




Artículo original

La medición de la dependencia funcional en el diseño del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida en Cuba

Measuring Functional Dependence in the Design of the National System for Comprehensive Life Care in Cuba

Juan Carlo Imbert Mayola¹  juancarlo@rect.uh.cu

Paula Rodríguez-Modroño²  prodmod@upo.es

Silvia Odriozola Guitart¹  silviao@fec.uh.cu

¹Universidad de La Habana, Cuba

²Universidad Pablo de Olavide, España

RESUMEN

El artículo reflexiona sobre las ventajas que ofrecen para Cuba los diferentes instrumentos para valorar la funcionalidad y dependencia, a la hora de diseñar servicios de cuidados. Estos permiten optimizar gastos, en un contexto donde se impone mayor eficiencia en el uso del presupuesto destinado a la política social. Se estructura partiendo de un marco teórico donde se revisan los principales instrumentos para medir la funcionalidad. Luego se aborda el uso de estos instrumentos en Cuba y, por último, se realiza una reflexión general asociada a la creación del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida, concluyendo que avanzar en la medición de los niveles de dependencia, de manera sistemática y coherente, es un determinante clave para la construcción del sistema nacional de cuidado, debido a su rol para asignar servicios, definir intensidad de la demanda de cuidados y robustecer el diseño del modelo de cuidados que se implemente.

Palabras claves: cuidados; dependencia; funcionalidad; Sistema integral de cuidados.



ABSTRACT

This article reflects on the advantages that different instruments for assessing functionality and dependency offer to Cuba when designing care services. These instruments allow for the optimization of expenses in a context where greater efficiency in the use of the budget allocated to social policy is essential. The article is structured starting with a theoretical framework that reviews the main instruments for measuring functionality. Then, it addresses the use of these instruments in Cuba and, finally, offers a general reflection related to the creation of the Comprehensive Care System for Life. It concludes that advancing in the systematic and coherent measurement of dependency levels is a key determinant for the construction of the national care system, due to its role in allocating services, defining the intensity of care demand, and strengthening the design of the care model that is implemented.

Keywords: *care; dependency; functionality; Comprehensive Care System.*

Recibido: 31/10/2025

Aprobado: 28/11/2025

INTRODUCCIÓN

El mundo está experimentando un incremento tanto en la cantidad como en la proporción de adultos mayores. Entre 2015 y 2050 el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12 % al 22 %. En 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050 la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (OMS, 2024).

La prolongación de la vida es resultado de los avances en el desarrollo social y económico, así como en materia de salud que han permitido reducir las tasas de mortalidad, en particular entre las personas de más edad. Este cambio implica una oportunidad para aprovechar una vida más

larga, pero también plantea nuevos desafíos para el diseño de políticas públicas pues el aumento en la esperanza de vida no implica necesariamente mejores condiciones de salud.

En este contexto, el Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) hace hincapié en cuatro esferas específicas de acción:

1. Combatir el edadismo.
2. Crear entornos favorables para las personas de edad.
3. Integrar los cuidados en la atención primaria.
4. Proporcionar cuidados a largo plazo a quienes los necesitan (OMS, 2025).

Esta realidad respalda la importancia de los cuidados, tanto en el debate académico contemporáneo como en el político. Desde hace años, los organismos gubernamentales son conscientes de la relevancia del desarrollo de sistemas de cuidados de larga duración. Uno de los elementos fundamentales de estas políticas es la aplicación de instrumentos sistematizados de evaluación de la funcionalidad/dependencia y de las necesidades de cuidados a nivel poblacional e individual con el objetivo de brindar servicios de mejor calidad y con el mayor nivel de cobertura posible. Por ello, en este artículo, se realiza una revisión de las ventajas para Cuba de los diferentes instrumentos existentes para valorar la funcionalidad de las personas.

En el caso de Cuba, las cifras de envejecimiento de la estructura poblacional son significativas. Ese escenario muestra un cuarto de la población del país (25.7 %) con 60 años y más. Esta realidad puede ser incluso más compleja en algunas provincias, llegando a ser del 29.1 % en Villa Clara, 28.1 % en La Habana y 26.6 % en Sancti Spíritus, mientras los municipios de Plaza de la Revolución con 36.8 %, Playa 31.5 %, y Cifuentes 30.3 % son los más envejecidos (ONEI, 2024).

