

# El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: Prácticas, avances y direcciones futuras

Déborah Oliveira  
Santiago León Moncada  
Francisco Terra

División de Protección Social y  
Salud

NOTA TÉCNICA N°  
IDB-TN-2476

# El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: Prácticas, avances y direcciones futuras

Déborah Oliveira  
Santiago León Moncada  
Francisco Terra

Junio 2022

Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo

Oliveira, Déborah.

El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: Prácticas, avances y direcciones futuras / Déborah Oliveira, Santiago León Moncada, Francisco Terra.

p. cm. — (Nota técnica del BID; 2476)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Functional assessment-Latin America. 2. Older people-Health aspects-Latin America. 3. Older people-Care-Latin America. 4. Scaling (Social sciences). I. León, Santiago. II. Terra, Francisco. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie. IDB-TN-2476

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2022 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



[scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

[www.iadb.org/SocialProtection](http://www.iadb.org/SocialProtection)



# **El uso de baremos de valoración de la funcionalidad y de la dependencia de cuidados en personas adultas mayores:** prácticas, avances y direcciones futuras

Déborah Oliveira  
Santiago León Moncada  
Francisco Terra

*Esta publicación fue elaborada con recursos financieros de la Agencia Francesa de Desarrollo*

# **El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: Prácticas, avances y direcciones futuras**

Déborah Oliveira, Santiago León Moncada, y Francisco Terra<sup>1</sup>

## **Resumen**

El aumento creciente en el número de personas mayores ha generado algunos desafíos prácticos y metodológicos con respecto a las mejores formas de conceptualizar, evaluar y gestionar (mantener, restaurar u optimizar) la funcionalidad y la necesidad de cuidados con el fin de brindar servicios y apoyos adecuados y oportunos a las personas mayores en situación de dependencia temporal o permanente de cuidados. En América Latina y en algunos países europeos se ha adoptado el uso de baremos para la evaluación de la funcionalidad y las necesidades de ayuda para realizar las tareas de la vida diaria, incluyendo a la población con, o en riesgo de, deterioro funcional. Esta evaluación puede ser usada para informar tanto las decisiones gubernamentales sobre la oferta de servicios de atención de largo plazo a nivel agregado, como la oferta de servicios a cada persona. Sin embargo, la implementación de baremos en la región es muy reciente y resta mucho por conocer acerca de su capacidad para evaluar y clasificar las especificidades relacionadas a la funcionalidad de las personas mayores, así como para direccionar con efectividad la oferta de servicios de cuidados a esta población. El objetivo de esta nota técnica es brindar una visión general sobre el estado actual del desarrollo y aplicación de baremos en América Latina y en países europeos buscando proporcionar a los gobiernos elementos para desarrollar o mejorar sus sistemas de evaluación de funcionalidad y necesidad de cuidados entre las personas mayores, y con ello avanzar en el desarrollo de sus sistemas de cuidados de larga duración a esta población.

**Clasificación JEL:** I18; I19; J18

**Palabras-clave:** baremo; habilidad funcional; funcionalidad; dependencia de cuidados; envejecimiento; personas mayores; cuidados de larga duración; sistemas de cuidados.

---

<sup>1</sup> Déborah Oliveira y Santiago León son consultores de la división de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Francisco Terra es sociólogo y economista de la Universidad de la República de Uruguay y consultor especialista independiente. Correo electrónico: [deborahd@iadb.org](mailto:deborahd@iadb.org), [santiagole@iadb.org](mailto:santiagole@iadb.org), [pfterra@gmail.com](mailto:pfterra@gmail.com). Agradecemos a Pablo Ibararán, Marco Stampini, Beatrice Fabiani y Nadin Medellín por sus útiles comentarios y sugerencias. La edición profesional estuvo a cargo de Lyle Prescott y Marcy Devine. Los errores restantes son solo nuestra responsabilidad. El contenido y las conclusiones de este documento reflejan las opiniones de los autores y no las del BID, su Directorio Ejecutivo o los países que representa

## **1. Introducción**

### **1.1. Objetivo**

Los baremos de funcionalidad y dependencia de cuidados (de aquí en adelante, baremos) son instrumentos estandarizados y detallados utilizados para evaluar y clasificar los niveles de funcionalidad y dependencia de cuidados entre las personas mayores y otros grupos poblacionales (ej., personas con discapacidad) con el fin de orientar el sistema y la oferta de servicios de cuidados. El objetivo de esta nota técnica es establecer una visión general del estado actual de desarrollo y aplicación de baremos en varios contextos con el fin de brindar a los gobiernos de la región elementos para desarrollar o mejorar sus sistemas de evaluación de funcionalidad y necesidad de apoyo entre personas mayores, y con ello avanzar en el desarrollo de sus sistemas y servicios de cuidados de larga duración a estas personas.

### **1.2. Relevancia**

El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe (ALC) ha sido uno de los más rápidos del mundo, con un aumento en la proporción de la población de 65 años o más, de 5% en 1990 a 9% en 2019. Se estima que esta tendencia continuará y la proporción se duplicará para el año 2050 (Naciones Unidas, 2019). Por ejemplo, en países como Brasil, Colombia y Costa Rica, se estima que la población con edad igual o mayor de 60 años representará más del 30% de la población total para ese año (Aranco et al., 2018).

Con el avance de la edad, los niveles de funcionalidad pueden verse gradualmente afectados debido a una variedad de factores internos y externos, los cuales pueden comprometer la habilidad funcional de una persona para satisfacer de forma independiente sus necesidades y su capacidad para aprender, desarrollarse, tomar decisiones, relacionarse y contribuir a la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2021a). Debido a esta multitud de factores, cada persona vive, enferma y muere de una manera distinta, lo que hace al grupo de personas mayores muy heterogéneo en términos de salud y necesidades relacionadas a su funcionalidad (Echeverría et al., 2022).

Se estima que aproximadamente el 14,3% de la población de 65 años o más en la región, equivalente a 7,8 millones de personas mayores, necesitan de cuidado o apoyo para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ej., bañarse o ducharse, comer, o moverse). Para el año 2050, se proyecta que la cantidad de personas mayores con deterioro funcional y/o dependencia de cuidados en ALC aumentará a 23 millones, lo que representará el 15,7% de las personas de 65 años o más en la región. Esto implica un aumento del 191% de 2020 a 2050 en el número de personas mayores en situación de deterioro funcional y/o dependencia de cuidados (Aranco, Ibararán, et al., 2022). Ante esta situación, es importante que las personas en situación de dependencia de cuidados tengan la posibilidad de acceder a entornos y oportunidades que les permitan ejercer su derecho a vivir una vida larga y saludable, sin que esto cause un impacto negativo en las finanzas, en el bienestar o en la salud de sus familias (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La mayor parte de los cuidados y apoyos de larga duración prestados a las personas mayores en ALC es actualmente brindada por miembros de la familia, en su mayoría mujeres, que reciben un apoyo limitado por parte de los gobiernos (Cafagna et al., 2019). Según las encuestas de uso del tiempo en países de la región, como Chile, Colombia, Costa Rica y México, las mujeres representan entre el 63% y el 84% de las personas que brindan servicios de cuidado no remunerados en los hogares (Stampini et al., 2020). Además de ser inequitativo hacia las mujeres, la situación también



puede volverse insostenible debido a la reducción del tamaño de las familias, los altos costos del cuidado y al incremento de la participación laboral femenina. Al mismo tiempo, en algunos países de la región, no existen sistemas formales de cuidado de largo plazo y en otros casos son muy limitados, y la cantidad y calidad de los servicios existentes son muy bajas (Cafagna et al., 2019; Chioda, 2011, Aranco et al., 2022).

Los cuidados a largo plazo incluyen actividades para asegurar que las personas en riesgo de una pérdida continua significativa de capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de habilidad funcional compatible con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (Organización Mundial de la Salud, 2015) (Recuadro 1). La OMS recomienda que los cuidados de larga duración sean brindados como parte de un sistema nacional y de forma integrada, apropiada, asequible, accesible, de tal forma que aseguren los derechos de las personas mayores y de sus cuidadores y cuidadoras.

Además, se considera una buena práctica que los servicios de cuidado sean prestados bajo los siguientes principios: (i) centrarse en la persona y alinearse con sus valores y preferencias; (ii) optimizar la funcionalidad a lo largo del tiempo y compensar la pérdida de capacidad intrínseca; (iii) brindarse en la comunidad; (iv) brindar servicios integrados desde la prevención, hasta rehabilitación y cuidados paliativos; (v) incluir servicios que empoderen a la persona mayor; y (vi) enfatizar el apoyo a los/las cuidadores(as) y trabajadores(as) del cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2021b) .

#### **Recuadro 1. Definición de capacidad intrínseca, habilidad funcional, y dependencia de cuidados (OMS, 2015)**

Bajo el paraguas del envejecimiento saludable, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone las siguientes definiciones:

- **La capacidad intrínseca** es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. (p.28)
- **La habilidad funcional o funcionalidad** comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la habilidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar o limitar: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad. (p.28)
- **La dependencia de cuidados** surge cuando la habilidad funcional ha caído a un punto donde una persona ya no es capaz de emprender las tareas básicas necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros, y que no puede ser compensada por otros aspectos del entorno de la persona o por el uso de los dispositivos de asistencia. (p.68)

Las Naciones Unidas, en el marco de la Década de Envejecimiento Saludable (2021-2030), ha hecho un llamado a los países para promover el desarrollo y fortalecimiento de servicios de cuidado de larga duración de calidad y oportunos con el objetivo de satisfacer las necesidades actuales de apoyo y reducir la intensidad de las necesidades futuras a través de la preservación, optimización, y recuperación de las habilidades físicas y mentales de las personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

Para cumplir con estos objetivos, es fundamental que los gobiernos establezcan mecanismos sistematizados de evaluación de la funcionalidad y de las necesidades de cuidados a nivel poblacional e individual con el fin de brindar servicios de calidad y con la mayor cobertura posible.

Estas herramientas permitirían desarrollar sistemas de cuidado sostenibles y equitativos, evitando la sobrecarga de tareas y costos del cuidado en los hogares.

Sin embargo, la definición y la medición de la funcionalidad y las necesidades de cuidado de largo plazo entre personas mayores han sido consideradas de maneras muy distintas en los países, tanto en encuestas nacionales (por medio de instrumentos cortos para averiguar la situación más amplia de dependencia de cuidados en la población), como por medio de los baremos (para fines de evaluación de elegibilidad a servicios y beneficios), dificultando comparaciones de datos entre las diferentes poblaciones y contextos (Aranco et al., 2022a). Si bien estos instrumentos se superponen, ya que ambos se enfocan en la capacidad de la persona para realizar tareas básicas y/o instrumentales de vida diaria, las medidas en encuestas son frecuentemente breves y generales, y los baremos son más completos, detallados y conllevan una capacitación específica para quien lo aplica (Recuadro 2). Además, las medidas de habilidad funcional y las necesidades de cuidado pueden tener propósitos diferentes. Dentro de las encuestas nacionales el objetivo es estimar la prevalencia de dependencia funcional y necesidad de cuidados en la población, mientras que con los baremos el objetivo es identificar beneficiarios y asignar servicios dentro de un sistema de cuidado.

Finalmente, existe muy poca investigación al respecto de la medición de la funcionalidad en América Latina. Y, en particular, no existe un documento que sintetice los datos sobre el desarrollo y la implementación de estos baremos de dependencia de cuidados que ayude a identificar brechas y posibilidades de mejora en su aplicación a personas mayores en la región. Por esto, en este documento, primero se ofrece una definición del baremo y se ilustra con referencias a países europeos, donde el baremo ya existe y es utilizado como parte de los sistemas de cuidados. Luego, se presenta la información disponible respecto al desarrollo reciente de los baremos en Uruguay, Costa Rica y Colombia. Por último, el documento ofrece una reflexión sobre las limitaciones, ventajas y desafíos existentes en la creación y aplicación de los baremos a personas mayores en la región, proponiendo posibles direcciones futuras.



## **Recuadro 2. Comparación entre preguntas de baremo vs. encuestas en Costa Rica para las mismas actividades de vida diaria.**

Existen diferencias importantes entre las preguntas sobre dependencia que se incluyen en las encuestas y aquellas que se utilizan en los baremos. Por ejemplo, el módulo de capacidad y salud, frente a una actividad como alimentarse, la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS) de Costa Rica pregunta:

***En los últimos 30 días, debido a su condición de salud y sin tener ningún tipo de productos de apoyo, servicios o animales de asistencia, ¿qué grado de dificultad ha tenido para alimentarse?*** Las personas pueden contestar en una escala de 1 a 5, donde 1 es nada problemático y 5 es extremadamente problemático, no lo puede hacer. En caso de que la respuesta sea diferente de 1, se realiza la siguiente pregunta:

***Debido a su condición de salud, ¿tiene a alguien que le asista en su hogar o fuera de él, incluyendo familiares o amistades, para alimentarse?*** Las personas pueden contestar sí si requieren apoyo o no. En caso de requerir apoyo, se indaga sobre la frecuencia de éste con las opciones de pocas veces, muchas veces o siempre.

En el baremo, para la actividad de *comer y beber* se pregunta por diferentes tareas involucradas en este proceso que incluyen reconocer y/o alcanzar los alimentos, cortar la comida en trozos, usar cubiertos para llevar comida a la boca y acercarse la bebida a la boca. Para cada una de estas tareas, en el baremo se indaga sobre el nivel de desempeño de las personas, la dificultad para realizarlas y la frecuencia de apoyo que requieren las personas, las razones por las cuales las personas no pueden realizar la actividad (física, mental o ambas) y el tipo de apoyo que requieren. Además, el baremo incluye otras consideraciones sobre la realización de estas actividades como el contexto de las personas evaluadas, el uso de herramientas de asistencia, el informe de salud de las personas, entre otros.

## **2. ¿Qué es un baremo, qué incluye, y cuándo se usa?**

Los baremos son instrumentos estandarizados que permiten evaluar la funcionalidad y el nivel de dependencia de cuidados y apoyo de cada persona a partir del relevamiento de un conjunto de variables como la edad, las dificultades para realizar actividades de la vida diaria la necesidad de ayuda de otras personas, los problemas de desempeño, el tipo de ayuda que necesita y la frecuencia. Para esto, se basa en los informes de salud de la persona y en el registro de su desempeño en diferentes tareas, a partir de la aplicación presencial de un formulario estandarizado, en base a respuestas del interesado, su cuidador principal y/o pruebas de observación, dependiendo del caso (Colacce et al., 2021).

Además del objetivo de conocer la funcionalidad de la persona, la evaluación por el baremo permite identificar los potenciales beneficiarios de servicios y beneficios de un sistema de cuidados, así como el tipo e intensidad de estos servicios con base en su clasificación de nivel de dependencia. La información agregada de la aplicación de baremos puede aún ser empleada para explorar otros aspectos, como identificar cuellos de botella en el acceso a servicios\ intervenciones específicas de cuidado y conocer el impacto acumulado de las distintas intervenciones en la evolución de la dependencia de los usuarios.

Con respecto a las actividades incluidas en el baremo, en Uruguay, por ejemplo, se cuenta con preguntas relacionadas a 13 grupos de actividades de la vida diaria desglosadas en tareas específicas: comer y beber, higiene personal relacionada con micción y defecación, lavarse, cuidados personales, vestirse, mantenimiento de la salud, cambiar y mantener la posición del cuerpo, desplazarse dentro del hogar, desplazarse fuera del hogar, realizar tareas domésticas, participar en la vida social y comunitaria, habilidades de comunicación y autonomía psíquica, y funciones mentales. Si la persona responde que no puede realizar una tarea sin ayuda, se aplican otras preguntas para profundizar cómo es la ayuda, por qué se da, y con qué frecuencia (Colacce et al., 2021).

La aplicación del baremo se puede realizar por medio de una entrevista domiciliaria a cargo de personal técnico y/o con una capacitación específica. En Uruguay, la evaluación de la funcionalidad genera un número referente al que se le asocia un grado de dependencia (sin dependencia, dependencia leve, moderada, severa) (Colacce et al., 2021). Por lo general, estas evaluaciones son solicitadas voluntariamente por los individuos, sus familiares, cuidadores o representantes legales que consideran que requieren apoyo para la realización de algunas de las actividades de la vida diaria. En el caso de Uruguay, el baremo se puede aplicar a cualquier individuo mayor de tres años.

La frecuencia de las evaluaciones puede variar según la reglamentación y definición de funcionalidad y/o dependencia en cada país (ver sección 4). En España, por ejemplo, se considera la “dependencia” como un *estado permanente en el que se encuentra una persona asociada a la pérdida de autonomía física, mental, sensorial o intelectual*. Por lo tanto, las valoraciones se realizan una vez que los individuos hayan recibido un diagnóstico y un tratamiento por un tiempo suficiente para las enfermedades o procesos que los llevaron a una situación de dependencia.

De esta manera, en España no se realizan valoraciones para personas que se encuentran en situaciones transitorias que afectan su funcionalidad, como es en el caso de tratamientos clínicos agresivos, recuperaciones de intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones por procesos infecciosos o agudización de procesos crónicos (Real Decreto 174/2011, 2011). Por ejemplo, cuando una persona sufre una caída, que lo puede dejar en una situación de dependencia transitoria o permanente, y debe someterse a una operación quirúrgica, inmovilizaciones o a un tratamiento rehabilitador, la normativa establece que las valoraciones de dependencia se realizarán hasta seis meses después de estos procedimientos, cuando se establezca su situación o se haya recuperado al máximo su funcionalidad. Para cualquier caso es importante que las personas cuenten con un informe de salud que apoye el proceso de valoración.

No obstante, bajo ciertas condiciones es posible realizar valoraciones de dependencia provisionales, las cuales serán revisadas en periodos que varían entre los 2 y 5 años. De acuerdo con el Real Decreto 174/2011, las valoraciones de dependencia provisionales se pueden realizar a personas que se encuentren en condición de dependencia permanente pero cuyo grado de severidad pueda mejorar por factores como la aplicación de nuevas terapias, estabilización clínica a largo plazo, eliminación de barreras en su contexto, entre otros. Asimismo, en España se establece que para aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia permanente, pero cuya severidad puede empeorar con el paso del tiempo, la valoración con el baremo se realizará a demanda de la persona.

### 3. Baremos en Europa

Los baremos existentes en Europa tienen algunas diferencias en su composición, forma y frecuencia de aplicación, y permiten el acceso a diferentes tipos de servicios ofrecidos por cada sistema de cuidado (Losano et al., 2009).

Una de las diferencias está en la clasificación de los niveles de funcionalidad y/o de dependencia, así como en las dimensiones consideradas. Por ejemplo, mientras en España se evalúan 11 actividades y se clasifica a las personas en 3 grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia) en Alemania el instrumento utilizado se basa en 6 áreas y la población se puede clasificar en 5 niveles diferentes según el puntaje obtenido de la evaluación. Estos niveles de dependencia pueden ir desde pequeñas pérdidas de la independencia (nivel 1) hasta deficiencias graves de las habilidades (nivel 5). En Francia, la clasificación de funcionalidad se realiza en 6 grados a partir del análisis de 10 variables determinantes.

Hay también diferencias en los grupos de edad de las personas para la aplicación de la herramienta y la institucionalidad encargada de su implementación. Por ejemplo, mientras las etapas que requieren altos niveles de calificación (diseño, formación, ajuste, desarrollo de sistemas de información, etc.) tienden a estar centralizadas, aquellas que implican un vínculo directo con el usuario (postulación, valoración, etc.) pueden realizarse de manera tanto centralizada como descentralizada.

Las características de la organización del Estado y el énfasis del sistema (social o sanitario) representan algunos de los factores que inciden en la aplicación del baremo. Salvo en el caso de los residenciales (en donde se suele utilizar al propio equipo del centro), los organismos públicos son usualmente encargados de realizar la valoración, como forma de garantizar la buena administración de los recursos del sistema. En el caso de Alemania, las valoraciones están a cargo del Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad, mientras que, en Suecia, por ejemplo, la evaluación la lleva a cabo un equipo de profesionales pertenecientes a la oficina pública local.

En Europa, para la aplicación del baremo, hay combinaciones de personal con perfiles sociales (trabajadores/as sociales de los servicios asistenciales o gobiernos locales) y sanitarios (psicólogos/as, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales, médicos/as, etc.). La instancia de valoración (desde la postulación hasta la definición del proceso de evaluación) es identificada como un momento clave en el vínculo del usuario con el sistema de atención. En el caso español, se señalan el buen trato, la completitud y claridad de la información brindada y demoras en la determinación de la dependencia como aspectos centrales para un acceso efectivo a las prestaciones y una buena valoración del sistema por parte de los usuarios (Díaz Velázquez & Rubio Burgos, 2020). Existe un énfasis creciente en el derecho a la información por parte del usuario, al tiempo que las distintas evaluaciones son oportunidades estratégicas para el aterrizaje de información pertinente y oportuna.

Algunos aspectos desfavorables frecuentemente mencionados en las evaluaciones de los baremos incluyen la falta de elementos adecuados para considerar las limitaciones mentales de los individuos (en particular las demencias) y los trastornos de desarrollo infantil (Cafagna et al., 2019; Díaz Velázquez & Rubio Burgos, 2020). Estas son unas de las principales críticas al baremo español y han sido la base de las recientes transformaciones realizadas al baremo alemán. En el 2015 se realizó una reforma al baremo utilizado en Alemania, en donde se dejó de evaluar el tiempo necesario de cuidado y se comenzó a valorar el grado de limitación de autosuficiencia. Esta reforma incluyó nuevos módulos con preguntas relacionadas con habilidades mentales y comunicativas, comportamiento y problemas psicológicos, actividades de la vida cotidiana y contactos sociales,

entre otros. Por ejemplo, en el módulo de comunicación y habilidades mentales se incluyeron preguntas como: *¿Puede la persona orientarse en el tiempo y el espacio? ¿Entiende situaciones, reconoce riesgos y puede hablar con otras personas?* <sup>2</sup> Además, los cambios normativos ampliaron el número de categorías para definir la dependencia, pasando de 3 a 5 niveles de dependencia, eliminaron la restricción que mantenía la provisión de cuidado únicamente para personas con discapacidades físicas y le dieron acceso a los servicios de cuidado y asistencia a las personas que sufren de demencia (Gerlinger, 2018).

El baremo español se enfoca principalmente en la valoración de actividades físicas y solo cuenta con un módulo relacionado con la habilidad de la persona en tomar decisiones. Sin embargo, para los casos en que las personas se encuentren en condiciones de salud que les afectan sus funciones mentales, como discapacidad intelectual o daño cerebral, las actividades cuentan con una ponderación diferente (Real Decreto 174/2011, 2011). A su vez, dado su impacto en el tiempo para el acceso efectivo de los servicios para la persona después de la evaluación, las demoras en los resultados de la valoración es uno de los aspectos más discutidos respecto a la implementación de estos instrumentos.

Los Anexos 1, 2 y 3 contienen más detalles de las principales características de los baremos europeos divididas en los siguientes temas: institucionalidad, normativa y perfil de los valoradores; el concepto de dependencia y su medición; e información sobre servicios, elegibilidad, financiamiento y cobertura, respectivamente.

#### **4. Desarrollo y uso de baremos en América Latina**

Al menos tres países de América Latina, Uruguay, Costa Rica y Colombia han trabajado en el desarrollo y la implementación de un baremo como instrumento para gestionar la oferta de servicios de atención a las personas en situación de dependencia. Los baremos en la región han sido desarrollados a partir de la conformación de grupos de trabajo interinstitucional, considerando que en el desarrollo y aplicación del baremo intervienen diferentes actores de los gobiernos y del sistema de cuidado en cada país.

En el proceso de diseño de estos instrumentos también participan expertos locales e internacionales, dentro de los que se incluyen representantes de la academia, el sector privado y la sociedad civil. Con este grupo se desarrolla la matriz de tareas y actividades que se considerarán para evaluar la dependencia de cuidados, incluyendo otros factores como la edad de las personas. Luego se definen las ponderaciones o el peso de las actividades, las tareas y el apoyo a cada actividad evaluadas para determinar los puntos de corte o los umbrales para los diferentes niveles de dependencia.

Una vez que se cuenta con el índice completo, se realiza un piloto en territorio para probar y ajustar el baremo desarrollado en la población objetivo. Finalmente, para la implementación del baremo es fundamental que se desarrolle toda la normatividad relacionada con este instrumento, que incluye las entidades habilitadas para aplicarlo, los servicios a los que se puede acceder, su financiamiento, entre otros. En el resto de esta sección describe en qué etapa de desarrollo e implementación se encuentra cada país.

---

<sup>2</sup> Información tomada del Ministerio Federal de Salud de Alemania. URL: <https://bit.ly/3KVI7OI> (página en alemán).

