



Del edadismo institucional al Cuidado Domiciliario Integral (CDI): una transición necesaria hacia modelos centrados en funcionalidad y envejecimiento activo

From institutional ageism to comprehensive home care (CHC): a necessary transition toward functionality-centered and active aging models

Daniel-Alberto Rodríguez-Balcazar^{1*}

¹Hospital Departamental de Villavicencio, Villavicencio, Colombia

Recibido: 06 febrero 2026

Aceptado: 03 marzo 2026

Publicado: 09 abril 2026

*Correspondencia: Daniel Alberto Rodríguez-Balcázar. darb1806@gmail.com

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional es una realidad global y uno de los principales desafíos actuales para los sistemas de salud. Sin embargo, la respuesta predominante ha estado condicionada por una visión limitada del envejecimiento, en la que la vejez se asocia de forma casi automática con dependencia y pérdida de autonomía.

Materiales y métodos: Este artículo reflexiona sobre el impacto del edadismo en los modelos de atención y propone el Cuidado Domiciliario Integral (CDI) como alternativa.

Resultados: Este enfoque ha favorecido la institucionalización temprana del adulto mayor como solución generalizada, muchas veces sin una evaluación funcional adecuada. Se plantea el Cuidado Domiciliario Integral (CDI) como una alternativa centrada en la funcionalidad, la autonomía y el envejecimiento activo, sustentada en la evidencia científica actual.

Conclusión: El CDI representa una estrategia que permite contrarrestar el impacto del edadismo en los modelos de atención, promoviendo un abordaje más integral y centrado en la persona.

Palabras clave: Edadismo. Envejecimiento saludable. Funcionalidad. Cuidado domiciliario. Ejercicio físico.


Abstract

Introduction: Population aging is a global reality and one of the main current challenges for health systems. However, the predominant response has been conditioned by a limited vision of aging, in which old age is almost automatically associated with dependency and loss of autonomy.

Med 2026; 48(1): 155-158

<https://doi.org/10.56050/RM-48-1-18>

www.revistamedicina.net

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con  **index** en nombre de Academia Nacional de Medicina de Colombia.

Materials and methods: This article reflects on the impact of ageism on care models and proposes Comprehensive Home Care (CHC) as an alternative approach.

Results: This approach has favored the early institutionalization of older adults as a generalized solution, often without adequate functional evaluation. Comprehensive Home Care (CHC) is proposed as an alternative centered on functionality, autonomy, and active aging, supported by current scientific evidence.

Conclusion: CHC represents a strategy to counteract the impact of ageism in care models, promoting a more person-centered and integrative approach.

Keywords: Ageism. Rehabilitation. Comprehensive home care. Functional capacity. Active aging. Exercise and health.

Introducción

El envejecimiento poblacional es una realidad global y uno de los principales desafíos actuales para los sistemas de salud. Sin embargo, la respuesta predominante ha estado condicionada por una visión limitada del envejecimiento, en la que la vejez se asocia de forma casi automática con dependencia y pérdida de autonomía. Este enfoque ha favorecido la institucionalización temprana del adulto mayor como solución generalizada, muchas veces sin una evaluación funcional adecuada.

Lejos de ser solo una decisión organizativa, esta práctica refleja una forma de edadismo estructural, en la que la longevidad se percibe como un problema y no como un logro. Organismos internacionales han señalado que estas visiones influyen negativamente en la calidad de la atención y en los resultados en salud de las personas mayores¹.

El edadismo y su impacto en los modelos de atención

El edadismo se manifiesta en salud cuando se asume que el deterioro funcional es inevitable y que las intervenciones preventivas tienen un impacto limitado en edades avanzadas. Este sesgo reduce la intensidad terapéutica, limita el acceso a programas de ejercicio y refuerza modelos centrados en el cuidado pasivo.

Se ha demostrado que el edadismo se asocia con mayor discapacidad, peor percepción de salud y

menor expectativa de vida, afectando tanto a la toma de decisiones clínicas como a la organización de los sistemas de atención¹. En este contexto, los modelos institucionales tienden a reproducir estas creencias, priorizando la contención por sobre la funcionalidad.

Envejecimiento: un proceso diverso y modificable

El envejecimiento no es un proceso homogéneo. Personas con la misma edad cronológica pueden presentar niveles muy distintos de movilidad, fuerza e independencia. Esto demuestra que la edad, por sí sola, es un indicador limitado de salud².

Actualmente, se reconoce que la funcionalidad es el principal marcador de envejecimiento saludable. Condiciones como la fragilidad y la sarcopenia no son inevitables, sino procesos dinámicos influenciados por factores modificables, especialmente la actividad física y el seguimiento clínico continuo^{3,4}.

El ejercicio físico, en particular el entrenamiento de fuerza, ha demostrado beneficios claros en la preservación de la autonomía, la reducción del riesgo de caídas y la mejora de la calidad de vida en personas mayores⁵.

Limitaciones de los modelos institucionales tradicionales

Los modelos institucionales tradicionales suelen responder a una lógica reactiva, interviniendo

cuando el deterioro funcional ya está avanzado. La atención fragmentada y la ausencia de seguimiento longitudinal dificultan la detección temprana de cambios en la funcionalidad.

Estudios longitudinales han mostrado que la pérdida de independencia ocurre a través de transiciones que pueden ser prevenidas o retrasadas con intervenciones oportunas⁶. En ausencia de estas estrategias, la institucionalización puede acelerar el deterioro funcional, especialmente cuando el movimiento y la autonomía no forman parte del cuidado cotidiano.

