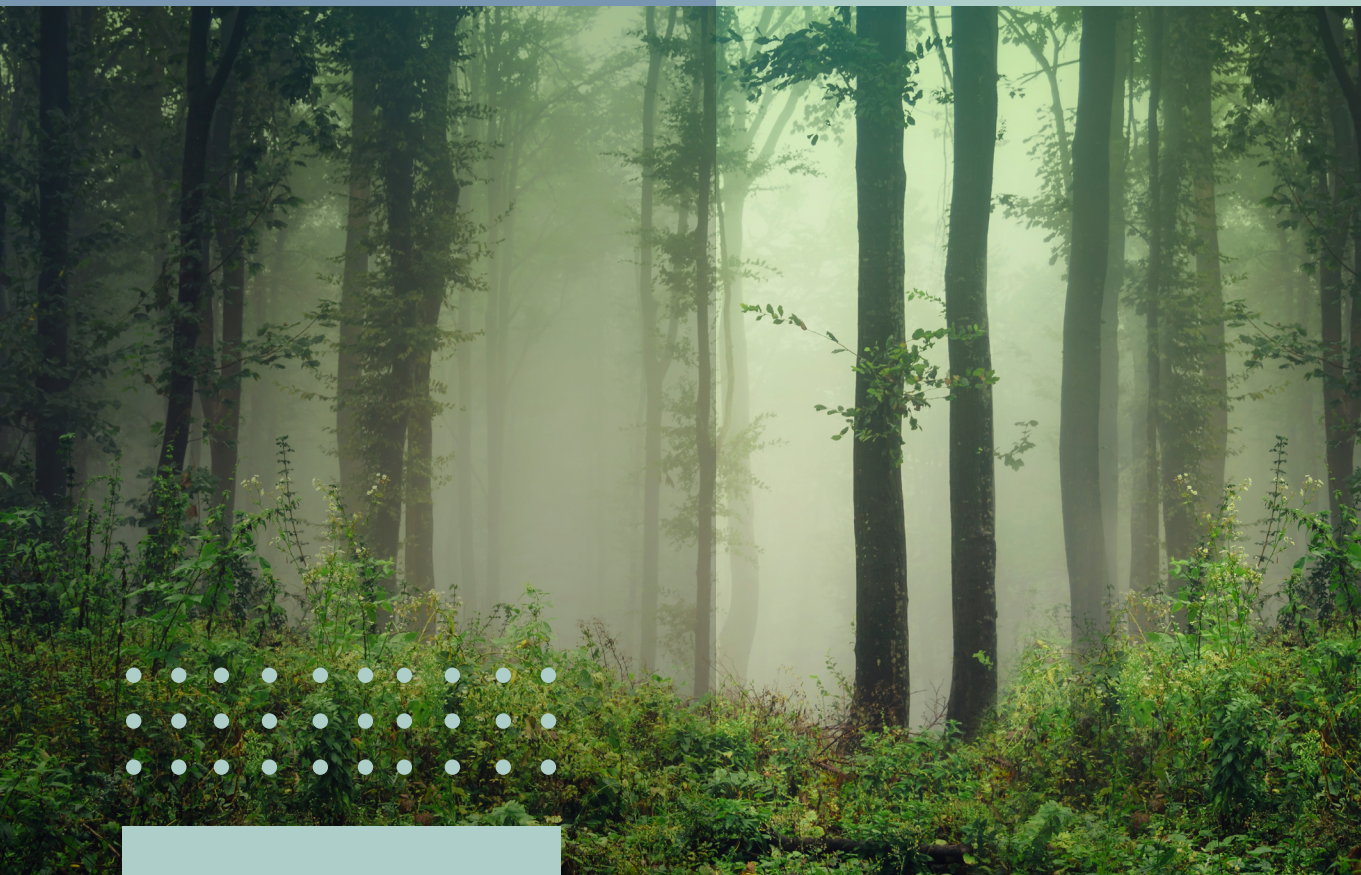
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN

Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo
Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación
Gobierno de Chile

INFORME TÉCNICO

FONIS SA21I0108

"Centros de apoyo comunitario para personas con demencia: Estudio de la implementación de una innovación sociosanitaria creada en Chile"



Se permite la copia, reproducción, distribución, comunicación pública de este informe, siempre y cuando se cite y reconozca la autoría original. No se permite utilizar este informe con fines comerciales.

APA 7: Gajardo, J. et al. (2024). Informe técnico FONIS SA21I0108 Centros de apoyo comunitario para personas con demencia: Estudio de la implementación de una innovación sociosanitaria creada en Chile.

Vancouver: Gajardo J, Aubert J, Moreno X, Aravena JM, Abusleme MT, Barrientos C, Mascayano F, Cárcamo F. Informe técnico FONIS SA21I0108 Centros de apoyo comunitario para personas con demencia: Estudio de la implementación de una innovación sociosanitaria creada en Chile. 2024.

