



# REGISTRO OFICIAL

## ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado  
Presidente Constitucional de la República

### TERCER SUPLEMENTO

**Año II - Nº 429**

**Quito, lunes 2 de febrero de 2015**

**Valor: US\$ 1.25 + IVA**

**ING. HUGO ENRIQUE DEL POZO  
BARREZUETA  
DIRECTOR**

Quito: Avenida 12 de Octubre  
N23-99 y Wilson

Edificio 12 de Octubre  
Segundo Piso  
Telf. 2901 – 629

Oficinas centrales y ventas:  
Telf. 2234 - 540  
3941-800 Ext. 2301

Distribución (Almacén):  
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto  
Telf. 2430 - 110

Sucursal Guayaquil:  
Malecón Nº 1606 y Av. 10 de Agosto  
Telf. 2527 - 107

Suscripción semestral: US\$ 200 + IVA  
para la ciudad de Quito  
US\$ 225 + IVA para el resto del país  
Impreso en Editora Nacional

40 páginas

[www.registroficial.gob.ec](http://www.registroficial.gob.ec)

**Al servicio del país  
desde el 1º de julio de 1895**

## SUMARIO:

Págs.

### FUNCIÓN EJECUTIVA

#### ACUERDO:

##### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

00005223 Apruébase el Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015 – 2017 ..... 2

#### CIRCULAR:

##### SERVICIO DE RENTAS INTERNAS:

NAC-DGECCGC15-00000003 Deducibilidad de gastos personales correspondientes a la unidad familiar ..... 31

#### RESOLUCIONES:

##### COMITÉ DE COMERCIO EXTERIOR:

001-2015 Difiérese a 0% ad valorem la tarifa arancelaria para la importación de sacos de yute clasificados en la subpartida arancelaria 6305.10.10.00 ..... 33

##### SERVICIO DE RENTAS INTERNAS:

NAC-DGERCGC15-00000045 Expídense las Normas para la declaración de la contribución del uno por mil sobre el valor de los activos fijos prevista en la Ley de Turismo ..... 34

NAC-DGERCGC15-00000053 Refórmase la Resolución No. NAC-DGERCGC14-00872, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 367 de 04 de noviembre de 2014 ..... 35

##### GOBIERNOS AUTÓNOMOS DESCENTRALIZADOS:

##### ORDENANZA MUNICIPAL:

- Cantón Pablo Sexto: Reforma a la Ordenanza que regula las contribuciones especiales por mejoras ..... 36

No. 00005223

**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

**Considerando:**

Que, el artículo 3 de la Constitución de la República del Ecuador establece entre los deberes primordiales del Estado: “1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (...)”;

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir;

Que, el artículo 35 de la citada Constitución de la República dispone que: “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (...)”;

Que, artículo 50 de la Norma Suprema prescribe que: “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.”;

Que, el artículo 361 de la Norma Suprema del Ecuador establece que: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;

Que, el numeral 1 del artículo 363 de la Carta Fundamental preceptúa que el Estado será responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario;

Que, el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud dispone que la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 6, establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

(...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud.”;

Que, el artículo 10 de la Ley Ibídem ordena que: “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva. (...)”;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 00000101 publicado en el Registro Oficial No. 415 de 29 de marzo de 2011, se dispuso organizar, en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que contribuyan a garantizar los derechos de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento y a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, incluyendo a los familiares, cuando sea necesario; y,

Que, mediante memorando No. MSP-DNPMNS-2014-0173-M de 17 de noviembre de 2014, la Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

**EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

**Acuerda:**

**Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015 – 2017”.

**Art. 2.-** Disponer que el documento denominado “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015 – 2017” sea de aplicación y observancia obligatoria en todos los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud.

**Art. 3.-** El Ministerio de Salud Pública publicará en su página web el “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017” como documento de consulta para el público en general.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA**

Durante la implementación del “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015 – 2017”, se iniciará la atención con profesionales capacitados y/o con experiencia en cuidados paliativos, hasta que en el país se cuente con profesionales especialistas en estos cuidados.

**DISPOSICIÓN FINAL**

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a través de la Dirección Nacional de Discapacidades.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 27 de enero de 2015.

f.) Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la DN Secretaría General al que me remito en caso necesario lo certifico.- Quito, a 28 de enero de 2015.- f.) Secretaria General, Ministerio de Salud Pública.

### Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud

Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Dirección Nacional de Normatización

Enero 2015

Autoridades:

- Mgs. Carina Vance, Ministra de Salud Pública
- Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
- Dra. Marisol Ruilova, Viceministra de Atención Integral en Salud
- Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
- Dra. Patricia Granja, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud
- Dra. María Augusta Molina, Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
- Dr. Juan Carlos Panchi, Director Nacional de Discapacidades

Ficha catalográfica:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, <i>Plan Nacional de Cuidados Paliativos</i> , Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Normatización, 2015, <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estrategia</li><li>2. Salud pública</li><li>3. Ecuador</li></ol>
---

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública, *Plan Nacional de Cuidados Paliativos*. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Normatización, 2015, Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública  
Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud  
Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Dirección Nacional de Normatización  
Ave. República del Salvador 36-64 y Suecia 10° Piso  
Teléfono: 593-2-381-4400 / 593-2-381-4450  
Página Web: www.msp.gob.ec

Diseño e impresión:

Impreso en Quito – Ecuador

### Tabla de Contenido

Acuerdo Ministerial

Colaboradores

Presentación

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Situación actual
4. Marco conceptual
5. Marco legal
6. Elementos del Plan Nacional
  - 6.1 Objetivo principal
  - 6.2 Objetivos específicos
  - 6.3 Principios del Plan Nacional de Cuidados paliativos
  - 6.4 Alineación con la Política Nacional de Salud
7. Lineamientos y estrategias
8. Plan de implementación
9. Glosario
10. Referencias bibliográficas
11. Anexo 1 Plan de implementación

### Colaboradores

#### Grupo de redacción

- Ximena Pozo, MD, Coordinadora de Cuidados paliativos Subsecretaría Nacional de Gobernanza MSP
- Gabriela Aguinaga Romero, MD, MPH, Directora Nacional de Normatización MSP
- Patricia Granja, MD, MPH; Asesora MSP
- María Augusta Molina, MD, MPH, Asesora Subsecretaría Nacional de Gobernanza MSP
- Cecilia Acuña, Consultora en Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS
- Fabricio González-Andrade, MD, PhD; Asesor Técnico MSP, Investigador Senior Programa Prometeo SENESCYT

#### Grupo de construcción nacional

- Carmen Alarcón, Dirección Nacional primer nivel MSP
- Carlos Álvarez, Anestesiólogo SOLCA Cuenca
- Silvia Álvarez, Dirección Nacional de medicamentos e insumos MSP