El Cuidado Domiciliario Integral (CDI): bases del modelo

Frente a estas limitaciones, se propone el Modelo de Cuidado Domiciliario Integral (CDI), actualmente en desarrollo para su implementación, como un enfoque preventivo y centrado en la persona.

El CDI se apoya en un principio respaldado por la evidencia: la funcionalidad debe ser el eje de la atención

en la vejez, por encima de la edad cronológica². El domicilio se concibe como un entorno terapéutico activo, donde es posible intervenir de manera continua para preservar la autonomía y la calidad de vida.

Componentes del modelo CDI

La **Figura 1** sintetiza gráficamente los componentes del Modelo de Cuidado Domiciliario Integral (CDI) y su interrelación dinámica. En el centro del modelo se sitúa el adulto mayor junto a su familia, reconociendo que el envejecimiento es un proceso inseparable del contexto social y relacional. La valoración funcional periódica constituye el punto de partida del cuidado, permitiendo identificar riesgos, capacidades preservadas y oportunidades de intervención temprana. A partir de esta valoración se estructura un plan de cuidado organizado e individualizado, orientado a preservar la autonomía y anticipar el deterioro funcional. El seguimiento continuo diferencia al CDI de los modelos tradicionales, facilitando ajustes oportunos y una atención longitudinal. La tecnología y la comunicación actúan como elementos transversales que

Modelo de Cuidado Domiciliario Integra (CDI)

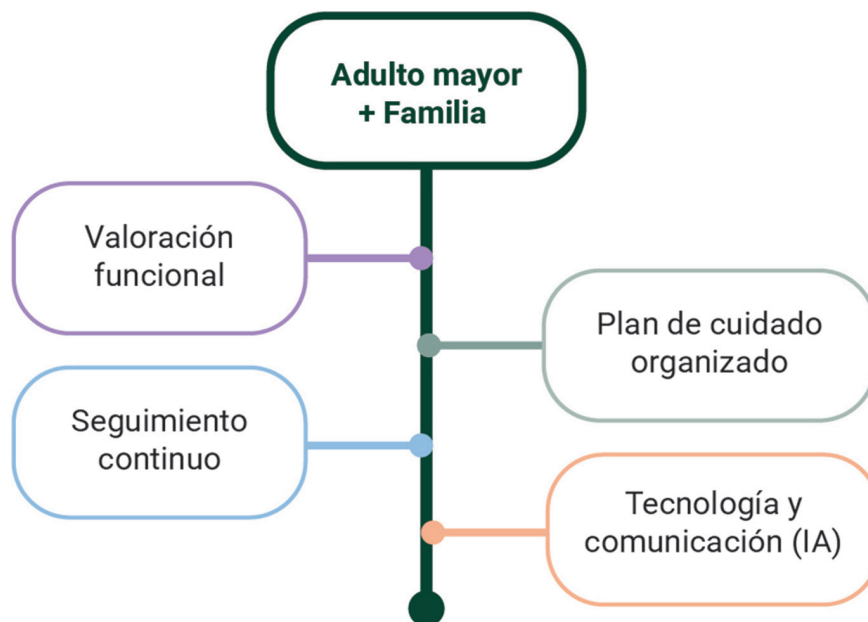


Figura 1. Modelo de Cuidado Domiciliario Integral (CDI).

fortalecen el monitoreo, la coordinación interdisciplinaria y la toma de decisiones clínicas.

El modelo CDI integra componentes alineados con la literatura científica actual:

- **Evaluación funcional periódica**, como base para la toma de decisiones clínicas^{1,2}.

Tabla 1. Comparación entre el modelo institucional tradicional y el modelo de cuidado domiciliario integral (CDI).

Dimensión	Modelo tradicional	Modelo CDI	Referencia
Enfoque	Reactivo	Preventivo	(1)
Criterio principal	Edad cronológica	Funcionalidad	(2)
Tipo de atención	Episódica	Continua	(6)
Rol del domicilio	Pasivo	Terapéutico activo	(1)
Ejercicio físico	Limitado	Eje central	(5)
Prevención	Tardía	Anticipatoria	(3)
Autonomía	Disminuye	Se preserva	(4)

- **Seguimiento longitudinal**, clave para la detección temprana de fragilidad y sarcopenia^{3,4}.
- **Intervenciones individualizadas basadas en ejercicio**, recomendadas como pilar terapéutico en adultos mayores⁵.
- **Trabajo interdisciplinario**, favoreciendo continuidad y coherencia del cuidado.
- **Uso de tecnología**, como herramienta de apoyo para el monitoreo y la comunicación.

Comparación entre modelos tradicionales y el CDI

Implicancias clínicas, éticas y sociales

El CDI no es solo un modelo asistencial, sino también una respuesta ética al edadismo en salud. Al priorizar la funcionalidad y la autonomía, contribuye a preservar la identidad y el sentido de vida de las personas mayores, y se alinea con sistemas de salud más sostenibles.

Este enfoque es coherente con los principios de la medicina del deporte y la ciencia de la longevidad,

que reconocen el movimiento como un determinante central de salud a lo largo del curso de vida.

Conclusión

Envejecer no debería implicar una pérdida inevitable de movimiento y autonomía. El Cuidado Domiciliario Integral se presenta como una alternativa sólida frente a la institucionalización temprana y al edadismo estructural, permitiendo vivir más años con funcionalidad, autonomía y dignidad.

Referencias

1. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: WHO; 2021.
2. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health. *Lancet*. 2016;387:2145–2154.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56: M146–M156.
4. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus. *Age Ageing*. 2019;48:16–31.
5. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, et al. Exercise recommendations. *J Am Med Dir Assoc*. 2021; 22:120–132.
6. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states. *N Engl J Med*. 2010;363:121–130.