



CE174/16

Punto 4.5 del orden del día provisional

25 de abril del 2024

Original: inglés

POLÍTICA SOBRE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO

Introducción

1. En la Región de las Américas, la esperanza de vida al nacer ha registrado un aumento importante. Sin embargo, no se ha logrado el mismo avance en el caso de la esperanza de vida saludable, por lo que entre estos dos indicadores se ha creado una brecha de aproximadamente 12 años. Esto se traduce en un aumento en el número de años vividos con discapacidad y en situación de dependencia, un período durante el cual muchas personas necesitarán cuidados a largo plazo (CLP) (1, 2). Sin embargo, la necesidad de CLP puede surgir a cualquier edad a lo largo del curso de vida (3).
2. La disminución de la capacidad funcional de una persona por lo general da lugar a necesidades crónicas y complejas que requieren apoyo. Los CLP incluyen una serie de actividades llevadas a cabo por personas que prestan dichos cuidados, de forma remunerada o no, con el fin de optimizar el funcionamiento y compensar la pérdida temporal o permanente de capacidades, conforme con los derechos de la persona, las libertades fundamentales y la dignidad humana (4). A la luz de las tendencias demográficas y epidemiológicas, los países de la Región, y sus sistemas de salud en particular, tendrán que hacer frente a considerables costos adicionales por los servicios de CLP (5). Además, la falta de políticas y de capacidad institucional en relación con los CLP en toda la Región afectará su desarrollo humano, económico y social.
3. Para hacer frente a los retos relacionados con la dependencia de los cuidados¹ y sus repercusiones en las personas, los sistemas de salud y la sociedad, urge que los países inviertan en un mayor acceso a los CLP y a los servicios de prevención de la discapacidad a lo largo del curso de vida. Estos servicios deben ser organizados y coordinados por los sistemas de salud y protección social. En la presente *Política sobre los cuidados a largo plazo*, que abarca el período 2025-2034, se proporciona a los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) orientación estratégica y técnica para el desarrollo, el fortalecimiento y la expansión de la capacidad para brindar CLP en la Región.

Antecedentes

4. En varias políticas y estrategias aprobadas por los Estados Miembros de la OPS se reconoce la importancia de los CLP. Por ejemplo, en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020–2025 se pone de relieve la necesidad de dar seguimiento a la proporción de personas mayores de 65 años que dependen de estos cuidados (6). En la *Estrategia para el acceso universal a*

¹ La dependencia de los cuidados ocurre “cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana” (4).

la salud y la cobertura universal de salud se reconoce la importancia y el valor de los cuidados y el apoyo no remunerados, prestados principalmente por mujeres a personas que presentan algún tipo de discapacidad, un cuadro crónico o fragilidad, y que tienen una capacidad limitada para cuidar de su salud y bienestar de forma independiente (7). La OPS lidera la iniciativa sobre la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030), y los CLP son uno de sus principales ámbitos de actuación (8).

Análisis de la situación

5. Si bien se necesitan más datos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 1300 millones de personas —es decir, alrededor del 16% de la población mundial— tienen alguna discapacidad significativa.² De estas personas, una proporción considerable requiere cuidados a largo plazo. La prevalencia mundial de la discapacidad aumenta con la edad, y pasa del 5,8% en la población de 0 a 14 años al 34,4% en la población de 60 años o más. Está aumentando la prevalencia de la discapacidad con un grado de limitación funcional grave y la necesidad de CLP, en parte debido al aumento de las enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos neurológicos y los problemas de salud mental (10). En América Latina y el Caribe, al menos 8 millones de personas mayores requerían CLP en el 2020, y es probable que esta cifra se triplique y llegue a 23 millones para el 2050 (11).

6. Satisfacer la necesidad de CLP constituye un reto importante para los sistemas de salud y protección social de la Región de las Américas. Se estima que el financiamiento de los CLP en la Región costaría, en promedio, un 0,27% del producto interno bruto (PIB) en un escenario de cobertura baja,³ y que esta cifra aumentará al 0,77% del PIB para el 2050 (12). La evidencia a nivel mundial sugiere que invertir en CLP se traduce en una reducción de los costos para el sistema de salud. En España, por ejemplo, la expansión de los servicios de cuidado a las personas en situación de dependencia generó una disminución de las admisiones y estadías hospitalarias y, en consecuencia, una reducción de los costos del 11% (13).