#### 4 -- Tercer Suplemento -- Registro Oficial N° 429 -- Lunes 2 de febrero de 2015

- Friné Andrade, Psicóloga Fundación Jersey
  - Germania Andrade, Pediatra FECUPAL
  - Lucy Barba, MD Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud MSP
  - Marcela Bolaños, MD MPH Fundación ABEI
  - María Cristina Cervantes, Médica internista SOLCA Quito
  - Jacqueline Cevallos, MD Residente Postgrado de Medicina familiar Universidad Central del Ecuador
  - Marco Chávez, Director Nacional de Seguimiento, Evaluación y Control de la Gestión
  - Nelson Delgado, Arquitecto sanitario Dirección Nacional de Normatización MSP
  - Sandra Cevallos, Anestesióloga Hospital Carlos Andrade Marín, FECUPAL
  - Florencia Cuamacas, Licenciada en enfermería Dirección Nacional de Discapacidades MSP
  - Viviana Dávalos, Anestesióloga, Docente - investigadora Hospital Universidad Técnica Particular de Loja
  - Gustavo Dávila, Abogado Director Fundación Jóvenes contra el cáncer
  - Nelson Delgado, Arquitecto sanitario Dirección Nacional de Normatización MSP
  - Tatiana Fernández, Médica Internista Hospital Eugenio Espejo
  - Gabriela Garcés, Ing. Voluntaria Fundación Jóvenes contra el cáncer
  - Patricia González, Anestesióloga SOLCA Loja
  - Rodrigo Henríquez, Médico de familia Coordinación General de Gestión Estratégica. MSP
  - Samira Hidalgo, MD Especialista de Control y Fiscalización del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
  - Mariana Ibarra, Licenciada en enfermería Dirección Distrital 17D02 MSP, FECUPAL
  - Oderay Larrea, Oncóloga Dirección Nacional de estrategias de la salud colectiva MSP
  - Nancy Lino, Anestesióloga SOLCA Guayaquil
  - Lucía Maldonado, Licenciada en enfermería FECUPAL
  - Pedro Maldonado, Analista de seguimiento Dirección Nacional de Seguimiento, Evaluación y Control de la Gestión
  - Susana Molina, MD Dirección Distrital 17D02 MSP
  - Edwin Murgueytio, MD Emergenciólogo IESS Dispensario central, FECUPAL
  - Germania Ortuño, Doctora en Psicología Dirección de Aviación Civil, FECUPAL
  - Steve Páez Rojas, Mgs. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
  - Mario Paz Mazon, Anestesiólogo, Algesiólogo Hospital Carlos Andrade Marín, Clínica Pichincha, Hospital Metropolitano
  - Mariana Pihuave, MD Asesora MSP VAIS
  - Amanda Puruncajas, Licenciada en enfermería Fundación Jersey
  - Alberto Redaelli, Sacerdote FECUPAL
  - Verónica Redín, Médica de familia Dirección Distrital 17D02 MSP
  - Sandra Rodríguez, Médica internista SOLCA Portoviejo
  - Ramiro Rueda, Anestesiólogo Hospital de especialidades de las Fuerzas armadas
  - Eduardo Salazar, Dirección de Educación y Comunicación MSP
  - Betzabe Tello, Médica de familia Dirección de Inteligencia de la Salud MSP
  - Ricardo Tixi, Oncólogo Hospital de la Policía. Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Oncología
  - Mariana Vallejo, Algesióloga SOLCA Guayaquil, Presidenta de la Sociedad Ecuatoriana para estudio y tratamiento del dolor,
  - Carmita Villa, Anestesióloga Hospital Pablo Arturo Suárez MSP
  - Silvia Zúñiga, Dirección Nacional de Normatización MSP
- Revisión externa**
- Profesor Xavier Gómez-Batiste, MD, PhD  
Director  
Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos - Institut Català d'Oncologia  
Cátedra de Cuidados Paliativos Universidad de Vic - UVIC/ICO/CCOMS
  - José Espinosa Rojas MD  
Coordinador  
Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos - Institut Català d'Oncologia  
Cátedra de Cuidados Paliativos UVIC/ICO/CCOMS

### **Revisión y aprobación Nacional**

- Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
- Dra. Marisol Ruilova, Viceministra de Atención Integral en Salud
- Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública
- Dra. Patricia Granja, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud
- Dr. Francisco Vallejo, Subsecretario Nacional de Vigilancia de la Salud Pública
- Espc. Ana Lucia Torres, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad
- Econ. Santiago Rivera, Coordinador General de Planificación
- Dra. María Augusta Molina, Directora Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
- Dr. Juan Carlos Panchi, Director Nacional de Discapacidades
- Sr. Patricio Aguirre, Director Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
- Dra. María José Mendieta, médica Dirección Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad.

### **Presentación**

El Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsa el Buen Vivir entendido como *“la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas”* (Ramírez, 2008: 387) e incorpora la atención en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud.

Estos cuidados tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como su familia y/o cuidadores, garantizando el derecho a la salud integral.

El MSP como Autoridad Sanitaria Nacional de la República del Ecuador, ha considerado necesario y oportuno implementar la atención paliativa en el Sistema Nacional de Salud.

El Plan Nacional de Cuidados paliativos fortalecerá la implementación de la Política Nacional de Salud, priorizando la dignidad de las personas con necesidad de atención paliativa, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y la comunidad.

### **1. Introducción**

La vida asociada a enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado y la muerte, es un tópico que generalmente no se aborda en el día a día, se vive pensando que la muerte es un suceso para otros, no en primera persona, sólo cuando alguien cercano presenta una

enfermedad que amenaza la vida o un ser querido fallece, se piensa en este tema. Los avances de la medicina han permitido sobrevivir a muchas enfermedades y accidentes antes mortales, sin embargo el final de la vida es una realidad, la dignidad con que se viva esta etapa es una tarea personal, familiar y de los servicios de salud que deben prestar atención integral en todo el ciclo vital.

Los servicios de cuidados paliativos atienden a las personas que viven con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado y sus familias. Se han considerado como un componente importante de la salud pública, ya que garantizan el derecho al alivio del sufrimiento, a la dignidad, a solventar las necesidades para el cuidado y garantizar la calidad de vida de las personas en el final de la vida y sus familias<sup>1</sup>.

El enfoque de esta atención es el ejemplo perfecto de una estrategia integral, multidimensional e intercultural, incluida en el Modelo de atención integral del Ministerio de Salud Pública el mismo que reconoce el acceso a los servicios de salud y a la salud como un derecho humano, afirmando que el cuidado de la salud debe ser gratuito, universal, solidario, acortando la brecha de inequidad, principios integrados en el concepto holístico del Plan Nacional para el Buen vivir.

Los cuidados paliativos empiezan por comprender que cada paciente tiene su propia historia, relaciones, cultura y cosmovisión, y merece respeto como un individuo único. Este respeto incluye el dar el mejor cuidado médico posible y hacer que los avances en salud de las recientes décadas estén completamente disponibles para que todos tengan las mejores oportunidades para pasar su vida lo mejor posible<sup>1</sup>.

La atención que merece cada persona requiere retomar principios básicos como la equidad, la accesibilidad oportuna a los servicios de salud de calidad con calidez y la formación de equipos interdisciplinarios con capacidad resolutoria adecuada.

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008 obliga y la sociedad demanda la atención de cuidado paliativo en el Sistema de salud público, es necesario que los profesionales de salud desarrollen las correspondientes competencias, se implemente este servicio en los diferentes niveles de atención y se asegure la disponibilidad y acceso a medicamentos y dispositivos médicos, con el fin de brindar calidad de vida a las personas que requieran esta atención, acompañándoles a ellos y sus familiares durante el proceso de enfermedad hasta el final de la vida y durante el duelo, creando de esta forma una sociedad más justa y solidaria.

El Ministerio de Salud Pública con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con necesidad de atención paliativa y sus familias, expide el Acuerdo Ministerial número 101, el 9 de febrero de 2011 concerniente a cuidados paliativos, en el que se establece que es su responsabilidad: organizar en el marco del Modelo de atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, por lo que ha decidido elaborar el Plan Nacional de Cuidados paliativos, el mismo que es de carácter obligatorio, es el instrumento que el Estado utiliza para organizar los cuidados paliativos y sus actores, tanto públicos como privados, y proveer de

orientaciones que permitan avanzar hacia el logro del acceso equitativo y oportuno a la atención paliativa.