## 4.1 Uruguay: baremo implementado

En Uruguay se entiende por dependencia al estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y los referidos al cuidado personal. En este caso, la normatividad establece que la población en condición de dependencia incluye a los menores de 12 años, personas en condición de discapacidad y/o adultos mayores de 65 años que carecen de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. De acuerdo con las estimaciones del MIDES (2020), el 13% de la población mayor de 65 años en el país, que corresponde a aproximadamente 64.000 adultos mayores, requiere de algún tipo de apoyo. Sin embargo, a esta cifra hay que sumarle la población en condición de discapacidad que tenga algún grado de dependencia funcional. Según Colacce y Manzi (2017), la prevalencia de la dependencia entre la población entre los 4 y 64 años se encuentra entre el 2% y el 4%<sup>3</sup>.

El instrumento en Uruguay fue construido a partir del baremo español en 2013 (Ley 19.353) y fue reglamentado en el Decreto 427/2016 (MIDES, 2018). Según este decreto “el Ministerio de Desarrollo Social lo establecerá por resolución ministerial y comunicará toda modificación, revisión o actualización que realice del mismo”. A su vez, las valoraciones son realizadas por personal del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y los valoradores son profesionales o estudiantes avanzados de las áreas sociales o salud.

El baremo valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades de la vida diaria (el desempeño) y la necesidad de apoyo y supervisión. Este instrumento incluye 80 tareas agrupadas en 13 actividades (Tabla 1 y Anexo 4). Para cada tarea se registra el nivel de desempeño y, cuando se detecta la necesidad de ayuda, se indaga el tipo de problema (físico, mental o ambos), tipo de ayuda, y frecuencia. La puntuación final es la suma de los valores asignados a las tareas, multiplicada por el coeficiente del tipo de apoyo de otras personas que se requiere en cada una de estas. El valor en cada tarea resulta de la multiplicación del peso de la tarea en su actividad correspondiente por el peso de dicha actividad en el total de la escala correspondiente para la persona evaluada. La puntuación final se encuentra en un rango entre 0 y 100 puntos, y el nivel de dependencia se obtiene comparando el valor del índice con los puntos de corte definidos que separan los distintos grados de dependencia. En el caso de personas que puedan tener dificultades mentales, se emplean los pesos de una escala específica<sup>4</sup>. La aplicación del baremo resulta en las siguientes posibilidades: sin dependencia, dependencia leve, dependencia moderada, y dependencia severa (los umbrales son de uso interno y no han sido publicados).

La valoración realizada con el baremo tiene en cuenta un informe de salud de la persona, así como también las ayudas técnicas, ortesis y prótesis que utilice de manera regular (MIDES, s.f.). Por ejemplo, en una evaluación en la que una persona utilice una silla de ruedas, un caminador o un bastón para movilizarse, y no necesita apoyo de otra persona para desplazarse, se catalogara que no tiene dependencia para esta actividad. En caso de que el individuo no cuente con estas ayudas técnicas o, aun contando con éstas, necesite apoyo para movilizarse, en la evaluación se determinará que es dependiente. De igual forma, en el baremo se tienen en cuenta otras

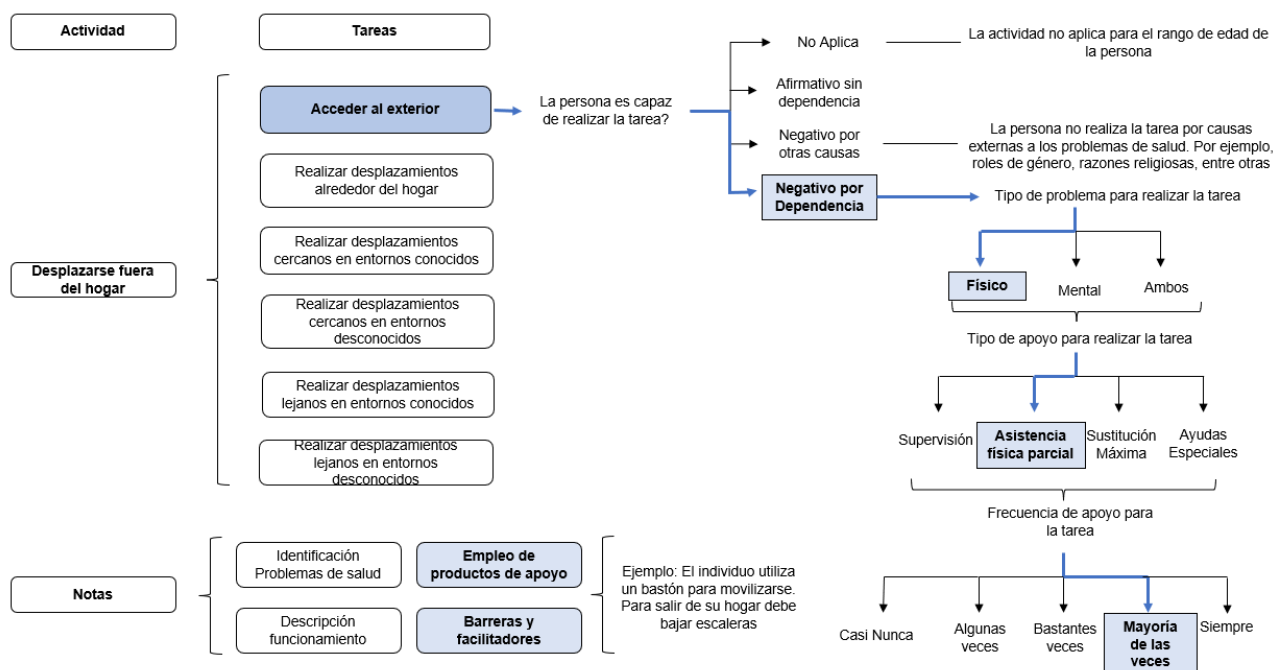
---

<sup>3</sup> Para la estimación de la prevalencia de la dependencia a nivel poblacional, por medio de encuestas, pueden existir distintas medidas según la disponibilidad de preguntas y de las escalas o instrumentos aplicados, por lo cual se pueden presentar diferencias entre las estimaciones realizadas. Por ej., Colacce et al. (2021), estiman que entre el 5% y el 17% de la población en Uruguay se encuentra en condición de dependencia, lo cual puede variar según los criterios utilizados.

<sup>4</sup> En el proceso de construcción del baremo en Uruguay, se desarrollaron dos conjuntos de ponderadores para las actividades evaluadas considerando los rangos de edad de las personas evaluadas, las tareas y si las personas tienen o no funciones mentales afectadas (MIDES, 2018).

condiciones del entorno de la persona evaluada que le permiten o pueden afectar el desempeño en las diferentes tareas evaluadas. En la Figura 1 se puede ver el flujo que se realiza para aplicar el baremo de una de las tareas asociadas a desplazarse por fuera del hogar.

**Figura 1. Flujo de aplicación del baremo en Uruguay**



**Fuente:** Elaboración propia con base en Mides (s.f.).

El baremo es actualmente utilizado para adjudicar el programa de Asistentes Personales (dependencia severa), cupos en Centros Diurnos (dependencia leve o moderada) y el servicio de Teleasistencia (dependencia leve o moderada). Adicionalmente, junto con el baremo se utiliza el formulario de Asignaciones Familiares<sup>5</sup> para determinar los subsidios correspondientes para los servicios. Las evaluaciones son realizadas de acuerdo con las solicitudes o postulaciones que realicen las personas que requieren los servicios.

Para tener acceso al programa de Teleasistencia, la valoración a los usuarios se realiza de manera telefónica y se utiliza una versión resumida del baremo, que consiste en utilizar preguntas para una tarea general de cada una de las 13 actividades (acerca del desempeño, tipo de ayuda, origen del problema y frecuencia de apoyos), en lugar de las 80 tareas. En este caso, los niveles de dependencia se obtienen utilizando los mismos ponderadores (ponderadores de actividades) y umbrales que en la versión completa. De esta manera, los puntajes y la clasificación resultante de las evaluaciones realizadas vía telefónica son consistentes con el baremo completo. Sin embargo, si una persona presenta un deterioro en su nivel de dependencia podrá solicitar una valoración presencial para postularse para el programa de asistentes personales.

<sup>5</sup> Este formulario recopila información de todos los integrantes de los hogares relacionada con generación de ingresos, educación, salud, vivienda, entre otras para la asignación de diferentes subsidios.

**Tabla 1. Actividades y tareas del baremo de Uruguay**

<b>Actividades</b>	<b>Número de tareas</b>
1. Comer y beber	4
2. Higiene personal relacionada con la micción y defecación	4
3. Lavarse	5
4. Realizar otros cuidados corporales	4
5. Vestirse	5
6. Mantenimiento de la salud	5
7. Cambiar y mantener la posición del cuerpo	8
8. Desplazarse dentro del hogar	6
9. Desplazarse fuera del hogar	6
10. Realizar tareas domésticas	4
11. Participación en la vida social y comunitaria	10
12. Habilidades de comunicación y autonomía psíquica	6
13. Tomar decisiones	13
<b>Total de tareas</b>	<b>80</b>

**Fuente:** (MIDES, 2018)

Al cierre del 2020, el baremo se ha aplicado en 14.303 casos con los siguientes resultados: 3,7% dependencia leve, 9,2% dependencia moderada, 86,8% dependencia severa, 0,3% sin dependencia. Por su parte, el despliegue de Asistentes Personales, con 6.125 usuarios y un 40% de mayores de 80 años, destaca frente a las otras prestaciones del sistema para adultos mayores: teleasistencia (n=1.533) y centros de día (n=229). Las diferencias registradas entre la acumulación de las evaluaciones realizadas con el baremo y las prestaciones de servicios realizadas en un momento del tiempo se pueden explicar en algunos casos por la sobredemanda que existe en el país, especialmente en el caso del servicio de asistentes personales, las dificultades para contratar un asistente personal y los flujos de entrada y salida constante de beneficiarios (fallecimientos, internación u otras bajas del servicio) (MIDES, 2021).

Las brechas entre la demanda potencial estimada por servicios de cuidados para personas en condición de dependencia, frente a las cifras de aplicación del baremo, reflejan la baja cobertura de los servicios a los que se puede acceder, lo cual es uno de los principales retos que tiene el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Además, se requiere desarrollar nuevos servicios que se adapten a las necesidades de la población con dependencia y de su entorno familiar (MIDES, 2020). Para esto, es deseable que el baremo se complemente con otros instrumentos y fuentes que permitan obtener más información sobre el contexto de las personas para tener una mejor aproximación a las necesidades de apoyo y cuidado de los individuos, facilitar su implementación y ampliar su cobertura. Asimismo, se resalta la necesidad de contar con instrumentos para evaluar la carga de cuidados que asumen los/las cuidadores principales en los hogares, siempre que estos vayan acompañados por un diseño e implementación acorde de programas para aliviar estos trabajos (MIDES, 2021).

#### **4.2 Costa Rica: baremo con proceso de desarrollo concluido**

La Política Nacional de Cuidados 2021–2031 define la dependencia como una situación permanente o prolongada en la que vive una persona que ha perdido su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, lo cual le impide realizar por sí misma, al menos una de sus actividades básicas de la vida diaria sin apoyo de otra persona, de manera prolongada en el tiempo (IMAS & MDHIS, 2021). Estudios estiman que la prevalencia de la dependencia de cuidados entre la población mayor de 18 años corresponde al 8% (Medellín et al., 2019). El país se encuentra trabajando en una medición



estándar de dependencia que permita definir la prestación de servicios de cuidado y apoyo para esta población. Según el gobierno (IMAS & MDHIS, 2021), el desarrollo e implementación de un baremo a nivel nacional tiene por objetivo principal en la política contribuir a eliminar o reducir las inequidades en el acceso y calidad del cuidado, considerando las características multidimensionales, permanentes y homogéneas de funcionalidad entre personas mayores y entre otros grupos de la población. Por lo tanto, se espera que esta herramienta pueda contribuir a regular la oferta y dar acceso a servicios de atención en residencia, atención domiciliaria, teleasistencia y centros de día. El sistema de cuidados de Costa Rica prevé el acceso universal, en el cual los servicios deben ser prestados de acuerdo con el nivel de severidad de la dependencia y la edad de las personas.

El baremo en Costa Rica, al igual que en el caso de Uruguay, está basado en el baremo español. En el 2021 el instrumento fue piloteado en el país y se encuentra en una etapa de revisión y validación por parte de las instituciones asociadas al sistema de cuidado para luego pasar a una fase de reglamentación (MDHIS, 2022). Este instrumento cuenta con 69 tareas distribuidas en 13 actividades principales, incorporando varias de las observaciones realizadas de la evaluación del baremo aplicado en España y recogiendo recomendaciones de expertos nacionales e internacionales, de la academia, del gobierno y del sector privado, entre otros. De manera similar al caso de Uruguay, se aspira a que la evaluación con el baremo considere la situación actual de cuidados, el contexto, los recursos, entre otros factores que pueden tener un efecto directo en la condición de salud e independencia de la persona.

Las principales diferencias frente al baremo de Uruguay se encuentran en la disminución del número de tareas relacionadas con la toma de decisiones. Retomando la propuesta del baremo español, en Costa Rica se sintetizaron y agruparon las tareas relativas a la participación social, buscando un nivel comparable con el resto de las actividades y poniendo mayor énfasis en las tareas de comunicación. Así se mantiene el equilibrio con el resto de las actividades y se reduce el riesgo de duplicación entre tareas de autonomía psíquica y toma de decisiones (Tabla 2).

**Tabla 2. Actividades y tareas del baremo de Costa Rica**

Actividades	Número de tareas
Comer y beber	4
Micción y defecación	4
Higiene personal	5
Realizar otros cuidados corporales	5
Vestirse	5
Cuidar la salud	5
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	8
Desplazarse dentro del hogar	6
Desplazarse fuera del hogar	6
Realizar tareas domésticas	4
Participar en la vida social y comunitaria	3
Comunicarse	6
Tomar decisiones	8
Total	69

**Fuente:** Terra y Rojas (2021).

El primer piloto del baremo en el país, implementado en el 2021, estuvo centrado en personas adultas y personas mayores que tenían algún tipo de dependencia de cuidados (Rojas, 2021). Se realizaron un total de 287 entrevistas a beneficiarios de 14 servicios y programas establecidos en diferentes instituciones, entre centros diurnos, hospitales, albergues o residencias, que contaban con programas activos para la atención de personas con algún grado de dependencia. Los servicios incluidos abarcan principalmente prestaciones domiciliarias o en residencias. En función de los recursos disponibles, se construyó una muestra por estratos, buscando incluir a cada uno de los grupos de la población a la que se le aplicará el instrumento. Por lo tanto, se contó con una población de diferentes regiones del país, niveles socioeconómicos, condiciones de salud, edades y géneros. El 55% de las personas entrevistadas eran hombres y cerca del 60% de muestra se concentró en personas mayores de 65 años.

### **4.3 Colombia: baremo en proceso de diseño**

En los últimos años, Colombia ha hecho avances en la construcción de una política pública de cuidado que contemple la articulación y coordinación de diferentes programas, instituciones y entidades para garantizar la atención de la población sujeta de cuidado y las personas que proveen cuidados directos e indirectos. En los lineamientos iniciales de esta política se establece que, si bien todas las personas son sujetas de cuidado a lo largo de su ciclo de vida, las poblaciones priorizadas corresponden a aquellas con un mayor nivel de dependencia funcional: primera infancia, personas en condición de discapacidad y personas mayores. En este caso, se entiende la dependencia funcional como el estado temporal o permanente en el que las personas requieren atención o ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida diaria debido a la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual (Departamento Nacional de Planeación, s.f.).

El país está desarrollando una propuesta de un baremo que complementa y amplía el alcance de otros instrumentos que se han desarrollado para certificar la condición de discapacidad de las personas que lo requieran. Por ejemplo, la certificación de discapacidad no contempla la severidad o el nivel de afectación que puedan tener los individuos como consecuencia de esta condición, ni la frecuencia o intensidad de apoyos que requieran. Además, este instrumento no permite identificar la necesidad ni los tipos de apoyos que requieren los individuos en su vida diaria. Con el baremo se busca facilitar el acceso a los servicios de cuidado y apoyo para la población sujeta de cuidado,

caracterizando el nivel de dependencia funcional, ampliando el alcance y superando las limitaciones de la certificación.

El baremo en Colombia se encuentra en la etapa de diseño, la cual ha contado con los aportes de consultores internacionales, el Departamento Nacional de Planeación y se encuentra en revisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Luego de esta etapa inicial, se espera que se pueda implementar un primer piloto en el 2022 en Bogotá, considerando el desarrollo del sistema de cuidado en la capital. De manera paralela, el país continúa avanzando en el diseño de la institucionalidad, la financiación y la definición de servicios dentro del sistema de cuidado. Esto es fundamental para definir el alcance de la implementación del baremo en el mediano y largo plazo en Colombia.

## **5. Discusión: desafíos y oportunidades**

La ausencia de un concepto universal de funcionalidad, así como de una herramienta universal, sencilla y efectiva para evaluar la funcionalidad y las necesidades de apoyo entre personas con (riesgo de) pérdidas funcionales, ha llevado los países a implementar una variedad de conceptos y medidas de acuerdo con su propia comprensión de la funcionalidad y su medición. El desarrollo y la implementación de los baremos representan un primer paso hacia la identificación de las necesidades de cuidados de la población con riesgo funcional y hacia unificar los criterios de acceso, así como garantizar la calidad de un conjunto de servicios de apoyo. En este marco, resulta importante profundizar en el entendimiento e integralidad acerca de la funcionalidad de las personas mayores, su medición en la práctica, y la prestación de servicios, como forma de apostar a una mejora continua de los instrumentos y su contribución al logro de los objetivos últimos de la política. A continuación, discutimos algunos de estos aspectos y proponemos algunas recomendaciones.

### **5.1 Necesidad de prever las reevaluaciones periódicas de la dependencia y su potencial aporte al desarrollo de los sistemas**

El estado de funcionalidad de las personas no es un proceso lineal que va desde la enfermedad a la discapacidad, sino un proceso complejo y dinámico en el que las personas pueden transitar entre distintos estados de capacidad funcional a lo largo del ciclo de vida, y variar en lo que es más importante para ellas en términos de actividades a fines de lograr vivir con calidad, incluso entre personas en situación de discapacidad permanente (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por ejemplo, una persona con alguna discapacidad permanente puede verse con una pérdida de funcionalidad por algún problema de salud agudo que requerirá una respuesta rápida, pero que no necesariamente será una necesidad permanente. A su vez, tal deterioro funcional transitorio se puede observar, por ejemplo, también en personas mayores que experimentan fragilidad aguda, accidente cerebrovascular agudo o *delirium*, que pueden requerir un apoyo intensivo de atención justo después del alta hospitalaria.

Por otra parte, mejoras graduales en su estado de salud física y mental, así como las adaptaciones del entorno y mecanismos de apoyo, pueden conducir a mejoras rápidas en la funcionalidad y una menor necesidad de apoyo de atención (Holmes, 2021). En este sentido, el deterioro funcional que surge por otras causas puede seguir patrones muy diferentes y requerir distintos enfoques de intervención. En estos periodos también es posible que se presente un deterioro rápido de la funcionalidad, incrementando la necesidad o intensidad de apoyo para lograr bienestar a la persona mayor y su familia.

La enorme variabilidad de situaciones que se pueden presentar y su posible interacción con el acceso a los servicios disponibles, impulsan a reflexionar sobre diversos aspectos del diseño y la aplicación de los baremos de dependencia y, también acerca de su inserción en los sistemas de cuidados y el conjunto de las políticas públicas dirigidas a esta población. Estas situaciones tienen implicaciones importantes para las mediciones de funcionalidad que deben ser sensibles y aplicadas de forma que respondan adecuadamente a estos cambios y necesidades, y para la prescripción de diferentes formas, frecuencia e intensidad de apoyo por parte del sistema de cuidados para que este logre mejorar la funcionalidad tan pronto los servicios sean necesarios y en la intensidad y frecuencia más apropiadas.

La posibilidad de que existan modificaciones rápidas y significativas en el estado de funcionalidad de las personas indica que no se deba pensar en la aplicación de los baremos como una medida puntual y definitiva, y que se deban contemplar diversos motivos para realizar nuevas evaluaciones. En este sentido, dado que la medición implica diversos costos (en tiempo, recursos humanos, información, logística, etc.), es fundamental que los sistemas prevean, además de la normativa correspondiente, una disponibilidad suficiente de recursos para realizar todas 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.

En algunos de los sistemas actuales, las reevaluaciones pueden realizarse a solicitud del interesado o ante la postulación a una nueva prestación. Sin embargo, dada la escasez de recursos y la prioridad otorgada al acceso de los beneficiarios a las distintas prestaciones, en ninguno de los países analizados se ha implementado la valoración de la funcionalidad como forma de monitorear la evolución de la situación de las personas y el logro de los objetivos planteados por los distintos sistemas de cuidados. Una posibilidad sería hacer el monitoreo o reevaluaciones utilizando una versión más corta del baremo, o incluso hacer la evaluación por teléfono en los casos viables.

Una mayor frecuencia en las evaluaciones no solo favorece que los servicios prestados sean consistentes con las necesidades individuales de la persona mayor y logren mejorar su calidad de vida, sino que también pueden implicar una reducción de costos en los casos en que los servicios estén siendo brindados con una intensidad mayor de lo necesario. Por lo tanto, es importante que los países desarrollen criterios de reevaluación de la funcionalidad de las personas mayores en situación de dependencia transitoria de cuidados de tal forma que los servicios brindados sean acordes con sus necesidades.

Una revisión periódica de las situaciones de dependencia tiene el potencial para transformarse rápidamente en información estratégica para el desarrollo de sistemas de cuidado y de sus servicios. La combinación de estos datos con la información acerca de las diferentes trayectorias de los usuarios a través de las distintas prestaciones del sistema, sumada a la información de contexto, genera un conocimiento clave para identificar los servicios más pertinentes y oportunos para cada situación. En este sentido, la información emergente de la aplicación del baremo trasciende la clasificación simple en niveles de dependencia, e invita a emplear todos los datos generados al momento de la evaluación (puntaje del índice, actividades y tareas en las que necesita ayuda, tipo y frecuencia de la ayuda que necesita, información de salud y datos restantes acerca del contexto) para avanzar y fortalecer el sistema.

En una perspectiva dinámica, los sistemas con baremos podrían beneficiarse de prever la generación propia o los intercambios necesarios para acceder a toda la información importante sobre el orden y el momento en el que acumula o avanza el deterioro funcional, como aspecto clave de la estrategia para informar las intervenciones apropiadas entre las personas mayores (Gore et al., 2018; Holmes, 2021). Si bien tienen un potencial menor, las encuestas longitudinales de

dependencia también pueden aportar información valiosa acerca de la evolución de estas situaciones. En este sentido, podrían desarrollarse encuestas longitudinales utilizando el baremo (o una versión reducida del mismo) con olas regulares de recopilación de datos, en las que se podrían hacer preguntas sobre la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, junto con la frecuencia de las transiciones entre diferentes estados de funcionalidad y necesidad de cuidados. Luego, estos pueden informar la generación de diferentes vías de estas transiciones de funcionalidad y dependencia de cuidados que se pueden analizar a través de técnicas estadísticas (ej., el modelo Markov) que arrojan la probabilidad de que ocurra cada posible transición (Holmes, 2021).

Por ejemplo, en el caso de Uruguay, la Encuesta Longitudinal de Protección Social cuenta con preguntas relacionadas a las actividades y tareas que se utilizan en el Baremo, así como preguntas asociadas a la necesidad y frecuencia de apoyos, limitaciones físicas y ayudas técnicas utilizadas. Estudios como el de Colacce et al. (2021) han encontrado transiciones en la situación de dependencia entre las personas mayores encuestadas, incluyendo evidencia de mejoría o deterioro en esta condición.

En particular, una de las limitaciones específicas de las encuestas de dependencia tiene que ver con la profundidad de las preguntas y la posibilidad de confundir las limitaciones para realizar determinadas actividades con la necesidad de ayuda de otras personas, distorsionando las estimaciones sobre el volumen y perfil de la población objetivo de los sistemas de cuidado. En este sentido, datos de encuestas de la región presentados por Aranco et al (2022) muestran que, de los 10 países analizados, solamente tres consideraban la dependencia a partir de preguntas sobre la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria; los demás países analizaban estados de dependencia a partir de datos de funcionalidad (simplemente la dificultad para realizar alguna actividad).

La mayoría de los sistemas analizados, excepto Colombia y Francia, han enfocado o restringido sus evaluaciones de dependencia para el acceso a servicios a las situaciones consideradas como “permanentes” o, al menos, “prolongadas”. Esta definición, está asociada al desarrollo de las políticas de cuidados y de otras políticas públicas desarrolladas previamente en temas de salud o discapacidad. En contextos de recursos escasos, la prioridad dada a las situaciones “permanentes” coincide con la imagen de servicios de larga duración, y al mismo tiempo, con el énfasis inicial que varios sistemas hicieron en atender primero a las situaciones de mayor dependencia. A su vez, muchas situaciones pueden beneficiarse rápidamente del acceso a servicios de salud, procesos de rehabilitación y/o apoyos adecuados para reducir de manera drástica su dependencia de parte de otras personas en la realización de las actividades de la vida diaria. Este punto en particular tiene diversas implicaciones para los sistemas de cuidado, incluso la posibilidad de prevenir que la dependencia transitoria se cambie en una dependencia permanente.