7. En promedio, las personas de grupos socioeconómicos desfavorecidos, especialmente las que tienen menos educación formal, registran niveles más altos de deterioro funcional. En Uruguay, por ejemplo, la dependencia de los cuidados en las personas de 65 años o más se observó en el 15,3% de las personas sin escolarización, en comparación con el 5,1% de las que tenían educación terciaria completa (14). En Chile, el 28,4% de las personas mayores en situación de dependencia pertenecen al quintil de ingresos más bajos (15).

8. Pese a la demanda actual y la demanda proyectada de CLP, la prestación formal de servicios de este tipo es insuficiente en la Región, y se depende en exceso de los cuidados no remunerados prestados por familiares (14, 16). En Argentina, por ejemplo, los familiares prestan el 77% de los cuidados que necesitan las personas mayores en situación de dependencia (17). Las mujeres son las

² La discapacidad es un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Es importante señalar que la presencia de limitaciones funcionales no necesariamente equivale a dependencia de los cuidados (9, 3).

³ En el estudio se estimó el costo potencial de una cobertura baja, media, alta y total de los CLP en 17 países de la Región. El escenario de cobertura baja contemplaba una cobertura del 35% de la población mayor de 65 años en situación de dependencia de los cuidados.

principales responsables de la prestación informal de cuidados, pues están a cargo de más del 70% de los cuidados no remunerados que se prestan a las personas mayores en la Región (18).

9. Si bien la prestación informal de cuidados puede generar una sensación de satisfacción y logro, tiene un considerable efecto negativo en la salud y el bienestar de las personas que prestan dichos cuidados. Algunos datos recientes de Estados Unidos muestran que el 19,2% de las personas que prestan cuidados indican que su salud es regular o mala (19). Además, el cuidado no remunerado impone un costo económico a los hogares cuando las personas a cargo del cuidado se ven en la obligación de dejar un empleo remunerado o reducir sus horas de trabajo para poder cumplir con su tarea de cuidar a otra persona. En Brasil, el 25,8% de quienes cuidan a otra persona indicaron que habían dejado de trabajar o estudiar para ocuparse de estos cuidados (20). Reducir la carga de trabajo de prestar cuidados a una persona puede tener beneficios económicos y sociales que van más allá del sector de la salud, ya que permite que las personas que prestan estos cuidados, especialmente las mujeres, participen más en otras actividades, incluso en el mercado laboral (21, 22).

10. Aunque los cuidados no remunerados brindados por familiares siguen representando la mayor parte de los CLP, su contribución se está reduciendo debido a que las familias ahora son de menor tamaño y las mujeres tienen una mayor participación en el mercado laboral. Al reducirse la disponibilidad de cuidados brindados por familiares en un momento en que la demanda de CLP está en aumento, se hace cada vez más necesario contar con personas que trabajen formalmente proporcionando cuidados en el hogar o en un entorno institucional. Para satisfacer la demanda actual, se estima que en América Latina y el Caribe se necesitarían cerca de 5 millones de personas que presten formalmente CLP. Esta cifra aumentará a casi 9 millones de trabajadores en el 2035 y más de 14 millones en el 2050 (23). Para mejorar los servicios de CLP, es necesario aumentar la capacitación y la educación de los recursos humanos. En México, por ejemplo, menos del 3% del personal que trabaja en centros de CLP tiene una capacitación adecuada (24).

11. Entre los elementos clave que contribuyen a que se brinden cuidados de buena calidad en los centros de CLP se encuentran que la dotación de personal a cargo de los cuidados sea suficiente y que este personal reciba capacitación eficaz y tenga oportunidades de desarrollo profesional (25). La dotación de personal es uno de los numerosos retos que enfrentan estas instituciones. Estos problemas se hicieron evidentes durante la pandemia de COVID-19, cuando muchas instituciones no parecían estar preparadas para proteger a las personas mayores: casi la mitad de las muertes que se produjeron en todo el mundo durante la fase inicial de la pandemia ocurrieron en estos lugares (26).

12. Los servicios de CLP son prestados por los sectores de la salud y de protección social, pero con frecuencia no hay coordinación entre ellos. Debido al aumento de la demanda, el sector privado está asumiendo un papel importante en la prestación de CLP, pero su participación está sujeta a pocas regulaciones (3). Cuando los CLP se basan en la estrategia de atención primaria de salud, como parte del proceso continuo de la atención integrada, se puede promover una mejor coordinación entre sectores y la prestación de servicios que satisfagan las necesidades de las personas en situación de dependencia y de las personas a cargo de su cuidado (5). Esta estructura brinda apoyo a la prestación de CLP en la comunidad, fomenta el envejecimiento en el lugar⁴ y mejora la equidad en la salud.