## 2. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la disponibilidad, accesibilidad y recursos para cuidados paliativos son limitados. Se estima que solo del 5 al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados los reciben y más del 50% de pacientes no pueden costear los servicios o la medicación. El interés en cuidados de este tipo ha aumentado en los profesionales de la salud, lo que ha permitido que aumenten las oportunidades de aprendizaje, sin embargo menos del 15% han sido formados en este tema en la educación de pregrado. Los recursos y la experiencia en investigación son limitados<sup>2</sup>.

El cáncer es un ejemplo de enfermedad que se beneficia del tratamiento paliativo, esta patología es un factor importante de la carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que a nivel mundial el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en el año 2000 a 15 millones antes del 2020. Cerca del 60% de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta<sup>3</sup>.

Los pacientes con cáncer necesitan medidas de alivio del dolor en todas las fases de la enfermedad. El dolor se produce en alrededor de la tercera parte de los pacientes que reciben tratamiento anticanceroso. Para ellos, las medidas de alivio del dolor han de ser paralelas a las del tratamiento. Más de las dos terceras partes de los casos avanzados experimentan dolor, por lo que el alivio de éste y de otros síntomas pasa a ser el objetivo principal del tratamiento<sup>4</sup>.

El dolor causa un terrible sufrimiento, que generalmente no puede ser medido. Quienes sufren dolor severo sin tratamiento generalmente viven en agonía, un estudio de la OMS encontró que quienes padecen de dolor crónico tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir depresión o ansiedad<sup>5</sup>, llegando incluso a afirmar que *el dolor puede matar*. Las consecuencias sociales del dolor incluyen la incapacidad para trabajar, cuidar de los hijos u otros miembros de la familia y la participación en actividades sociales<sup>6</sup>.

La disponibilidad y acceso a medicamentos es fundamental para la atención en cuidados paliativos, el dolor moderado a severo es un síntoma frecuente por lo que es necesario contar con analgésicos opioides en distintas presentaciones, cabe señalar que los opioides administrados por vía oral

proporcionan un alivio efectivo del dolor en la mayoría de los casos y son fáciles de administrar<sup>7</sup>, la morfina es el opioide de elección para el control del dolor<sup>8</sup>, utilizada por vía oral alivia el dolor en más del 90% de pacientes con dolor crónico. Su bajo costo hace que sea completamente accesible. Pero en el país no disponemos de tabletas, ni jarabe de morfina.

Si no se brinda atención en cuidados paliativos se corre el riesgo de continuar realizando tratamientos en muchas ocasiones inútiles, que causan un mayor perjuicio en la vida del paciente y su familia, así como gastos innecesarios, mal uso de recursos que podrían ser efectivos en pacientes con patologías susceptibles de curación, los hospitales de agudos terminan ocupados al menos un 25% por pacientes en su último año de vida<sup>9</sup>.

Los cuidados paliativos han demostrado efectividad, eficiencia y satisfacción, al contar con diversos indicadores de calidad, así como de modelos de evaluación y mejora de la calidad. Existe experiencia y evidencia suficiente como para implementarlos en todos los niveles del sistema sanitario<sup>10</sup>. Es responsabilidad del Estado ofrecer un sistema de salud efectivo e integral que cuide a sus ciudadanos hasta el final de la vida.

La Salud pública tiene funciones esenciales, que son el conjunto de acciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para mejorar la salud de las poblaciones. Entre las funciones que el Estado posee en el ámbito de los cuidados paliativos, son las de regular la práctica clínica en el país, garantizar la provisión adecuada y oportuna de los servicios, que fueren necesarios, informar de forma apropiada a la población y financiar la atención. El Plan por tanto, deberá abordar el cumplimiento de estas funciones, estableciendo los mecanismos y estructuras necesarias para ello.

El Modelo de salud pública de la OMS<sup>11</sup> recomienda para integrar eficazmente los cuidados paliativos en una sociedad y cambiar la experiencia de las personas que los necesitan, abordar los cuatro componentes del modelo: 1) políticas apropiadas, 2) suficiente disponibilidad de medicamentos, 3) educación de los profesionales de salud y el público e 4) implementación de servicios en todos los niveles de atención. Este proceso se implementa siempre en el contexto de la cultura, demografía de las enfermedades, socio economía y sistema de cuidado de la salud del país. Para cada componente hay resultados a corto, medio y largo plazo que deben ser medidos, se resume en la siguiente figura:

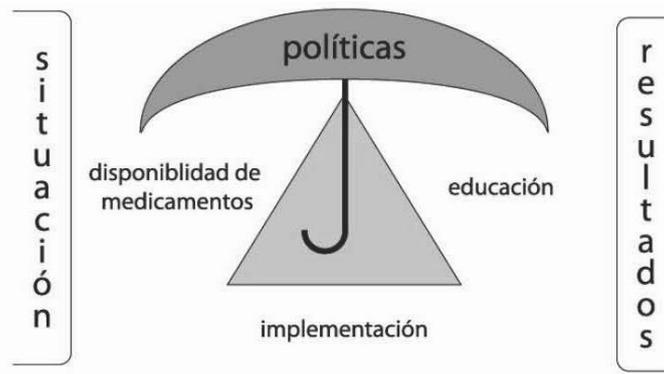


Figura 1. Fuente: Modelo de Salud Pública OMS.

### 3. Situación actual

Según el modelo de valoración de la provisión de cuidados paliativos de la Worldwide Palliative Care Alliance, el Ecuador se sitúa en la categoría 3a del “Nivel de desarrollo”, que indica que los servicios de cuidados paliativos se prestan de manera aislada<sup>12</sup>.

#### 3.1 Análisis de la prevalencia

La determinación de la prevalencia real de personas con necesidades de atención paliativa en una población, requiere de estudios específicos<sup>13</sup> y especializados que el país empieza a abordarlos y será parte de este plan el realizarlos. Para la fase inicial de planificación en un país se puede estimar la necesidad de cuidados paliativos utilizando los datos de mortalidad de las patologías propuestas por Beverlet McNamara<sup>14</sup> en su estimación de mínimos: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis lateral amiotrófica - enfermedades de motoneurona, Parkinson, Huntington, Alzheimer y SIDA, utilizando sus códigos correspondientes en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), para identificarlas; en Ecuador fueron 21.992 pacientes en el año 2010<sup>15</sup>, que corresponde al 36% del total de fallecimientos en ese año, en la tabla 1 se presenta los datos por provincias.

<b>Tabla 1. Total de defunciones y defunciones por enfermedades trazadoras de Cuidados paliativos. 2010</b>			
<b>Provincia</b>	<b>Total Defunciones</b>	<b>Total Defunciones con códigos CIE-10 seleccionados</b>	<b>% con códigos CIE-10 seleccionados</b>
Chimborazo	2.527	1.126	45%
Tungurahua	2.641	1.144	43%
Pichincha	9.618	4.118	43%
El Oro	2.493	1.017	41%
Azuay	3.104	1.246	40%
Cañar	1.139	444	39%
Carchi	745	284	38%
Cotopaxi	2.019	764	38%
Guayas	15.738	5.652	36%
Loja	2.080	722	35%
Pastaza	231	80	35%
Los Ríos	3.656	1.252	34%
Santa Elena	1.044	357	34%
Santo Domingo	1.309	425	32%
Imbabura	1.978	629	32%
Bolívar	995	315	32%
Galápagos	43	13	30%
Morona Santiago	403	108	27%
Manabí	6.101	1.600	26%
Esmeraldas	2.119	434	20%
Zamora Chinchipe	313	61	19%
Zona No Delimitada	31	6	19%
Napo	367	64	17%
Sucumbíos	530	79	15%
Orellana	392	52	13%
<b>Total</b>	<b>61.616</b>	<b>21.992</b>	<b>36%</b>

**Fuente:** Anuario de Defunciones Generales 2010. Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC

Clasificando esta información -el 36%- en defunciones por patologías oncológicas y no oncológicas, se observa que el 16% del total de fallecimientos en el año 2010 corresponden a causas oncológicas y el 20% a las 9 patologías no oncológicas, la información por provincias se detalla en la tabla 2.