Por un lado, se trata de servicios o prestaciones que muchas veces anteceden a la política de cuidados y que se encuentran tanto en los sistemas de salud, como en el marco más amplio de las políticas destinadas a las personas con discapacidad. Por otro, se trata de dimensiones que inciden directamente en la eficacia y eficiencia de las prestaciones y servicios más clásicos de un sistema de cuidados, ya sea que éstas busquen atender a las personas en su condición, retrasar el avance de la dependencia y/o promover el incremento de la autonomía. En cualquier caso, esto genera que los incipientes sistemas de cuidados deban evitar duplicar los servicios o prestaciones (y derechos) ya consagrados, pero también, estar muy atentos a la articulación con cada uno de ellos y a la definición recíproca de las fronteras y los límites institucionales, de manera que no queden situaciones sin recibir una atención adecuada.

Es importante señalar el riesgo de excluir o retrasar la atención para situaciones que requieran de los mismos servicios, o al menos, de servicios muy similares. Por lo tanto, una mayor frecuencia en las evaluaciones puede ayudar a minimizar las dificultades asociadas a la prioridad de las situaciones “permanentes” o “prolongadas”. Además, es posible avanzar progresivamente hacia la incorporación de prestaciones más flexibles, e incluso, la posibilidad de pensar intervenciones intensivas de cuidados, pero de corta duración a las personas en situación de dependencia transitoria, en el caso de que estos servicios no estén contemplados por otras políticas o no tengan la cobertura necesaria.

## **5.2 El potencial uso de baremos para identificar la necesidad de medidas preventivas de pérdida de funcionalidad**

El uso rutinario de medidas de capacidad funcional en la atención primaria, como parte de las evaluaciones geriátricas más amplias, tiene un papel importante en la identificación de las personas mayores que podrían estar en riesgo de pérdida funcional, o que se encuentran con dependencia leve de cuidados. Este es el caso de Chile (Echeverría et al., 2022) y Brasil (Ministerio de Salud de Brasil, 2018), por ejemplo. Dicha práctica podría no solo permitir establecer de forma más rápida algunas intervenciones para restablecer la funcionalidad de las personas mayores, sino que también podría ayudar a reducir los costos de atención potencialmente prevenibles para el sistema de atención.

Éste es un argumento más en favor de prever los recursos necesarios para evaluaciones reiteradas y tempranas de la dependencia, pero también del potencial que tiene una articulación más intensa entre los servicios de salud y los de cuidado. Incluso, para evitar la aplicación de diferentes medidas a nivel nacional y mejorar el potencial de comparabilidad entre grupos y contextos, los mismos baremos podrían usarse con este fin y ser aplicados en el marco de las diferentes consultas a nivel de los servicios de salud, fomentando un incremento de las intervenciones tempranas, pertinentes y oportunas.

Como se mencionó anteriormente, si bien en la práctica se han enfocado en las situaciones de mayor dependencia, los baremos tienen el potencial de identificar aquellos que no están experimentando pérdidas significativas en la funcionalidad y aquellos que se encuentran en un estado límite entre independencia y dependencia del cuidado, y esto podría usarse como un recurso y un objetivo para optimizar su capacidad funcional antes de que la persona se torne (más) dependiente.

De manera similar, la evaluación periódica de la capacidad funcional (como se sugiere en la sección anterior) podría ayudar a los servicios de cuidado y salud a retrasar o prevenir más pérdidas en la capacidad funcional mediante la implementación de intervenciones específicas. Por ejemplo, una persona que vive con demencia y que todavía puede comer por sí misma podría recibir el apoyo de terapeutas del habla y el lenguaje para prevenir la disfagia y la necesidad de rutas de alimentación alternativas (como una sonda de alimentación). De todos modos y como se verá en la próxima sección, siempre resulta conveniente que los avances en la medición vayan acompañados de un acceso efectivo a cada uno de los servicios y prestaciones necesarios.

Finalmente, dado que se trata de un abordaje poco explorado por los países hasta el momento, se necesita invertir en investigación aplicada como estrategia fundamental para conocer el desempeño de los baremos en este sentido y poder realizar los ajustes necesarios. La amplia variedad existente de medidas utilizadas en cada país para medir la capacidad funcional entre las personas mayores en diferentes entornos (ver el caso de Chile en Echeverría et al., 2022), implica una comparabilidad limitada entre ellas. En este sentido, y en línea con lo discutido en la sección anterior, aumentar la

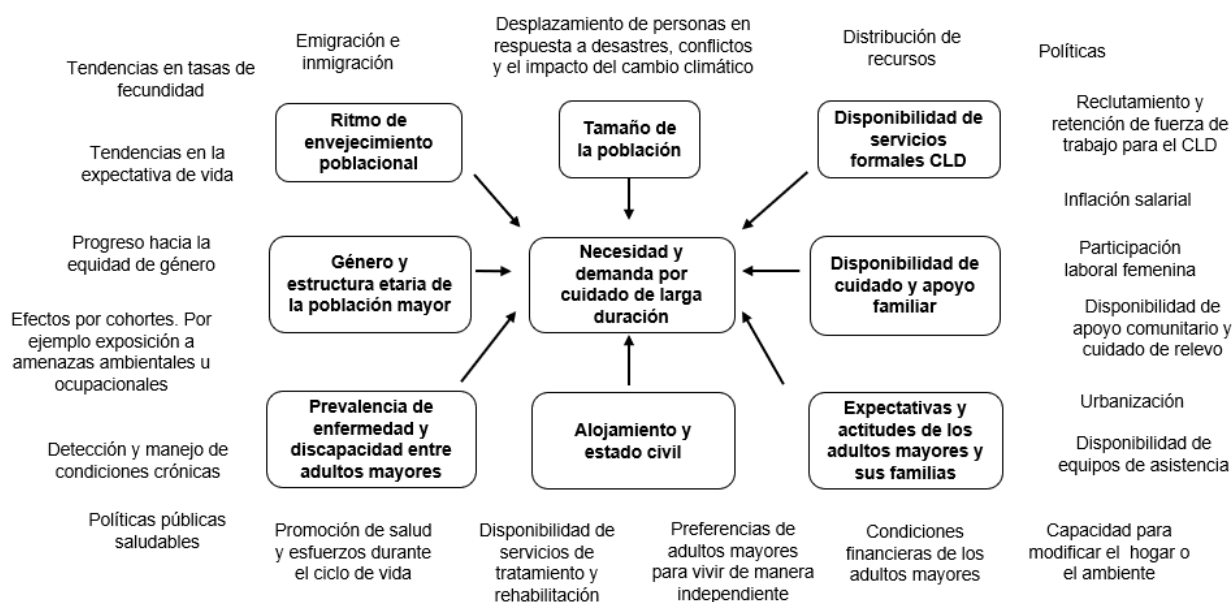
frecuencia de las mediciones sería insuficiente para detectar cambios en caso de que el instrumento no sea lo suficientemente robusto.

### 5.3 Necesidad de ampliar la información recopilada en los baremos

Muchas de las características ambientales relacionadas con factores socioeconómicos y condiciones de vida más amplias, por ejemplo, pueden tener un impacto directo en la capacidad de una persona mayor para realizar actividades de la vida diaria. Estas también pueden afectar cuanto de la funcionalidad se puede restaurar, optimizar o mantener por medio de intervenciones de atención de largo plazo, así como los recursos adicionales necesarios para apoyar a esa persona. Dado que existen otras situaciones comunes entre personas mayores que se podrían beneficiar de las intervenciones psicosociales, como la soledad, el duelo, los problemas de salud mental y la adicción, el análisis de los factores que influyen en la necesidad y demanda de servicios de cuidado permite elaborar una hoja de ruta que complementa la información que actualmente no generan los baremos y/o fundamentar su almacenamiento digital completo, para una mayor explotación de la misma (Figura 2) (Holmes, 2021).

Por ejemplo, desde el 2015, Japón comenzó a implementar una estrategia comunitaria que busca incrementar la participación social de personas mayores para reducir el riesgo de dependencia y la mortalidad. Bajo este enfoque se busca que en las comunidades se puedan proveer diferentes tipos de servicios, entre los que se incluye los servicios de atención de largo plazo, que se adapten al contexto local. Para el diseño de estos servicios es fundamental la interacción y articulación entre proveedores, comunidad y los gobiernos locales (Yamada & Arai, 2020).

**Figura 2. Factores que influyen en la necesidad y demanda de servicios de cuidados de larga duración para personas mayores**



**Fuente:** Traducido y adaptado a partir de Holmes (2021, p. 3).

La acumulación sistemática de esta información puede orientar la mejora de los baremos. A modo de ejemplo, la literatura sugiere que la identificación de una jerarquía de pérdida funcional relacionada con la edad puede respaldar el diseño de servicios dirigidos a las diferentes etapas individuales de transición de la funcionalidad, en lugar de edades específicas (Bendayan et al.,



2016; Gore et al., 2018; Wloch et al., 2016). Más allá del ejemplo, todos los aspectos técnicos de los baremos (listado de actividades, ponderadores, umbrales, categorías, tramos de edad, frecuencia de reevaluación, etc.) podrían verse beneficiados de una evaluación permanente de sus resultados e impactos en el logro de los objetivos de los sistemas de cuidados.

La prioridad otorgada por los sistemas a las prestaciones de cuidado (cuidados en domicilio, centros diurnos y residencias) es consistente con que el núcleo de la medición de dependencia mediante baremos se concentra en la necesidad de ayuda de otras personas. Sin embargo, a mediano y largo plazo, los sistemas se verían claramente enriquecidos en caso de incorporar más información del contexto y las necesidades de apoyo de los usuarios, ya que ajustes en el entorno pueden mejorar notoriamente la condición de las personas en situación de dependencia (Holmes, 2021). Por ejemplo, una persona puede tener dificultad para caminar de una habitación a otra en la casa, pero no necesitar de ayuda para realizar dicha tarea si se hace alguna adaptación en el hogar (ej., por medio de tecnologías de asistencia)<sup>6</sup>, aunque el deterioro en la funcionalidad esté todavía presente. Podría ser que esta persona necesitaría ayuda de otra persona, pero con estas adaptaciones en el ambiente, la ayuda ya no es necesaria para su desempeño en la tarea.

Otro aspecto fundamental para considerar tiene que ver con que las personas cuidadoras sean también consideradas parte de la población objetivo, recibiendo una valoración de sus necesidades de apoyo. Sin embargo, actualmente no existe ningún mecanismo sistematizado de evaluación de las necesidades de apoyo de las personas cuidadoras, ni del impacto de estos servicios en el bienestar y salud de esta población. Además de la limitada cobertura, la elegibilidad para los servicios existentes que ayudan a brindar respiro a las personas cuidadoras (ej., centros de día, asistentes personales) se basa principalmente en las características de las personas en situación de dependencia de cuidados, como en los niveles de funcionalidad y edad, y no en las necesidades de la persona que cuida. De igual forma, en las etapas iniciales, los servicios de capacitación de cuidadores priorizan a los trabajadores/as del cuidado y tienen poco espacio para abarcar a los familiares y sus necesidades (Aranco y Sorio, 2019).

A su vez, es posible que la información que generan los baremos sea útil para mejorar las intervenciones sanitarias y/o todas aquellas medidas que apunten a generar procesos de rehabilitación, sin la necesidad de incurrir en costos adicionales de relevamiento. La integración y el intercambio de información, entre los sistemas de cuidado y de salud de cada país, tienen un enorme potencial mediante la consolidación de una historia “clínica” electrónica *ampliada* que coloque a la persona en el centro, se enriquezca con cada intervención, crezca en forma de espiral y pueda acumular información estratégica para el desarrollo de los sistemas y el ajuste continuo de las distintas políticas. Por ejemplo, se prevé que el baremo de dependencia a emplear en el sistema de cuidados de Costa Rica utilice la información del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) para conocer la condición de salud de los usuarios, de manera previa a la realización de la valoración.

Si bien es posible considerar los múltiples beneficios asociados a la expansión de la información que recogen los baremos, también es importante evaluar el impacto de cada innovación en el propio desempeño de los baremos como piezas clave de los sistemas de cuidado. Por un lado, en términos de políticas públicas, en principio la investigación sobre nuevas dimensiones puede tener un impacto real en el acceso a beneficios adicionales. Por otro, dado que todo incremento en la complejidad de los instrumentos incide en los costos de su aplicación, y que estos costos se asocian directamente con las posibilidades o los tiempos para el acceso a los distintos beneficios, no resulta

---

<sup>6</sup> La tecnología de asistencia es cualquier artículo, pieza de equipo, programa de *software* o sistema de producto que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar la funcionalidad de las personas en situación de deterioro funcional. Puede incluir simples adaptaciones del ambiente: ej., tableros de comunicación hechos de cartón o fieltro difuso, o adaptaciones de la cuchillería (Organización Mundial de la Salud, 2015).

recomendable incorporar dimensiones que no se vean reflejadas en un acceso a mejores servicios o prestaciones, o a brindar insumos relevantes para la toma de decisiones.

En síntesis, la complejidad del instrumento de medición de la dependencia debe cuidar el delicado equilibrio entre contemplar los escenarios futuros de la política y acompañar el desarrollo más global del sistema y sus servicios, dado que un enlentecimiento en el acceso a servicios esenciales para los usuarios y la generación de expectativas que no se pueden satisfacer en el corto y mediano plazo, pueden minar gravemente la confianza respecto de sistemas que recién están intentando afianzarse entre las políticas públicas y que dependen de manera crucial del apoyo de la población para su consolidación y desarrollo.

#### **5.4 La relación entre medida de funcionalidad, nivel de dependencia y oferta de servicios**

Los baremos son instrumentos muy útiles en la definición de la cobertura y criterios de acceso a las distintas prestaciones, en la planificación y administración del presupuesto público, más aún si se combinan los datos individuales junto con las estimaciones agregadas mediante encuestas, y también en el conocimiento de los diferentes perfiles y/o en el desarrollo de protocolos de atención a nivel macro y para cada servicio o prestación. Sin embargo, es posible mejorar el desempeño de los distintos servicios si se establecen formas de integrar la evaluación por el baremo con las otras evaluaciones de salud relacionadas con la funcionalidad y necesidades de cuidados. De esta manera, será posible brindar los servicios que se ajustan a las necesidades de la persona y su familia con el objetivo de mejorar la funcionalidad. Tal evaluación podrá incluir tanto los aspectos de funcionalidad y las necesidades de cuidados como los aspectos biopsicosociales, considerando las expectativas, preferencias, y valores de los individuos. La repetición rutinaria de las evaluaciones es fundamental para determinar si los servicios están teniendo el efecto esperado o si es necesario adecuar el plan de cuidados. La frecuencia de este tipo de evaluación va a depender del contexto y de las necesidades identificadas en la evaluación vigente y de los recursos disponibles en cada servicio.

En general, las herramientas de evaluación de necesidades de cuidados presentes en la literatura se pueden dividir en aquellas que se enfocan solamente en las necesidades de atención y aquellas que son más amplias para incluir otros aspectos que van más allá de la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (ej., necesidades espirituales, satisfacción con la vida). Estas herramientas se pueden incluso clasificar en herramientas genéricas (utilizadas con cualquier población mayor) (Parker et al., 2018; Philp, 1997; Reynolds et al., 2000) y herramientas enfocadas en enfermedades específicas y que generan necesidades específicas de cuidado y apoyo (Afseth et al., 2019; Remawi et al., 2021; Valery et al., 2020). Existen también las evaluaciones de necesidades para las/los familiares cuidadores, que idealmente deberían ser considerados usuarios de los servicios de atención a largo plazo (ej., capacitación y apoyo) (Alvariza et al., 2018; Kipfer & Pihet, 2020; Oliveira et al., 2018). La validez y confiabilidad de algunas de estas herramientas se han establecido a través de varios estudios.

La clasificación obtenida de los baremos no considera el detalle de los diversos niveles de ayuda necesarios y los tipos de necesidades dentro de dichos grupos (Gore et al., 2018). Dos personas que se clasifican con "dependencia severa" pueden clasificarse como tales debido a dificultades en actividades de la vida diaria completamente diferentes. El ideal es que tales diferencias guíen la implementación de diferentes intervenciones de atención a largo plazo. Por ejemplo, las personas cuidadoras podrían requerir diferentes habilidades, mientras que la población sujeta de cuidado puede requerir diferentes cantidades de tiempo y recursos por parte del equipo de atención. La clasificación general de las personas en un grupo amplio de dependencia puede por lo tanto

resultar insuficiente para la implementación de intervenciones a nivel individual. Dicha evaluación más amplia debería ser acompañada de una evaluación individual más detallada, en conjunto con el equipo de salud o proveedores del cuidado, de los aspectos principales de funcionalidad que deben ser mejorados. En Japón, por ejemplo, se utilizan diferentes insumos para determinar la elegibilidad de los adultos mayores de 65 años para los servicios de cuidado. En particular, una junta de cuidados de largo plazo de los gobiernos municipales toma la decisión de acceso a estas prestaciones basándose en un cuestionario basado en las actividades de la vida diaria, un reporte de una vista al hogar y una opinión médica (Yamada & Arai, 2020).

El establecimiento de medidas estandarizadas de funcionalidad y necesidades de cuidados adaptadas a las especificidades bio-psico-sociales de la población mayor es útil para informar la asignación de recursos y su financiación (Gore et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2021b). Sin embargo, la evaluación de la funcionalidad en relación con las necesidades individuales de atención, así como el desarrollo de planes de atención e implementación de intervenciones de atención a largo plazo, teniendo en cuenta el contexto, los valores, los objetivos, las preferencias y la cultura del individuo. Por ejemplo, mediante una evaluación geriátrica integral, es más probable que los servicios puedan responder apropiadamente a cambios rápidos o agudos en los niveles de funcionalidad y necesidad de atención. Así se evitando hospitalizaciones innecesarias, uso innecesario de algunos servicios, y una carga excesiva para las familias (Organización Mundial de la Salud, 2017, 2021a; Parker et al., 2018).

Esta necesidad de información más detallada puede obtenerse de varias fuentes complementarias a los distintos baremos, algunas de las cuales ya se han mencionado en este apartado. Por un lado, utilizando el detalle de la información del baremo y no solo el puntaje final o el nivel de dependencia obtenido. Y, por otro, generando un acceso e intercambio fluido entre los registros de salud y la propia generación de datos que se pueda dar en el marco de las intervenciones de cuidados, por parte del personal que brinda la atención. La puesta en consideración de toda esta información y la acumulación sistemática de investigaciones aplicadas debería apuntar a mejorar la información disponible sobre qué, cuándo, con qué intensidad y durante cuánto tiempo una persona debe recibir cada uno de los servicios de atención a largo plazo existentes para que sean efectivos. De esta forma, podría mejorarse la asignación de servicios y ajustar la disponibilidad de fondos y otros recursos, y desarrollar una estrategia permanente para la alineación entre los resultados de las evaluaciones de funcionalidad y las acciones a largo plazo esenciales para promover una buena relación costo/beneficio y una cobertura adecuada de los servicios de cuidados en cada país.

### **5.5 Importancia de la capacitación y la evaluación permanente en la reducción de los posibles sesgos para considerar la habilidad funcional en personas mayores**

Existen diversos sesgos potenciales que los evaluadores deben tener en cuenta al desarrollar o aplicar una valoración de funcionalidad entre las personas mayores. Por ejemplo, los aspectos de género son importantes para la medición de la capacidad funcional no solo porque las mujeres mayores tienen más probabilidades de experimentar un deterioro funcional en comparación con los hombres, sino porque puede haber preguntas que son más relevantes para un grupo de género que para otro y que podrían afectar las respuestas debido a los roles de género y el sesgo de deseabilidad que esto conlleva. Por ejemplo, para la cohorte actual de personas mayores las mujeres siempre habían sido las encargadas de cocinar y realizar tareas domésticas, mientras que los hombres eran en su mayoría los únicos responsables de las tareas financieras en el hogar. También puede haber aspectos prácticos relacionados con el género que pueden influir o no en las respuestas, como tener un evaluador de un grupo de género que haga preguntas íntimas a una persona del género opuesto.

Otro sesgo potencial importante en la evaluación funcional incluye el cambio de respuesta (o response shift, en inglés), especialmente la recalibración, a través del cual las variables sociales, psicológicas y de salud pueden influenciar el autoinforme de la funcionalidad. Por ejemplo, la evidencia muestra que las personas mayores pueden ajustar sus autoevaluaciones en función de problemas de salud recientes, con una tendencia a inflar su percepción de limitaciones debido a cambios en sus estándares internos después de pasar por una situación de enfermedad, o con el tiempo (Daltroy et al., 1999; Galenkamp et al., 2012; Spuling et al., 2017). Esto significa que, dependiendo de cuándo se lleve a cabo la evaluación, es posible que no proporcione una imagen confiable (o estable) de la situación media de la capacidad de esa persona para realizar las actividades de vida diaria.

También hay cada vez más evidencia en la literatura sobre cómo los estereotipos relacionados con la edad (además de la discriminación por edad y las autopercepciones negativas del envejecimiento) y otras formas de prejuicio (racismo, sexismo, discriminación relacionada con la pobreza, gordofobia, etc.) pueden influir en la evaluación de la función física y cognitiva entre las personas mayores, tanto del punto de vista del evaluador como del evaluado (Barber et al., 2015). Los estereotipos relacionados con la edad podrían explicar, por ejemplo, las divergencias en las evaluaciones realizadas con diferentes grupos en los que los individuos tienden a sobrestimar su propia capacidad funcional, mientras que otras personas importantes o los profesionales tienden a subestimarla (FitzGerald & Hurst, 2017; Pritchard-Jones, 2017; Rubenstein et al., 1984). Por otro lado, específicamente en el papel de los baremos para habilitar o restringir el acceso a los recursos de cuidado, las personas mayores y sus cuidadores pueden tender a subestimar su capacidad funcional y sobrestimar sus necesidades de cuidado por temor a no ser considerados con derecho a recibir atención.

Para reducir o prevenir algunos de estos riesgos, la capacitación adecuada de los evaluadores es muy importante, incluyendo los siguientes aspectos prácticos, por ejemplo: (i) quién debe realizar la evaluación y cuándo; (ii) a qué características de la persona o representante, así como del entorno familiar, el evaluador debe prestar atención; (iii) qué aspectos considerar al pensar en cada uno de los elementos (¿esta persona alguna vez ha estado involucrada en esta tarea? ¿qué tan importante es esta tarea para ella/él?); (iv) la forma y el momento en que se deben hacer algunas preguntas específicas para evitar provocar sesgos (p. ej., insinuar a través del tono de voz, las expresiones faciales o incluso las palabras que la persona “probablemente” es capaz o no de realizar una determinada actividad); (v) señales de sesgos inconscientes y cómo mitigarlos (p. ej., nociones negativas interiorizadas de envejecimiento y dependencia del cuidado).

Una adecuada supervisión, el intercambio entre pares, la revisión y la actualización permanente de los manuales y la evaluación de los resultados de la aplicación del baremo, son también medidas fundamentales para reducir los potenciales sesgos y mejorar el resultado de las evaluaciones y su aporte a los logros de los objetivos del sistema.

Para evitar la influencia de la discriminación por edad en la evaluación de la funcionalidad de las personas mayores, es importante evitar un enfoque de ‘pérdidas’ en la evaluación de funcionalidad de esta población, ya que las transiciones en funcionalidad son inherentes a todas las personas a lo largo de sus vidas. Idealmente, el foco de las políticas y de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia de cuidados debería abarcar la funcionalidad, el bienestar, la salud, la promoción de los derechos, habilidades y potencialidades de las personas mayores. Un enfoque que considere las condiciones transitorias de funcionalidad en un sentido amplio como el que aquí se propuso, puede servir de instrumento para un cambio de la visión discriminatoria (*edadista y capacitista*) de las personas mayores como fundamentalmente (y permanentemente)

‘dependientes del sistema’, hacia una visión más humanizada y positiva del envejecimiento de todas las personas en la sociedad.

## **5.6 Uso de baremos en situaciones de deterioro cognitivo**

La prevalencia de deterioro cognitivo, como es el caso de las demencias y otros problemas neurocognitivos, aumenta con la edad, afectando principalmente a personas con edad igual o mayor de 80 años. Este deterioro también es común entre personas viviendo con otros trastornos mentales, tales como la esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar. Por lo tanto, la capacidad mental de estas personas para responder a preguntas de evaluación de necesidades de cuidados puede no ser siempre estable y puede fluctuar entre días (Trachsel et al., 2015). Esto supone un desafío no sólo frente a la evaluación y reevaluación de la funcionalidad y necesidades de cuidado de estas personas, sino por ende sobre la prestación de los servicios que puedan y necesitan recibir.

Por otra parte, la literatura muestra que las medidas de funcionalidad cognitiva pueden verse afectadas por el ambiente en el que se encuentra la persona, así como también por las expectativas o deseos de las personas. Por ejemplo, Cardenas et al., (2008) muestra que las personas que sufren de esquizofrenia o de un desorden esquizoafectivo, pero que cuentan con una o más responsabilidades dentro de su comunidad, presentan un mejor desempeño de funcionalidad que aquellos individuos que no tiene responsabilidades comunitarias. Esto también se asocia con los resultados de otros estudios que indican que los apoyos con los que cuentan las personas con esquizofrenia en su ambiente ayudan a los individuos a compensar por los déficits cognitivos que puedan presentar (Velligan et al., 2000).