⁴ Envejecer en el lugar (adecuado) es la capacidad de las personas mayores de vivir en su propio hogar y comunidad de manera segura, independiente y cómoda, con independencia de la edad, los ingresos o el nivel de capacidad intrínseca (4).

Además, contribuye a la prevención de la dependencia de los cuidados por medio de intervenciones específicas, como la tecnología de apoyo, que ayudan a optimizar y monitorear la capacidad funcional de una persona (5, 27). Prestar las opciones adecuadas de CLP puede reducir el uso de servicios de salud por enfermedades y problemas de salud agudos asociados a las necesidades de CLP, lo que contribuye a la sostenibilidad de todo el sistema. En Brasil, el sistema público de salud gasta un mínimo de US\$ 123 millones por año en hospitalizaciones prolongadas, incluidas aquellas que no están directamente relacionadas con una causa médica (28).

13. Algunos países como Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, República Dominicana y Uruguay han avanzado en la formulación y la aplicación de políticas sobre los cuidados. Sin embargo, resulta difícil definir el alcance de los CLP y mejorar su integración dentro de estructuras de cuidados más amplias en los países, que incluyen iniciativas relativas a la equidad de género y el alivio de la pobreza. Es necesario elaborar de forma continua políticas sobre los CLP y coordinar de manera eficaz los sistemas de salud y protección social para abordar las necesidades de la población en aumento que se encuentra en situación de dependencia de los cuidados, así como las necesidades de las personas a cargo de los cuidados.

Propuesta

14. En esta política se proponen algunas medidas prioritarias para establecer, fortalecer y expandir los CLP en la Región. Se proponen cinco líneas de acción para brindar apoyo en la prestación de CLP integrados y sostenibles a lo largo del curso de vida.

Fortalecer la gobernanza, la rendición de cuentas y la rectoría por medio de políticas intersectoriales para satisfacer las necesidades de cuidados a largo plazo.

15. La organización y prestación de CLP debería basarse en una política intersectorial nacional, e incluir la participación de múltiples sectores⁵ por medio de mecanismos de gobernanza estructurados. Se debe designar un ministerio, departamento u otra entidad gubernamental que encabece la coordinación de los diversos sectores que participen y de las medidas que se tomen. El sector de la salud debe tener un papel importante en el diseño, la planificación, la aplicación y el seguimiento de la prestación de CLP y su integración con otros sectores, así como en la elaboración de estrategias para prevenir la dependencia de los cuidados, particularmente en los grupos en situación de vulnerabilidad.

16. En las políticas, las estrategias y los planes nacionales relativos a los CLP se deben definir las responsabilidades de cada sector, de manera de abordar las necesidades sociales y de salud prioritarias, y organizar los modelos de cuidados que deben adoptarse para abordar estas necesidades. Cada país debería evaluar su capacidad actual para prestar CLP y definir las medidas necesarias para responder a las necesidades actuales y futuras.

⁵ Incluye todos los sectores pertinentes: entidades gubernamentales (ministerios, grupos técnicos, legisladores y otros), organizaciones sin fines de lucro, organizaciones filantrópicas, grupos de voluntarios, organizaciones de la sociedad civil, entidades del sector privado, organismos multilaterales y comunidad académica, entre otros.

Fortalecer la capacidad de la fuerza laboral para brindar cuidados a largo plazo, incluidos los trabajadores de salud y la protección social, así como las personas que prestan cuidados de forma no remunerada

17. Las personas que prestan CLP de forma remunerada deben formar parte de una fuerza laboral formal y acreditada, que debe aumentar, ser sostenible y valorada, y fortalecerse por medio de la capacitación continua y el establecimiento de competencias profesionales mínimas. En la *Política sobre el personal de salud 2030* de la OPS (29) se ofrece un marco para fortalecer las capacidades de la fuerza laboral a fin de proporcionar CLP por medio de una atención interprofesional y colaborativa basada en el trabajo en equipo.