1. PROPÓSITO DE ESTE INFORME

Este informe surge como uno de los resultados de producción científica para la transferencia de hallazgos del proyecto FONIS SA21I0108. Mediante estos resultados, el informe tiene el propósito de aportar con insumos a considerar en la implementación de los Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia, tanto en el nivel central, los servicios de salud u otros actores en el mesonivel, y coordinadores/as y profesionales de los centros. Previo a su publicación final, este informe ha sido dialogado con los equipos de los cinco CACPD que participaron en la investigación, a quienes agradecemos su disposición y confianza.

2. ANTECEDENTES

En Chile se estima que 200 mil personas tienen demencia (también denominada trastorno neurocognitivo mayor) [1], proyectándose su triplicación hacia 2050 [2]. Su impacto no se limita a la persona diagnosticada, sino que también a su entorno familiar y social [3]. Por lo anterior, es un problema de salud prioritario a nivel mundial, regional, y nacional [4,5]. Como tal, representa un problema de salud pública a partir del Plan Nacional de Demencia, su inclusión en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, y la institucionalización de garantías de atención mediante GES 85.

Si bien no existe aún un tratamiento recuperativo para esta condición de salud, sí existe como primera línea de tratamiento la intervención psicosocial para modular síntomas y disminuir su impacto (6). A partir de esto, el Plan Nacional de demencia, entre distintas iniciativas, generó dispositivos nuevos en la configuración de los cuidados y atención a la demencia, como los centros de apoyo comunitarios para personas con demencia (en adelante CACPD), las unidades de memoria y el Programa de Atención Integral para personas con demencia en establecimientos de atención primaria de Salud.

Los CACPD se definen como dispositivos de atención especializados donde se realiza una intervención ambulatoria a personas con demencia en cualquiera de sus estadios de progresión (leve, moderado, avanzado) y las personas que les cuidan o apoyan. La atención es realizada por un equipo multidisciplinario, y es integral, intensiva, y transitoria, incluyendo intervenciones individuales, grupales y familiares, visitas domiciliarias y actividades comunitarias. Todas estas intervenciones se basan en un plan de cuidado integral. La intervención que desarrollan los CACPD tiene por objetivo cambiar favorablemente el impacto de la demencia en las personas, su familia y contexto comunitario, beneficiando su funcionalidad, participación e inclusión social.

Los CACPD, a diferencia de otros programas públicos, fueron pensados y diseñados en y para Chile, es decir localmente [7,8]. Para su creación, se tomó como referencia otros modelos de cuidado diurno para personas mayores no específicos para demencia, cuyo piloto correspondió al Centro Kintun en la comuna de Peñalolén. Hoy en día, el modelo base de estos centros ha aumentado su complejidad y alcance, disponiendo de variados componentes más allá del centro de día para personas con demencia (acciones en la comunidad, trabajo con cuidadores, por ejemplo) como parte de la oferta de Salud Mental. Además, la implementación de otros centros en regiones distintas de la Metropolitana ha implicado su ajuste y desarrollo considerando también una diversidad mayor de realidades geográficas, culturales, y administrativas.

En un inicio se implementaron 10 CACPD en nueve comunas del país, presentando variados contextos, tiempos, y realidades variadas para su implementación. A partir de lo anterior, este proyecto buscó indagar en la implementación de los CACPD, considerando también evaluaciones locales previas planteando la pertinencia de indagar en su coordinación e implementación [9].

Considerando la variada realidad de los CACPD en Chile, el objetivo general de este proyecto fue evaluar los procesos de implementación de los 10 centros existentes.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para ello, se llevó a cabo un estudio de implementación, con un enfoque realista, que se comprende como una metodología cualitativa de investigación conducida por teoría, que busca comprender el funcionamiento de intervenciones complejas respondiendo a preguntas pragmáticas sobre el cómo, para quiénes, en qué contextos y con cuáles alcances. Al ser un estudio de implementación, el proyecto buscó describir las siguientes dimensiones de ésta [10,11]:

Etapas de implementación

Existe un acuerdo sustancial de que el cambio planeado es un proceso recursivo que ocurre en etapas, describiéndose cuatro etapas funcionales (Figura 1) en el proceso de implementación: exploración, instalación, implementación inicial, implementación completa. Las etapas de implementación no terminan taxativamente cuando comienza otra, sino que se superponen. Se ha referido que el logro de los resultados previstos a través de la implementación de un programa bien construido, bien definido, y bien investigado puede tomar de 2 a 4 años, pudiendo tomar más tiempo para programas con estructuras menos definidas.

Figura 1. Etapas de implementación según Marcos de Implementación Activa

Impulsores (o conductores) de la implementación

Se refiere a características comunes que existen entre programas y prácticas que constituyan un facilitador o activados de la implementación. Los componentes estructurales y las actividades que componen cada impulsor de implementación contribuyen a la implementación exitosa y sostenible de programas e innovaciones. Existe consenso de dos tipos de procesos de implementación: de competencias y organizacionales. Además, el liderazgo representa también un impulsor transversal.