Con los baremos utilizados en América Latina y en Europa se ha intentado mitigar los problemas que pueden surgir en estas evaluaciones utilizando preguntas que capturen el deterioro cognitivo incluyendo actividades y tareas relacionadas con la comunicación, la toma de decisiones y la participación en actividades sociales y empleando pesos diferentes en las actividades a los utilizados en individuos que no presentan este tipo de deterioro. Sin embargo, cómo respuesta a estos retos es posible que los baremos incluyan otro grupo de preguntas a la persona que presente un deterioro cognitivo de tal forma que se pueda capturar de una manera más precisa su funcionalidad.

En términos prácticos, durante la evaluación, es importante que las personas evaluadoras consideren que los individuos que presentan algún grado de deterioro cognitivo pueden por lo tanto no entender o responder de manera diferente a las preguntas incluidas en el baremo, o en algunos casos las respuestas pueden ser contestados por sus cuidadores. Estas evaluaciones además están sujetas a distintos sesgos debido a las actitudes o preparación de las personas que aplican el baremo, tal y como se expuso en la sección anterior.

Es común que personas mayores no tengan el deterioro cognitivo ni sus causas previamente diagnosticadas por un equipo de salud, y, por ende, la persona evaluadora no tenga esta información al aplicar el baremo con la persona mayor. Por esto es muy importante que la evaluación con los baremos se suceda junto o después de una evaluación integral de la salud física y mental de la persona mayor a fines de anticipar estos posibles desafíos. En los casos en que la persona evaluadora perciba dificultades en la persona al responder a las preguntas, se puede volver algún otro día para hacer la evaluación, o hacerla nuevamente después de algunos días a fines de comparar las dos evaluaciones. De cualquier forma, es siempre muy importante no dejar de incluir la perspectiva de la persona mayor simplemente por su problema cognitivo, sino incluirla de la mejor forma posible en la evaluación de sus necesidades.

La capacitación de la persona evaluadora acerca de aspectos cognitivos de las personas mayores será por lo tanto fundamental para garantizar que esta evaluación sea de la mejor calidad posible. Además, según los informes médicos o la información disponible para las personas se pueden programar revaluaciones periódicas de los individuos para garantizar que los servicios prestados sean acordes a las necesidades que tiene la población con este deterioro. Asimismo, como se estableció en las secciones anteriores, se pueden realizar otras evaluaciones según las prestaciones disponibles para adecuar los servicios de cuidado y apoyo a las necesidades de esta población en específico de la mejor manera posible.

## Referencias

- Afseth, J., Neubeck, L., Karatzias, T., & Grant, R. (2019). Holistic needs assessment in brain cancer patients: A systematic review of available tools. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), e12931. <https://doi.org/10.1111/ecc.12931>
- Alvariza, A., Holm, M., Benkel, I., Norinder, M., Ewing, G., Grande, G., Håkanson, C., Öhlen, J., & Årestedt, K. (2018). A person-centred approach in nursing: Validity and reliability of the Carer Support Needs Assessment Tool. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.04.005>
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibarrarán, P., Oliveira, D., Retana, M. R., Savedoff, W., & Torres, E. (2022). *Aging in Latin America and the Caribbean: Social Protection and Quality of Life for Older People*. Inter-American Development Bank, forthcoming.
- Aranco, N., Ibarrarán, P., & Stampini, M. (2022). *Estimaciones de funcionalidad y dependencia de cuidados entre personas mayores en ALC 2020-2050*. Interamerican Development Bank.
- Aranco, N., & Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0001821>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0000984>
- Barber, S. J., Mather, M., & Gatz, M. (2015). How Stereotype Threat Affects Healthy Older Adults' Performance on Clinical Assessments of Cognitive Decline: The Key Role of Regulatory Fit. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(6), 891–900. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv009>
- Bendayan, R., Cooper, R., Wloch, E. G., Hofer, S. M., Piccinin, A. M., & Muniz-Terrera, G. (2016). Hierarchy and Speed of Loss in Physical Functioning: A Comparison Across Older U.S. and English Men and Women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, glw209. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw209>
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibarrarán, P., Medellín, N., Oliveri, M. L., & Stampini, M. (2019). *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0001972>
- Cardenas, V., Mausbach, B. T., Barrio, C., Bucardo, J., Jeste, D., & Patterson, T. (2008). The Relationship between Functional Capacity and Community Responsibilities in Middle-aged and Older Latinos of Mexican Origin with Chronic Psychosis. *Schizophrenia research*, 98(1–3), 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.008>
- Chioda, L. (2011). *Work and Family: Latin American and Caribbean Women in Search of a New Balance*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12489?locale-attribute=en>
- Colacce, M., Córdoba, J., Marroig, A., & Sánchez, G. (2021). *Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia*. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27957>
- Colacce, M., & Manzi, P. (2017). El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Una mirada de largo plazo. *Serie Estudios y Perspectivas*, 27.
- Daltroy, L. H., Larson, M. G., Eaton, H. M., Phillips, C. B., & Liang, M. H. (1999). Discrepancies between self-reported and observed physical function in the elderly: The influence of response shift and other factors. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1549–1561. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00048-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00048-9)
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Política Pública de Cuidado*.
- Díaz Velázquez, E., & Rubio Burgos, S. (2020). *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)* (p. 117). Plena Inclusión. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/las-personas-con-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo-en-el-sistema-para-la-autonomia-y-atencion-a-la-dependencia-saad/>



- Echeverría, A., Astorga, C., Fernández, C., Salgado, M., & Villalobos, P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Publica*, 46, 6.
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18, 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Galenkamp, H., Huisman, M., Braam, A. W., & Deeg, D. J. H. (2012). Estimates of prospective change in self-rated health in older people were biased owing to potential recalibration response shift. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(9), 978–988. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.010>
- Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Germany*. European Commission.
- Gore, P. G., Kingston, A., Johnson, G. R., Kirkwood, T. B. L., & Jagger, C. (2018). New horizons in the compression of functional decline. *Age and Ageing*, 47(6), 764–768. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy145>
- Holmes, W. (2021). *Projecting the Need for and Cost of Long-Term Care for Older Persons*. Asian Development Bank. <https://doi.org/10.22617/WPS210072-2>
- IMAS, & MDHIS. (2021). *Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia*. Instituto Mixto de Ayuda Social; Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión. <https://www.imas.go.cr/es/general/politica-nacional-de-cuidados-2021-2031>
- Kipfer, S., & Pihet, S. (2020). Reliability, validity and relevance of needs assessment instruments for informal dementia caregivers: A psychometric systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(4), 704–742. <https://doi.org/10.11124/JBISRI-2017-003976>
- Losano, A., Alonso Gonzalez, I., & Bolance Losillas, C. (2009). Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Rev. Esp. Salud Publica*, 83(3), 379–392.
- MDHIS. (2022). *Informe de Ejecución. Política Nacional de Cuidados 2021-2031*. <https://www.imas.go.cr/es/general/politica-nacional-de-cuidados-2021-2031>
- Medellín, N., Jara Maleš, P., & Matus-López, M. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*. Inter-American Development Bank. [https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento\\_y\\_atenci%C3%B3n\\_a\\_la\\_dependencia\\_en\\_Costa\\_Rica.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Costa_Rica.pdf)
- MIDES. (2018). *Construcción de Baremos para valoración de Dependencia*. <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/99818/construccion-de-baremos>
- MIDES. (2020). *La Construcción del Cuarto Pilar de la Protección Social en Uruguay. Balance y Desafíos 2015 – 2020*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/memoria-quinquenal-2015-2020>
- MIDES. (2021). *Plan Nacional de Cuidados 2021-2025*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-2021-2025#:~:text=El%20cuidado%20es%20tanto%20un,personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20dependencia.>
- MIDES. (s.f.). *Manual Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Adaptado Uruguay*.
- Ministerio de Salud de Brasil. (2018). *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]*. [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf)
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, § Boletín Oficial del Estado (2011).
- Naciones Unidas. (2019). *World population ageing, 2019 highlights*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

- Oliveira, D. C., Vass, C., & Aubeeluck, A. (2018). The development and validation of the Dementia Quality of Life Scale for Older Family Carers (DQoL-OC). *Aging & Mental Health*, 22(5), 709–716. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1293004>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *World report on ageing and health*. Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE)*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Decade of healthy ageing: Baseline report* (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care* (WHO). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038844>
- Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., Kennedy, S., Roberts, H., & Conroy, S. (2018). What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, 47(1), 149–155. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>
- Philp, I. (1997). Can a Medical and Social Assessment be Combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(32\_suppl), 11–13. <https://doi.org/10.1177/014107689709032S04>
- Pritchard-Jones, L. (2017). Ageism and Autonomy in Health Care: Explorations Through a Relational Lens. *Health Care Analysis*, 25(1), 72–89. <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0288-1>
- Remawi, B. N., Gadoud, A., Murphy, I. M. J., & Preston, N. (2021). Palliative care needs-assessment and measurement tools used in patients with heart failure: A systematic mixed-studies review with narrative synthesis. *Heart Failure Reviews*, 26(1), 137–155. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10011-7>
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176(5), 444–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.444>
- Rojas, A. (2021). *Informe de resultados de la aplicación de piloto del Baremo de la Dependencia en Costa Rica* [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo - Documento interno de trabajo].
- Rubenstein, L. Z., Schairer, C., Wieland, G. D., & Kane, R. (1984). Systematic Biases in Functional Status Assessment of Elderly Adults: Effects of Different Data Sources<sup>1</sup>. *Journal of Gerontology*, 39(6), 686–691. <https://doi.org/10.1093/geronj/39.6.686>
- Spuling, S. M., Wolff, J. K., & Wurm, S. (2017). Response shift in self-rated health after serious health events in old age. *Social Science & Medicine* (1982), 192, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.026>
- Stampini, M., Oliveri, M. L., Ibarrarán, P., Londoño, D., June, H., & James, G. M. (2020). *¿Trabajar menos para cuidar de los padres? Los efectos del cuidado familiar de larga duración en el mercado laboral de cuatro países de América Latina*. 20.
- Terra, F. (2021). *Revisión de experiencias internacionales de instrumentos que miden niveles de dependencia funcional de las personas en el marco de políticas de cuidado* [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo-Documento interno de trabajo].
- Terra, F. (2022). *Documento técnico: Propuesta de baremo de dependencia conforme a los lineamientos de la política de cuidado del país*. [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo - Documento interno de trabajo].
- Terra, F., & Rojas, A. (2021). *Capacitación para la aplicación del Baremo de Valoración de Dependencia. Sistema Nacional de Cuidado* [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento interno de trabajo].
- Trachsel, M., Hermann, H., & Biller-Andorno, N. (2015). Cognitive Fluctuations as a Challenge for the Assessment of Decision-Making Capacity in Patients With Dementia. *American Journal*

*of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 30(4), 360–363.

<https://doi.org/10.1177/1533317514539377>

Valery, P. C., Bernardes, C. M., Stuart, K. A., Hartel, G. F., McPhail, S. M., Skoien, R., Rahman, T., Clark, P. J., Horsfall, L. U., Hayward, K. L., Gupta, R., & Powell, E. E. (2020).

Development and Evaluation of the Supportive Needs Assessment Tool for Cirrhosis (SNAC). *Patient Preference and Adherence*, 14, 599–611.

<https://doi.org/10.2147/PPA.S236818>

Velligan, D. I., Bow-Thomas, C. C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J., & Miller, A. L. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1317–1323. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1317>

Wloch, E. G., Kuh, D., & Cooper, R. (2016). Is the Hierarchy of Loss in Functional Ability Evident in Midlife? Findings from a British Birth Cohort. *PLOS ONE*, 11(5), e0155815.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155815>

Yamada, M., & Arai, H. (2020). Long-Term Care System in Japan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(3), 174–180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>

## Anexos

### ANEXO I

#### Normativa, institucionalidad y perfil de baremos en algunos países de Europa

Dimensión	Alemania	España	Francia	Suecia
Normativa	Ley del Seguro de Cuidados/1995	Real Decreto 174/2011	Ley 97-60/1997: Prestación para la autonomía personal (APA); Ley de Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento/2015; 13 Art. L 232-6 3º Código de la Acción Social y de las Familias	Ley de Servicios Sociales/1980; Nueva Ley de los Gobiernos Locales/1991; Ley de Elección en el Sector Público/2009.
Institucionalidad	Competencia de las Cajas del Seguro de Dependencia Comité Federal encargado de supervisar la aplicación del Seguro de Dependencia	Las comunidades autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado de dependencia con especificación de los cuidados. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establece algunos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las comunidades autónomas	Administrada y parcialmente financiada por las provincias, que también son responsables de gestionar y financiar la Prestación para la Autonomía (APA), así como de diseñar e implementar las acciones, incluyendo la gestión de las solicitudes individuales de APA	Operado a tres niveles de gobierno: central, regional y local. Las autoridades locales tienen un alto grado de autonomía frente al gobierno central en el ámbito de la dependencia, incluyendo el derecho de establecer impuestos específicos para financiar las prestaciones
Perfil de los evaluadores	Las valoraciones se realizan en los domicilios y están a cargo del Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad conformado por médicos, trabajadores sociales y psicólogos	Los valoradores son los profesionales del área social y/o sanitaria cualificados	Un equipo “médico-social” del Consejo Departamental (CD) realiza la valoración de funcionalidad a domicilio o en los residenciales; el equipo de evaluación incluye médicos, trabajadores sociales, enfermeros y personal administrativo. Los CD cuentan con cierta autonomía para esta evaluación	La evaluación es realizada por los administradores de atención pertenecientes a la oficina pública local de bienestar social e incluye médico, terapeuta ocupacional y/o fisioterapeuta, entre otros.

**Fuente:** Basado en Terra (2021)

## ANEXO 2

### Concepto de funcionalidad adoptado en algunos países de Europa y su medición

Alemania	España	Francia	Suecia
<p>La población de personas con deterioro funcional y dependencia se define como aquella "con deficiencias en su autonomía o de las capacidades relacionadas con la salud y, por lo tanto, requieren la ayuda de los demás", a partir de la combinación de la evaluación de la necesidad de ayuda en estas actividades, con la frecuencia y con el tiempo o duración de esta ayuda</p> <p>El baremo se basa en seis áreas: movilidad (10%), cognitiva y habilidades comunicativas junto con patrones de comportamiento y problemas mentales (15%), nivel de autonomía o autosuficiencia (40%), restricciones de salud, demandas y el estrés resultante de las terapias (20%) y la estructura de la vida cotidiana y contactos sociales (15%)</p> <p>Una puntuación ponderada se calcula en una escala entre 0 y 100: "ligero deterioro de la independencia" (Nivel 1: 12,5 a 27 puntos) hasta "deficiencias graves de la independencia con requisitos especiales para la atención de enfermería" (Nivel 5: 90 a 100 puntos). Las puntuaciones determinan el nivel de atención a ser recibida</p>	<p>La dependencia se define como el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra(s) persona(s) o ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su independencia</p> <p>El baremo valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad y frecuencia de apoyo y supervisión para su realización. Este instrumento considera el informe de salud, el entorno de la persona, y las ayudas técnicas prescritas</p> <p>El baremo se basa en 11 actividades: comer y beber (16,8%), higiene personal (14,8%), lavarse (8,8%), otros cuidados personales (2,9%), vestirse (12,9%), mantener la salud (2,9%), cambiar la posición (9,4%), desplazarse en el hogar (12,3%) desplazarse fuera del hogar (12,2%) y realizar tareas domésticas (8%)</p> <p>La puntuación final se obtiene por la suma ponderada de los valores asignados a las tareas, multiplicada por el coeficiente del tipo de apoyo que se requiere en relación con cada una de ellas. En el caso de personas con condiciones de salud que puedan afectar a sus funciones mentales, se emplearán además los pesos de una "escala específica". Los grados de dependencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado I. Dependencia moderada</li> <li>• Grado II. Dependencia severa</li> <li>• Grado III. Gran dependencia</li> </ul>	<p>De acuerdo con la legislación vigente, aquella persona "de edad avanzada, residente en Francia, que se encuentra en la situación de no poder asumir las consecuencias de una falta o de una pérdida de autonomía en relación con su estado físico o mental tiene el derecho a una prestación personalizada de autonomía, que permita un cuidado adaptado a sus necesidades". Dicha prestación es destinada a las personas que, "no obstante la atención que pueden recibir, necesitan ayuda para realizar los actos esenciales de la vida, o cuyo estado requiere un cuidado o seguimiento regular"</p> <p>Se utiliza la escala AGGIR (Grupos de Isorrecursos de Autonomía Geriátrica), basada en 17 variables: 10 determinantes para establecer si procede o no dar las ayudas, y 7 ilustrativas del grado de dependencia en relación con las actividades domésticas y el entorno. Estas variables ilustrativas no afectan la clasificación de la dependencia.</p> <p>Cada variable puede tomar los valores A, B o C, dependiendo de si puede realizar la tarea de forma "correcta", "irregular" o "no la puede realizar"</p> <p>A partir de un algoritmo se clasifica a la población en 6 grados, desde el más severo (Grado 1) hasta el más leve (Grado 6)</p>	<p>Según la legislación nacional, todas las personas tienen derecho a exigir servicios y apoyo, y las autoridades locales tienen la responsabilidad de satisfacer dichas necesidades proporcionando una asistencia que asegure un nivel de vida razonable</p> <p>Un "gestor de servicios sociales" o "administrador de atención", en general un trabajador/a social empleado por el municipio, evalúa sus necesidades y decide si la persona tiene derecho a recibir asistencia, el tipo (dentro del hogar o residencial) y la cantidad de ayuda requerida</p> <p>La ausencia de una pauta uniforme a nivel nacional permite mayor flexibilidad, pero también dificulta la tarea del evaluador</p> <p>La evaluación es cara a cara, en el hospital, residencial o en el domicilio de la persona</p>

**Fuente:** Basado en Terra (2021).

### ANEXO 3

#### Información sobre servicios, elegibilidad, financiamiento y cobertura a partir de los resultados de baremos en algunos países de Europa

Alemania	España	Francia	Suecia
<p>Tres modalidades de prestaciones: prestaciones monetarias directas, prestaciones en servicios vía asistencia domiciliaria o en Centros de Día o Noche, y atención residencial</p> <p>Los montos de cobertura tienen un tope y se conciben como una suma global de contribuciones a la atención, por lo que el seguro de atención a largo plazo solo cubre los costos de atención hasta un monto máximo. En caso de que los beneficiarios no tengan los fondos para pagar los costes restantes, el monto complementario se puede solicitar a los gobiernos locales</p> <p>En 2017, el programa cubría 3.103.839 personas: 7,6% con mayor necesidad de atención (Nivel 5) y 45,2% con el segundo nivel más bajo (Nivel 2)</p> <p>En 2017, el 75% eran usuarios en domicilio y el 25% usuarios en residenciales</p>	<p>Hasta 2021 se habían resuelto más de un 93% de casi dos millones de solicitudes presentadas y un 83% de los usuarios elegibles ya habían accedido a al menos una de las prestaciones que brinda el sistema</p> <p>La Prestación Económica para Cuidados Familiares, la Teleasistencia y la Ayuda a Domicilio son las prestaciones con mayor cobertura</p>	<p>En residencias, el subsidio se dirige a cubrir los gastos presupuestados, considerando los ingresos de la persona; en domicilio, el equipo realiza un plan individual de atención e información en cuanto a las alternativas de servicios y prestaciones disponibles</p> <p>El plan puede incluir: ayudas “domésticas” (limpieza, planchado, comida a domicilio, etc.), ayudas a la persona (baño, ayuda para levantarse, acostarse, vestirse, transporte, etc.) o ayudas técnicas (aparatos, adaptaciones de la vivienda, servicio de telealarma/teleasistencia, etc.).</p> <p>Medidas de apoyo a los cuidadores – ej., derecho al descanso, contemplando un alojamiento temporal de la persona mayor</p> <p>En 2019, había 1.333.541 beneficiarios: 7,6% con mayor pérdida (GIR I), 48,4% con pérdida intermedia (GIR 2 Y 3) y 43,9% con menor pérdida funcional (GIR 4). Por su parte las personas con mayor autonomía representaron solo el 0,1%</p> <p>En 2019, el 58,9% estaban en domicilio y el 41,1% en residencias</p> <p>El monto promedio del total de prestaciones era de 384 euros mensuales</p>	<p>Tiene un 50% de cobertura de la población que requiere cuidado y un gasto cercano al 3,2% del PIB, solo superado por Finlandia y Holanda, y mayor que la OCDE (~1,4% del PIB).</p> <p>Servicios incluyen teleasistencia, centros de día y de noche, servicio especial de transporte, atención y alojamiento a corto plazo, ayuda a domicilio, atención a las necesidades del hogar, cuidados personales, prestación económica al cuidador y atención residencial, recuperación tras una estancia hospitalaria y cuidados paliativos</p> <p>Las prestaciones económicas contemplan las licencias a familiares cuidadores para abandonar temporalmente su trabajo por un máximo de 100 días, con un 80% del sueldo. Algunos municipios ofrecen pagar por un cuidador. El pago al cuidador es sujeto de impuestos y proporciona una protección social como a otro tipo de trabajadores</p> <p>En 2016, un 16% de las personas mayores (316.491) recibía algún servicio de atención y los servicios más prestados eran teleasistencia (32,9%) y ayuda domiciliaria (31,7%), seguidos por atención en residencias (15,9%)</p>

**Fuente:** Basado en Terra (2021)

## ANEXO 4

### El Baremo de Uruguay

Actividades y tareas	Rango de Edades			
	3-6	7-10	11-17	>18
<b>COMER Y BEBER</b>				
Reconocer y/o alcanzar alimentos servidos	SI	SI	SI	SI
Cortar o partir la comida en trozos	NA	SI	SI	SI
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	SI	SI	SI	SI
Acercarse el recipiente de la comida a la boca	SI	SI	SI	SI
<b>HIGIENE PERSONAL ASOCIADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN</b>				
Acudir al lugar adecuado	SI	SI	SI	SI
Manipular la ropa	SI	SI	SI	SI
Adoptar la postura adecuada	SI	SI	SI	SI
Abandonar la postura adecuada	SI	SI	SI	SI
Limpiarse	NA	SI	SI	SI
<b>LAVARSE</b>				
Abrir y cerrar canillas	SI	SI	SI	SI
Lavarse las manos	SI	SI	SI	SI
Acceder a la bañera, ducha o similar	NA	SI	SI	SI
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	SI	SI	SI
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	SI	SI	SI
<b>REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES</b>				
Peinarse	NA	SI	SI	SI
Cortarse las uñas	NA	SI	SI	SI
Lavarse el pelo	NA	SI	SI	SI
<b>VESTIRSE</b>				
Reconocer y/o alcanzar la ropa y el calzado	SI	SI	SI	SI
Calzarse	SI	SI	SI	SI
Abrocharse botones o similar	SI	SI	SI	SI
Ponerse las prendas de la parte inferior del cuerpo	SI	SI	SI	SI
Ponerse las prendas de la parte superior del cuerpo	SI	SI	SI	SI
<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD</b>				
Solicitar asistencia médica	NA	NA	SI	SI
Aplicarse las medidas medicas recomendadas	NA	NA	SI	SI
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	SI	SI	SI
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	SI	SI
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	SI	SI

**Fuente:** MIDES (2018).



Actividades y tareas	Rango de Edades			
	3-6	7-10	11-17	>18
<b>CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO</b>				
Cambiar de posición horizontal al sentarse en la cama	SI	SI	SI	SI
Permanecer sentado	SI	SI	SI	SI
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	SI	SI	SI	SI
Permanecer de pie	SI	SI	SI	SI
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	SI	SI	SI	SI
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	SI	SI	SI	SI
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	SI	SI	SI	SI
Cambiar centro de gravedad mientras está sentado	SI	SI	SI	SI
Cambiar centro de gravedad mientras está acostado	SI	SI	SI	SI
<b>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>				
Realizar desplazamientos para vestirse	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos para comer	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos para lavarse	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	SI	SI	SI	SI
Acceder a todos los lugares comunes del hogar	SI	SI	SI	SI
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>				
Acceder al exterior	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos alrededor de edificio	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	SI	SI
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	SI	SI
<b>REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS</b>				
Preparar comidas	NA	NA	NA	SI
Hacer la compra	NA	NA	NA	SI
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	SI
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	SI
<b>PARTICIPACIÓN EN LA VIDA SOCIAL Y COMUNITARIA</b>				
Participación en asociaciones formales	NA	NA	NA	SI
Participación en asociaciones informales	SI	SI	SI	SI
Participación en la vida comunitaria	SI	SI	SI	SI
Participación en juegos	SI	SI	SI	SI
Participación en deportes	SI	SI	SI	SI
Participación en acontecimientos artísticos y culturales	SI	SI	SI	SI
Realización de Manualidades	SI	SI	SI	SI
Aficiones	SI	SI	SI	SI
Socialización	SI	SI	SI	SI
Otras actividades de tiempo libre	SI	SI	SI	SI

Fuente: MIDES (2018).