18. Es necesario reconocer y valorar los cuidados no remunerados como una parte importante de los CLP, pero además deben tener como contrapeso la prestación de CLP formales a fin de reducir la carga de trabajo que recae sobre las familias y, en especial, sobre las mujeres. Es necesario poner en marcha, ampliar y evaluar mecanismos de capacitación y apoyo para quienes prestan cuidados de manera informal. La integración de los CLP dentro de la atención primaria de salud puede mejorar el alcance en la comunidad y su participación, así como la prestación de servicios para las personas que prestan cuidados de manera informal, por ejemplo, mediante tecnologías de apoyo, servicios de relevo y acompañamiento psicológico.

Fortalecer la organización y prestación de cuidados a largo plazo integrados y centrados en la persona, para dar respuesta a las diferentes necesidades de las personas que requieren cuidados y de las personas que los prestan.

19. Es necesario realizar evaluaciones de las necesidades y los resultados que estén centradas en la equidad y que sean integrales, confiables, éticas y apropiadas desde un punto de vista cultural para guiar las prácticas de CLP y lograr una mejora constante. Es preciso que haya un modelo de atención basado en la evidencia y centrado en la persona para guiar la integración, evaluación y prestación de los CLP a lo largo de un proceso continuo que abarca desde la prevención de la discapacidad hasta los cuidados al final de la vida.⁶

20. Las decisiones relativas a la prestación de intervenciones y servicios de CLP centrados en la persona que sean apropiados desde un punto de vista cultural deben fundamentarse en orientaciones basadas en la mejor evidencia disponible. Se deben realizar esfuerzos para llegar a los grupos cuyas voces, necesidades y prioridades han sido históricamente excluidas y marginadas, así como a los que no tienen protección social, promoviendo el acceso equitativo a los CLP.

21. Los CLP prestados en la comunidad y en el hogar tienen beneficios para la salud física, social y emocional, y deben fortalecerse y ampliarse para promover el envejecimiento en el lugar. Los centros de salud en el primer nivel de atención que ocupan una posición estratégica dentro de las

⁶ El proceso continuo de los CLP "hace hincapié en la coordinación entre los sectores social y de salud mediante una gobernanza efectiva, una derivación sin fisuras entre entornos (doméstico, comunitario, establecimientos de salud y servicios sociales, atención aguda), y la prestación coordinada y colaboración entre las distintas funciones asistenciales (prevención, rehabilitación, cuidados paliativos, cuidados agudos), que abarque todos los niveles de intensidad de cuidados asistencial y prestación de cuidados en el momento oportuno" (5).

comunidades pueden proporcionar un punto de entrada y facilitar el acceso de las personas con necesidades de CLP y sus familias en la comunidad, desde la prevención de las necesidades de CLP hasta los cuidados al final de la vida.

22. Deben implantarse normas de calidad de los CLP en todos los contextos y aplicarse a todos los sectores pertinentes. Es necesario invertir en la elaboración de normas apropiadas desde un punto de vista cultural para diferentes entornos (cuidados prestados en la comunidad, en el hogar, en un establecimiento, en un hospital, etc.) y en la aplicación de un enfoque de gestión y control de la calidad.

Aumentar y optimizar el financiamiento sostenible y equitativo de los CLP

23. Deberían asignarse fondos públicos de los presupuestos nacionales a los sistemas de atención de salud y asistencia social para satisfacer la necesidad de CLP, teniendo en cuenta sus características multisectoriales. Los países deberían elaborar presupuestos multisectoriales para los CLP sobre la base de procesos de planificación acordes con el contexto nacional.

24. Los países deben aumentar urgentemente el nivel de financiamiento de los CLP con fondos procedentes de múltiples fuentes, dando prioridad a los fondos públicos, reconociendo que, si no se invierte ahora, los costos serán mayores en el futuro. Además, las inversiones inmediatas en los CLP reducirán el riesgo de gastos catastróficos para los hogares, empobrecimiento y otras inequidades para las personas que necesitan cuidados y para las que los prestan.

25. Las autoridades de salud deben aumentar la inversión en la salud y mejorar la eficiencia del sistema de salud, prestando particular atención a preservar la capacidad funcional para prevenir la discapacidad y la dependencia de los cuidados. Estas inversiones deben estar incorporadas en todo el sistema de salud, particularmente a través de la atención primaria de salud, para garantizar que haya un enfoque de atención integrada.

Fortalecer los sistemas de información para los cuidados a largo plazo y mejorar la recopilación de datos y la investigación.