Descripción del programa o intervención

Implican la filosofía, valores y principios que subyacen al programa, dado que estos proporcionan la guía para las decisiones y evaluaciones, y se utilizan para promover la coherencia, la integridad y el esfuerzo sostenido.

Componentes centrales de la intervención

Se refiere a la identificación de los componentes del programa que son fundamentales, considerando las características clave que deben estar presentes para obtener los resultados proyectados. Debe también identificarse quiénes son los proveedores de cada componente y toda consideración para su ejecución práctica.

Fidelidad
Se refiere al grado en que una intervención se realiza de acuerdo con su formulación original en un protocolo, plan o política. Incluye la evaluación de los componentes de la intervención y sus adaptaciones, y de los procesos de la intervención.

Pertinencia
Se comprende como la percepción de que la intervención es apropiada o pertinente a las necesidades de un entorno determinado o para un grupo destinatario o cuestión en particular (por ejemplo, proveedor o usuario). Incluye el análisis de la percepción de logro de resultados atribuibles, y la evaluación de la pertinencia de los resultados planteados de la intervención.

Para acceder a estas dimensiones, se utilizaron técnicas cualitativas (entrevistas y grupos focales) incorporando tres niveles diferentes de actores involucrados [13]:

Macronivel: profesionales de nivel central Ministerio de Salud
Mesonivel: referentes de Servicio de Salud o similar
Micronivel: coordinadores/as, profesionales interventores y cuidadores familiares usuarios.

Las transcripciones de las entrevistas y grupos focales se analizaron con un enfoque de proceso de evaluación cualitativa rápida o acelerada (RAP) [14]. Este enfoque de análisis cualitativo intensivo utiliza la triangulación entre el equipo de investigadores/as para desarrollar una comprensión preliminar o una descripción focalizada de una situación desde la perspectiva de los expertos [15,16]. El RAP es útil para examinar los servicios de salud con una perspectiva pragmática y realista de una intervención que está en marcha utilizando datos de múltiples fuentes [17,18]. Como tal, este análisis permitió describir las dimensiones de implementación previamente referidos, obteniendo como resultados descripciones consolidadas de dichas dimensiones. Algunos autores se refieren a estas descripciones como teorías, ya que muestran explícitamente la situación de los servicios [19].

4. RESULTADOS GENERALES

Se logró reclutar 5 de 10 centros. De los 5 centros que no fueron incluidos, 1 no tenía continuidad siendo cerrado a partir de la pandemia, 1 rechazó participar, y con los 3 restantes no se logró establecer contacto para concretar procedimientos de aprobación ética. En el total de 5 centros incluidos, la muestra se constituyó de un total de 63 participantes, con 5 coordinadores/as de centro, 5 representantes de mesonivel (Servicio de Salud, COSAM), 29 profesionales de los equipos de atención, y 20 cuidadores familiares usuarios de centros. Sumado a los 4 profesionales de nivel central (MINSAL).

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS

Los centros incluidos tienen un tiempo de implementación de 6 – 11 años, con una localización desde la zona central, sur, y sur austral de Chile. Su dependencia administrativa corresponde al Servicio de salud respectivo, junto a la Municipalidad o COSAM. Los centros tienen un número de alcance de comunas variable, que va desde 1 a 10 comunas. Durante el año 2023, los centros atendieron un rango de 136-320 personas con demencia, 136-450 cuidadores familiares, otros 0-600 (definido como participantes en capacitaciones y/o charlas a la comunidad). Los equipos presentaban un rango de 10-18 profesionales o técnicos. Los más frecuentes fueron médicos (neurología, geriatría, psiquiatría, medicina familiar), terapeutas ocupacionales, paramédicos/TENS. Los menos frecuentes fueron fonoaudiólogos/as y enfermeros/as.

5. PRINCIPALES HALLAZGOS

A partir de la evaluación cualitativa acelerada, puede describirse los siguientes hallazgos para las dimensiones de implementación indagadas.

5.1 ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN.

Los centros se encuentran en etapa de implementación total, tomando como referencia el marco teórico de implementación activa[20]. Esto es relevante de considerar, ya que plantea que ninguno de los centros se encuentra en fases iniciales de implementación.

5.2. IMPULSORES DE IMPLEMENTACIÓN

ÁMBITO	IMPULSOR	DESCRIPCIÓN
Micronivel (Equipos y coordinadores)	Atención interprofesional	Se reconoce que la orientación al trabajo interprofesional representa un desafío y, a la vez, un propósito. El establecer actividades y un funcionamiento global de forma integrada es parte de la sostenibilidad del modelo de atención de los CACPD.
	Estabilidad administrativo-financiera	Dado que los centros tienen un financiamiento establecido, es factible la conformación de equipos con capacidad de desarrollo y proyección a mediano y largo plazo.
	Capacitación y especialización	Se identifica que el aumento de las competencias técnicas sobre demencias, por medio de capacitación y especialización, favorece la implementación.