Actividades y tareas	Rango de Edades			
	3-6	7-10	11-17	>18
<b>HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y AUTONOMÍA PSÍQUICA</b>				
Expresa placer/displacer	NA	SI	SI	SI
Reconoce y expresa emociones	SI	SI	SI	SI
Reconoce y respeta códigos sociales	NA	SI	SI	SI
Comunicación -recepción de mensajes hablados	SI	SI	SI	SI
Comunicación - recepción de mensajes no verbales	NA	NA	SI	SI
Habla	SI	SI	SI	SI
<b>PERSONAS CON CONDICIONES DE SALUD QUE AFECTAN SUS FUNCIONES MENTALES</b>				
Decide sobre la alimentación cotidiana	SI	SI	SI	SI
Dirige sus hábitos de higiene personal	SI	SI	SI	SI
Planifica desplazamientos fuera del hogar	NA	SI	SI	SI
Decide sus relaciones interpersonales con personas conocidas	SI	SI	SI	SI
Decide sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	NA	SI	SI
Gestiona el dinero del presupuesto cotidiano	NA	NA	SI	SI
Dispone su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	SI	SI	SI
Resuelve el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	SI	SI
Conoce su dirección personal	NA	SI	SI	SI
Sabe cuáles son sus actividades diarias	NA	SI	SI	SI
Conoce su agenda semanal	NA	NA	SI	SI
Maneja calendario	NA	SI	SI	SI
Utiliza transporte colectivo	NA	SI	SI	SI

**Fuente:** MIDES (2018).

## **1. Introducción**

### **1.1. Objetivo**

Los baremos de funcionalidad y dependencia de cuidados (de aquí en adelante, baremos) son instrumentos estandarizados y detallados utilizados para evaluar y clasificar los niveles de funcionalidad y dependencia de cuidados entre las personas mayores y otros grupos poblacionales (ej., personas con discapacidad) con el fin de orientar el sistema y la oferta de servicios de cuidados. El objetivo de esta nota técnica es establecer una visión general del estado actual de desarrollo y aplicación de baremos en varios contextos con el fin de brindar a los gobiernos de la región elementos para desarrollar o mejorar sus sistemas de evaluación de funcionalidad y necesidad de apoyo entre personas mayores, y con ello avanzar en el desarrollo de sus sistemas y servicios de cuidados de larga duración a estas personas.

### **1.2. Relevancia**

El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe (ALC) ha sido uno de los más rápidos del mundo, con un aumento en la proporción de la población de 65 años o más, de 5% en 1990 a 9% en 2019. Se estima que esta tendencia continuará y la proporción se duplicará para el año 2050 (Naciones Unidas, 2019). Por ejemplo, en países como Brasil, Colombia y Costa Rica, se estima que la población con edad igual o mayor de 60 años representará más del 30% de la población total para ese año (Aranco et al., 2018).

Con el avance de la edad, los niveles de funcionalidad pueden verse gradualmente afectados debido a una variedad de factores internos y externos, los cuales pueden comprometer la habilidad funcional de una persona para satisfacer de forma independiente sus necesidades y su capacidad para aprender, desarrollarse, tomar decisiones, relacionarse y contribuir a la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2021a). Debido a esta multitud de factores, cada persona vive, enferma y muere de una manera distinta, lo que hace al grupo de personas mayores muy heterogéneo en términos de salud y necesidades relacionadas a su funcionalidad (Echeverría et al., 2022).

Se estima que aproximadamente el 14,3% de la población de 65 años o más en la región, equivalente a 7,8 millones de personas mayores, necesitan de cuidado o apoyo para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ej., bañarse o ducharse, comer, o moverse). Para el año 2050, se proyecta que la cantidad de personas mayores con deterioro funcional y/o dependencia de cuidados en ALC aumentará a 23 millones, lo que representará el 15,7% de las personas de 65 años o más en la región. Esto implica un aumento del 191% de 2020 a 2050 en el número de personas mayores en situación de deterioro funcional y/o dependencia de cuidados (Aranco, Ibararán, et al., 2022). Ante esta situación, es importante que las personas en situación de dependencia de cuidados tengan la posibilidad de acceder a entornos y oportunidades que les permitan ejercer su derecho a vivir una vida larga y saludable, sin que esto cause un impacto negativo en las finanzas, en el bienestar o en la salud de sus familias (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La mayor parte de los cuidados y apoyos de larga duración prestados a las personas mayores en ALC es actualmente brindada por miembros de la familia, en su mayoría mujeres, que reciben un apoyo limitado por parte de los gobiernos (Cafagna et al., 2019). Según las encuestas de uso del tiempo en países de la región, como Chile, Colombia, Costa Rica y México, las mujeres representan entre el 63% y el 84% de las personas que brindan servicios de cuidado no remunerados en los hogares (Stampini et al., 2020). Además de ser inequitativo hacia las mujeres, la situación también

puede volverse insostenible debido a la reducción del tamaño de las familias, los altos costos del cuidado y al incremento de la participación laboral femenina. Al mismo tiempo, en algunos países de la región, no existen sistemas formales de cuidado de largo plazo y en otros casos son muy limitados, y la cantidad y calidad de los servicios existentes son muy bajas (Cafagna et al., 2019; Chioda, 2011, Aranco et al., 2022).

Los cuidados a largo plazo incluyen actividades para asegurar que las personas en riesgo de una pérdida continua significativa de capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de habilidad funcional compatible con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (Organización Mundial de la Salud, 2015) (Recuadro 1). La OMS recomienda que los cuidados de larga duración sean brindados como parte de un sistema nacional y de forma integrada, apropiada, asequible, accesible, de tal forma que aseguren los derechos de las personas mayores y de sus cuidadores y cuidadoras.

Además, se considera una buena práctica que los servicios de cuidado sean prestados bajo los siguientes principios: (i) centrarse en la persona y alinearse con sus valores y preferencias; (ii) optimizar la funcionalidad a lo largo del tiempo y compensar la pérdida de capacidad intrínseca; (iii) brindarse en la comunidad; (vi) brindar servicios integrados desde la prevención, hasta rehabilitación y cuidados paliativos); (v) incluir servicios que empoderen a la persona mayor; y (vi) enfatizar el apoyo a los/las cuidadores(as) y trabajadores(as) del cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2021b) .

#### **Recuadro 1. Definición de capacidad intrínseca, habilidad funcional, y dependencia de cuidados (OMS, 2015)**

Bajo el paraguas del envejecimiento saludable, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone las siguientes definiciones:

- **La capacidad intrínseca** es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. (p.28)
- **La habilidad funcional o funcionalidad** comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la habilidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar o limitar: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad. (p.28)
- **La dependencia de cuidados** surge cuando la habilidad funcional ha caído a un punto donde una persona ya no es capaz de emprender las tareas básicas necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros, y que no puede ser compensada por otros aspectos del entorno de la persona o por el uso de los dispositivos de asistencia. (p.68)

Las Naciones Unidas, en el marco de la Década de Envejecimiento Saludable (2021-2030), ha hecho un llamado a los países para promover el desarrollo y fortalecimiento de servicios de cuidado de larga duración de calidad y oportunos con el objetivo de satisfacer las necesidades actuales de apoyo y reducir la intensidad de las necesidades futuras a través de la preservación, optimización, y recuperación de las habilidades físicas y mentales de las personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

Para cumplir con estos objetivos, es fundamental que los gobiernos establezcan mecanismos sistematizados de evaluación de la funcionalidad y de las necesidades de cuidados a nivel poblacional e individual con el fin de brindar servicios de calidad y con la mayor cobertura posible.

Estas herramientas permitirían desarrollar sistemas de cuidado sostenibles y equitativos, evitando la sobrecarga de tareas y costos del cuidado en los hogares.

Sin embargo, la definición y la medición de la funcionalidad y las necesidades de cuidado de largo plazo entre personas mayores han sido consideradas de maneras muy distintas en los países, tanto en encuestas nacionales (por medio de instrumentos cortos para averiguar la situación más amplia de dependencia de cuidados en la población), como por medio de los baremos (para fines de evaluación de elegibilidad a servicios y beneficios), dificultando comparaciones de datos entre las diferentes poblaciones y contextos (Aranco et al., 2022a). Si bien estos instrumentos se superponen, ya que ambos se enfocan en la capacidad de la persona para realizar tareas básicas y/o instrumentales de vida diaria, las medidas en encuestas son frecuentemente breves y generales, y los baremos son más completos, detallados y conllevan una capacitación específica para quien lo aplica (Recuadro 2). Además, las medidas de habilidad funcional y las necesidades de cuidado pueden tener propósitos diferentes. Dentro de las encuestas nacionales el objetivo es estimar la prevalencia de dependencia funcional y necesidad de cuidados en la población, mientras que con los baremos el objetivo es identificar beneficiarios y asignar servicios dentro de un sistema de cuidado.

Finalmente, existe muy poca investigación al respecto de la medición de la funcionalidad en América Latina. Y, en particular, no existe un documento que sintetice los datos sobre el desarrollo y la implementación de estos baremos de dependencia de cuidados que ayude a identificar brechas y posibilidades de mejora en su aplicación a personas mayores en la región. Por esto, en este documento, primero se ofrece una definición del baremo y se ilustra con referencias a países europeos, donde el baremo ya existe y es utilizado como parte de los sistemas de cuidados. Luego, se presenta la información disponible respecto al desarrollo reciente de los baremos en Uruguay, Costa Rica y Colombia. Por último, el documento ofrece una reflexión sobre las limitaciones, ventajas y desafíos existentes en la creación y aplicación de los baremos a personas mayores en la región, proponiendo posibles direcciones futuras.

## **Recuadro 2. Comparación entre preguntas de baremo vs. encuestas en Costa Rica para las mismas actividades de vida diaria.**

Existen diferencias importantes entre las preguntas sobre dependencia que se incluyen en las encuestas y aquellas que se utilizan en los baremos. Por ejemplo, el módulo de capacidad y salud, frente a una actividad como alimentarse, la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS) de Costa Rica pregunta:

***En los últimos 30 días, debido a su condición de salud y sin tener ningún tipo de productos de apoyo, servicios o animales de asistencia, ¿qué grado de dificultad ha tenido para alimentarse?*** Las personas pueden contestar en una escala de 1 a 5, donde 1 es nada problemático y 5 es extremadamente problemático, no lo puede hacer. En caso de que la respuesta sea diferente de 1, se realiza la siguiente pregunta:

***Debido a su condición de salud, ¿tiene a alguien que le asista en su hogar o fuera de él, incluyendo familiares o amistades, para alimentarse?*** Las personas pueden contestar sí si requieren apoyo o no. En caso de requerir apoyo, se indaga sobre la frecuencia de éste con las opciones de pocas veces, muchas veces o siempre.

En el baremo, para la actividad de *comer y beber* se pregunta por diferentes tareas involucradas en este proceso que incluyen reconocer y/o alcanzar los alimentos, cortar la comida en trozos, usar cubiertos para llevar comida a la boca y acercarse la bebida a la boca. Para cada una de estas tareas, en el baremo se indaga sobre el nivel de desempeño de las personas, la dificultad para realizarlas y la frecuencia de apoyo que requieren las personas, las razones por las cuales las personas no pueden realizar la actividad (física, mental o ambas) y el tipo de apoyo que requieren. Además, el baremo incluye otras consideraciones sobre la realización de estas actividades como el contexto de las personas evaluadas, el uso de herramientas de asistencia, el informe de salud de las personas, entre otros.

## **2. ¿Qué es un baremo, qué incluye, y cuándo se usa?**

Los baremos son instrumentos estandarizados que permiten evaluar la funcionalidad y el nivel de dependencia de cuidados y apoyo de cada persona a partir del relevamiento de un conjunto de variables como la edad, las dificultades para realizar actividades de la vida diaria la necesidad de ayuda de otras personas, los problemas de desempeño, el tipo de ayuda que necesita y la frecuencia. Para esto, se basa en los informes de salud de la persona y en el registro de su desempeño en diferentes tareas, a partir de la aplicación presencial de un formulario estandarizado, en base a respuestas del interesado, su cuidador principal y/o pruebas de observación, dependiendo del caso (Colacce et al., 2021).

Además del objetivo de conocer la funcionalidad de la persona, la evaluación por el baremo permite identificar los potenciales beneficiarios de servicios y beneficios de un sistema de cuidados, así como el tipo e intensidad de estos servicios con base en su clasificación de nivel de dependencia. La información agregada de la aplicación de baremos puede aún ser empleada para explorar otros aspectos, como identificar cuellos de botella en el acceso a servicios\ intervenciones específicas de cuidado y conocer el impacto acumulado de las distintas intervenciones en la evolución de la dependencia de los usuarios.

Con respecto a las actividades incluidas en el baremo, en Uruguay, por ejemplo, se cuenta con preguntas relacionadas a 13 grupos de actividades de la vida diaria desglosadas en tareas específicas: comer y beber, higiene personal relacionada con micción y defecación, lavarse, cuidados personales, vestirse, mantenimiento de la salud, cambiar y mantener la posición del cuerpo, desplazarse dentro del hogar, desplazarse fuera del hogar, realizar tareas domésticas, participar en la vida social y comunitaria, habilidades de comunicación y autonomía psíquica, y funciones mentales. Si la persona responde que no puede realizar una tarea sin ayuda, se aplican otras preguntas para profundizar cómo es la ayuda, por qué se da, y con qué frecuencia (Colacce et al., 2021).

La aplicación del baremo se puede realizar por medio de una entrevista domiciliaria a cargo de personal técnico y/o con una capacitación específica. En Uruguay, la evaluación de la funcionalidad genera un número referente al que se le asocia un grado de dependencia (sin dependencia, dependencia leve, moderada, severa) (Colacce et al., 2021). Por lo general, estas evaluaciones son solicitadas voluntariamente por los individuos, sus familiares, cuidadores o representantes legales que consideran que requieren apoyo para la realización de algunas de las actividades de la vida diaria. En el caso de Uruguay, el baremo se puede aplicar a cualquier individuo mayor de tres años.

La frecuencia de las evaluaciones puede variar según la reglamentación y definición de funcionalidad y/o dependencia en cada país (ver sección 4). En España, por ejemplo, se considera la “dependencia” como un *estado permanente en el que se encuentra una persona asociada a la pérdida de autonomía física, mental, sensorial o intelectual*. Por lo tanto, las valoraciones se realizan una vez que los individuos hayan recibido un diagnóstico y un tratamiento por un tiempo suficiente para las enfermedades o procesos que los llevaron a una situación de dependencia.

De esta manera, en España no se realizan valoraciones para personas que se encuentran en situaciones transitorias que afectan su funcionalidad, como es en el caso de tratamientos clínicos agresivos, recuperaciones de intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones por procesos infecciosos o agudización de procesos crónicos (Real Decreto 174/2011, 2011). Por ejemplo, cuando una persona sufre una caída, que lo puede dejar en una situación de dependencia transitoria o permanente, y debe someterse a una operación quirúrgica, inmovilizaciones o a un tratamiento rehabilitador, la normativa establece que las valoraciones de dependencia se realizarán hasta seis meses después de estos procedimientos, cuando se establezca su situación o se haya recuperado al máximo su funcionalidad. Para cualquier caso es importante que las personas cuenten con un informe de salud que apoye el proceso de valoración.

No obstante, bajo ciertas condiciones es posible realizar valoraciones de dependencia provisionales, las cuales serán revisadas en periodos que varían entre los 2 y 5 años. De acuerdo con el Real Decreto 174/2011, las valoraciones de dependencia provisionales se pueden realizar a personas que se encuentren en condición de dependencia permanente pero cuyo grado de severidad pueda mejorar por factores como la aplicación de nuevas terapias, estabilización clínica a largo plazo, eliminación de barreras en su contexto, entre otros. Asimismo, en España se establece que para aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia permanente, pero cuya severidad puede empeorar con el paso del tiempo, la valoración con el baremo se realizará a demanda de la persona.

### 3. Baremos en Europa

Los baremos existentes en Europa tienen algunas diferencias en su composición, forma y frecuencia de aplicación, y permiten el acceso a diferentes tipos de servicios ofrecidos por cada sistema de cuidado (Losano et al., 2009).

Una de las diferencias está en la clasificación de los niveles de funcionalidad y/o de dependencia, así como en las dimensiones consideradas. Por ejemplo, mientras en España se evalúan 11 actividades y se clasifica a las personas en 3 grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia) en Alemania el instrumento utilizado se basa en 6 áreas y la población se puede clasificar en 5 niveles diferentes según el puntaje obtenido de la evaluación. Estos niveles de dependencia pueden ir desde pequeñas pérdidas de la independencia (nivel 1) hasta deficiencias graves de las habilidades (nivel 5). En Francia, la clasificación de funcionalidad se realiza en 6 grados a partir del análisis de 10 variables determinantes.

Hay también diferencias en los grupos de edad de las personas para la aplicación de la herramienta y la institucionalidad encargada de su implementación. Por ejemplo, mientras las etapas que requieren altos niveles de calificación (diseño, formación, ajuste, desarrollo de sistemas de información, etc.) tienden a estar centralizadas, aquellas que implican un vínculo directo con el usuario (postulación, valoración, etc.) pueden realizarse de manera tanto centralizada como descentralizada.

Las características de la organización del Estado y el énfasis del sistema (social o sanitario) representan algunos de los factores que inciden en la aplicación del baremo. Salvo en el caso de los residenciales (en donde se suele utilizar al propio equipo del centro), los organismos públicos son usualmente encargados de realizar la valoración, como forma de garantizar la buena administración de los recursos del sistema. En el caso de Alemania, las valoraciones están a cargo del Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad, mientras que, en Suecia, por ejemplo, la evaluación la lleva a cabo un equipo de profesionales pertenecientes a la oficina pública local.

En Europa, para la aplicación del baremo, hay combinaciones de personal con perfiles sociales (trabajadores/as sociales de los servicios asistenciales o gobiernos locales) y sanitarios (psicólogos/as, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales, médicos/as, etc.). La instancia de valoración (desde la postulación hasta la definición del proceso de evaluación) es identificada como un momento clave en el vínculo del usuario con el sistema de atención. En el caso español, se señalan el buen trato, la completitud y claridad de la información brindada y demoras en la determinación de la dependencia como aspectos centrales para un acceso efectivo a las prestaciones y una buena valoración del sistema por parte de los usuarios (Díaz Velázquez & Rubio Burgos, 2020). Existe un énfasis creciente en el derecho a la información por parte del usuario, al tiempo que las distintas evaluaciones son oportunidades estratégicas para el aterrizaje de información pertinente y oportuna.

Algunos aspectos desfavorables frecuentemente mencionados en las evaluaciones de los baremos incluyen la falta de elementos adecuados para considerar las limitaciones mentales de los individuos (en particular las demencias) y los trastornos de desarrollo infantil (Cafagna et al., 2019; Díaz Velázquez & Rubio Burgos, 2020). Estas son unas de las principales críticas al baremo español y han sido la base de las recientes transformaciones realizadas al baremo alemán. En el 2015 se realizó una reforma al baremo utilizado en Alemania, en donde se dejó de evaluar el tiempo necesario de cuidado y se comenzó a valorar el grado de limitación de autosuficiencia. Esta reforma incluyó nuevos módulos con preguntas relacionadas con habilidades mentales y comunicativas, comportamiento y problemas psicológicos, actividades de la vida cotidiana y contactos sociales,



entre otros. Por ejemplo, en el módulo de comunicación y habilidades mentales se incluyeron preguntas como: *¿Puede la persona orientarse en el tiempo y el espacio? ¿Entiende situaciones, reconoce riesgos y puede hablar con otras personas?*<sup>2</sup> Además, los cambios normativos ampliaron el número de categorías para definir la dependencia, pasando de 3 a 5 niveles de dependencia, eliminaron la restricción que mantenía la provisión de cuidado únicamente para personas con discapacidades físicas y le dieron acceso a los servicios de cuidado y asistencia a las personas que sufren de demencia (Gerlinger, 2018).

El baremo español se enfoca principalmente en la valoración de actividades físicas y solo cuenta con un módulo relacionado con la habilidad de la persona en tomar decisiones. Sin embargo, para los casos en que las personas se encuentren en condiciones de salud que les afectan sus funciones mentales, como discapacidad intelectual o daño cerebral, las actividades cuentan con una ponderación diferente (Real Decreto 174/2011, 2011). A su vez, dado su impacto en el tiempo para el acceso efectivo de los servicios para la persona después de la evaluación, las demoras en los resultados de la valoración es uno de los aspectos más discutidos respecto a la implementación de estos instrumentos.

Los Anexos 1, 2 y 3 contienen más detalles de las principales características de los baremos europeos divididas en los siguientes temas: institucionalidad, normativa y perfil de los valoradores; el concepto de dependencia y su medición; e información sobre servicios, elegibilidad, financiamiento y cobertura, respectivamente.

#### **4. Desarrollo y uso de baremos en América Latina**

Al menos tres países de América Latina, Uruguay, Costa Rica y Colombia han trabajado en el desarrollo y la implementación de un baremo como instrumento para gestionar la oferta de servicios de atención a las personas en situación de dependencia. Los baremos en la región han sido desarrollados a partir de la conformación de grupos de trabajo interinstitucional, considerando que en el desarrollo y aplicación del baremo intervienen diferentes actores de los gobiernos y del sistema de cuidado en cada país.

En el proceso de diseño de estos instrumentos también participan expertos locales e internacionales, dentro de los que se incluyen representantes de la academia, el sector privado y la sociedad civil. Con este grupo se desarrolla la matriz de tareas y actividades que se considerarán para evaluar la dependencia de cuidados, incluyendo otros factores como la edad de las personas. Luego se definen las ponderaciones o el peso de las actividades, las tareas y el apoyo a cada actividad evaluadas para determinar los puntos de corte o los umbrales para los diferentes niveles de dependencia.

Una vez que se cuenta con el índice completo, se realiza un piloto en territorio para probar y ajustar el baremo desarrollado en la población objetivo. Finalmente, para la implementación del baremo es fundamental que se desarrolle toda la normatividad relacionada con este instrumento, que incluye las entidades habilitadas para aplicarlo, los servicios a los que se puede acceder, su financiamiento, entre otros. En el resto de esta sección describe en qué etapa de desarrollo e implementación se encuentra cada país.

---

<sup>2</sup> Información tomada del Ministerio Federal de Salud de Alemania. URL: <https://bit.ly/3KVI7OI> (página en alemán).

## 4.1 Uruguay: baremo implementado

En Uruguay se entiende por dependencia al estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y los referidos al cuidado personal. En este caso, la normatividad establece que la población en condición de dependencia incluye a los menores de 12 años, personas en condición de discapacidad y/o adultos mayores de 65 años que carecen de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria. De acuerdo con las estimaciones del MIDES (2020), el 13% de la población mayor de 65 años en el país, que corresponde a aproximadamente 64.000 adultos mayores, requiere de algún tipo de apoyo. Sin embargo, a esta cifra hay que sumarle la población en condición de discapacidad que tenga algún grado de dependencia funcional. Según Colacce y Manzi (2017), la prevalencia de la dependencia entre la población entre los 4 y 64 años se encuentra entre el 2% y el 4%<sup>3</sup>.

El instrumento en Uruguay fue construido a partir del baremo español en 2013 (Ley 19.353) y fue reglamentado en el Decreto 427/2016 (MIDES, 2018). Según este decreto “el Ministerio de Desarrollo Social lo establecerá por resolución ministerial y comunicará toda modificación, revisión o actualización que realice del mismo”. A su vez, las valoraciones son realizadas por personal del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y los valoradores son profesionales o estudiantes avanzados de las áreas sociales o salud.

El baremo valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades de la vida diaria (el desempeño) y la necesidad de apoyo y supervisión. Este instrumento incluye 80 tareas agrupadas en 13 actividades (Tabla 1 y Anexo 4). Para cada tarea se registra el nivel de desempeño y, cuando se detecta la necesidad de ayuda, se indaga el tipo de problema (físico, mental o ambos), tipo de ayuda, y frecuencia. La puntuación final es la suma de los valores asignados a las tareas, multiplicada por el coeficiente del tipo de apoyo de otras personas que se requiere en cada una de estas. El valor en cada tarea resulta de la multiplicación del peso de la tarea en su actividad correspondiente por el peso de dicha actividad en el total de la escala correspondiente para la persona evaluada. La puntuación final se encuentra en un rango entre 0 y 100 puntos, y el nivel de dependencia se obtiene comparando el valor del índice con los puntos de corte definidos que separan los distintos grados de dependencia. En el caso de personas que puedan tener dificultades mentales, se emplean los pesos de una escala específica<sup>4</sup>. La aplicación del baremo resulta en las siguientes posibilidades: sin dependencia, dependencia leve, dependencia moderada, y dependencia severa (los umbrales son de uso interno y no han sido publicados).