26. Hay una necesidad urgente de desarrollar sistemas de información sólidos y transparentes que sirvan de guía en la formulación de políticas sobre los CLP basadas en la evidencia y en la toma de decisiones sobre los cuidados. Los datos sobre los CLP deben reflejar las necesidades de todos los grupos poblacionales, incluidas las personas que reciben cuidados y las que los prestan. Estos datos deben estar desglosados, recopilarse de forma continua y estratificarse en función del grado de dependencia. Además, es esencial realizar más investigaciones sobre los CLP a fin de mejorar continuamente la calidad, la eficiencia y la eficacia de los CLP.

Seguimiento y evaluación

27. El seguimiento y la evaluación de esta política se armonizarán con el marco de gestión basada en los resultados que tienen tanto la OPS como la OMS y sus procesos de seguimiento y evaluación del desempeño. Se informará a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre el progreso alcanzado y los desafíos encontrados en la ejecución de esta política mediante un examen de mitad de período en el 2029 y un informe final en el 2035.

Implicaciones financieras

28. Los Estados Miembros deben priorizar la asignación de recursos para la ejecución de esta política, según proceda. La Oficina Sanitaria Panamericana se esforzará por movilizar recursos adicionales a fin de ejecutar esta política y brindar apoyo a los Estados Miembros (véase el anexo B).

Intervención del Comité Ejecutivo

29. Se invita al Comité Ejecutivo a que examine la información presentada en este documento, haga los comentarios que estime pertinentes y considere aprobar el proyecto de resolución que se presenta en el anexo A.

Anexos

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>.
2. Martínez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. Esperanza de vida, esperanza de vida saludable y carga de enfermedad en personas mayores en la Región de las Américas desde 1990 hasta el 2019: estudio poblacional. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e114. Disponible en: <https://journal.paho.org/es/articulos/esperanza-vida-esperanza-vida-saludable-carga-enfermedad-personas-mayores-region-americas>.
3. Organización Panamericana de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo. La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS y BID; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326879>.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>.
5. Organización Mundial de la Salud. Marco para que los países logren un sistema integrado y continuo de cuidados a largo plazo. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56747>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud [Documento Oficial 359]. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [documento CD53/5, Rev. 2]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>.

8. Organización Mundial de la Salud. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>.
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42419>.
10. Organización Mundial de la Salud. Global report on health equity for persons with disabilities. Ginebra: OMS; 2022. Publicación completa disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>; resumen en español disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240063624>.
11. Aranco N, Ibararán P, Stampini M. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe. Nota técnica n.º IDB-TN-2470. Washington, D.C.: BID; 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0004250>.
12. Fabiani B, Costa-Font J, Aranco N, Stampini M, Ibararán P. Opciones de financiación de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Nota técnica n.º IDB-TN-2473. Washington, D.C.: BID; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0004306>.
13. Costa-Font J, Jimenez-Martin S, Vilaplana C. Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? J Health Econ. 2018;58(Marzo):46–66. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002>.
14. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envejecer en América Latina y el Caribe: Protección social y calidad de vida de las personas mayores. Washington, D.C.: BID; 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-en-america-latina-y-el-caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Tomar el pulso a la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Análisis situacional de Chile. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57112>.
16. Bango J, Cossani P. Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación. Nueva York; ONU-Mujeres y CEPAL; 2021. Disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>.
17. Oliveri ML. Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. Nota técnica n.º IDB–TN–2044. Washington, D.C.: BID; 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0002891>.