Este proceso de envejecimiento aumenta la importancia de utilizar herramientas para evaluar la dependencia, que son muy utilizadas a nivel mundial pero que tienen poco nivel de penetración en el diseño e implementación de las políticas de cuidados en Cuba. Especialmente en la actualidad, al haberse aprobado las bases para la creación del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida, mediante el Decreto 109/2024.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las ventajas que ofrecen para Cuba los diferentes instrumentos para valorar la funcionalidad de las personas o, por el contrario, su grado de dependencia, a la hora de diseñar servicios de cuidados y así optimizar gastos, en un contexto donde se impone mayor eficiencia en el uso del presupuesto destinado a la política social.

El artículo se estructura partiendo de un marco teórico donde se revisan los principales instrumentos para medir la funcionalidad. Luego se aborda el uso de estos instrumentos en Cuba y, por último, se realiza una reflexión general asociada a la creación del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida en Cuba.

DESARROLLO

La medición de la funcionalidad

Envejecer suele implicar un aumento en la demanda de cuidados para atender las necesidades de la vida diaria de las personas en su entorno, ante la pérdida de capacidades físicas y mentales y un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas. Esta asociación pone énfasis en la medición de la funcionalidad por los cambios que puede provocar, tanto en el entorno familiar como a escala social. En las últimas décadas, el debate contemporáneo ha reconocido finalmente la centralidad de los cuidados para el funcionamiento del sistema económico y la esencialidad del diseño de políticas de cuidados para aquellas sociedades que pretendan mayores niveles de equidad social (Batthyány, 2024; Güezmes et al., 2023). Debido a ello, es cada vez más necesario, en sociedades que envejecen, utilizar herramientas que permitan evaluar el grado de dependencia.

Existe una amplia diversidad de modelos para medir la dependencia en una sociedad. Entre los más conocidos está el de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Salud (CIF) de la OMS y el de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Es importante resaltar que la conceptualización de la dependencia ha generado intensos debates académicos, y la falta de consenso terminológico en el diseño de la política puede tener importantes consecuencias.

La CIF constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Es una clasificación universal que establece un

marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Abarca tres componentes esenciales: funciones corporales/estructuras, actividad y participación, integrados bajo los términos «funcionamiento» y «discapacidad», que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales (Ayuso-Mateos et al., 2006).

La CIF no pretende clasificar a las personas, sino ofrecer perfiles de funcionamiento y discapacidad determinados por objetivos concretos de interés. Este modelo de la CIF se centra en la persona, en sus capacidades y en la función social de complementar las limitaciones del individuo para optimizar su autonomía (Luchetta, 2014). La CIF logra la superación de conceptos de amplia utilización sanitaria, como bienestar, estado de salud o calidad de vida relacionada con la salud. Pertenece a la Familia Internacional de Clasificaciones de la OMS (FIC OMS).

Es un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales. El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, se relaciona con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que se concibe como deficiencias en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas. El tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento (Ayuso-Mateos et al., 2006).

La CIF integra los modelos biomédico y social de la discapacidad y asume el modelo biopsicosocial como marco conceptual. Además, en la medida en que recoge factores ambientales y personales en su modelo, permite describir cómo estos pueden ser un elemento clave para comprender la discapacidad y el funcionamiento de los individuos y las poblaciones, y cómo se pueden adoptar cambios y medidas sociales que permitan reducir su impacto cuando este es negativo (Ayuso-Mateos et al., 2006).

Este modelo demanda altos niveles de interdisciplinaridad y enfoques integrales que le permiten análisis más complejos. Esto, a su vez, determina su utilización pues requiere una formación más especializada para su aplicación y el nivel de subjetividad suele ser mayor por su variación ante cambios en el contexto cultural.

Por su parte, el modelo de AVD abarca un conjunto esencial de acciones y tareas que las personas llevan a cabo en su rutina cotidiana, con el propósito de garantizar su bienestar, autonomía y calidad de vida. Estas actividades engloban tanto acciones básicas (aseo personal, la alimentación y el vestuario), como tareas más complejas, entre las que se incluye la administración de medicamentos, la movilidad en el entorno, la gestión del hogar y la interacción social. La realización exitosa de las AVD no solo está vinculada directamente a la salud física y mental de los individuos, sino que influye significativamente en su autoestima, percepción y satisfacción general con la vida. Resalta la importancia de reconocer y valorar estas actividades, no solo desde la perspectiva de la atención médica y terapéutica, sino también en el contexto de la promoción del bienestar integral de las personas (Pantoja & Ardila, 2024). Este modelo es utilizado fundamentalmente para medir capacidad funcional de una persona para realizar estas actividades cotidianas y, sobre esta base, se determina su autonomía o dependencia, lo cual puede asociarse a las demandas de cuidados que posee. También permite diseñar intervenciones sociales, monitorear cambios en una persona o en grupos poblacionales, se vincula a la geriatría y a la rehabilitación. Brinda información para el diseño de políticas públicas y posibilita una mejor asignación de recursos hacia la dependencia.