La valoración realizada con el baremo tiene en cuenta un informe de salud de la persona, así como también las ayudas técnicas, ortesis y prótesis que utilice de manera regular (MIDES, s.f.). Por ejemplo, en una evaluación en la que una persona utilice una silla de ruedas, un caminador o un bastón para movilizarse, y no necesita apoyo de otra persona para desplazarse, se catalogara que no tiene dependencia para esta actividad. En caso de que el individuo no cuente con estas ayudas técnicas o, aun contando con éstas, necesite apoyo para movilizarse, en la evaluación se determinará que es dependiente. De igual forma, en el baremo se tienen en cuenta otras

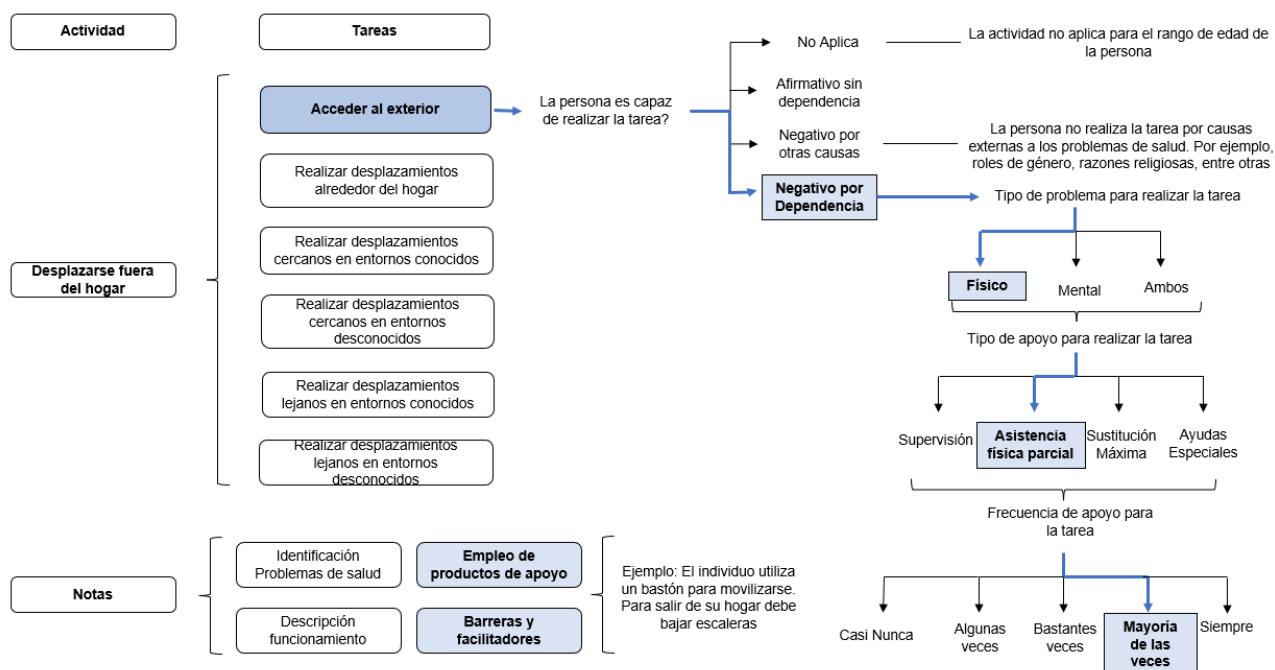
---

<sup>3</sup> Para la estimación de la prevalencia de la dependencia a nivel poblacional, por medio de encuestas, pueden existir distintas medidas según la disponibilidad de preguntas y de las escalas o instrumentos aplicados, por lo cual se pueden presentar diferencias entre las estimaciones realizadas. Por ej., Colacce et al. (2021) , estiman que entre el 5% y el 17% de la población en Uruguay se encuentra en condición de dependencia, lo cual puede variar según los criterios utilizados.

<sup>4</sup> En el proceso de construcción del baremo en Uruguay, se desarrollaron dos conjuntos de ponderadores para las actividades evaluadas considerando los rangos de edad de las personas evaluadas, las tareas y si las personas tienen o no funciones mentales afectadas (MIDES, 2018).

condiciones del entorno de la persona evaluada que le permiten o pueden afectar el desempeño en las diferentes tareas evaluadas. En la Figura 1 se puede ver el flujo que se realiza para aplicar el baremo de una de las tareas asociadas a desplazarse por fuera del hogar.

**Figura 1. Flujo de aplicación del baremo en Uruguay**



**Fuente:** Elaboración propia con base en Mides (s.f.).

El baremo es actualmente utilizado para adjudicar el programa de Asistentes Personales (dependencia severa), cupos en Centros Diurnos (dependencia leve o moderada) y el servicio de Teleasistencia (dependencia leve o moderada). Adicionalmente, junto con el baremo se utiliza el formulario de Asignaciones Familiares<sup>5</sup> para determinar los subsidios correspondientes para los servicios. Las evaluaciones son realizadas de acuerdo con las solicitudes o postulaciones que realicen las personas que requieren los servicios.

Para tener acceso al programa de Teleasistencia, la valoración a los usuarios se realiza de manera telefónica y se utiliza una versión resumida del baremo, que consiste en utilizar preguntas para una tarea general de cada una de las 13 actividades (acerca del desempeño, tipo de ayuda, origen del problema y frecuencia de apoyos), en lugar de las 80 tareas. En este caso, los niveles de dependencia se obtienen utilizando los mismos ponderadores (ponderadores de actividades) y umbrales que en la versión completa. De esta manera, los puntajes y la clasificación resultante de las evaluaciones realizadas vía telefónica son consistentes con el baremo completo. Sin embargo, si una persona presenta un deterioro en su nivel de dependencia podrá solicitar una valoración presencial para postularse para el programa de asistentes personales.

<sup>5</sup> Este formulario recopila información de todos los integrantes de los hogares relacionada con generación de ingresos, educación, salud, vivienda, entre otras para la asignación de diferentes subsidios.

**Tabla 1. Actividades y tareas del baremo de Uruguay**

<b>Actividades</b>	<b>Número de tareas</b>
1. Comer y beber	4
2. Higiene personal relacionada con la micción y defecación	4
3. Lavarse	5
4. Realizar otros cuidados corporales	4
5. Vestirse	5
6. Mantenimiento de la salud	5
7. Cambiar y mantener la posición del cuerpo	8
8. Desplazarse dentro del hogar	6
9. Desplazarse fuera del hogar	6
10. Realizar tareas domésticas	4
11. Participación en la vida social y comunitaria	10
12. Habilidades de comunicación y autonomía psíquica	6
13. Tomar decisiones	13
<b>Total de tareas</b>	<b>80</b>

**Fuente:** (MIDES, 2018)

Al cierre del 2020, el baremo se ha aplicado en 14.303 casos con los siguientes resultados: 3,7% dependencia leve, 9,2% dependencia moderada, 86,8% dependencia severa, 0,3% sin dependencia. Por su parte, el despliegue de Asistentes Personales, con 6.125 usuarios y un 40% de mayores de 80 años, destaca frente a las otras prestaciones del sistema para adultos mayores: teleasistencia (n=1.533) y centros de día (n=229). Las diferencias registradas entre la acumulación de las evaluaciones realizadas con el baremo y las prestaciones de servicios realizadas en un momento del tiempo se pueden explicar en algunos casos por la sobredemanda que existe en el país, especialmente en el caso del servicio de asistentes personales, las dificultades para contratar un asistente personal y los flujos de entrada y salida constante de beneficiarios (fallecimientos, internación u otras bajas del servicio) (MIDES, 2021).

Las brechas entre la demanda potencial estimada por servicios de cuidados para personas en condición de dependencia, frente a las cifras de aplicación del baremo, reflejan la baja cobertura de los servicios a los que se puede acceder, lo cual es uno de los principales retos que tiene el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Además, se requiere desarrollar nuevos servicios que se adapten a las necesidades de la población con dependencia y de su entorno familiar (MIDES, 2020). Para esto, es deseable que el baremo se complemente con otros instrumentos y fuentes que permitan obtener más información sobre el contexto de las personas para tener una mejor aproximación a las necesidades de apoyo y cuidado de los individuos, facilitar su implementación y ampliar su cobertura. Asimismo, se resalta la necesidad de contar con instrumentos para evaluar la carga de cuidados que asumen los/las cuidadores principales en los hogares, siempre que estos vayan acompañados por un diseño e implementación acorde de programas para aliviar estos trabajos (MIDES, 2021).

## **4.2 Costa Rica: baremo con proceso de desarrollo concluido**

La Política Nacional de Cuidados 2021–2031 define la dependencia como una situación permanente o prolongada en la que vive una persona que ha perdido su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, lo cual le impide realizar por sí misma, al menos una de sus actividades básicas de la vida diaria sin apoyo de otra persona, de manera prolongada en el tiempo (IMAS & MDHIS, 2021). Estudios estiman que la prevalencia de la dependencia de cuidados entre la población mayor de 18 años corresponde al 8% (Medellín et al., 2019). El país se encuentra trabajando en una medición

estándar de dependencia que permita definir la prestación de servicios de cuidado y apoyo para esta población. Según el gobierno (IMAS & MDHIS, 2021), el desarrollo e implementación de un baremo a nivel nacional tiene por objetivo principal en la política contribuir a eliminar o reducir las inequidades en el acceso y calidad del cuidado, considerando las características multidimensionales, permanentes y homogéneas de funcionalidad entre personas mayores y entre otros grupos de la población. Por lo tanto, se espera que esta herramienta pueda contribuir a regular la oferta y dar acceso a servicios de atención en residencia, atención domiciliaria, teleasistencia y centros de día. El sistema de cuidados de Costa Rica prevé el acceso universal, en el cual los servicios deben ser prestados de acuerdo con el nivel de severidad de la dependencia y la edad de las personas.

El baremo en Costa Rica, al igual que en el caso de Uruguay, está basado en el baremo español. En el 2021 el instrumento fue piloteado en el país y se encuentra en una etapa de revisión y validación por parte de las instituciones asociadas al sistema de cuidado para luego pasar a una fase de reglamentación (MDHIS, 2022). Este instrumento cuenta con 69 tareas distribuidas en 13 actividades principales, incorporando varias de las observaciones realizadas de la evaluación del baremo aplicado en España y recogiendo recomendaciones de expertos nacionales e internacionales, de la academia, del gobierno y del sector privado, entre otros. De manera similar al caso de Uruguay, se aspira a que la evaluación con el baremo considere la situación actual de cuidados, el contexto, los recursos, entre otros factores que pueden tener un efecto directo en la condición de salud e independencia de la persona.

Las principales diferencias frente al baremo de Uruguay se encuentran en la disminución del número de tareas relacionadas con la toma de decisiones. Retomando la propuesta del baremo español, en Costa Rica se sintetizaron y agruparon las tareas relativas a la participación social, buscando un nivel comparable con el resto de las actividades y poniendo mayor énfasis en las tareas de comunicación. Así se mantiene el equilibrio con el resto de las actividades y se reduce el riesgo de duplicación entre tareas de autonomía psíquica y toma de decisiones (Tabla 2).

**Tabla 2. Actividades y tareas del baremo de Costa Rica**

Actividades	Número de tareas
Comer y beber	4
Micción y defecación	4
Higiene personal	5
Realizar otros cuidados corporales	5
Vestirse	5
Cuidar la salud	5
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	8
Desplazarse dentro del hogar	6
Desplazarse fuera del hogar	6
Realizar tareas domésticas	4
Participar en la vida social y comunitaria	3
Comunicarse	6
Tomar decisiones	8
Total	69

**Fuente:** Terra y Rojas (2021).

El primer piloto del baremo en el país, implementado en el 2021, estuvo centrado en personas adultas y personas mayores que tenían algún tipo de dependencia de cuidados (Rojas, 2021). Se realizaron un total de 287 entrevistas a beneficiarios de 14 servicios y programas establecidos en diferentes instituciones, entre centros diurnos, hospitales, albergues o residencias, que contaban con programas activos para la atención de personas con algún grado de dependencia. Los servicios incluidos abarcan principalmente prestaciones domiciliarias o en residencias. En función de los recursos disponibles, se construyó una muestra por estratos, buscando incluir a cada uno de los grupos de la población a la que se le aplicará el instrumento. Por lo tanto, se contó con una población de diferentes regiones del país, niveles socioeconómicos, condiciones de salud, edades y géneros. El 55% de las personas entrevistadas eran hombres y cerca del 60% de muestra se concentró en personas mayores de 65 años.

#### **4.3 Colombia: baremo en proceso de diseño**

En los últimos años, Colombia ha hecho avances en la construcción de una política pública de cuidado que contemple la articulación y coordinación de diferentes programas, instituciones y entidades para garantizar la atención de la población sujeta de cuidado y las personas que proveen cuidados directos e indirectos. En los lineamientos iniciales de esta política se establece que, si bien todas las personas son sujetas de cuidado a lo largo de su ciclo de vida, las poblaciones priorizadas corresponden a aquellas con un mayor nivel de dependencia funcional: primera infancia, personas en condición de discapacidad y personas mayores. En este caso, se entiende la dependencia funcional como el estado temporal o permanente en el que las personas requieren atención o ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida diaria debido a la falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual (Departamento Nacional de Planeación, s.f.).

El país está desarrollando una propuesta de un baremo que complementa y amplía el alcance de otros instrumentos que se han desarrollado para certificar la condición de discapacidad de las personas que lo requieran. Por ejemplo, la certificación de discapacidad no contempla la severidad o el nivel de afectación que puedan tener los individuos como consecuencia de esta condición, ni la frecuencia o intensidad de apoyos que requieran. Además, este instrumento no permite identificar la necesidad ni los tipos de apoyos que requieren los individuos en su vida diaria. Con el baremo se busca facilitar el acceso a los servicios de cuidado y apoyo para la población sujeta de cuidado,

caracterizando el nivel de dependencia funcional, ampliando el alcance y superando las limitaciones de la certificación.

El baremo en Colombia se encuentra en la etapa de diseño, la cual ha contado con los aportes de consultores internacionales, el Departamento Nacional de Planeación y se encuentra en revisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Luego de esta etapa inicial, se espera que se pueda implementar un primer piloto en el 2022 en Bogotá, considerando el desarrollo del sistema de cuidado en la capital. De manera paralela, el país continúa avanzando en el diseño de la institucionalidad, la financiación y la definición de servicios dentro del sistema de cuidado. Esto es fundamental para definir el alcance de la implementación del baremo en el mediano y largo plazo en Colombia.

## **5. Discusión: desafíos y oportunidades**

La ausencia de un concepto universal de funcionalidad, así como de una herramienta universal, sencilla y efectiva para evaluar la funcionalidad y las necesidades de apoyo entre personas con (riesgo de) pérdidas funcionales, ha llevado los países a implementar una variedad de conceptos y medidas de acuerdo con su propia comprensión de la funcionalidad y su medición. El desarrollo y la implementación de los baremos representan un primer paso hacia la identificación de las necesidades de cuidados de la población con riesgo funcional y hacia unificar los criterios de acceso, así como garantizar la calidad de un conjunto de servicios de apoyo. En este marco, resulta importante profundizar en el entendimiento e integralidad acerca de la funcionalidad de las personas mayores, su medición en la práctica, y la prestación de servicios, como forma de apostar a una mejora continua de los instrumentos y su contribución al logro de los objetivos últimos de la política. A continuación, discutimos algunos de estos aspectos y proponemos algunas recomendaciones.

### **5.1 Necesidad de prever las reevaluaciones periódicas de la dependencia y su potencial aporte al desarrollo de los sistemas**

El estado de funcionalidad de las personas no es un proceso lineal que va desde la enfermedad a la discapacidad, sino un proceso complejo y dinámico en el que las personas pueden transitar entre distintos estados de capacidad funcional a lo largo del ciclo de vida, y variar en lo que es más importante para ellas en términos de actividades a fines de lograr vivir con calidad, incluso entre personas en situación de discapacidad permanente (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por ejemplo, una persona con alguna discapacidad permanente puede verse con una pérdida de funcionalidad por algún problema de salud agudo que requerirá una respuesta rápida, pero que no necesariamente será una necesidad permanente. A su vez, tal deterioro funcional transitorio se puede observar, por ejemplo, también en personas mayores que experimentan fragilidad aguda, accidente cerebrovascular agudo o *delirium*, que pueden requerir un apoyo intensivo de atención justo después del alta hospitalaria.

Por otra parte, mejoras graduales en su estado de salud física y mental, así como las adaptaciones del entorno y mecanismos de apoyo, pueden conducir a mejoras rápidas en la funcionalidad y una menor necesidad de apoyo de atención (Holmes, 2021). En este sentido, el deterioro funcional que surge por otras causas puede seguir patrones muy diferentes y requerir distintos enfoques de intervención. En estos periodos también es posible que se presente un deterioro rápido de la funcionalidad, incrementando la necesidad o intensidad de apoyo para lograr bienestar a la persona mayor y su familia.

La enorme variabilidad de situaciones que se pueden presentar y su posible interacción con el acceso a los servicios disponibles, impulsan a reflexionar sobre diversos aspectos del diseño y la aplicación de los baremos de dependencia y, también acerca de su inserción en los sistemas de cuidados y el conjunto de las políticas públicas dirigidas a esta población. Estas situaciones tienen implicaciones importantes para las mediciones de funcionalidad que deben ser sensibles y aplicadas de forma que respondan adecuadamente a estos cambios y necesidades, y para la prescripción de diferentes formas, frecuencia e intensidad de apoyo por parte del sistema de cuidados para que este logre mejorar la funcionalidad tan pronto los servicios sean necesarios y en la intensidad y frecuencia más apropiadas.

La posibilidad de que existan modificaciones rápidas y significativas en el estado de funcionalidad de las personas indica que no se deba pensar en la aplicación de los baremos como una medida puntual y definitiva, y que se deban contemplar diversos motivos para realizar nuevas evaluaciones. En este sentido, dado que la medición implica diversos costos (en tiempo, recursos humanos, información, logística, etc.), es fundamental que los sistemas prevean, además de la normativa correspondiente, una disponibilidad suficiente de recursos para realizar todas 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.

En algunos de los sistemas actuales, las reevaluaciones pueden realizarse a solicitud del interesado o ante la postulación a una nueva prestación. Sin embargo, dada la escasez de recursos y la prioridad otorgada al acceso de los beneficiarios a las distintas prestaciones, en ninguno de los países analizados se ha implementado la valoración de la funcionalidad como forma de monitorear la evolución de la situación de las personas y el logro de los objetivos planteados por los distintos sistemas de cuidados. Una posibilidad sería hacer el monitoreo o reevaluaciones utilizando una versión más corta del baremo, o incluso hacer la evaluación por teléfono en los casos viables.

Una mayor frecuencia en las evaluaciones no solo favorece que los servicios prestados sean consistentes con las necesidades individuales de la persona mayor y logren mejorar su calidad de vida, sino que también pueden implicar una reducción de costos en los casos en que los servicios estén siendo brindados con una intensidad mayor de lo necesario. Por lo tanto, es importante que los países desarrollen criterios de reevaluación de la funcionalidad de las personas mayores en situación de dependencia transitoria de cuidados de tal forma que los servicios brindados sean acordes con sus necesidades.

Una revisión periódica de las situaciones de dependencia tiene el potencial para transformarse rápidamente en información estratégica para el desarrollo de sistemas de cuidado y de sus servicios. La combinación de estos datos con la información acerca de las diferentes trayectorias de los usuarios a través de las distintas prestaciones del sistema, sumada a la información de contexto, genera un conocimiento clave para identificar los servicios más pertinentes y oportunos para cada situación. En este sentido, la información emergente de la aplicación del baremo trasciende la clasificación simple en niveles de dependencia, e invita a emplear todos los datos generados al momento de la evaluación (puntaje del índice, actividades y tareas en las que necesita ayuda, tipo y frecuencia de la ayuda que necesita, información de salud y datos restantes acerca del contexto) para avanzar y fortalecer el sistema.

En una perspectiva dinámica, los sistemas con baremos podrían beneficiarse de prever la generación propia o los intercambios necesarios para acceder a toda la información importante sobre el orden y el momento en el que acumula o avanza el deterioro funcional, como aspecto clave de la estrategia para informar las intervenciones apropiadas entre las personas mayores (Gore et al., 2018; Holmes, 2021). Si bien tienen un potencial menor, las encuestas longitudinales de



dependencia también pueden aportar información valiosa acerca de la evolución de estas situaciones. En este sentido, podrían desarrollarse encuestas longitudinales utilizando el baremo (o una versión reducida del mismo) con olas regulares de recopilación de datos, en las que se podrían hacer preguntas sobre la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, junto con la frecuencia de las transiciones entre diferentes estados de funcionalidad y necesidad de cuidados. Luego, estos pueden informar la generación de diferentes vías de estas transiciones de funcionalidad y dependencia de cuidados que se pueden analizar a través de técnicas estadísticas (ej., el modelo Markov) que arrojan la probabilidad de que ocurra cada posible transición (Holmes, 2021).

Por ejemplo, en el caso de Uruguay, la Encuesta Longitudinal de Protección Social cuenta con preguntas relacionadas a las actividades y tareas que se utilizan en el Baremo, así como preguntas asociadas a la necesidad y frecuencia de apoyos, limitaciones físicas y ayudas técnicas utilizadas. Estudios como el de Colacce et al. (2021) han encontrado transiciones en la situación de dependencia entre las personas mayores encuestadas, incluyendo evidencia de mejoría o deterioro en esta condición.

En particular, una de las limitaciones específicas de las encuestas de dependencia tiene que ver con la profundidad de las preguntas y la posibilidad de confundir las limitaciones para realizar determinadas actividades con la necesidad de ayuda de otras personas, distorsionando las estimaciones sobre el volumen y perfil de la población objetivo de los sistemas de cuidado. En este sentido, datos de encuestas de la región presentados por Aranco et al (2022) muestran que, de los 10 países analizados, solamente tres consideraban la dependencia a partir de preguntas sobre la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria; los demás países analizaban estados de dependencia a partir de datos de funcionalidad (simplemente la dificultad para realizar alguna actividad).

La mayoría de los sistemas analizados, excepto Colombia y Francia, han enfocado o restringido sus evaluaciones de dependencia para el acceso a servicios a las situaciones consideradas como “permanentes” o, al menos, “prolongadas”. Esta definición, está asociada al desarrollo de las políticas de cuidados y de otras políticas públicas desarrolladas previamente en temas de salud o discapacidad. En contextos de recursos escasos, la prioridad dada a las situaciones “permanentes” coincide con la imagen de servicios de larga duración, y al mismo tiempo, con el énfasis inicial que varios sistemas hicieron en atender primero a las situaciones de mayor dependencia. A su vez, muchas situaciones pueden beneficiarse rápidamente del acceso a servicios de salud, procesos de rehabilitación y/o apoyos adecuados para reducir de manera drástica su dependencia de parte de otras personas en la realización de las actividades de la vida diaria. Este punto en particular tiene diversas implicaciones para los sistemas de cuidado, incluso la posibilidad de prevenir que la dependencia transitoria se cambie en una dependencia permanente.

Por un lado, se trata de servicios o prestaciones que muchas veces anteceden a la política de cuidados y que se encuentran tanto en los sistemas de salud, como en el marco más amplio de las políticas destinadas a las personas con discapacidad. Por otro, se trata de dimensiones que inciden directamente en la eficacia y eficiencia de las prestaciones y servicios más clásicos de un sistema de cuidados, ya sea que éstas busquen atender a las personas en su condición, retrasar el avance de la dependencia y/o promover el incremento de la autonomía. En cualquier caso, esto genera que los incipientes sistemas de cuidados deban evitar duplicar los servicios o prestaciones (y derechos) ya consagrados, pero también, estar muy atentos a la articulación con cada uno de ellos y a la definición recíproca de las fronteras y los límites institucionales, de manera que no queden situaciones sin recibir una atención adecuada.

Es importante señalar el riesgo de excluir o retrasar la atención para situaciones que requieran de los mismos servicios, o al menos, de servicios muy similares. Por lo tanto, una mayor frecuencia en las evaluaciones puede ayudar a minimizar las dificultades asociadas a la prioridad de las situaciones “permanentes” o “prolongadas”. Además, es posible avanzar progresivamente hacia la incorporación de prestaciones más flexibles, e incluso, la posibilidad de pensar intervenciones intensivas de cuidados, pero de corta duración a las personas en situación de dependencia transitoria, en el caso de que estos servicios no estén contemplados por otras políticas o no tengan la cobertura necesaria.

## **5.2 El potencial uso de baremos para identificar la necesidad de medidas preventivas de pérdida de funcionalidad**

El uso rutinario de medidas de capacidad funcional en la atención primaria, como parte de las evaluaciones geriátricas más amplias, tiene un papel importante en la identificación de las personas mayores que podrían estar en riesgo de pérdida funcional, o que se encuentran con dependencia leve de cuidados. Este es el caso de Chile (Echeverría et al., 2022) y Brasil (Ministerio de Salud de Brasil, 2018), por ejemplo. Dicha práctica podría no solo permitir establecer de forma más rápida algunas intervenciones para restablecer la funcionalidad de las personas mayores, sino que también podría ayudar a reducir los costos de atención potencialmente prevenibles para el sistema de atención.