18. Stampini M, Oliveri ML, Ibararán P, Londoño D, Rhee HJS, James GM. ¿Trabajar menos para cuidar de los padres? Los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina Documento de trabajo del BID n.º IDB-WP-1105. Washington, D.C.: BID; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/trabajar-menos-para-cuidar-de-los-padres-los-efectos-laborales-de-la-atencion-la-dependencia-en-el>.
19. Edwards VJ, Bouldin ED, Taylor CA, Olivari BS, McGuire LC. Characteristics and Health Status of Informal Unpaid Caregivers — 44 States, District of Columbia, and Puerto Rico, 2015–2017. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:183–188. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6907a2>.
20. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities—ELSI-Brazil. *Rev de Saúde Pública*. 2018;28;52(S2). Disponible en: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/154063>.
21. ONU-Mujeres. Redistribuir el cuidado no remunerado y prestar servicios de cuidados de calidad: un requisito previo para la igualdad de género. Documento de políticas número 5. Nueva York: ONU-Mujeres; 2016. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2016/UN-Women-Policy-brief-05-Redistributing-unpaid-care-es.pdf>.
22. Grabowski DC. The future of long-term care requires investment in both facility- and home-based services. *Nat Aging*. 2021;1(1):10–11. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s43587-020-00018-y>.
23. Villalobos Dintran P, Oliveira D, Stampini M. Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: BID; 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/node/32710>.
24. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Nota técnica n.º IDT-TN-1614. Washington, D.C.: BID; 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0001826>.
25. Silvestre JH, Bowers BJ, Gaard S. Improving the quality of long-term care. *J Nurs Regul*. 2015;6:52–56. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30389-6](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30389-6).
26. Dyer AH, Fallon A, Noonan C, Dolphin H, O'Farrelly C, Bourke NM, O'Neill D, Kennelly SP. Managing the impact of COVID-19 in nursing homes and long-term care facilities: an update. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23(9):1590–1602. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.06.028>.
27. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe mundial sobre la tecnología de asistencia. Ginebra: OMS y UNICEF; 2022. Publicación completa disponible en inglés en: <https://iris.who.int/handle/10665/354357>; resumen en español disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240049178>.

28. Organización Panamericana de la Salud. Tomar el pulso a la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Análisis de situación: Brasil. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57150>.
29. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre el personal de salud 2030: Fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes [documento CD60/6]. 60.º Consejo Directivo, 75.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2023. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin>.



CE174/16

Anexo A
Original: inglés

Proyecto de resolución

POLÍTICA SOBRE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO

La 174.^a sesión del Comité Ejecutivo,

(PP) Habiendo examinado el proyecto de *Política sobre los cuidados a largo plazo* (documento CE174/16),

Resuelve:

(OP) Recomendar al 61.º Consejo Directivo que apruebe una resolución conforme a los siguientes términos:

POLÍTICA SOBRE LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO

El 61.º Consejo Directivo,

(PP1) Habiendo examinado la *Política sobre los cuidados a largo plazo* (documento CD61/___);

(PP2) Considerando que abordar las necesidades de cuidados a largo plazo (CLP) supone retos importantes para los sistemas de salud y protección social en la Región de las Américas, dadas las tendencias demográficas y epidemiológicas actuales y futuras;

(PP3) Observando que para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud es necesario disponer de capacidad para prestar CLP integrales, continuos, integrados y centrados en la persona a fin de abordar las necesidades, aumentar expectativa de vida saludable, mejorar la equidad y reducir los gastos catastróficos de las personas, las familias y los sistemas;

(PP4) Reconociendo que la provisión formal de CLP en la Región es insuficiente en la actualidad y que se observa una fuerte dependencia de los cuidados no remunerados prestados por familiares, especialmente las mujeres, y que la demanda de CLP en el futuro aumentará rápida y considerablemente, y que se prevé un incremento en los niveles de dependencia de los cuidados;

(PP5) Reconociendo la urgente necesidad de impulsar el desarrollo de la capacidad intersectorial para prestar CLP y fortalecer la capacidad de los ministerios de salud para optimizar la capacidad funcional y prevenir la pérdida funcional, integrando las medidas que se tomen en los sectores de la salud y la protección social a fin de atender las necesidades tanto de las personas que reciben cuidados como de las personas que los prestan;

(PP6) Observando la necesidad de mejorar la recopilación de datos y los sistemas de información que permitan detectar las necesidades y darles seguimiento, y priorizar de manera eficaz las medidas que se tomen, en particular con respecto a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad;

(PP7) Considerando la necesidad de invertir en la prestación formal de CLP y el costo de no actuar en términos de los resultados de salud, la esperanza de vida saludable, las repercusiones en las personas que prestan los cuidados y el aumento del riesgo de los hogares de incurrir en gastos catastróficos;

Resuelve:

(OP)1. Aprobar la *Política sobre los cuidados a largo plazo* (documento CD61/___).