El modelo tiene dos categorías principales: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que tiene como instrumentos asociados el Índice de Barthel y el Índice de Katz; y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que tiene como instrumento la Escala de Lawton-Brody. La principal virtud del modelo está en su fácil y rápida aplicación pues no demanda conocimientos de alto nivel de formación. Sus limitaciones se asocian a que, en sus análisis, no considera el entorno y puede presentar sesgos culturales.

En general, ambos modelos son complementarios. El primero proporciona un marco teórico mucho más robusto, mientras el segundo permite operacionalizar la dependencia en contextos clínicos y sociales. La clave para el diseño de un mejor modelo de cuidados es la integración de ambos. En el transcurso de esta investigación se desarrolla el modelo de AVD, debido a que ha tenido más desarrollo, asociado a su utilización más frecuente para la asignación de recursos, su potencialidad para clasificar usuarios de manera rápida y, sin altos niveles de especialización, asignar de manera óptima los servicios para usuarios y reducir costos en el proceso.

Instrumentos para evaluar grados de dependencia

No todas las personas adultas mayores ni todas las personas con discapacidad son dependientes; de hecho, la gran mayoría de ambas poblaciones puede llevar una vida autónoma. Los instrumentos más utilizados para evaluar la funcionalidad o la dependencia se desarrollan a continuación.

Índice de Katz

El índice de Katz (IK) fue diseñado como un índice de rehabilitación. Se ha empleado en la valoración de enfermedades, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo, y ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar la respuesta al tratamiento. Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto le confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información.

En general, es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia, pero su eficacia disminuye en pacientes más sanos, en los que se subestima la necesidad de ayuda. Este problema se ha intentado paliar realizando modificaciones sobre la escala inicial, suprimiendo algunas actividades básicas de la vida diaria y sustituyéndolas por actividades instrumentales (Cabañero et al., 2008, citado por Trigás-Ferrín et al., 2011).

Inicialmente se realizaba mediante la observación directa del paciente por el personal sanitario durante las dos semanas previas a la evaluación. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores. Es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo. Lo pueden utilizar médicos, enfermeras y personal sanitario entrenado. También ha sido utilizado en encuestas telefónicas. La capacidad del IK para valorar tareas dependientes de las extremidades superiores es limitada y presenta poca sensibilidad al cambio.

Índice de Barthel

El Índice de Barthel (IB) consta de diez parámetros que miden las ABVD. La elección de los mismos se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente diez actividades básicas de la vida diaria, como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre dos y cuatro alternativas con intervalos de cinco puntos, en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo (Trigás-Ferrín et al., 2011).

Actualmente, es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente para valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos. En el ámbito internacional, existen diferentes versiones con modificaciones en las escalas de puntuación y en el número de ítems.

Al principio, el IB se evaluó mediante la observación directa. Hoy día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador principal. Ambos métodos ofrecen fiabilidad similar. Es fácil de aplicar, aprender y de interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido para su realización de cinco minutos. Su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Además, puede ser repetido periódicamente y es de fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales. El IB no requiere una adaptación lingüística propiamente dicha ya que se basa en la observación de actividades muy específicas o en la consulta a cuidadores o próximos. Solo es necesario realizar una traducción simple de las actividades y categorías de puntuación (Trigás-Ferrín et al., 2011).

La principal limitación del IB es la dificultad para detectar cambios en situaciones extremas (puntuaciones próximas a cero o a cien) y valora principalmente tareas dependientes de extremidades inferiores. Estos inconvenientes no resultan problemáticos en la práctica clínica habitual, pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigación (Trigás-Ferrín et al., 2011).

Escala de Lawton-Brody

La escala de Lawton-Brody (LB) es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente. Evalúa la capacidad funcional mediante ocho ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía (Trigás-Ferrín et al., 2011).