Éste es un argumento más en favor de prever los recursos necesarios para evaluaciones reiteradas y tempranas de la dependencia, pero también del potencial que tiene una articulación más intensa entre los servicios de salud y los de cuidado. Incluso, para evitar la aplicación de diferentes medidas a nivel nacional y mejorar el potencial de comparabilidad entre grupos y contextos, los mismos baremos podrían usarse con este fin y ser aplicados en el marco de las diferentes consultas a nivel de los servicios de salud, fomentando un incremento de las intervenciones tempranas, pertinentes y oportunas.

Como se mencionó anteriormente, si bien en la práctica se han enfocado en las situaciones de mayor dependencia, los baremos tienen el potencial de identificar aquellos que no están experimentando pérdidas significativas en la funcionalidad y aquellos que se encuentran en un estado límite entre independencia y dependencia del cuidado, y esto podría usarse como un recurso y un objetivo para optimizar su capacidad funcional antes de que la persona se torne (más) dependiente.

De manera similar, la evaluación periódica de la capacidad funcional (como se sugiere en la sección anterior) podría ayudar a los servicios de cuidado y salud a retrasar o prevenir más pérdidas en la capacidad funcional mediante la implementación de intervenciones específicas. Por ejemplo, una persona que vive con demencia y que todavía puede comer por sí misma podría recibir el apoyo de terapeutas del habla y el lenguaje para prevenir la disfagia y la necesidad de rutas de alimentación alternativas (como una sonda de alimentación). De todos modos y como se verá en la próxima sección, siempre resulta conveniente que los avances en la medición vayan acompañados de un acceso efectivo a cada uno de los servicios y prestaciones necesarios.

Finalmente, dado que se trata de un abordaje poco explorado por los países hasta el momento, se necesita invertir en investigación aplicada como estrategia fundamental para conocer el desempeño de los baremos en este sentido y poder realizar los ajustes necesarios. La amplia variedad existente de medidas utilizadas en cada país para medir la capacidad funcional entre las personas mayores en diferentes entornos (ver el caso de Chile en Echeverría et al., 2022), implica una comparabilidad limitada entre ellas. En este sentido, y en línea con lo discutido en la sección anterior, aumentar la

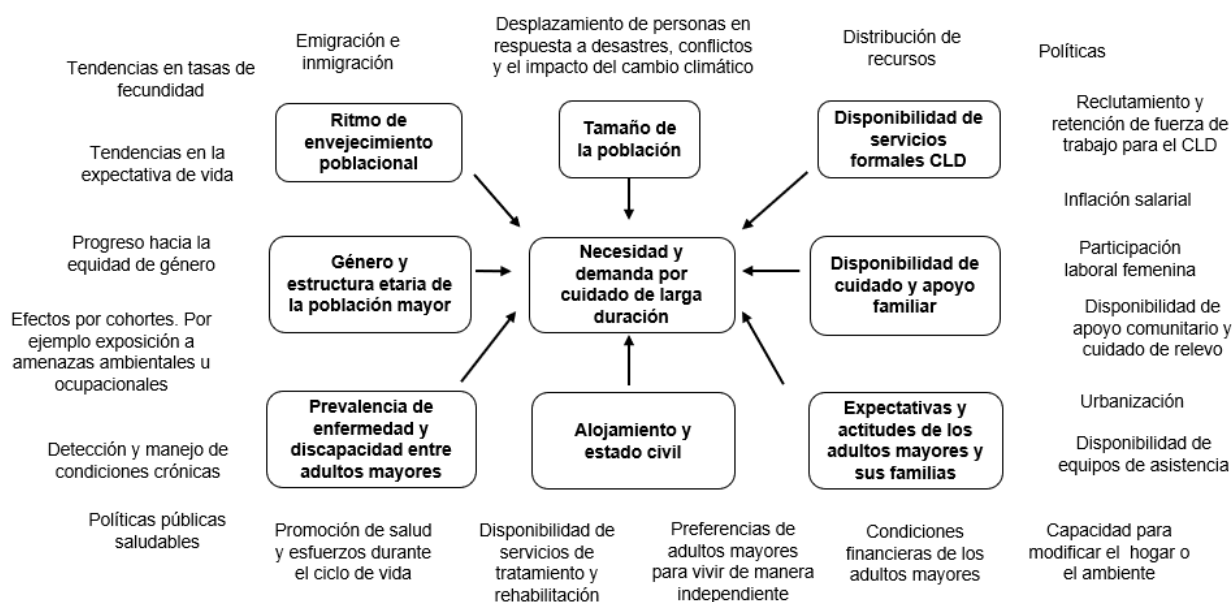
frecuencia de las mediciones sería insuficiente para detectar cambios en caso de que el instrumento no sea lo suficientemente robusto.

### 5.3 Necesidad de ampliar la información recopilada en los baremos

Muchas de las características ambientales relacionadas con factores socioeconómicos y condiciones de vida más amplias, por ejemplo, pueden tener un impacto directo en la capacidad de una persona mayor para realizar actividades de la vida diaria. Estas también pueden afectar cuanto de la funcionalidad se puede restaurar, optimizar o mantener por medio de intervenciones de atención de largo plazo, así como los recursos adicionales necesarios para apoyar a esa persona. Dado que existen otras situaciones comunes entre personas mayores que se podrían beneficiar de las intervenciones psicosociales, como la soledad, el duelo, los problemas de salud mental y la adicción, el análisis de los factores que influyen en la necesidad y demanda de servicios de cuidado permite elaborar una hoja de ruta que complementa la información que actualmente no generan los baremos y/o fundamentar su almacenamiento digital completo, para una mayor explotación de la misma (Figura 2) (Holmes, 2021).

Por ejemplo, desde el 2015, Japón comenzó a implementar una estrategia comunitaria que busca incrementar la participación social de personas mayores para reducir el riesgo de dependencia y la mortalidad. Bajo este enfoque se busca que en las comunidades se puedan proveer diferentes tipos de servicios, entre los que se incluye los servicios de atención de largo plazo, que se adapten al contexto local. Para el diseño de estos servicios es fundamental la interacción y articulación entre proveedores, comunidad y los gobiernos locales (Yamada & Arai, 2020).

**Figura 2. Factores que influyen en la necesidad y demanda de servicios de cuidados de larga duración para personas mayores**



**Fuente:** Traducido y adaptado a partir de Holmes (2021, p. 3).

La acumulación sistemática de esta información puede orientar la mejora de los baremos. A modo de ejemplo, la literatura sugiere que la identificación de una jerarquía de pérdida funcional relacionada con la edad puede respaldar el diseño de servicios dirigidos a las diferentes etapas individuales de transición de la funcionalidad, en lugar de edades específicas (Bendayan et al.,

2016; Gore et al., 2018; Wloch et al., 2016). Más allá del ejemplo, todos los aspectos técnicos de los baremos (listado de actividades, ponderadores, umbrales, categorías, tramos de edad, frecuencia de reevaluación, etc.) podrían verse beneficiados de una evaluación permanente de sus resultados e impactos en el logro de los objetivos de los sistemas de cuidados.

La prioridad otorgada por los sistemas a las prestaciones de cuidado (cuidados en domicilio, centros diurnos y residencias) es consistente con que el núcleo de la medición de dependencia mediante baremos se concentra en la necesidad de ayuda de otras personas. Sin embargo, a mediano y largo plazo, los sistemas se verían claramente enriquecidos en caso de incorporar más información del contexto y las necesidades de apoyo de los usuarios, ya que ajustes en el entorno pueden mejorar notoriamente la condición de las personas en situación de dependencia (Holmes, 2021). Por ejemplo, una persona puede tener dificultad para caminar de una habitación a otra en la casa, pero no necesitar de ayuda para realizar dicha tarea si se hace alguna adaptación en el hogar (ej., por medio de tecnologías de asistencia)<sup>6</sup>, aunque el deterioro en la funcionalidad esté todavía presente. Podría ser que esta persona necesitaría ayuda de otra persona, pero con estas adaptaciones en el ambiente, la ayuda ya no es necesaria para su desempeño en la tarea.

Otro aspecto fundamental para considerar tiene que ver con que las personas cuidadoras sean también consideradas parte de la población objetivo, recibiendo una valoración de sus necesidades de apoyo. Sin embargo, actualmente no existe ningún mecanismo sistematizado de evaluación de las necesidades de apoyo de las personas cuidadoras, ni del impacto de estos servicios en el bienestar y salud de esta población. Además de la limitada cobertura, la elegibilidad para los servicios existentes que ayudan a brindar respiro a las personas cuidadoras (ej., centros de día, asistentes personales) se basa principalmente en las características de las personas en situación de dependencia de cuidados, como en los niveles de funcionalidad y edad, y no en las necesidades de la persona que cuida. De igual forma, en las etapas iniciales, los servicios de capacitación de cuidadores priorizan a los trabajadores/as del cuidado y tienen poco espacio para abarcar a los familiares y sus necesidades (Aranco y Sorio, 2019).

A su vez, es posible que la información que generan los baremos sea útil para mejorar las intervenciones sanitarias y/o todas aquellas medidas que apunten a generar procesos de rehabilitación, sin la necesidad de incurrir en costos adicionales de relevamiento. La integración y el intercambio de información, entre los sistemas de cuidado y de salud de cada país, tienen un enorme potencial mediante la consolidación de una historia “clínica” electrónica *ampliada* que coloque a la persona en el centro, se enriquezca con cada intervención, crezca en forma de espiral y pueda acumular información estratégica para el desarrollo de los sistemas y el ajuste continuo de las distintas políticas. Por ejemplo, se prevé que el baremo de dependencia a emplear en el sistema de cuidados de Costa Rica utilice la información del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) para conocer la condición de salud de los usuarios, de manera previa a la realización de la valoración.

Si bien es posible considerar los múltiples beneficios asociados a la expansión de la información que recogen los baremos, también es importante evaluar el impacto de cada innovación en el propio desempeño de los baremos como piezas clave de los sistemas de cuidado. Por un lado, en términos de políticas públicas, en principio la investigación sobre nuevas dimensiones puede tener un impacto real en el acceso a beneficios adicionales. Por otro, dado que todo incremento en la complejidad de los instrumentos incide en los costos de su aplicación, y que estos costos se asocian directamente con las posibilidades o los tiempos para el acceso a los distintos beneficios, no resulta

---

<sup>6</sup> La tecnología de asistencia es cualquier artículo, pieza de equipo, programa de *software* o sistema de producto que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar la funcionalidad de las personas en situación de deterioro funcional. Puede incluir simples adaptaciones del ambiente: ej., tableros de comunicación hechos de cartón o fieltro difuso, o adaptaciones de la cuchillería (Organización Mundial de la Salud, 2015).

recomendable incorporar dimensiones que no se vean reflejadas en un acceso a mejores servicios o prestaciones, o a brindar insumos relevantes para la toma de decisiones.

En síntesis, la complejidad del instrumento de medición de la dependencia debe cuidar el delicado equilibrio entre contemplar los escenarios futuros de la política y acompañar el desarrollo más global del sistema y sus servicios, dado que un enlentecimiento en el acceso a servicios esenciales para los usuarios y la generación de expectativas que no se pueden satisfacer en el corto y mediano plazo, pueden minar gravemente la confianza respecto de sistemas que recién están intentando afianzarse entre las políticas públicas y que dependen de manera crucial del apoyo de la población para su consolidación y desarrollo.

#### **5.4 La relación entre medida de funcionalidad, nivel de dependencia y oferta de servicios**

Los baremos son instrumentos muy útiles en la definición de la cobertura y criterios de acceso a las distintas prestaciones, en la planificación y administración del presupuesto público, más aún si se combinan los datos individuales junto con las estimaciones agregadas mediante encuestas, y también en el conocimiento de los diferentes perfiles y/o en el desarrollo de protocolos de atención a nivel macro y para cada servicio o prestación. Sin embargo, es posible mejorar el desempeño de los distintos servicios si se establecen formas de integrar la evaluación por el baremo con las otras evaluaciones de salud relacionadas con la funcionalidad y necesidades de cuidados. De esta manera, será posible brindar los servicios que se ajustan a las necesidades de la persona y su familia con el objetivo de mejorar la funcionalidad. Tal evaluación podrá incluir tanto los aspectos de funcionalidad y las necesidades de cuidados como los aspectos biopsicosociales, considerando las expectativas, preferencias, y valores de los individuos. La repetición rutinaria de las evaluaciones es fundamental para determinar si los servicios están teniendo el efecto esperado o si es necesario adecuar el plan de cuidados. La frecuencia de este tipo de evaluación va a depender del contexto y de las necesidades identificadas en la evaluación vigente y de los recursos disponibles en cada servicio.

En general, las herramientas de evaluación de necesidades de cuidados presentes en la literatura se pueden dividir en aquellas que se enfocan solamente en las necesidades de atención y aquellas que son más amplias para incluir otros aspectos que van más allá de la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (ej., necesidades espirituales, satisfacción con la vida). Estas herramientas se pueden incluso clasificar en herramientas genéricas (utilizadas con cualquier población mayor) (Parker et al., 2018; Philp, 1997; Reynolds et al., 2000) y herramientas enfocadas en enfermedades específicas y que generan necesidades específicas de cuidado y apoyo (Afseth et al., 2019; Remawi et al., 2021; Valery et al., 2020). Existen también las evaluaciones de necesidades para las\los familiares cuidadores, que idealmente deberían ser considerados usuarios de los servicios de atención a largo plazo (ej., capacitación y apoyo) (Alvariza et al., 2018; Kipfer & Pihet, 2020; Oliveira et al., 2018). La validez y confiabilidad de algunas de estas herramientas se han establecido a través de varios estudios.

La clasificación obtenida de los baremos no considera el detalle de los diversos niveles de ayuda necesarios y los tipos de necesidades dentro de dichos grupos (Gore et al., 2018). Dos personas que se clasifican con "dependencia severa" pueden clasificarse como tales debido a dificultades en actividades de la vida diaria completamente diferentes. El ideal es que tales diferencias guíen la implementación de diferentes intervenciones de atención a largo plazo. Por ejemplo, las personas cuidadoras podrían requerir diferentes habilidades, mientras que la población sujeta de cuidado puede requerir diferentes cantidades de tiempo y recursos por parte del equipo de atención. La clasificación general de las personas en un grupo amplio de dependencia puede por lo tanto

resultar insuficiente para la implementación de intervenciones a nivel individual. Dicha evaluación más amplia debería ser acompañada de una evaluación individual más detallada, en conjunto con el equipo de salud o proveedores del cuidado, de los aspectos principales de funcionalidad que deben ser mejorados. En Japón, por ejemplo, se utilizan diferentes insumos para determinar la elegibilidad de los adultos mayores de 65 años para los servicios de cuidado. En particular, una junta de cuidados de largo plazo de los gobiernos municipales toma la decisión de acceso a estas prestaciones basándose en un cuestionario basado en las actividades de la vida diaria, un reporte de una visita al hogar y una opinión médica (Yamada & Arai, 2020).

El establecimiento de medidas estandarizadas de funcionalidad y necesidades de cuidados adaptadas a las especificidades bio-psico-sociales de la población mayor es útil para informar la asignación de recursos y su financiación (Gore et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2021b). Sin embargo, la evaluación de la funcionalidad en relación con las necesidades individuales de atención, así como el desarrollo de planes de atención e implementación de intervenciones de atención a largo plazo, teniendo en cuenta el contexto, los valores, los objetivos, las preferencias y la cultura del individuo. Por ejemplo, mediante una evaluación geriátrica integral, es más probable que los servicios puedan responder apropiadamente a cambios rápidos o agudos en los niveles de funcionalidad y necesidad de atención. Así se evitando hospitalizaciones innecesarias, uso innecesario de algunos servicios, y una carga excesiva para las familias (Organización Mundial de la Salud, 2017, 2021a; Parker et al., 2018).

Esta necesidad de información más detallada puede obtenerse de varias fuentes complementarias a los distintos baremos, algunas de las cuales ya se han mencionado en este apartado. Por un lado, utilizando el detalle de la información del baremo y no solo el puntaje final o el nivel de dependencia obtenido. Y, por otro, generando un acceso e intercambio fluido entre los registros de salud y la propia generación de datos que se pueda dar en el marco de las intervenciones de cuidados, por parte del personal que brinda la atención. La puesta en consideración de toda esta información y la acumulación sistemática de investigaciones aplicadas debería apuntar a mejorar la información disponible sobre qué, cuándo, con qué intensidad y durante cuánto tiempo una persona debe recibir cada uno de los servicios de atención a largo plazo existentes para que sean efectivos. De esta forma, podría mejorarse la asignación de servicios y ajustar la disponibilidad de fondos y otros recursos, y desarrollar una estrategia permanente para la alineación entre los resultados de las evaluaciones de funcionalidad y las acciones a largo plazo esenciales para promover una buena relación costo/beneficio y una cobertura adecuada de los servicios de cuidados en cada país.

### **5.5 Importancia de la capacitación y la evaluación permanente en la reducción de los posibles sesgos para considerar la habilidad funcional en personas mayores**

Existen diversos sesgos potenciales que los evaluadores deben tener en cuenta al desarrollar o aplicar una valoración de funcionalidad entre las personas mayores. Por ejemplo, los aspectos de género son importantes para la medición de la capacidad funcional no solo porque las mujeres mayores tienen más probabilidades de experimentar un deterioro funcional en comparación con los hombres, sino porque puede haber preguntas que son más relevantes para un grupo de género que para otro y que podrían afectar las respuestas debido a los roles de género y el sesgo de deseabilidad que esto conlleva. Por ejemplo, para la cohorte actual de personas mayores las mujeres siempre habían sido las encargadas de cocinar y realizar tareas domésticas, mientras que los hombres eran en su mayoría los únicos responsables de las tareas financieras en el hogar. También puede haber aspectos prácticos relacionados con el género que pueden influir o no en las respuestas, como tener un evaluador de un grupo de género que haga preguntas íntimas a una persona del género opuesto.

Otro sesgo potencial importante en la evaluación funcional incluye el cambio de respuesta (o response shift, en inglés), especialmente la recalibración, a través del cual las variables sociales, psicológicas y de salud pueden influenciar el autoinforme de la funcionalidad. Por ejemplo, la evidencia muestra que las personas mayores pueden ajustar sus autoevaluaciones en función de problemas de salud recientes, con una tendencia a inflar su percepción de limitaciones debido a cambios en sus estándares internos después de pasar por una situación de enfermedad, o con el tiempo (Daltroy et al., 1999; Galenkamp et al., 2012; Spuling et al., 2017). Esto significa que, dependiendo de cuándo se lleve a cabo la evaluación, es posible que no proporcione una imagen confiable (o estable) de la situación media de la capacidad de esa persona para realizar las actividades de vida diaria.

También hay cada vez más evidencia en la literatura sobre cómo los estereotipos relacionados con la edad (además de la discriminación por edad y las autopercepciones negativas del envejecimiento) y otras formas de prejuicio (racismo, sexismo, discriminación relacionada con la pobreza, gordofobia, etc.) pueden influir en la evaluación de la función física y cognitiva entre las personas mayores, tanto del punto de vista del evaluador como del evaluado (Barber et al., 2015). Los estereotipos relacionados con la edad podrían explicar, por ejemplo, las divergencias en las evaluaciones realizadas con diferentes grupos en los que los individuos tienden a sobrestimar su propia capacidad funcional, mientras que otras personas importantes o los profesionales tienden a subestimarla (FitzGerald & Hurst, 2017; Pritchard-Jones, 2017; Rubenstein et al., 1984). Por otro lado, específicamente en el papel de los baremos para habilitar o restringir el acceso a los recursos de cuidado, las personas mayores y sus cuidadores pueden tender a subestimar su capacidad funcional y sobrestimar sus necesidades de cuidado por temor a no ser considerados con derecho a recibir atención.

Para reducir o prevenir algunos de estos riesgos, la capacitación adecuada de los evaluadores es muy importante, incluyendo los siguientes aspectos prácticos, por ejemplo: (i) quién debe realizar la evaluación y cuándo; (ii) a qué características de la persona o representante, así como del entorno familiar, el evaluador debe prestar atención; (iii) qué aspectos considerar al pensar en cada uno de los elementos (¿esta persona alguna vez ha estado involucrada en esta tarea? ¿qué tan importante es esta tarea para ella/él?); (iv) la forma y el momento en que se deben hacer algunas preguntas específicas para evitar provocar sesgos (p. ej., insinuar a través del tono de voz, las expresiones faciales o incluso las palabras que la persona “probablemente” es capaz o no de realizar una determinada actividad); (v) señales de sesgos inconscientes y cómo mitigarlos (p. ej., nociones negativas interiorizadas de envejecimiento y dependencia del cuidado).

Una adecuada supervisión, el intercambio entre pares, la revisión y la actualización permanente de los manuales y la evaluación de los resultados de la aplicación del baremo, son también medidas fundamentales para reducir los potenciales sesgos y mejorar el resultado de las evaluaciones y su aporte a los logros de los objetivos del sistema.

Para evitar la influencia de la discriminación por edad en la evaluación de la funcionalidad de las personas mayores, es importante evitar un enfoque de ‘pérdidas’ en la evaluación de funcionalidad de esta población, ya que las transiciones en funcionalidad son inherentes a todas las personas a lo largo de sus vidas. Idealmente, el foco de las políticas y de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia de cuidados debería abarcar la funcionalidad, el bienestar, la salud, la promoción de los derechos, habilidades y potencialidades de las personas mayores. Un enfoque que considere las condiciones transitorias de funcionalidad en un sentido amplio como el que aquí se propuso, puede servir de instrumento para un cambio de la visión discriminatoria (*edadista y capacitista*) de las personas mayores como fundamentalmente (y permanentemente)

‘dependientes del sistema’, hacia una visión más humanizada y positiva del envejecimiento de todas las personas en la sociedad.

## **5.6 Uso de baremos en situaciones de deterioro cognitivo**

La prevalencia de deterioro cognitivo, como es el caso de las demencias y otros problemas neurocognitivos, aumenta con la edad, afectando principalmente a personas con edad igual o mayor de 80 años. Este deterioro también es común entre personas viviendo con otros trastornos mentales, tales como la esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar. Por lo tanto, la capacidad mental de estas personas para responder a preguntas de evaluación de necesidades de cuidados puede no ser siempre estable y puede fluctuar entre días (Trachsel et al., 2015). Esto supone un desafío no sólo frente a la evaluación y reevaluación de la funcionalidad y necesidades de cuidado de estas personas, sino por ende sobre la prestación de los servicios que puedan y necesitan recibir.

Por otra parte, la literatura muestra que las medidas de funcionalidad cognitiva pueden verse afectadas por el ambiente en el que se encuentra la persona, así como también por las expectativas o deseos de las personas. Por ejemplo, Cardenas et al., (2008) muestra que las personas que sufren de esquizofrenia o de un desorden esquizoafectivo, pero que cuentan con una o más responsabilidades dentro de su comunidad, presentan un mejor desempeño de funcionalidad que aquellos individuos que no tiene responsabilidades comunitarias. Esto también se asocia con los resultados de otros estudios que indican que los apoyos con los que cuentan las personas con esquizofrenia en su ambiente ayudan a los individuos a compensar por los déficits cognitivos que puedan presentar (Velligan et al., 2000).

Con los baremos utilizados en América Latina y en Europa se ha intentado mitigar los problemas que pueden surgir en estas evaluaciones utilizando preguntas que capturen el deterioro cognitivo incluyendo actividades y tareas relacionadas con la comunicación, la toma de decisiones y la participación en actividades sociales y empleando pesos diferentes en las actividades a los utilizados en individuos que no presentan este tipo de deterioro. Sin embargo, cómo respuesta a estos retos es posible que los baremos incluyan otro grupo de preguntas a la persona que presente un deterioro cognitivo de tal forma que se pueda capturar de una manera más precisa su funcionalidad.

En términos prácticos, durante la evaluación, es importante que las personas evaluadoras consideren que los individuos que presentan algún grado de deterioro cognitivo pueden por lo tanto no entender o responder de manera diferente a las preguntas incluidas en el baremo, o en algunos casos las respuestas pueden ser contestados por sus cuidadores. Estas evaluaciones además están sujetas a distintos sesgos debido a las actitudes o preparación de las personas que aplican el baremo, tal y como se expuso en la sección anterior.

Es común que personas mayores no tengan el deterioro cognitivo ni sus causas previamente diagnosticadas por un equipo de salud, y, por ende, la persona evaluadora no tenga esta información al aplicar el baremo con la persona mayor. Por esto es muy importante que la evaluación con los baremos se suceda junto o después de una evaluación integral de la salud física y mental de la persona mayor a fines de anticipar estos posibles desafíos. En los casos en que la persona evaluadora perciba dificultades en la persona al responder a las preguntas, se puede volver algún otro día para hacer la evaluación, o hacerla nuevamente después de algunos días a fines de comparar las dos evaluaciones. De cualquier forma, es siempre muy importante no dejar de incluir la perspectiva de la persona mayor simplemente por su problema cognitivo, sino incluirla de la mejor forma posible en la evaluación de sus necesidades.