ÁMBITO	IMPULSOR	DESCRIPCIÓN
Micronivel (Equipos y coordinadores)	Resiliencia y motivación	Los equipos se involucran también desde aportar más allá de su labor técnica específica, por una motivación por aportar. Reconocen, también, que, en momentos de amenaza o tensión en la implementación, ser resilientes es fundamental para la sostenibilidad.
	Liderazgo del coordinador/a	El rol de coordinación de centro es fundamental en la sostenibilidad e implementación exitosa, reconociéndose su liderazgo como un elemento esencial en la implementación y funcionamiento de los CACPD.
	Presencia y reconocimiento	El establecimiento del rol y las interacciones del centro requiere que sea reconocido por los otros actores de la red y la comunidad. Por esto, el avance a tener mayor presencia y ser visible en la red, es un elemento conductor de la implementación.
Mesonivel	Relación con el intersector y red	Se reconoce que la implementación de los CACPD se ve favorecida por la gestión intersectorial y el establecimiento de su lugar en la red.
(Servicios de Salud, Encargados de COSAM, otros)	Agencia y compromiso	Dado que los centros tienen un financiamiento establecido, es factible la conformación de equipos con capacidad de desarrollo y proyección a mediano y largo plazo.
	Conocimiento y capacidad técnica	Dado que ésta es la primera iniciativa específica a la demencia que se implementa, el aumento del conocimiento técnico es un potenciador implicado en la implementación.
Macronivel	Plan Nacional de demencia	El macronivel reconoce que la institucionalización de la demencia en las políticas es el principal impulsor, que garantiza su estabilidad y su sostenibilidad.
	GES 85	
	Plan Nacional de Salud Mental	
Transversal	COVID-19	COVID-19 emerge como una influencia que potenció o dio mayor énfasis a los diferentes impulsores, particularmente en el micro y meso niveles. Por ejemplo, dada la interrupción de algunos componentes de la atención de los centros durante la pandemia, se requirió potenciar su vínculo con la red y el intersector para asegurar la continuidad de su implementación.

5.3 PERTINENCIA

Los centros son pertinentes a las necesidades de todos los niveles de implementación. Se resalta la alta valoración por parte de usuarios/as (cuidadores familiares).. La pertinencia en el mesonivel se presenta determinada por la propia capacidad de agencia que presenta el micronivel (liderazgo de Coordinadores y equipos).
GES 85 establece la naturaleza de los centros en alta complejidad, mas, tensiona su pertinencia al incluir personas con demencia avanzada. También se menciona la tensión emergente debido al cambio del perfil de las personas con demencia, con un mayor número de personas con demencia de inicio temprano y con causa distinta a Alzheimer.

5.4 DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN Y COMPONENTES.

Se establece que el propósito de los CACPD es mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus entornos de apoyo. Lo anterior toma variadas formas operativas, tal como:

- **Mejorar la calidad de vida:** Proveer una atención integral y personalizada que permita a las personas con demencia mantener la funcionalidad, manejar los síntomas y retrasar el deterioro físico y mental.

- **Apoyar a los(as) cuidadores(as):** Brindar capacitación, apoyo emocional y recursos necesarios para que puedan manejar eficiente y eficazmente las demandas del cuidado diario, manteniendo su propio bienestar.Es una instancia para elaborar el duelo y recibir apoyo emocional.

- **Estimular cognitiva y físicamente a la persona con demencia:** Implementar actividades terapéuticas que fomenten la estimulación cognitiva y física, promoviendo la salud y bienestar de los usuarios.

- Brindar respiro al cuidador, a través de la asistencia de la persona con demencia al centro (componente denominado “centro de día”).

- Favorecer la participación/inclusión social, mediante las actividades que se realizan con las personas con demencia en los espacios comunitarios y en el territorio.

- **Educar y sensibilizar:** Educar a la comunidad y a los familiares sobre la naturaleza de la demencia, promoviendo un enfoque de derechos reduciendo el estigma a la condición.

- **Realizar coordinación y trabajo en red:** Facilitar la coordinación con otros servicios de salud y apoyo social, asegurando una atención integrada y eficiente.

- **Innovar y adaptar:** Adaptar continuamente las modalidades de atención a las necesidades emergentes y contextos cambiantes, como se evidenció durante la pandemia de COVID-19 con la implementación de teleasistencia y visitas domiciliarias.

- **Empoderar a las familias y usuarios:** Reconocer y reforzar su rol central en el proceso de cuidado y toma de decisiones. Para varios centros, el cuidador es su co-terapeuta.

- **Establecer estrategias de análisis de su gestión de manera permanente:** Buscar siempre generar oportunidades de mejora en torno al tratamiento, la adhesión y la implementación de los modelos de trabajo.

5.5 COMPONENTES CENTRALES O ESENCIALES

- **Atención integral:** diagnóstico y evaluación integral de las necesidades de los usuarios, que se acompaña a lo largo de su permanencia de un seguimiento continuo, que implica monitorear regularmente los resultados en su salud y bienestar.