En la tabla 2 se puede observar que las cinco provincias con mayor mortalidad por enfermedades que ameritan cuidado paliativos son Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Azuay.

<b>Tabla 2. Defunciones por patología oncológica y por las 9 patologías no oncológicas por provincia, 2010</b>			
<b>Provincia</b>	<b>Defunciones patología oncológica</b>	<b>Defunciones 9 patologías no oncológicas</b>	<b>Total defunciones oncológicas + 9 no oncológicas</b>
Guayas	2.497	3155	5.652
Pichincha	1.935	2183	4.118
Manabí	686	914	1.600
Los Ríos	529	723	1.252
Azuay	528	718	1.246
El Oro	454	563	1.017
Tungurahua	433	711	1.144
Loja	342	380	722
Chimborazo	341	785	1.126
Imbabura	335	294	629
Cotopaxi	317	447	764
Santo Domingo	236	189	425
Esmeraldas	189	245	434
Cañar	170	274	444
Santa Elena	166	191	357
Carchi	134	150	284
Bolívar	126	189	315
Sucumbíos	35	44	79
Morona Santiago	34	74	108
Pastaza	33	47	80
Zamora Chinchipe	28	33	61
Napo	25	39	64
Orellana	15	37	52
Galápagos	6	7	13
Zona no delimitada	5	1	6
<b>Total</b>	<b>9.599 (16%)</b>	<b>12.393 (20%)</b>	<b>21.992</b>
Fuente: Anuario de Defunciones generales 2010. INEC			

Por recomendación de la OMS, del total de personas que fallecen por las patologías seleccionadas se toma el 80%, en el año 2010 fueron 17.594 personas en todo el país las que necesitaron cuidados paliativos.

Para aproximarnos al tema de la oferta y la demanda de atención en cuidados paliativos en el país, tomaremos como ejemplo la provincia de Pichincha, cabe señalar que es la provincia con mayor número de instituciones que proveen cuidados paliativos, en el año 2010 fallecieron 4.118 personas con los CIE-10 indicados, el 80% fueron 3.294 personas, las cinco instituciones que realizan cuidados

paliativos reportaron ese año haber atendido a 657 personas<sup>16</sup>, es decir el 20% de los pacientes, queda la pregunta como fueron atendidos el 80% de pacientes. Es necesario conocer que pasa en el resto de provincias, tomando en cuenta que únicamente en seis existen servicios de cuidados paliativos.

El cáncer es un ejemplo de enfermedad subsidiaria de cuidados paliativos, que se ha ido incrementado en el tiempo, según el Registro Nacional de Tumores de SOLCA Quito la tasa de incidencia estandarizada por 100.000 habitantes para los hombres en el año de 1986 era de

158/100.000 habitantes, cifra que ascendió a 228,7/100.000 habitantes para el año 2005; mientras que en el caso de las mujeres la tasa de 191,5/100.000 habitantes en el año 1986, ascendió a 239,2/100.000 habitantes para el año 2005.

Según los registros de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, durante el año 2008 se

diagnosticaron en Ecuador un total de 20.200 casos nuevos de cáncer, de los cuales 10.900 fueron mujeres y 9.300 fueron hombres y un riesgo de contraer cáncer antes de los 75 años de edad de un 15,7%. Para el año 2020 se proyecta que exista un aproximado de 29.090 personas con cáncer y 19.544 personas fallecerán por este grupo de enfermedades<sup>17</sup>.

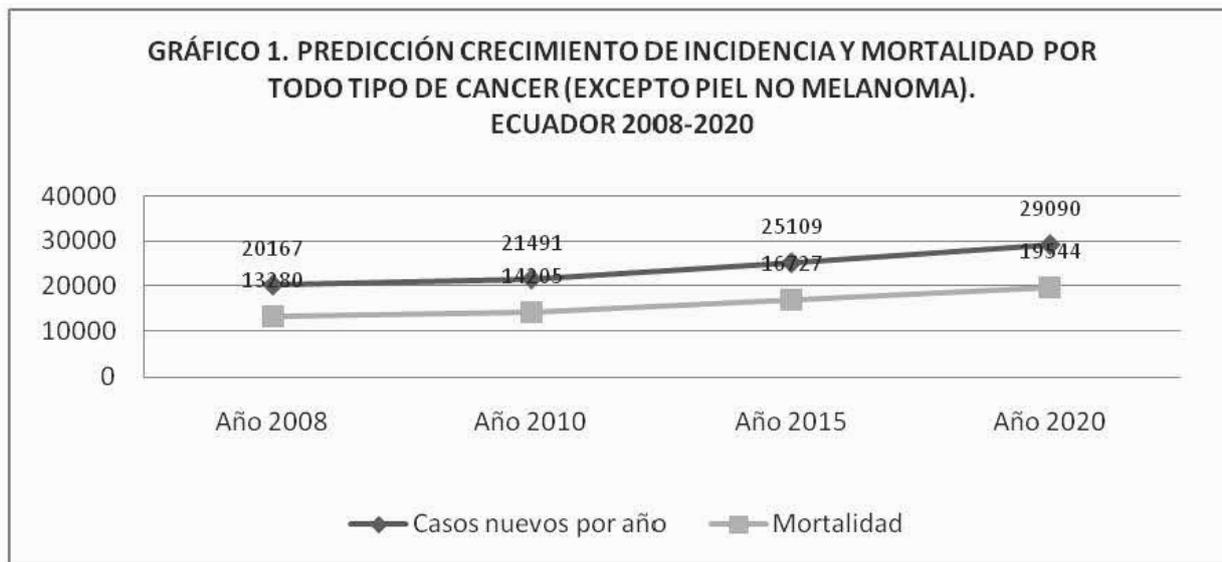


Gráfico 1. Fuente: GLOBOCAN 2008, Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Elaborado por: Dirección Nacional de Estrategias de Salud Colectiva. MSP.

En nuestro país la mortalidad por cáncer es elevada, posiblemente como consecuencia de la proporción de diagnósticos en etapas avanzadas de la enfermedad, según el Registro Nacional de Tumores -SOLCA Quito- de los pacientes que fueron diagnosticados de cáncer en la ciudad de Quito en el período 2005 – 2007, el 18% se encontraron en estadio III y el 27% en estadio IV, es decir el 45% de pacientes diagnosticados podrían requerir atención específica por equipos de cuidados paliativos, lo que refleja un sistema aún deficiente en estrategias de prevención y detección temprana de cáncer; asociado a la dificultad de acceso a los servicios de salud sobre todo existente en áreas rurales y la creencia difundida incluso entre el personal sanitario de que el cáncer es una enfermedad irremediamente fatal y que por lo tanto no existe la

necesidad de acudir a los servicios de salud en búsqueda de tratamiento<sup>18</sup>. Situaciones similares son claramente previsibles en los pacientes con las otras patologías crónicas susceptibles de atención paliativa en su fase avanzada.