La capacitación de la persona evaluadora acerca de aspectos cognitivos de las personas mayores será por lo tanto fundamental para garantizar que esta evaluación sea de la mejor calidad posible. Además, según los informes médicos o la información disponible para las personas se pueden programar revaluaciones periódicas de los individuos para garantizar que los servicios prestados sean acordes a las necesidades que tiene la población con este deterioro. Asimismo, como se estableció en las secciones anteriores, se pueden realizar otras evaluaciones según las prestaciones disponibles para adecuar los servicios de cuidado y apoyo a las necesidades de esta población en específico de la mejor manera posible.

## Referencias

- Afseth, J., Neubeck, L., Karatzias, T., & Grant, R. (2019). Holistic needs assessment in brain cancer patients: A systematic review of available tools. *European Journal of Cancer Care*, 28(3), e12931. <https://doi.org/10.1111/ecc.12931>
- Alvariza, A., Holm, M., Benkel, I., Norinder, M., Ewing, G., Grande, G., Håkanson, C., Öhlen, J., & Årestedt, K. (2018). A person-centred approach in nursing: Validity and reliability of the Carer Support Needs Assessment Tool. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.04.005>
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibarrarán, P., Oliveira, D., Retana, M. R., Savedoff, W., & Torres, E. (2022). *Aging in Latin America and the Caribbean: Social Protection and Quality of Life for Older People*. Inter-American Development Bank, forthcoming.
- Aranco, N., Ibarrarán, P., & Stampini, M. (2022). *Estimaciones de funcionalidad y dependencia de cuidados entre personas mayores en ALC 2020-2050*. Interamerican Development Bank.
- Aranco, N., & Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0001821>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0000984>
- Barber, S. J., Mather, M., & Gatz, M. (2015). How Stereotype Threat Affects Healthy Older Adults' Performance on Clinical Assessments of Cognitive Decline: The Key Role of Regulatory Fit. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(6), 891–900. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv009>
- Bendayan, R., Cooper, R., Wloch, E. G., Hofer, S. M., Piccinin, A. M., & Muniz-Terrera, G. (2016). Hierarchy and Speed of Loss in Physical Functioning: A Comparison Across Older U.S. and English Men and Women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, glw209. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw209>
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibarrarán, P., Medellín, N., Oliveri, M. L., & Stampini, M. (2019). *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0001972>
- Cardenas, V., Mausbach, B. T., Barrio, C., Bucardo, J., Jeste, D., & Patterson, T. (2008). The Relationship between Functional Capacity and Community Responsibilities in Middle-aged and Older Latinos of Mexican Origin with Chronic Psychosis. *Schizophrenia research*, 98(1–3), 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.008>
- Chioda, L. (2011). *Work and Family: Latin American and Caribbean Women in Search of a New Balance*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12489?locale-attribute=en>
- Colacce, M., Córdoba, J., Marroig, A., & Sánchez, G. (2021). *Medición de la dependencia en Uruguay. Contexto y estimación de la prevalencia*. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27957>
- Colacce, M., & Manzi, P. (2017). El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Una mirada de largo plazo. *Serie Estudios y Perspectivas*, 27.
- Daltroy, L. H., Larson, M. G., Eaton, H. M., Phillips, C. B., & Liang, M. H. (1999). Discrepancies between self-reported and observed physical function in the elderly: The influence of response shift and other factors. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1549–1561. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00048-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00048-9)
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *Política Pública de Cuidado*.
- Díaz Velázquez, E., & Rubio Burgos, S. (2020). *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)* (p. 117). Plena Inclusión. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/las-personas-con-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo-en-el-sistema-para-la-autonomia-y-atencion-a-la-dependencia-saad/>

- Echeverría, A., Astorga, C., Fernández, C., Salgado, M., & Villalobos, P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Publica*, 46, 6.
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18, 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Galenkamp, H., Huisman, M., Braam, A. W., & Deeg, D. J. H. (2012). Estimates of prospective change in self-rated health in older people were biased owing to potential recalibration response shift. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(9), 978–988. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.03.010>
- Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Germany*. European Commission.
- Gore, P. G., Kingston, A., Johnson, G. R., Kirkwood, T. B. L., & Jagger, C. (2018). New horizons in the compression of functional decline. *Age and Ageing*, 47(6), 764–768. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy145>
- Holmes, W. (2021). *Projecting the Need for and Cost of Long-Term Care for Older Persons*. Asian Development Bank. <https://doi.org/10.22617/WPS210072-2>
- IMAS, & MDHIS. (2021). *Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia*. Instituto Mixto de Ayuda Social; Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión. <https://www.imas.go.cr/es/general/politica-nacional-de-cuidados-2021-2031>
- Kipfer, S., & Pihet, S. (2020). Reliability, validity and relevance of needs assessment instruments for informal dementia caregivers: A psychometric systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(4), 704–742. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003976>
- Losano, A., Alonso Gonzalez, I., & Bolance Losillas, C. (2009). Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Rev. Esp. Salud Publica*, 83(3), 379–392.
- MDHIS. (2022). *Informe de Ejecución. Política Nacional de Cuidados 2021-2031*. <https://www.imas.go.cr/es/general/politica-nacional-de-cuidados-2021-2031>
- Medellín, N., Jara Maleš, P., & Matus-López, M. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*. Inter-American Development Bank. [https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento\\_y\\_atenci%C3%B3n\\_a\\_la\\_dependencia\\_en\\_Costa\\_Rica.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Costa_Rica.pdf)
- MIDES. (2018). *Construcción de Baremos para valoración de Dependencia*. <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/99818/construccion-de-baremos>
- MIDES. (2020). *La Construcción del Cuarto Pilar de la Protección Social en Uruguay. Balance y Desafíos 2015 – 2020*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/memoria-quinquenal-2015-2020>
- MIDES. (2021). *Plan Nacional de Cuidados 2021-2025*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-2021-2025#:~:text=El%20cuidado%20es%20tanto%20un,personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20dependencia.>
- MIDES. (s.f.). *Manual Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Adaptado Uruguay*.
- Ministerio de Salud de Brasil. (2018). *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]*. [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf)
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, § Boletín Oficial del Estado (2011).
- Naciones Unidas. (2019). *World population ageing, 2019 highlights*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

- Oliveira, D. C., Vass, C., & Aubeeluck, A. (2018). The development and validation of the Dementia Quality of Life Scale for Older Family Carers (DQoL-OC). *Aging & Mental Health*, 22(5), 709–716. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1293004>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *World report on ageing and health*. Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE)*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Decade of healthy ageing: Baseline report* (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care* (WHO). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038844>
- Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., Kennedy, S., Roberts, H., & Conroy, S. (2018). What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, 47(1), 149–155. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>
- Philp, I. (1997). Can a Medical and Social Assessment be Combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(32\_suppl), 11–13. <https://doi.org/10.1177/014107689709032S04>
- Pritchard-Jones, L. (2017). Ageism and Autonomy in Health Care: Explorations Through a Relational Lens. *Health Care Analysis*, 25(1), 72–89. <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0288-1>
- Remawi, B. N., Gadoud, A., Murphy, I. M. J., & Preston, N. (2021). Palliative care needs-assessment and measurement tools used in patients with heart failure: A systematic mixed-studies review with narrative synthesis. *Heart Failure Reviews*, 26(1), 137–155. <https://doi.org/10.1007/s10741-020-10011-7>
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176(5), 444–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.444>
- Rojas, A. (2021). *Informe de resultados de la aplicación de piloto del Baremo de la Dependencia en Costa Rica* [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo - Documento interno de trabajo].
- Rubenstein, L. Z., Schairer, C., Wieland, G. D., & Kane, R. (1984). Systematic Biases in Functional Status Assessment of Elderly Adults: Effects of Different Data Sources<sup>1</sup>. *Journal of Gerontology*, 39(6), 686–691. <https://doi.org/10.1093/geronj/39.6.686>
- Spuling, S. M., Wolff, J. K., & Wurm, S. (2017). Response shift in self-rated health after serious health events in old age. *Social Science & Medicine* (1982), 192, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.026>
- Stampini, M., Oliveri, M. L., Ibararán, P., Londoño, D., June, H., & James, G. M. (2020). *¿Trabajar menos para cuidar de los padres? Los efectos del cuidado familiar de larga duración en el mercado laboral de cuatro países de América Latina*. 20.
- Terra, F. (2021). *Revisión de experiencias internacionales de instrumentos que miden niveles de dependencia funcional de las personas en el marco de políticas de cuidado* [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo-Documento interno de trabajo].
- Terra, F. (2022). *Documento técnico: Propuesta de baremo de dependencia conforme a los lineamientos de la política de cuidado del país*. [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo - Documento interno de trabajo].
- Terra, F., & Rojas, A. (2021). *Capacitación para la aplicación del Baremo de Valoración de Dependencia. Sistema Nacional de Cuidado* [Informe de Consultoría. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento interno de trabajo].
- Trachsel, M., Hermann, H., & Biller-Andorno, N. (2015). Cognitive Fluctuations as a Challenge for the Assessment of Decision-Making Capacity in Patients With Dementia. *American Journal*

*of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 30(4), 360–363.

<https://doi.org/10.1177/1533317514539377>

Valery, P. C., Bernardes, C. M., Stuart, K. A., Hartel, G. F., McPhail, S. M., Skoien, R., Rahman, T., Clark, P. J., Horsfall, L. U., Hayward, K. L., Gupta, R., & Powell, E. E. (2020).

Development and Evaluation of the Supportive Needs Assessment Tool for Cirrhosis (SNAC). *Patient Preference and Adherence*, 14, 599–611.

<https://doi.org/10.2147/PPA.S236818>

Velligan, D. I., Bow-Thomas, C. C., Huntzinger, C., Ritch, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. J., & Miller, A. L. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1317–1323. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1317>

Wloch, E. G., Kuh, D., & Cooper, R. (2016). Is the Hierarchy of Loss in Functional Ability Evident in Midlife? Findings from a British Birth Cohort. *PLOS ONE*, 11(5), e0155815.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155815>

Yamada, M., & Arai, H. (2020). Long-Term Care System in Japan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(3), 174–180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>

## Anexos

### ANEXO I

#### Normativa, institucionalidad y perfil de baremos en algunos países de Europa

Dimensión	Alemania	España	Francia	Suecia
Normativa	Ley del Seguro de Cuidados/1995	Real Decreto 174/2011	Ley 97-60/1997: Prestación para la autonomía personal (APA); Ley de Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento/2015; 13 Art. L 232-6 3º Código de la Acción Social y de las Familias	Ley de Servicios Sociales/1980; Nueva Ley de los Gobiernos Locales/1991; Ley de Elección en el Sector Público/2009.
Institucionalidad	Competencia de las Cajas del Seguro de Dependencia Comité Federal encargado de supervisar la aplicación del Seguro de Dependencia	Las comunidades autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado de dependencia con especificación de los cuidados. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establece algunos criterios comunes de composición y actuación de los órganos de valoración de las comunidades autónomas	Administrada y parcialmente financiada por las provincias, que también son responsables de gestionar y financiar la Prestación para la Autonomía (APA), así como de diseñar e implementar las acciones, incluyendo la gestión de las solicitudes individuales de APA	Operado a tres niveles de gobierno: central, regional y local. Las autoridades locales tienen un alto grado de autonomía frente al gobierno central en el ámbito de la dependencia, incluyendo el derecho de establecer impuestos específicos para financiar las prestaciones
Perfil de los evaluadores	Las valoraciones se realizan en los domicilios y están a cargo del Servicio Médico de los Seguros de Enfermedad conformado por médicos, trabajadores sociales y psicólogos	Los valoradores son los profesionales del área social y/o sanitaria cualificados	Un equipo “médico-social” del Consejo Departamental (CD) realiza la valoración de funcionalidad a domicilio o en los residenciales; el equipo de evaluación incluye médicos, trabajadores sociales, enfermeros y personal administrativo. Los CD cuentan con cierta autonomía para esta evaluación	La evaluación es realizada por los administradores de atención pertenecientes a la oficina pública local de bienestar social e incluye médico, terapeuta ocupacional y/o fisioterapeuta, entre otros.

**Fuente:** Basado en Terra (2021)

## ANEXO 2

### Concepto de funcionalidad adoptado en algunos países de Europa y su medición

Alemania	España	Francia	Suecia
<p>La población de personas con deterioro funcional y dependencia se define como aquella "con deficiencias en su autonomía o de las capacidades relacionadas con la salud y, por lo tanto, requieren la ayuda de los demás", a partir de la combinación de la evaluación de la necesidad de ayuda en estas actividades, con la frecuencia y con el tiempo o duración de esta ayuda</p> <p>El baremo se basa en seis áreas: movilidad (10%), cognitiva y habilidades comunicativas junto con patrones de comportamiento y problemas mentales (15%), nivel de autonomía o autosuficiencia (40%), restricciones de salud, demandas y el estrés resultante de las terapias (20%) y la estructura de la vida cotidiana y contactos sociales (15%)</p> <p>Una puntuación ponderada se calcula en una escala entre 0 y 100: "ligero deterioro de la independencia" (Nivel 1: 12,5 a 27 puntos) hasta "deficiencias graves de la independencia con requisitos especiales para la atención de enfermería" (Nivel 5: 90 a 100 puntos). Las puntuaciones determinan el nivel de atención a ser recibida</p>	<p>La dependencia se define como el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra(s) persona(s) o ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su independencia</p> <p>El baremo valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad y frecuencia de apoyo y supervisión para su realización. Este instrumento considera el informe de salud, el entorno de la persona, y las ayudas técnicas prescritas</p> <p>El baremo se basa en 11 actividades: comer y beber (16,8%), higiene personal (14,8%), lavarse (8,8%), otros cuidados personales (2,9%), vestirse (12,9%), mantener la salud (2,9%), cambiar la posición (9,4%), desplazarse en el hogar (12,3%) desplazarse fuera del hogar (12,2%) y realizar tareas domésticas (8%)</p> <p>La puntuación final se obtiene por la suma ponderada de los valores asignados a las tareas, multiplicada por el coeficiente del tipo de apoyo que se requiere en relación con cada una de ellas. En el caso de personas con condiciones de salud que puedan afectar a sus funciones mentales, se emplearán además los pesos de una "escala específica". Los grados de dependencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado I. Dependencia moderada</li> <li>• Grado II. Dependencia severa</li> <li>• Grado III. Gran dependencia</li> </ul>	<p>De acuerdo con la legislación vigente, aquella persona "de edad avanzada, residente en Francia, que se encuentra en la situación de no poder asumir las consecuencias de una falta o de una pérdida de autonomía en relación con su estado físico o mental tiene el derecho a una prestación personalizada de autonomía, que permita un cuidado adaptado a sus necesidades". Dicha prestación es destinada a las personas que, "no obstante la atención que pueden recibir, necesitan ayuda para realizar los actos esenciales de la vida, o cuyo estado requiere un cuidado o seguimiento regular"</p> <p>Se utiliza la escala AGGIR (Grupos de Isorrecursos de Autonomía Geriátrica), basada en 17 variables: 10 determinantes para establecer si procede o no dar las ayudas, y 7 ilustrativas del grado de dependencia en relación con las actividades domésticas y el entorno. Estas variables ilustrativas no afectan la clasificación de la dependencia.</p> <p>Cada variable puede tomar los valores A, B o C, dependiendo de si puede realizar la tarea de forma "correcta", "irregular" o "no la puede realizar"</p> <p>A partir de un algoritmo se clasifica a la población en 6 grados, desde el más severo (Grado 1) hasta el más leve (Grado 6)</p>	<p>Según la legislación nacional, todas las personas tienen derecho a exigir servicios y apoyo, y las autoridades locales tienen la responsabilidad de satisfacer dichas necesidades proporcionando una asistencia que asegure un nivel de vida razonable</p> <p>Un "gestor de servicios sociales" o "administrador de atención", en general un trabajador/a social empleado por el municipio, evalúa sus necesidades y decide si la persona tiene derecho a recibir asistencia, el tipo (dentro del hogar o residencial) y la cantidad de ayuda requerida</p> <p>La ausencia de una pauta uniforme a nivel nacional permite mayor flexibilidad, pero también dificulta la tarea del evaluador</p> <p>La evaluación es cara a cara, en el hospital, residencial o en el domicilio de la persona</p>

**Fuente:** Basado en Terra (2021).

### ANEXO 3

#### Información sobre servicios, elegibilidad, financiamiento y cobertura a partir de los resultados de baremos en algunos países de Europa

Alemania	España	Francia	Suecia
<p>Tres modalidades de prestaciones: prestaciones monetarias directas, prestaciones en servicios vía asistencia domiciliaria o en Centros de Día o Noche, y atención residencial</p> <p>Los montos de cobertura tienen un tope y se conciben como una suma global de contribuciones a la atención, por lo que el seguro de atención a largo plazo solo cubre los costos de atención hasta un monto máximo. En caso de que los beneficiarios no tengan los fondos para pagar los costes restantes, el monto complementario se puede solicitar a los gobiernos locales</p> <p>En 2017, el programa cubría 3.103.839 personas: 7,6% con mayor necesidad de atención (Nivel 5) y 45,2% con el segundo nivel más bajo (Nivel 2)</p> <p>En 2017, el 75% eran usuarios en domicilio y el 25% usuarios en residenciales</p>	<p>Hasta 2021 se habían resuelto más de un 93% de casi dos millones de solicitudes presentadas y un 83% de los usuarios elegibles ya habían accedido a al menos una de las prestaciones que brinda el sistema</p> <p>La Prestación Económica para Cuidados Familiares, la Teleasistencia y la Ayuda a Domicilio son las prestaciones con mayor cobertura</p>	<p>En residencias, el subsidio se dirige a cubrir los gastos presupuestados, considerando los ingresos de la persona; en domicilio, el equipo realiza un plan individual de atención e información en cuanto a las alternativas de servicios y prestaciones disponibles</p> <p>El plan puede incluir: ayudas “domésticas” (limpieza, planchado, comida a domicilio, etc.), ayudas a la persona (baño, ayuda para levantarse, acostarse, vestirse, transporte, etc.) o ayudas técnicas (aparatos, adaptaciones de la vivienda, servicio de telealarma/teleasistencia, etc.).</p> <p>Medidas de apoyo a los cuidadores – ej., derecho al descanso, contemplando un alojamiento temporal de la persona mayor</p> <p>En 2019, había 1.333.541 beneficiarios: 7,6% con mayor pérdida (GIR I), 48,4% con pérdida intermedia (GIR 2 Y 3) y 43,9% con menor pérdida funcional (GIR 4). Por su parte las personas con mayor autonomía representaron solo el 0,1%</p> <p>En 2019, el 58,9% estaban en domicilio y el 41,1% en residencias</p> <p>El monto promedio del total de prestaciones era de 384 euros mensuales</p>	<p>Tiene un 50% de cobertura de la población que requiere cuidado y un gasto cercano al 3,2% del PIB, solo superado por Finlandia y Holanda, y mayor que la OCDE (~1,4% del PIB).</p> <p>Servicios incluyen teleasistencia, centros de día y de noche, servicio especial de transporte, atención y alojamiento a corto plazo, ayuda a domicilio, atención a las necesidades del hogar, cuidados personales, prestación económica al cuidador y atención residencial, recuperación tras una estancia hospitalaria y cuidados paliativos</p> <p>Las prestaciones económicas contemplan las licencias a familiares cuidadores para abandonar temporalmente su trabajo por un máximo de 100 días, con un 80% del sueldo. Algunos municipios ofrecen pagar por un cuidador. El pago al cuidador es sujeto de impuestos y proporciona una protección social como a otro tipo de trabajadores</p> <p>En 2016, un 16% de las personas mayores (316.491) recibía algún servicio de atención y los servicios más prestados eran teleasistencia (32,9%) y ayuda domiciliaria (31,7%), seguidos por atención en residencias (15,9%)</p>

**Fuente:** Basado en Terra (2021)



# ANEXO 4

## El Baremo de Uruguay

Actividades y tareas	Rango de Edades			
	3-6	7-10	11-17	>18
<b>COMER Y BEBER</b>				
Reconocer y/o alcanzar alimentos servidos	SI	SI	SI	SI
Cortar o partir la comida en trozos	NA	SI	SI	SI
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	SI	SI	SI	SI
Acercarse el recipiente de la comida a la boca	SI	SI	SI	SI
<b>HIGIENE PERSONAL ASOCIADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN</b>				
Acudir al lugar adecuado	SI	SI	SI	SI
Manipular la ropa	SI	SI	SI	SI
Adoptar la postura adecuada	SI	SI	SI	SI
Abandonar la postura adecuada	SI	SI	SI	SI
Limpiarse	NA	SI	SI	SI
<b>LAVARSE</b>				
Abrir y cerrar canillas	SI	SI	SI	SI
Lavarse las manos	SI	SI	SI	SI
Acceder a la bañera, ducha o similar	NA	SI	SI	SI
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	SI	SI	SI
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	SI	SI	SI
<b>REALIZAR OTROS CUIDADOS CORPORALES</b>				
Peinarse	NA	SI	SI	SI
Cortarse las uñas	NA	SI	SI	SI
Lavarse el pelo	NA	SI	SI	SI
<b>VESTIRSE</b>				
Reconocer y/o alcanzar la ropa y el calzado	SI	SI	SI	SI
Calzarse	SI	SI	SI	SI
Abrocharse botones o similar	SI	SI	SI	SI
Ponerse las prendas de la parte inferior del cuerpo	SI	SI	SI	SI
Ponerse las prendas de la parte superior del cuerpo	SI	SI	SI	SI
<b>MANTENIMIENTO DE LA SALUD</b>				
Solicitar asistencia médica	NA	NA	SI	SI
Aplicarse las medidas medicas recomendadas	NA	NA	SI	SI
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	SI	SI	SI
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	SI	SI
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	SI	SI

Fuente: MIDES (2018).

Actividades y tareas	Rango de Edades			
	3-6	7-10	11-17	>18
<b>CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO</b>				
Cambiar de posición horizontal al sentarse en la cama	SI	SI	SI	SI
Permanecer sentado	SI	SI	SI	SI
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	SI	SI	SI	SI
Permanecer de pie	SI	SI	SI	SI
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	SI	SI	SI	SI
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	SI	SI	SI	SI
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	SI	SI	SI	SI
Cambiar centro de gravedad mientras está sentado	SI	SI	SI	SI
Cambiar centro de gravedad mientras está acostado	SI	SI	SI	SI
<b>DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>				
Realizar desplazamientos para vestirse	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos para comer	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos para lavarse	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	SI	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	SI	SI	SI	SI
Acceder a todos los lugares comunes del hogar	SI	SI	SI	SI
<b>DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR</b>				
Acceder al exterior	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos alrededor de edificio	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos	NA	SI	SI	SI
Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos	NA	NA	SI	SI
Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos	NA	NA	SI	SI
<b>REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS</b>				
Preparar comidas	NA	NA	NA	SI
Hacer la compra	NA	NA	NA	SI
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	SI
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	SI
<b>PARTICIPACIÓN EN LA VIDA SOCIAL Y COMUNITARIA</b>				
Participación en asociaciones formales	NA	NA	NA	SI
Participación en asociaciones informales	SI	SI	SI	SI
Participación en la vida comunitaria	SI	SI	SI	SI
Participación en juegos	SI	SI	SI	SI
Participación en deportes	SI	SI	SI	SI
Participación en acontecimientos artísticos y culturales	SI	SI	SI	SI
Realización de Manualidades	SI	SI	SI	SI
Aficiones	SI	SI	SI	SI
Socialización	SI	SI	SI	SI
Otras actividades de tiempo libre	SI	SI	SI	SI

Fuente: MIDES (2018).

Actividades y tareas	Rango de Edades			
	3-6	7-10	11-17	>18
<b>HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y AUTONOMÍA PSÍQUICA</b>				
Expresa placer/displacer	NA	SI	SI	SI
Reconoce y expresa emociones	SI	SI	SI	SI
Reconoce y respeta códigos sociales	NA	SI	SI	SI
Comunicación -recepción de mensajes hablados	SI	SI	SI	SI
Comunicación - recepción de mensajes no verbales	NA	NA	SI	SI
Habla	SI	SI	SI	SI
<b>PERSONAS CON CONDICIONES DE SALUD QUE AFECTAN SUS FUNCIONES MENTALES</b>				
Decide sobre la alimentación cotidiana	SI	SI	SI	SI
Dirige sus hábitos de higiene personal	SI	SI	SI	SI
Planifica desplazamientos fuera del hogar	NA	SI	SI	SI
Decide sus relaciones interpersonales con personas conocidas	SI	SI	SI	SI
Decide sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	NA	SI	SI
Gestiona el dinero del presupuesto cotidiano	NA	NA	SI	SI
Dispone su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	SI	SI	SI
Resuelve el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	SI	SI
Conoce su dirección personal	NA	SI	SI	SI
Sabe cuáles son sus actividades diarias	NA	SI	SI	SI
Conoce su agenda semanal	NA	NA	SI	SI
Maneja calendario	NA	SI	SI	SI
Utiliza transporte colectivo	NA	SI	SI	SI

**Fuente:** MIDES (2018).