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no solo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes, como a nivel docente e investigativo. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización (Trigás-Ferrín et al., 2011, p. 16).

“Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro [...]. Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala, pero debe estar motivado, concienciado y entrenado” (Trigás-Ferrín et al., 2011, p. 16).

La medición de la funcionalidad en el diseño de políticas del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida en Cuba

La medición de la funcionalidad permite abordar las necesidades de un grupo de la población que crece exponencialmente. La aplicación de estos instrumentos genera información clave para la construcción de sistemas integrales de cuidados, ya que a medida que el paciente tiene mayor nivel de dependencia en las AVD, aumentan las necesidades de cuidados y el cuidador tiene que realizar más tareas.

La aplicación de estos instrumentos permite detectar la dependencia funcional en sus inicios. De ahí la importancia de utilizar estas escalas, validadas en diferentes contextos y fáciles de utilizar en el nivel primario de atención, para desarrollar estrategias y acciones que incrementen

la autonomía e independencia del adulto mayor en aras de optimizar los servicios que se ofrecen y su calidad. El Índice de Barthel evalúa aspectos físicos y la Escala de Lawton y Brody proporciona información sobre aspectos organizativos. Ambas informaciones son necesarias para una valoración administrativa. Incorporando otras informaciones, esta valoración se concreta en los baremos de dependencia, de reciente introducción en la región.

Es posible establecer que estos instrumentos son útiles para evaluar la recuperación de pacientes ante afectaciones que suelen demandar cuidados intensivos en Cuba y suelen también ser instrumentos empleados para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores. Su aplicación permite realizar estudios comparativos entre países.

Los estudios realizados demuestran que, a medida que aumenta el grado de dependencia del paciente para realizar las ABVD, aumenta la sobrecarga del cuidador (Pascual et al., 2018). Una investigación descriptiva correlacional en el Policlínico Docente Carlos Manuel Portuondo, en el municipio Marianao, La Habana, desde enero de 2010 a diciembre de 2011, determinó la relación que existe entre la dependencia de los pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) para realizar las ABVD y los niveles de sobrecarga percibida por los cuidadores principales (Pascual et al., 2018).

Otra investigación analítica, de corte transversal, realizada con 192 cuidadores que acudieron a las consultas de los Equipos Multidisciplinarios de Atención Geriátrica del Centro Iberoamericano para la Tercera Edad y de áreas de salud de los municipios Playa y Plaza de la Revolución, de La Habana, durante el periodo 2003-2009, también concluyó que, a medida que aumenta la dependencia del paciente, es mayor la carga del cuidador (Espín, 2012).

Un estudio descriptivo realizado en el hogar de ancianos de Cumanayagua, utilizando el Índice de Barthel en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2018, concluyó que, en esa residencia, el 72 % de las personas mayores presentaba algún grado de dependencia para las actividades cotidianas de la vida y el 28 % fueron independientes; el 41.7 % tuvo dependencia leve o moderada; el 10 % dependencia grave y solo el 20 % dependencia total. El costo que representaron los ancianos con dependencia total, casi duplicó a los independientes. De forma general, se observó que los costos disminuyeron a medida que redujeron la dependencia, lo cual mostró la necesidad de trabajar en acciones de promoción, educación y prevención de salud en

las personas mayores. Además de proporcionarle más calidad de vida, ello permitió ahorrar recursos económicos importantes (González et al., 2021).

El uso combinado de estos instrumentos, sumado a otras evaluaciones complementarias, suelen sintetizarse en la construcción de baremos de dependencia, que no se utilizan en Cuba hasta el momento. Estos posibilitan una valoración integral más acorde a los marcos del modelo CIF de la OMS y son extremadamente necesarios para el diseño de políticas de cuidados. Utilizar las potencialidades que ofrecen estos instrumentos e incorporar su uso en investigaciones de políticas de cuidados ofrece la posibilidad de robustecer las propuestas que se realizan para el diseño de políticas de cuidados en Cuba. En la bibliografía consultada no se encontró evidencia de investigaciones que vinculen el uso de estos instrumentos de medición de dependencia con la asignación de servicios de cuidados disponibles en el país. Tampoco se encontraron artículos que planteen la importancia de este instrumento en el diseño de políticas de cuidados.