(OP)2. Instar a todos los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades nacionales, a que:

- a) elaboren y apliquen políticas intersectoriales que prioricen, creen y expandan la capacidad para brindar CLP en consonancia con las necesidades actuales y proyectadas de salud de la población y den seguimiento a tales políticas, y formalicen la prestación de este tipo de cuidados dentro de los sectores de la salud y la protección social a fin de aumentar el acceso a los CLP, especialmente para las personas en situación de vulnerabilidad.
- b) fortalezcan las capacidades de gobernanza y rectoría en todos los sectores pertinentes a fin de satisfacer las necesidades de CLP, con la participación eficaz de los ministerios de salud en la planificación, regulación, coordinación intersectorial y prestación de los CLP;
- c) fortalezcan la organización y prestación de CLP integrados, centrados en la persona y apropiados desde el punto de vista cultural, que respondan a las diferentes necesidades de las personas en situación de dependencia de los cuidados y las personas que prestan los cuidados, y dando prioridad a la prestación de CLP en la comunidad y en el hogar, con base en la estrategia de atención primaria de salud;
- d) fortalezcan la capacidad de la fuerza laboral para proporcionar CLP así como la formalización y organización de equipos colaborativos en los ámbitos de la salud y la protección social, y aumenten la capacitación y el apoyo a las personas que brindan cuidados de forma no remunerada, que son parte integral de la prestación de CLP;
- e) aumenten y optimicen el financiamiento sostenible de los CLP en todos los sectores por tratarse de una inversión estratégica en la salud, la equidad y la protección financiera y social de la población;
- f) aumenten la recopilación de datos y la investigación sobre los CLP e incluyan en los sistemas nacionales de seguimiento más información pertinente sobre los CLP.

(OP)3. Solicitar al Director que:

- a) proporcione cooperación técnica a los Estados Miembros para fortalecer las capacidades que contribuyan a la aplicación de esta política y al logro de sus objetivos;

-
- b) brinde apoyo al fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otras partes interesadas que trabajan en los CLP;
 - c) brinde apoyo al desarrollo de políticas intersectoriales nacionales, marcos regulatorios y capacidades nacionales que aumenten el acceso a los CLP en la Región;
 - d) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre el progreso logrado y los retos encontrados en la aplicación de esta política por medio de un examen de mitad de período en el 2029 y un informe final en el 2035.

Plantilla analítica: Implicaciones programáticas y financieras

1. Punto del orden del día: 4.5 - Política sobre los cuidados a largo plazo																
2. Unidad a cargo: Sistemas y Servicios de Salud/Curso de Vida (HSS/HL)																
3. Funcionario a cargo: Dr. Enrique Vega; Patricia Morsch																
4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas con este punto del orden del día: N/A																
<p>5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030:</p> <p>Objetivo 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades</p> <p>Objetivo 9: Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental</p> <p>Objetivo 11: Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud</p>																
<p>6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025:</p> <p>Indicador a nivel del impacto 8: Proporción de adultos mayores de 65 años que dependen de cuidados</p> <p>Resultado intermedio 2: Salud a lo largo del curso de vida</p> <p>Resultado intermedio 3: Atención de buena calidad para las personas mayores</p>																
7. Plazo para la ejecución y la evaluación: Esta política cubre el período comprendido entre el 2025 y el 2034.																
<p>8. Repercusiones financieras:</p> <p>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Áreas</th> <th>Costo estimado (US\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recursos humanos</td> <td>1 000 000</td> </tr> <tr> <td>Capacitación</td> <td>300 000</td> </tr> <tr> <td>Consultores/contratos de servicios</td> <td>400 000</td> </tr> <tr> <td>Viajes y reuniones</td> <td>400 000</td> </tr> <tr> <td>Publicaciones</td> <td>250 000</td> </tr> <tr> <td>Materiales y otros gastos</td> <td>150 000</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>2 500 000</td> </tr> </tbody> </table>	Áreas	Costo estimado (US\$)	Recursos humanos	1 000 000	Capacitación	300 000	Consultores/contratos de servicios	400 000	Viajes y reuniones	400 000	Publicaciones	250 000	Materiales y otros gastos	150 000	Total	2 500 000
Áreas	Costo estimado (US\$)															
Recursos humanos	1 000 000															
Capacitación	300 000															
Consultores/contratos de servicios	400 000															
Viajes y reuniones	400 000															
Publicaciones	250 000															
Materiales y otros gastos	150 000															
Total	2 500 000															

- b) Costo estimado para el bienio 2024-2025 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 500 000.**
- c) Del costo estimado que se indica en el apartado *b)* anterior, ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas? Todos los costos indicados en el apartado *b)* se pueden subsumir en las actuales actividades programadas.**