- **Actividades terapéuticas:** Estimulación cognitiva y física y terapias especializadas que varían en cada uno de ellos, que incluyen musicoterapia, arteterapia, y otras intervenciones.

- **Apoyo a cuidadores:** Talleres y programas de formación sobre el manejo de la demencia y técnicas de cuidado. Todo ello incluye apoyo emocional para reducir el estrés y su carga emocional. Se les entrega material educativo y recursos sobre la demencia y el cuidado.

- **Trabajo en red y coordinación:** Acciones con la Atención Primaria de Salud para asegurar un cuidado continuo, colectivo, eficiente y eficaz. A lo que se suma la colaboración intersectorial, que se traduce en un trabajo conjunto con otras organizaciones y servicios comunitarios. Todo con el objetivo de continuar ofreciendo de forma permanente un apoyo integral.

- Enfoque en la comunidad: Implementación de programas educativos y sensibilización, y promoción de la participación social de los usuarios y sus entornos de apoyo.

- Innovación y Adaptación: Teleasistencia que incluye el uso de tecnologías para continuar la atención durante situaciones de emergencia, tales como lo sucedido a propósito del COVID19. Y lo más relevante la flexibilidad en la atención, que implica la adaptación continua y la resiliencia hacia modalidades de trabajo que deben estar referidas a las necesidades cambiantes de los usuarios y sus familias.

- Apoyo logístico: Servicios de traslado para facilitar el acceso de los usuarios al centro y asistencia domiciliaria para atender a usuarios con movilidad reducida o necesidades específicas.

- Si bien es posible reconocer acciones transversales que son comunes, también existen diferencias relevantes en los enfoques principales que articulan las acciones específicas que estos desarrollan. Se proponen los siguientes:

- Enfoque en centro diurno para personas con demencia, que enfatiza la gestión del centro diurno para personas con demencia mediante actividades terapéuticas.

- Enfoque en promoción de capacidades para el cuidado, que enfatiza el trabajo con cuidadores familiares en el centro, en visitas domiciliarias, y mediante la gestión terapéutica de los casos.

- Enfoque en la acción territorial e intersectorial, que enfatiza la acción de los centros en la coordinación de la red, la generación de capacidades en otros programas y dispositivos (ejemplo: APS, otros sectores municipales).

- Estos enfoques no son excluyentes, mas, es posible observar un orden creciente de la complejidad percibida por el micronivel. Por lo anterior, puede plantearse que la implementación de los CACPD se desarrolla desde un énfasis inicial en el centro diurno hasta consolidar, además, la acción territorial intersectorial.

- La duración de la intervención es personalizada entre 6 meses-2 años. Se identificaron características comunes entre los centros, tales como:

- Integralidad de la intervención

- Alta complejidad, especialidad
- Centrado (u orientado) en la diada (persona con demencia y cuidadores familiares)
- Centrado en la calidad de vida
- Progresiva incorporación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), particularmente en la continuidad de cuidados, la derivación asistida con la Atención Primaria y su relación con otros dispositivos para el egreso, derivaciones, consultorías.

5.6 FIDELIDAD

La fidelidad emerge con los siguientes descriptores:

- El nivel macro percibe que la implementación de los CACPD ha sido estable y sin variaciones significativas. Los CACPS han tenido una implementación "arriba hacia abajo", es decir, con definiciones operativas y técnicas definidas inicialmente desde el macronivel o nivel central.
- El mesonivel percibe una limitada influencia en el proceso de implementación, actuando más bien como un facilitador entre las referencias técnicas derivadas desde el nivel macro con el nivel micro. Se reconoce la capacidad de liderazgo que este nivel puede tener, con la oportunidad de mejorar la capacidad técnica.
- Todos los niveles reconocen que el nivel micro (coordinadores y equipos) han ejercido el principal liderazgo en la implementación. Además, reconocen que los referentes técnicos y teóricos de la implementación han sido variables (incluyendo borrador de una orientación técnica), lo que plantea una tensión respecto de la fidelidad en la implementación. Tomando en consideración que la descripción y componentes de la intervención tiene diferencias entre centros, puede plantearse que la fidelidad en el proceso de implementación es un aspecto aún incipiente.
- Al respecto, la instalación de GES85 ha representado una oportunidad de armonización de ciertas acciones, ya que establece prestaciones unificadas. No obstante, el micronivel plantea que esto también se utiliza con un marco de cierta flexibilidad, particularmente

en las acciones que se hacen para cuidadores, por lo que una prestación puede tener especificaciones diferentes según centro.

5.7 INFLUENCIA DE PANDEMIA POR COVID-19

La pandemia por COVID-19 tuvo una influencia clara y explícita en la implementación de los CACPD. A continuación, se presentan descriptores para dicha influencia.

- Suspensión de la intervención o componentes, referido a la detención en la entrega de ciertos componentes (particularmente los de tipo grupal y presencial), retomándose una vez finalizada la alerta sanitaria.