Entre sus ventajas, estos instrumentos tienen potencialidad para clasificar a los beneficiarios de los servicios de cuidados, asignando servicios en función de las necesidades reales de los usuarios a partir de las valoraciones objetivas y estandarizadas que estos ofrecen. A falta de la existencia de baremos de dependencia en el país, son instrumentos de muy fácil utilización que pueden contribuir a garantizar una mayor equidad en el acceso a los servicios.

No solo son vitales en la evaluación inicial a la hora de asignar servicios, sino que en las residencias o en los hogares de día, resulta indispensable la evaluación sistemática de la funcionalidad de los adultos mayores. Ello contribuye a la mejora continua en el servicio que se les ofrece, a partir de un conocimiento detallado de los niveles de funcionalidad de los adultos mayores.

En el caso de las ayudas domiciliarias, la evaluación de los niveles de dependencia de los usuarios es clave para estimar el nivel de intensidad de cuidados que demanda cada usuario y, de esta manera, diseñar servicios más flexibles y optimizar recursos a largo plazo.

El uso de instrumentos para medir el nivel de funcionalidad o dependencia de la población en Cuba refuerza su importancia, dado que el Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida creado en 2024 tiene entre sus objetivos el acceso universal. Consecuentemente, la valoración de la funcionalidad de los potenciales usuarios, que ya es clave en el diseño de políticas de salud y de cuidados, es indispensable para determinar prioridades de acceso a los servicios que se

ofrecen, optimizando su uso y brindando una herramienta científica para sostener la progresividad en el acceso paulatino a los servicios del sistema.

En términos generales, utilizar herramientas que permitan una mejor asignación de recursos perfecciona el mecanismo para identificar las necesidades específicas de cuidados, genera eficiencia y funciona como instrumento de prevención para detectar de manera temprana necesidades de cuidados. A su vez, ofrece a los decisores un instrumento capaz de ayudar a priorizar casos urgentes y orientar políticas a necesidades específicas.

La medición de la funcionalidad en la construcción del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida en Cuba

Uno de los primeros pasos para diseñar un sistema de cuidados es definir quiénes serán los beneficiarios, es decir, la población objetivo. El criterio de elegibilidad más utilizado es el nivel de dependencia (Cafagna et al., 2019). En el caso cubano, para el acceso y la atención a los adultos mayores y personas en situación de discapacidad se establece que será el sistema de salud el que lo determinará, en función del grado de funcionalidad y dependencia, a partir de instrumentos que aún no están definidos. La mayoría de los países utilizan instrumentos que se basan en cuestionarios sobre las capacidades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de manera autónoma y en algunos sobre las capacidades cognitivas. Usualmente, a partir de la información recopilada con los cuestionarios, se construye un puntaje que indica si una persona está o no en situación de dependencia y en qué nivel se encuentra.

En este sentido, los instrumentos utilizados para medir funcionalidad y necesidades de cuidados pueden tener diferentes propósitos o enfoques. Dentro de las encuestas nacionales, el objetivo suele ser estimar la prevalencia de dependencia funcional y necesidad de cuidados en grupos poblacionales; mientras que con los baremos el objetivo es identificar beneficiarios y asignar servicios dentro de un sistema de cuidados.

Otro criterio de elegibilidad utilizado con frecuencia para asignar recursos es la edad, debido, esencialmente, a restricciones presupuestarias. Por ejemplo, en Francia, solo las personas con 60 años o más son elegibles para la asignación personalizada de autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*), que consiste en una transferencia monetaria para la

compra de servicios de atención. De manera similar, en Escocia, hasta abril de 2019, solo las personas con 65 años o más se podían beneficiar de servicios de atención personal gratuitos (Cafagna et al., 2019).

Establecer límites de edad para el acceso a las prestaciones puede ser una manera de contener los costos y está justificado por el hecho de que, por lo general, la demanda de servicios de apoyo está concentrada en la población adulta mayor y, en particular, en la muy mayor (de 80 o más años). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el proceso de envejecimiento no es homogéneo y se ve afectado no solo por factores genéticos sino también por factores contextuales y de comportamiento. Así, mientras hay personas que llegan a la vejez en condiciones saludables y con total autonomía funcional, hay otras que comienzan a tener dificultades desde edades relativamente tempranas (OMS, 2024).