Los pacientes que en el final de la vida son hospitalizados, fallecen inmersos en un sistema de salud propio de pacientes agudos, con horarios y visitas restringidas, sin los recursos humanos, técnicos y de infraestructura de cuidados paliativos. En el Hospital Eugenio Espejo de Quito<sup>19</sup> en el año 2010 egresaron 627 pacientes con diagnóstico de cáncer, fallecieron en el hospital 126 pacientes con cáncer de los cuales el 84% permaneció ingresado más de 48 horas. Estas hospitalizaciones representan un mal uso de recursos y modelos de atención no adaptados a las necesidades

### 3.2 Análisis de los recursos

La atención en cuidados paliativos en nuestro país es dada por instituciones privadas, las que realizan esfuerzos individuales en procura de brindar esta atención, sus esfuerzos bien reconocidos por la sociedad, lamentablemente, tienen un carácter local y no están articulados al Sistema Nacional de Salud, en la tabla 3 se detalla los proveedores y tipo de atención que brindan por provincias.

Provincia	Prestador del servicio	Unidades de pacientes ingresados	Consulta externa	Equipo de atención domiciliaria	Equipo de soporte hospitalario
PICHINCHA	ABEI	X	X		
	FECUPAL	X	X	X	
	Hospital Militar		X		X
	SOLCA		X	X	X
	Clínica Guadalupe	X			
	Clínica Sagrado corazón	X			
	Hospital Vozandes		X		X

<b>GUAYAS</b>	SOLCA		X	X	X
	La casa del Hombre doliente	X			
<b>AZUAY</b>	SOLCA		X		X
<b>MANABI</b>	SOLCA		X	X	X
	Fundación Cottolengo	X			
<b>LOJA</b>	SOLCA		X		X
	HUTPL		X		X
	Casa de enfermos terminales Loja (Liga de la caridad)	X			
<b>EL ORO</b>	SOLCA		X	X	X

Tabla 3. Fuente: Organizaciones no Gubernamentales de Cuidados Paliativos y Hospital Militar. Elaboración: grupo de redacción.

### 3.3 Análisis de los medicamentos:

Los medicamentos que mayor demanda tienen son aquellos que controlan el dolor. En Ecuador el uso total de opioides (expresado en mg equivalentes de morfina por habitante) es de 1,5 mientras que la media de Latinoamérica es de 4,80 mg/habitante<sup>20</sup>, no se cuenta con información acerca del dolor, no conocemos cuantas personas presentan dolor moderado a severo que requieran uso de opioides; el país cuenta con morfina en ampollas, no se dispone de morfina por vía oral de acción rápida y prolongada, estas presentaciones deberían estar disponibles, ya que la vía oral proporciona un alivio efectivo del dolor en la mayoría de los casos, son fáciles de administrar, mejora la adherencia al

tratamiento y es un valor agregado para la atención del paciente pediátrico.

La cuota de morfina anual para el país se ha calculado por el consumo histórico, no disponemos de datos para calcular en base a los servicios, ni a la morbilidad, por lo tanto para aproximarnos a la cantidad de morfina necesaria usaremos la fórmula indicada para pacientes con cáncer en fase avanzada dado por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes en cooperación con la OMS<sup>21</sup>: se estima que el 80% de estos pacientes necesitan morfina en una dosis media de 67,5 mg/día, por 90 días. Aplicando esta fórmula a los datos de mortalidad por cáncer del año 2010 en el país:

Número de personas que fallecieron por cáncer en el año 2010	80% que necesitaron tratamiento del dolor	Cantidad media de morfina por persona en un tratamiento de referencia de 90 días	Cantidad total de morfina que necesitaban estas personas	Cuota de morfina para el país en el año 2010
<b>9.599</b>	<b>7.679</b>	<b>6.075 mg o 0,006075 kg</b>	<b>46,64 kg</b>	<b>9 kg</b>

En nuestro país, en el año 2010 solo para atender el dolor moderado a severo de los pacientes que fallecieron por cáncer se necesitaban 46,64 kg de morfina, la cuota de morfina fue 9 kg<sup>22</sup> según el cálculo disponíamos de morfina para 1.481 personas el 19% de los que la necesitaban. La cuota de morfina el 2011 fue 15 kg, en el 2012 fue 13,99 kg sigue siendo una cantidad insuficiente, hay que recordar que no se ha sumado las necesidades de morfina para otras patologías agudas y crónicas con dolor moderado a severo, todo esto nos indica cuán grande es la brecha que debemos cubrir si deseamos aliviar el dolor de los pacientes y sus familias. Aumentar la cuota de morfina debe ir ligado a la formación de los profesionales de salud para que la prescriban, erradicar los mitos acerca de su uso en la sociedad y trabajar en conjunto con los organismos reguladores y proveedores.

### 3.4 Análisis de la formación

En lo que se refiere a la formación de talento humano en cuidados paliativos, existe una muy limitada oferta que se circunscribe a las ciudades de Quito: materia de pensum en cinco programas de postgrado de medicina, un diplomado de enfermería, materia optativa en el pregrado de medicina en una universidad, una fundación imparten cursos que involucran a profesionales y no profesionales, y Guayaquil: materia de pensum en un postgrado. No contamos con especialistas titulados en cuidados paliativos, los

profesionales que brindan el servicio han realizado diplomados, cursos o pasantías.

### 3.5 Actores en cuidados paliativos

Se realizó un mapeo de actores incorporando sus intereses, necesidades, grado de organización, cercanía al tema, sus interacciones y su capacidad política de influir sobre las decisiones que se tomen respecto del plan. Los principales actores identificados fueron:

#### Sector Público

Presidencia de la República

Vicepresidencia de la República

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Ministerio de Inclusión Social

SENESCYT

SENPLADES

CONSEP

Red de universidades públicas

Red pública en salud

CONADIS

INDOT

INFA

bienestar de la comunidad y del país en relación con la implementación de los Cuidados paliativos a nivel nacional.

Es importante señalar que este Plan será un insumo con directrices que permitan la incorporación de las líneas de acción prioritarias en la planificación y presupuesto del sector salud con la finalidad de brindar atención paliativa a la población ecuatoriana que la necesite.

### **Sector Privado**

Organizaciones que brindan cuidados paliativos

Red complementaria en salud

SOLCA

Industria farmacéutica

Red de universidades privadas

Sociedades científicas

Asociaciones privadas de pacientes

Medicina tradicional ecuatoriana

Proveedores de terapias alternativas y complementarias con reconocimiento y base científica

Proveedores de terapias alternativas y complementarias sin reconocimiento y base científica

Aseguradoras privadas

### **4.2 Cuidados paliativos**

La OMS<sup>23</sup> a definido los cuidados paliativos como el “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales”.

La atención de cuidados paliativos cumple con los siguientes principios:

- “Proporcionan alivio del dolor y de otros síntomas
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas”.