- Adaptación de la intervención o componentes: momentánea o mantenida, referido a la modificación intencionada de características de algún componente de la intervención. Lo más frecuente tuvo relación con el modo de entrega presencial modificado por remoto. Estas adaptaciones pueden haber sido sostenidas en el tiempo o haber sido retomadas en su formato inicial. Algunas, también, fueron retomadas considerando la tanto la forma original como la adaptada, aumentando la factibilidad y alcance.

- Los equipos mencionan que la pandemia significó una amenaza para la continuidad de la implementación, la que se abordó con liderazgo del micro y mesonivel, intentando adaptar la acción de los centros para mantener la pertinencia. Vale la pena referir que, en este periodo, uno de los centros no retornó a sus actividades como tal.

- Particularmente en el micronivel se percibe que la agencia y liderazgo del equipo ha aportado en la aceptabilidad percibida por usuarios(as), y también con otros dispositivos y programas en la red, a partir del vínculo establecido durante la pandemia.

6. CONCLUSIÓN

Los CACPD incluidos en este estudio muestran diferencias en sus procesos de implementación, que se refleja en el enfoque de sus intervenciones, y que se traduce en un incipiente marco de monitorización de su fidelidad. Estos hallazgos representan una oportunidad hacia la armonización del modelo de atención, y el establecimiento de indicadores del avance de implementación, permitiendo establecer de mejor forma el propósito y actividades ofrecidas en los dispositivos, en beneficios de las personas con demencia y sus familiares.

El modelo de implementación de los CACPD se ha mantenido en el tiempo, pero también ha ido evolucionando, adaptándose a nuevas realidades y desafíos. Los equipos han demostrado flexibilidad y adaptación a las condiciones del entorno, demostrando un alto nivel de compromiso, motivación y resiliencia. La pandemia por COVID-19 fue un evento significativo para la innovación, generando una mayor incorporación de tecnologías digitales y un enfoque más flexible en la prestación de servicios.

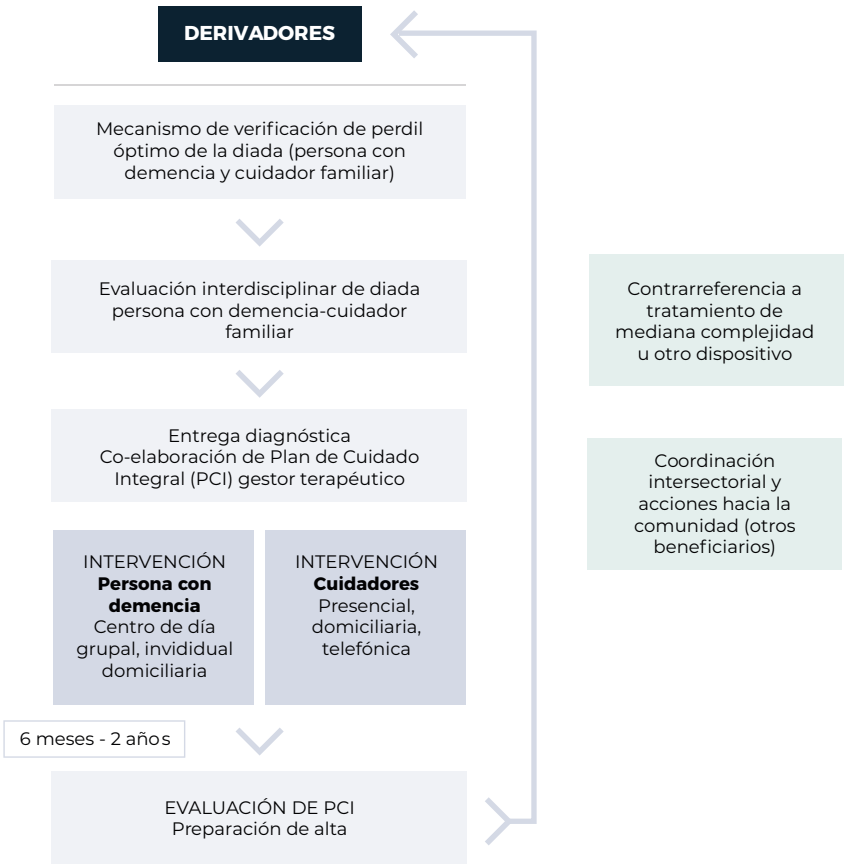
El Plan Nacional de demencia y GES85 han sido importantes catalizadores e impulsores del en la implementación de los CACPD. Lo mismo sucede con la estabilidad de los equipos y la capacidad de liderazgo de los coordinadores, la capacitación y especialización alcanzada. En este sentido, se requiere un equipo situado en el nivel central que acompañe y promueva las buenas prácticas de los distintos equipos en los distintos territorios.

7. RECOMENDACIONES

A continuación, se entregan recomendaciones que surgen a propósito de los hallazgos y conclusiones previamente descritos.