Esto es especialmente relevante en los países de ingresos bajos y medios, donde las enfermedades crónicas, que muchas veces dan lugar a limitaciones y a dependencia funcional (Aranco y Sorio, 2019), suelen aparecer en edades más tempranas que en los países de ingresos altos. Por lo tanto, establecer límites de edad, sobre todo cuando estos son muy altos, puede dejar fuera del sistema a personas con dificultades importantes para realizar sus tareas diarias. Si es necesario ajustar la cobertura por razones presupuestarias, se recomienda actuar sobre el nivel de dependencia mínimo para recibir beneficios e ir relajando en el tiempo los criterios de severidad, con el fin de ampliar la cobertura conforme se desarrolle el sistema (Cafagna et al., 2019).

Por otro lado, la utilización de estos indicadores también tributa a otro de los elementos clave en el diseño de un sistema de cuidados pues una mejor y continua evaluación de los usuarios es esencial para garantizar una atención de calidad. Esta es otra de las premisas que defiende el Decreto 109/2024 «Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida», asociado a garantizar que las personas naturales o jurídicas, estatales y no estatales, presten servicios de calidad para los usuarios del sistema.

Al diseñar un sistema de cuidados es fundamental, definir qué tipo de servicios son los más adecuados para distintos contextos y niveles de dependencia. Por lo general, se sugiere que los servicios en residencias son particularmente indicados para adultos mayores con dependencia severa, especialmente si requieren atención médica continua y cuentan con apoyo familiar

limitado. En contraste, los servicios en centros de día y de teleasistencia se suelen utilizar para adultos mayores con dependencia leve y tienen un carácter complementario, ya que por sí mismos no resuelven las necesidades de apoyo para realizar actividades de la vida diaria.

Sobre esta base, antes de definir la combinación de servicios ofrecidos por el sistema de atención, cada país debería analizar el perfil de dependencia funcional de la población y su proyección al futuro (Cafagna et al., 2019). Para el caso cubano, incluir estos instrumentos en encuestas poblacionales permitiría actualizar los datos que brinda la Encuesta Nacional de Envejecimiento Poblacional del 2017 y realizar mejores estimaciones sobre la demanda potencial de servicios de cuidados que experimentará el futuro sistema.

Otro debate que puede abrirse a partir de aumentar el uso de instrumentos para medir dependencia a la hora de asignar servicios de cuidados en Cuba es el referido a qué tipos de servicios desarrollar primero. La situación económica del país obliga a que el desarrollo del sistema nacional de cuidados busque optimizar los recursos que se le asignen. En este sentido, la literatura consultada plantea que puede existir la tentación de empezar por la construcción de nuevas residencias. Sin embargo, se recomienda no comenzar por esta ruta, sobre todo en las primeras etapas del proceso de implementación de un sistema de atención a largo plazo. En primer lugar, porque si bien en casos de dependencia severa que requieren atención sanitaria continua (por ejemplo, cuando se combinan estados avanzados de demencia con incontinencia), la institucionalización es la alternativa más común, las personas, en su mayoría, prefieren envejecer en su entorno.

En segundo lugar, cuando la necesidad de apoyo no es demasiado elevada, es más económico brindar servicios en el hogar que en residencias a largo plazo. Teniendo en cuenta estas consideraciones, desde años recientes existe una marcada tendencia a dar mayor peso a los servicios de apoyo en el domicilio, en detrimento de los cuidados en residencias a largo plazo (Cafagna et al., 2019).

La creación del nuevo Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida en Cuba reconoce la diversidad de actores que pueden brindar cuidados en la actualidad. Los cambios recientes en la legislación cubana han dado paso a que el mercado gane peso dentro del diamante del cuidado. Así, la introducción de estos instrumentos para medir dependencia es la oportunidad



de utilizar información objetiva y estandarizada en el diseño de nuevos servicios y la reconceptualización de los existentes.

En síntesis, el desarrollo del sistema de cuidados en Cuba demanda desarrollar el uso de instrumentos como el Índice de Barthel y la Escala de Lawton-Brody para medir la funcionalidad de manera rápida y sencilla. Su uso complementario, junto con otros elementos, constituye la base para el desarrollo de un baremo de dependencia en Cuba que permita una mejor asignación administrativa de los servicios que componen el sistema de cuidados en el país. Sin embargo, estos instrumentos deben cuidar de no retrasar el acceso a los servicios ni generar expectativas que no se puedan cumplir en el corto y mediano plazo, lo cual afectaría la confianza de los usuarios en el sistema, lastrando la consolidación y desarrollo futuro del mismo.