### **Organismos internacionales**

OPS/OMS

Observatorio “Qualy” Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos (CCOMS-ICO)  
Institut Català d’ Oncologia

UNICEF

BID

JIFE

IAHPC

ALCP

## **4. Marco conceptual**

### **4.1 Plan Nacional**

Es un instrumento técnico que permite a las instituciones a corto, mediano y largo plazo, evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas para alcanzar el desarrollo, progreso y

En la figura 2, se muestra la estrategia de atención terapéutica de los cuidados paliativos, integrados desde el diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento con fin curativo, la transición de la muerte y el proceso de duelo del familiar. Basadas en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

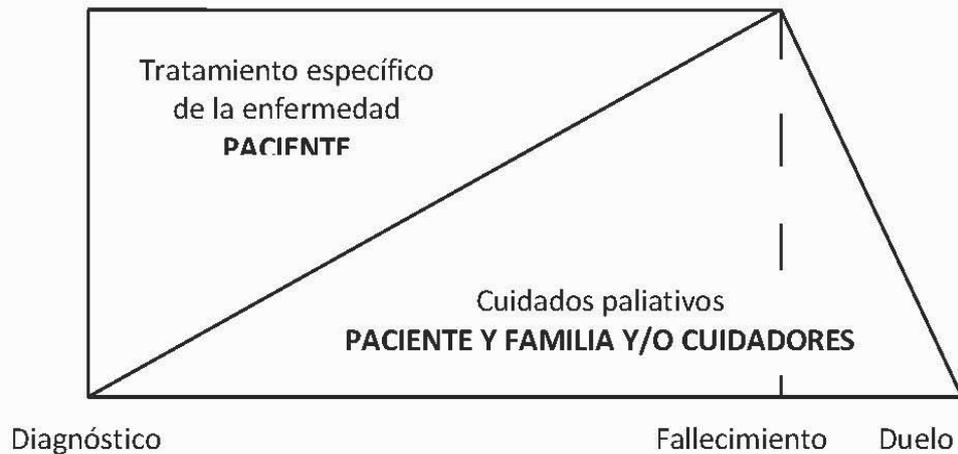


Figura 2: Adaptado de OMS. Elaboración: grupo de redacción 2012

Las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado y sus familias tienen múltiples necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, que se interrelacionan y potencian, causando dolor total como lo describió Dame Cicely Saunders<sup>24</sup>:



Figura 3: Fuente: Saunders C. Elaboración: grupo de redacción 2012

Si bien el dolor total se presenta en los pacientes que ameritan atención paliativa, es fundamental que los profesionales identifiquen todas las necesidades de los pacientes y sus familias, que se resumen en el Modelo multidimensional de necesidades creado por Ferris et al<sup>25</sup>:

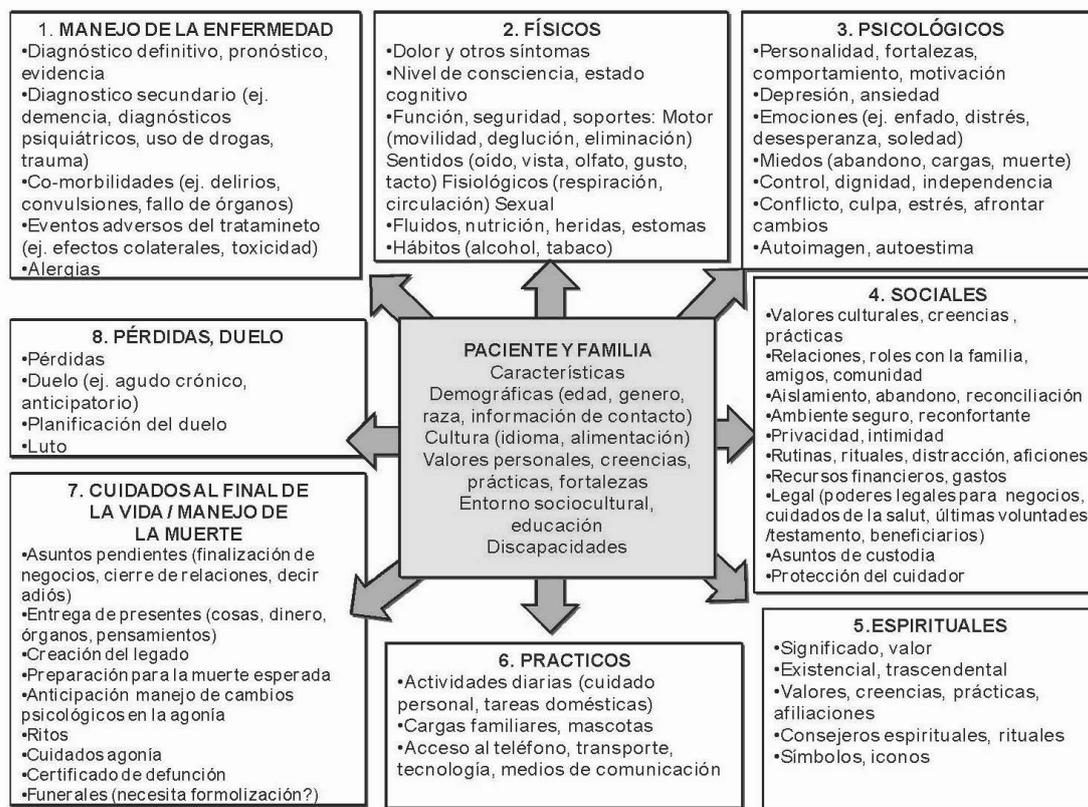


Figura 4. Adaptado de Gómez-Batiste X. et al<sup>11</sup>: Modelo multidimensional de necesidades (modificado de Ferris et al)

La identificación de las necesidades de los pacientes y sus familias, lleva a planificar estrategias específicas de atención paliativa a realizar por el equipo interdisciplinar en los diferentes niveles de atención

Los cuidados paliativos son el medio por el cual se restituye a la práctica de la medicina características que nunca debió perder: ser profundamente humanística y humanizada. Se basa en el conocimiento científico, la comunicación, el trabajo en equipo, el contacto humano con el que sufre considerándolo un ser integral, atendiéndolo a él y a su familia, tomando en cuenta el cambio que la enfermedad produce a nivel familiar, social, económico, espiritual.

### 5. Marco legal

La Constitución de la República del Ecuador del año 2008 establece en el **numeral 6 del Artículo 11** que: “*todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía*”.

Consecuentemente, la misma norma constitucional, en el **Artículo 32** prescribe que: “*La salud es un derecho que garantiza el Estado, (...) mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de*

*los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional*”.

Así mismo, la referida Constitución de la República del Ecuador, en el **Artículo 35** dispone que: “*Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado(...)*”.

Adicionalmente, nuestro texto constitucional, en el **Artículo 50** prescribe que: “*El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente*”.

La Norma Suprema, en el numeral 2 del **Artículo 66** ordena que: “*Se reconoce y garantizará a las personas: (...) 2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud (...)*”.

En el **Artículo 360** de la citada Constitución de la República dispone que: “*El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la*

salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

De conformidad con lo prescrito en el **Artículo 361** de la Carta Fundamental del Estado Ecuatoriano, “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector”.

Así mismo, en el **Artículo 363** la Norma Suprema ordena que: “El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.(...)”.

La accesibilidad a los servicios de cuidados paliativos es un derecho esencial en el respeto por la dignidad del ser humano. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su **Artículo 1** dispone que: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

La accesibilidad a los servicios de salud y su universalidad son elementos esenciales del derecho a disfrutar del nivel de salud más alto posible. El derecho a la salud ha sido reconocido como tal en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, de 1946, donde se establece que: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

La OMS en sus recomendaciones a los gobiernos en 1990, acerca del alivio del dolor en cáncer y cuidados paliativos, determinó que: “Los gobiernos deben establecer políticas y programas nacionales de Cuidados Paliativos. Los gobiernos de los Estados miembros deben velar porque los programas de Cuidados Paliativos se incorporen en sus sistemas de atención de salud existentes; los sistemas separados de atención no son ni necesarios, ni deseables”.