Recomendación 1.
Avanzar hacia la armonización del modelo, considerando sus componentes esenciales. A propósito de esta investigación, se presenta una propuesta de modelo para esta armonización (Figura 2).

Figura 2. Propuesta de modelo de componentes centrales



Fuente: Elaboración propia en base a información recogida en grupos focales con equipos CACPD

Recomendación 2.

Fidelizar el rol de Coordinación. El rol del coordinador/a es fundamental, por lo que hay que tender a su fidelización y permanencia por medio de acciones que cubran con sus necesidades. A su vez, la pandemia demostró la importancia de los liderazgos que han tenido y que continúan teniendo los coordinadores de los CACPD, cuestión que, como se dijo anteriormente, debe promoverse y potenciarse, sin que eso signifique una dependencia de los usuarios, usuarias, equipos de trabajo y redes del intersector.

Recomendación 3.
Establecer referentes, equipos, o líderes de implementación en el mesonivel o macronivel: Le observó consenso en los equipos técnicos sobre la necesidad de contar con acompañamiento que guíe la implementación de cada CACPD, sobre todo considerando la diversidad de territorios y necesidades.

Recomendación 4.
Disponer de documentos oficiales y estandarizados de referencia. Se sugiere considerar estas guías tanto para el micro como el mesonivel, incluyendo el registro de las prestaciones.

Recomendación 5.
Fortalecer el rol del mesonivel (Servicios de Salud) como referentes, equipos, o líderes de implementación. El mesonivel, particularmente los Servicios de Salud, tienen un rol importante, que puede potenciarse mediante involucramiento, y capacitación técnico-administrativa.

Recomendación 6.
Monitorizar la adaptación de las intervenciones, en particular las de carácter remoto (teleasistencia, telesalud). Es importante realizar un seguimiento a la continuidad actual de estas acciones y conocer su pertinencia.

Recomendación 7.
Potenciar bidireccionalidad en la red. El trabajo en la actualidad se ha centrado en que los CACPD se relacionen con la red, surgiendo la posibilidad de establecer un sistema donde también la red pueda establecer un trabajo coordinado con ellos, estableciéndose una bidireccionalidad en la vinculación.

Recomendación 8.
Favorecer la integración con Unidades de Memoria y equipos de especialidad. Si bien las unidades de memoria implementadas a propósito del GES 85 han sido un aporte importante para el trabajo de los CACPD, se hace necesario repensar el modelo de trabajo para fortalecer la coordinación y el trabajo integrado, centrado en las personas. Esto se complementa con la necesidad de tener una visión unificada sobre la condición de demencia, su tratamiento, desafíos y abordajes, lo que se traduce en fortalecer la capacitación y evitar la rotación de profesionales dentro de los equipos, sobre todo en torno a especialidad y atención primaria.

Recomendación 9.
Alta y continuidad. Las y los cuidadores reportan éxito, confianza, eficiencia y eficacia en la intervención que reciben, no obstante, el egreso es vivido como un proceso desafiante. Se sugiere establecer un marco de acción, que promueva una salida progresiva y acompañada, no solo por los equipos de los CACPD, sino que también por la red y los niveles centrales. Se suma a lo anterior, manejar la vinculación y adherencia que se genera desde el entorno

de apoyo con el gestor de caso. Este desafío es aún mayor considerando el nuevo perfil de usuarios con demencias avanzadas/dependencia severa, dado que puede emerger la necesidad de institucionalización. Similar para personas con demencia que tienen cuidadores, o viven solas.

Recomendación 10.

Establecer indicadores de implementación. Se sugiere elaborar indicadores que permita al micro y mesonivel evaluar el avance de la implementación de los centros, considerando también los tiempos esperables de implementación (sin una influencia externa como la pandemia). Este estudio presenta, como ejemplo, una propuesta a partir del modelo de implementación "Marcos de implementación activa".

Figura 3. Indicadores de implementación

Fuente: Elaboración propia en base a modelo de implementación "Marcos de implementación activa".

Es posible reconocer dimensiones de interés para la elaboración de indicadores de la implementación, tales como:

- Evolución del equipo multiprofesional a interprofesional.
- Evolución de intervención desde un enfoque asistencial/centro de día hacia una de gestión terapéutica y agente de cambio en cuidados.
- Evolución en el lugar y vínculo con la red.
- Evolución del incremento de cobertura y alcance territorial.

Recomendación 11.

Abordar la fidelidad de la intervención en los CACPD.

Considerar recomendaciones 3 a 6. w

Recomendación 12.
Mantener iniciativas de capacitación. La capacitación continua es un impulsor de la implementación fundamental en los distintos niveles, con énfasis del nivel micro y meso.

Recomendación 13.
Considerar los perfiles de usuarios. Se ha producido cambios en los perfiles de las personas con demencia y sus entornos de apoyo, requiriendo considerar aquellas demencias de inicio precoz y de mayor gravedad. Esto desafía el ajuste de los componentes de la intervención y mejorar las capacidades de los equipos.