CONCLUSIONES

La medición de la funcionalidad no se debe pensar como una medida puntual y definitiva sino más bien como un proceso continuo que implica diversos costos, en tiempo, recursos humanos, información, logística, entre otros. Por ello es fundamental que los sistemas prevean instrumentos y recursos para las reevaluaciones que sean necesarias, tanto en los casos en los que se requiere aumentar la intensidad de los apoyos, como para aquellos en que es deseable reducirla. A su vez, el sistema debe incluir junto a estas herramientas otras de valoraciones multidimensionales que robustezcan los análisis.

La ausencia de un concepto unificado de funcionalidad, así como de una herramienta sencilla y efectiva para evaluar la funcionalidad y las necesidades de apoyo entre personas con (riesgo de) pérdidas funcionales en el país, es uno de los grandes retos que enfrenta la construcción del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida en Cuba. Los índices de Barthel y Escala de Lawton-Brody aportan datos objetivos sobre la capacidad funcional de los posibles usuarios de los servicios de cuidados.

En el sistema de salud se cuenta con experiencia acumulada en el uso de los Índice de Barthel y Escala de Lawton-Brody, lo que sumado a su sencilla aplicación, bajos costos y fácil



interpretación constituye un argumento más en función del potencial de estos instrumentos para articular los servicios que se ofrecen dentro del sistema de salud y los del sistema de cuidados. Incluso, permite evitar la aplicación de diferentes medidas a nivel nacional y mejorar el potencial de comparabilidad entre grupos y contextos, generando una base para la futura creación de baremos de dependencia en el país.

Una mayor frecuencia en las evaluaciones no solo posibilita que los servicios prestados sean acordes a las necesidades individuales, mejorando su calidad, sino que también pudiese implicar una reducción de costos en casos en que los servicios sean prestados con una intensidad mayor de la necesaria; garantizando un marco científico para que los servicios tengan flexibilidad y capacidad para adaptarse a las condiciones y cambios que afectan a las necesidades de cuidados de los usuarios.

Un determinante clave para la construcción del Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Vida, así como para garantizar su sostenibilidad económica, es avanzar en la medición de manera sistemática, coherente y sistémica de los niveles de dependencia. Ello es clave para asignar servicios, definir intensidad de la demanda de cuidados y robustecer el diseño del modelo de cuidados que se implemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranco, N. & Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud, Serie IDB-TN-1615. https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Uruguay_es.pdf
- Ayuso-Mateos, J. L., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J. & Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*, 126(12), 461-466. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART13069/clasificacion_internacional_del_funcionamiento.pdf



- Batthyány, K. (2024). *El cuidado en el centro de los nuevos acuerdos sociales*. Análisis Carolina, no. 6. Madrid: Fundación Carolina. https://doi.org/10.33960/AC_06.2024
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Medellín, N., Oliveri, M. L. & Stampini, M. (2019). *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001972>
- Espín, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n3/spu06312.pdf>
- González, Y., Rodríguez, A., Trujillo, N. & Ruiz, D. R. (2021). Costo institucional de los adultos mayores según grado de dependencia. *Revista Información para directivos de la Salud* (May-Ago), e_776. <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/776>
- Güezmes, A., Bidegain, N. & Scuro, M. L. (2023). Igualdad de género y sociedad del cuidado. *Revista de la CEPAL*, 141, 179-192. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4ed112f5-df80-4ae4-9c55-92954204687d/content>
- Luchetta, J. F. (2014). *Rehabilitación en salud mental: aportes de la CIF (Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud –OMS)*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-035/246.pdf>
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). (2024). *Anuario Estadístico de Cuba 2023*. La Habana: ONEI.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). *Envejecimiento: Población mundial*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pantoja, J. L. & Ardila, G. M. (2024). Promoviendo independencia, bienestar y autonomía en actividades de la vida diaria. *Excelsium Scientia Rev. Int. Investig.*, 8(1), 22-34. <https://doi.org/10.31948/esrii.v8i1.3967>



- Pascual, Y., Garzón, M. & Ravelo, M. (2018). Relación entre dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer y la sobrecarga en el cuidador principal. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1), 102-113.<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n1/1561-2961-enf-34-01-e1393.pdf>
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L. & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin*, 72(1), 11-16.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4098178.pdf>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Contribución autoral

Juan Carlo Imbert Mayola: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Paula Rodríguez-Modroño: Análisis formal, investigación, metodología, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Silvia Odriozola Guitart: Investigación, metodología, visualización, redacción, revisión y edición.