Por su parte, la Ley Orgánica de Salud, en su **Artículo 6**, dispone que: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. (...)”.

Consecuentemente, el **Artículo 10** de la citada Ley Orgánica ordena que: “Quiénes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen

acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva (...)”.

La Ley *Ibidem*, en el **Artículo 69**, prescribe que: “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables”.

La Ley de Derechos y Amparo al Paciente, prescribe: “**Artículo 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.** - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.”. “**Artículo 6. - DERECHO A DECIDIR.** - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión”.

Por su parte, el Plan Nacional para el Buen Vivir (2013-2017) plantea en el **Objetivo 2**: “auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad”.

En el **Objetivo 3**: “mejorar la calidad de vida de la población”. En particular en el punto 3.3 “garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud”.

En este marco constitucional y legal, la Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador, expidió el Acuerdo Ministerial número 101, publicado en el Registro Oficial número 415 de 29 de Marzo de 2011, con la finalidad de: “Organizar en el marco del Modelo de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública, la conformación y funcionamiento de servicios de cuidados paliativos integrales con enfoque intercultural, que contribuyan a garantizar el derecho de los pacientes en etapa terminal a aliviar el dolor y el sufrimiento; a abordar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales; a incluir a los familiares cuando sea necesario y, para ello, establezcan el lugar idóneo para cada una de dichas prestaciones.”

En el artículo 2 del citado Acuerdo se dispone: “Convocar a todas las entidades sean éstas públicas o privadas, prestadoras de servicios de salud del país, a articular una red de cuidados paliativos que comprenda todos los niveles de atención y asegure un enfoque multidimensional e interdisciplinario, garantizando la accesibilidad de todos los pacientes cuya enfermedad no responda al tratamiento curativo.”

El Acuerdo Ministerial 101 contiene nueve artículos con el fin de garantizar la disponibilidad y acceso de medicamentos como morfina por vía oral y educación de los profesionales.

Dando cumplimiento a este Acuerdo el Ministerio de Salud Pública, dispuso<sup>26</sup>: que *uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar Comunitario e Intercultural, es incorporar el abordaje y servicios de cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo.*

*Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida sin posibilidad de curación y por lo tanto requerir cuidados paliativos que se deben prestar en los tres niveles de atención, de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias, en estrecha relación con la familia y la comunidad.*

Basados en la voluntad política expresada por el Estado Ecuatoriano en los mandatos e instrumentos constitucionales y legales aprobados y para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con patologías crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado y sus familias, el Ministerio de Salud Pública ha decidido elaborar el Plan Estratégico Nacional de Cuidados Paliativos.

## 6. Elementos del Plan Nacional

### 6.1 Objetivo general

Incorporar los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, que contribuyan al buen vivir de la población ecuatoriana, mediante la atención de las personas con necesidad de atención paliativa y su familia y/o cuidadores, considerando los enfoques de interculturalidad, intergeneracional y de género.

### 6.2 Objetivos específicos

1. Asegurar la atención integral en cuidados paliativos a personas con patologías crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado y sus familias para mejorar su calidad de vida.
2. Incluir en el modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud, la atención en cuidados paliativos.
3. Promover la formación integral de los profesionales de salud, incluyendo los cuidados paliativos en las mallas curriculares de pregrado y postgrado y formación específica a los profesionales del actual sistema de salud.
4. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención en cuidados paliativos.

5. Fomentar la investigación en las diferentes áreas clínica, epidemiológica y social en cuidados paliativos a través de un sistema de gestión del conocimiento.

### 6.3 Principios del Plan Nacional de Cuidados paliativos

Acorde al marco legal vigente los principios que guían el Plan Nacional de Cuidados Paliativos son los mismos principios de la salud, enunciados en el artículo 32 de la Constitución: dignidad, equidad, solidaridad, calidad, calidez, eficiencia, universalidad, respeto a la bioética, participación social, interculturalidad, inter-sectorialidad. Sin embargo, se resaltan dos principios fundamentales para el tema de Cuidados Paliativos:

- **DIGNIDAD**, entendido como el valor intrínseco de todo ser humano, el respeto a su autonomía, a los derechos humanos con el fin de mejorar la calidad de vida.
- **CALIDEZ**, entendida como la cordialidad en la atención, que genera bienestar en las personas.

### 6.4 Alineación con la Política Nacional de Salud

El Plan Nacional de Cuidados paliativos se encuentra alineado con la Política Nacional de Salud “*Garantizar el acceso universal a la salud a toda la población, con características de integralidad, suficiencia, excelencia y calidad, basado en la Atención Primaria de Salud y centrada en las personas en los planos de la atención individual y las intervenciones colectivas*”; y con el lineamiento de Política B: “*Reorientación del enfoque curativo - centrado en la enfermedad y el individuo - hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud, articulando las acciones de promoción, prevención de problemas y enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, en sus dimensiones individual y colectiva*”, aprobada en el Consejo de Desarrollo Social de 2013.

Además, se fundamenta en los componentes del Modelo de Atención Integral en Salud, como por ejemplo, en los grupos de atención prioritaria, pues la Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.

El Ministerio de Salud Pública brinda atención a estos grupos a través de estrategias integrales de atención que en el MAIS-FCI se incorporan de manera transversal en todos los niveles de atención y a lo largo del ciclo de vida.

Las personas y familias que tienen problemas de salud en fase terminal y requieren cuidados paliativos, el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos tanto a la persona como a la familia.

Por otro lado, el conjunto de prestaciones por ciclos de vida establece que para lograr la integralidad en la atención y prestaciones de salud es fundamental que el MAIS-FCI reconozca las prestaciones de Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Cuidados Paliativos.

### 6.5 Árbol de problemas

Para analizar la problemática de cuidados paliativos en los servicios de salud del país fue preciso el diseño de un árbol de problemas contemplando: condiciones sociales, culturales, económicas, administrativas y políticas del entorno actual de la salud en el país.

Para la formulación del árbol de problemas se realizaron reuniones con representantes de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria de Salud, se levantó información para desarrollar el Plan Nacional de Cuidados Paliativos, considerando que es un tema que el MSP no había tratado previamente en las prestaciones de servicios de salud.

El árbol de problemas permite visualizar el origen del mismo, así como sus consecuencias. De igual forma, sustentar el proceso de problematización con criterios técnicos desarrollados a partir de un proceso de investigación, generación de indicadores y elaboración de diagnóstico. Dicho árbol muestra a continuación:

Gráfico No. 2 Árbol de problemas



Fuente: varias. Elaboración: grupo de redacción 2012

### 7. Lineamientos y estrategias

Para el desarrollo de este plan se establecen las siguientes líneas estratégicas y de acción:

#### Lineamiento Estratégico 1:

Desarrollar un marco jurídico, normativo y administrativo que permita la efectiva incorporación de los cuidados paliativos a los servicios de salud a nivel nacional

Líneas de acción:

1. Incorporar los temas de cuidados paliativos en el Código Orgánico de la Salud
2. Aprobar la normativa para la atención de las personas que requieran de cuidados paliativos
3. Aprobar el licenciamiento de los establecimientos que presten servicios en cuidados paliativos

#### Lineamiento Estratégico 2:

Incorporar e implementar las prestaciones de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, con enfoque intercultural, de género e intergeneracional.