Recomendación 14.
Disponer de mapas de derivación y actores clave. Considerando la alta influencia contextual que tiene el funcionamiento de los centros, disponer de elementos de apoyo que faciliten la continuidad de su gestión es relevante, particularmente lo que respecta de redes de derivación y colaboración.

Recomendación 15.
Avanzar en modelo propio de operación, gestión, y programación. Al ser un dispositivo de especialidad, y por las características de la población y su funcionamiento, define tiempos y procesos que son también particulares, por lo que es sugerible avanzar en modelos de gestión específicos, por sobre homologarlo con otros dispositivo

8. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Entidad beneficiaria	Universidad San Sebastián Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud Facultad de Medicina y Ciencia
Director General	Jean Gajardo
Directora Alterna	Josefina Aubert
Coinvestigadores/as	Ximena Moreno José Miguel Aravena María Teresa Abusleme Carolina Barrientos Franco Mascayano
Investigador asistente	Felipe Cárcamo

9. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Demencia. 2017.
2. Zurique Sánchez C, Cadena Sanabria MO, Zurique Sánchez M, Camacho López PA, Sánchez Sanabria M, Hernández Hernández S, et al. Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2019;54(6):346–55. Available from: https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007
3. OECD. Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia, OECD HEalth Public Studies. Paris: OECD Publishing; 2018.
4. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva; 2017.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en personas mayores [Internet]. Washington, D.C.; 2015. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11332&Itemid=135&lang=es
6. 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.
7. Gajardo J, Aravena JM, Budinich M, Larraín A, Fuentes P, Gitlin LN. The Kintun program for families with dementia: From novel experiment to national policy (innovative practice). Dementia. 2020;19(2):488–95.
8. Gajardo J, Budinich M, Fuentes P. Innovadora experiencia local en el apoyo a la persona con demencia y su entorno familair: Centro Kintun, Municipalidad de Peñalolén. In: Kornfeld R, Fernández B, Belloni C, editors. Personas mayores y demencia: Realidad y desafíos. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2015. p. 115–37.
9. DIPRES. Evaluación programa centros de apoyo comunitario para personas con demencia. Informe final. División de Control de Gestión Pública. Santiago, Chile; 2021.
10. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions , Measurement Challenges, and Research Agenda. Adm Policy Ment Heal. 2011;38:65–76.
11. Blanchard C, Livet M, Ward C, Sorge L, Sorensen TD, McClurg MR. The Active Implementation Frameworks: A roadmap for advancing implementation of Comprehensive Medication Management in Primary care. Res Soc Adm Pharm [Internet]. 2017;13(5):922–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.006
12. Metz A, Bartley L, Ball H, Wilson D, Naoom S, Redmond P. Active Implementation Frameworks for Successful Service Delivery: Catawba County Child Wellbeing Project. Res Soc Work Pract. 2015;25(4):415–22.
13. Reynaldos-Grandón KL, Rojas-Avila J. Administration models applied to care management: An approach to macro-, meso-, and micromanagement. Salud, Cienc y Tecnol. 2024;4:1173.
14. Bennett FJ. Qualitative and quantitative methods: In-depth or rapid assessment? Soc Sci Med. 1995;40(12):1589–90.
15. Sobo EJ, Billman G, Lim L, Murdock JW, Romero E, Donoghue D, et al. A rapid interview protocol supporting patient-centered quality improvement: Hearing the parent's voice in a pediatric cancer unit. Jt Comm J Qual Improv. 2002;28(9):498–509.
16. Renfro CP, Rome Z, Gatwood J, Hohmeier KC. Use of Rapid Assessment Procedures when analyzing qualitative data in pharmacy research. Res Soc Adm Pharm. 2022;18(1):2249–53.
17. 17.Salter KL, Kothari A. Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. Implement Sci. 2014;9(115):1–14.
18. Rycroft-malone J, Burton CR, Wilkinson J, Harvey G, Mccormack B, Baker R, et al. Collective action for implementation: a realist evaluation of organisational collaboration in healthcare. Implement Sci [Internet]. 2016;1–17. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0380-z
19. Marchal B, Belle S Van, Hoerée T, Kegels G. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. Evaluation. 2012;18(2):192–212.
20. Blanchard C, Livet M, Ward C, Sorge L, Sorensen TD, McClurg MR. The Active Implementation Frameworks: A roadmap for advancing implementation of Comprehensive Medication Management in Primary care. Res Soc

UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA

INFORME TÉCNICO
FONIS SA2110108

UNIVERSIDAD ACREDITADA
NIVEL AVANZADO
GESTIÓN INSTITUCIONAL
DOCENCIA DE PREGRADO
VINCULACIÓN CON EL MEDIO
HASTA OCTUBRE 2026

ACREDITACIÓN INTERNACIONAL
AQAS
DESDE DICIEMBRE 2018 HASTA SEPTIEMBRE 2025

www.uss.cl