Líneas de acción:

1. Diseñar e implementar el Programa de capacitación en cuidados paliativos para los profesionales de salud en todos los niveles
2. Generar redes de cooperación nacional e internacional para la preparación de los profesionales
3. Identificar e implementar el equipamiento y dispositivos médicos para la atención de cuidados paliativos a nivel nacional
4. Incorporar las prestaciones de cuidados paliativos al tarifario nacional
5. Desarrollar la red de atención de cuidados paliativos, fortaleciendo su implementación en el Sistema Nacional de Salud

6. Coordinar acciones con el Comité Nacional de Bioética y los comités institucionales.
7. Monitoreo y evaluación de la implementación de los servicios de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, que incluyan atención física, social, emocional y espiritual.
8. Evaluación de la calidad de atención en cuidados paliativos.

**Lineamiento Estratégico 3:**

Garantizar la disponibilidad, acceso y uso racional de opioides y otros medicamentos esenciales para la atención en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud

Líneas de acción:

1. Garantizar la disponibilidad, acceso y uso racional de opioides y otros medicamentos de cuidados paliativos.
2. Revisar y actualizar los medicamentos necesarios en cuidados paliativos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

**Lineamiento Estratégico 4:**

Fomentar en la sociedad una cultura de conocimiento, actitud y práctica en cuidados paliativos.

Líneas de acción:

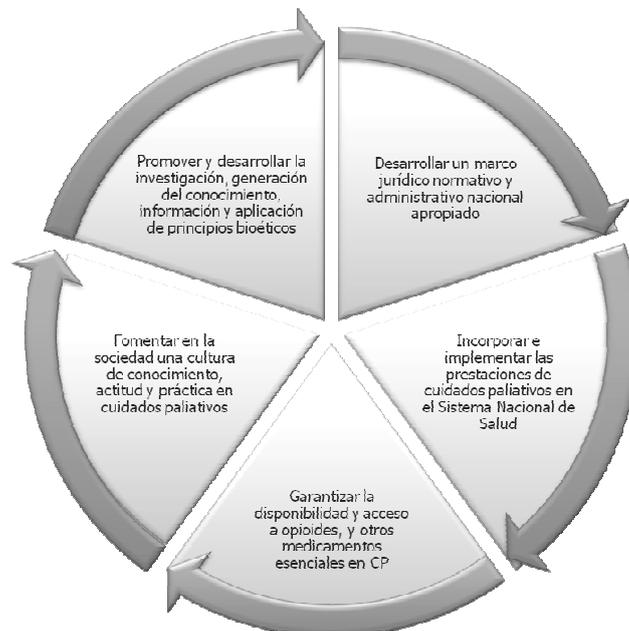
1. Desarrollar diferentes mecanismos de información y educación sobre Cuidados paliativos y su utilidad en las patologías que los requieran.
2. Fomentar el voluntariado capacitado en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud.

**Lineamiento Estratégico 5:**

Promover y desarrollar la investigación, la generación del conocimiento, de información y la aplicación de principios bioéticos en cuidados paliativos, con enfoque de género e interculturalidad.

Líneas de acción:

1. Generar líneas de investigación en cuidados paliativos con enfoque de igualdad intercultural, de género e intergeneracional y las necesidades específicas de grupos prioritarios.
2. Formar equipos multi e inter disciplinarios de investigación en cuidados paliativos.



**8. Plan de implementación**

Con el fin de dar operatividad al Plan Nacional de Cuidados Paliativos se ha elaborado una matriz con los lineamientos estratégicos, líneas de acción, metas, indicadores, así como los responsables del cumplimiento. Esta matriz se adjunta como anexo al documento y constituye una guía que permita el desarrollo de programas y proyectos para la correcta implementación de este plan.

**9. Glosario**

**Calidad de vida:** la percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí.

**Autonomía (principio de):** considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme a los principios que han regido su vida.

**Enfermedad en fase avanzada:** situación dentro de la evolución de cualquier enfermedad crónica progresiva, que se caracteriza por ser incurable, con falta de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes y progresivos. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con un pronóstico de vida limitado.

**Sufrimiento:** es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el

individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

**Agonía:** estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente

por parte del paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios.

**Comité de ética asistencial:** toda comisión consultiva e interdisciplinaria, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

**Sistema Nacional de Salud:** es el conjunto de acciones y prestaciones de salud en el país y se ejecuta a través de la red de proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del sistema.

10. Anexos  
Anexo 1. Plan de Implementación

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	LÍNEA BASE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	METAS			Dirección / Unidad Responsable
						2015	2016	2017	
<b>Lineamiento estratégico 1:</b> Desarrollar un marco jurídico normativo y administrativo que permita la efectiva incorporación de los cuidados paliativos a los servicios de salud a nivel nacional	1. Incorporar los temas de cuidados paliativos en el Código Orgánico de la Salud	Número de artículos incorporados sobre el tema de cuidados paliativos en el Código Orgánico de Salud (COS)	Número	-	Registro Oficial, Boletines Informativos	1			Subsecretaría Nacional de Gobernanza, Dirección Nacional de Políticas
	2. Aprobar la normativa para la atención de las personas que requieren cuidados paliativos	Número de Normas aprobadas de atención en cuidados paliativos	Número	-	Acuerdos ministeriales, Registro Oficial, Boletines Informativos	1			Subsecretaría Nacional de Gobernanza, Dirección de Normatización y la Red Interinstitucional de Cuidados Paliativos
	3. Aprobar el licenciamiento de los establecimientos que prestan servicios de cuidados paliativos	Número de Normas aprobadas para el licenciamiento de establecimientos que prestan servicios de cuidados paliativos	Número	-	Acuerdos ministeriales, Registro Oficial, Boletines Informativos	1			Subsecretaría Nacional de Gobernanza, Dirección de Normatización y la Red Interinstitucional de Cuidados Paliativos



LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	LÍNEA BASE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	METAS			Dirección / Unidad Responsable
						2015	2016	2017	
<b>Lineamiento Estratégico 2:</b> Incorporar e implementar las prestaciones de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, con enfoque intercultural, de género e intergeneracional-HCS	4. Incorporar las prestaciones de cuidados paliativos al tarifario nacional	Número de actualizaciones de las prestaciones de cuidados paliativos en el Tarifario	Número	-	Acuerdo Ministerial, Memorandos Internos	1	1	3	Subsecretaría Nacional de Gobernanza, Dirección de Articulación del SNS y RPIS, Dirección Nacional de Discapacidades
		Número de Hospitales con servicios de cuidados paliativos	Número	-	Reportes de Hospitales, Reportes GPR	2		2	
		Número de Establecimientos especializados de cuidados paliativos	Número	-	Informes Anuales, Rendición de Cuentas		1	1	Subsecretaría Nacional de Gobernanza, Dirección de Articulación del SNS y RPIS, Dirección Nacional de Discapacidades
		Número de Equipos de soporte mixto (hospitalarios y domiciliarios) de cuidados paliativos	Número	-	Informes, Reportes de equipos de soporte	6	9	29	
		Número de comités institucionales con profesionales de cuidados paliativos	Número	-	Reportes, Estructura Orgánica de centros hospitalarios	6	9	29	Subsecretaría Nacional de Gobernanza, Dirección Nacional de Discapacidades, Comité Nacional de Bioética, Comités Institucionales
		Número de personas atendidas en cuidados paliativos	Número	-	Reportes, Informes de Atención - Reportes GPR	1.600	1.920	6.016	
		7. Monitoreo y evaluación de la implementación de los servicios de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, que incluyan atención física, social, emocional y espiritual							

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	LINEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	LÍNEA BASE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	METAS			Dirección / Unidad Responsable
						2015	2016	2017	
<p><b>Lineamiento Estratégico 3:</b> Garantizar la disponibilidad, acceso y uso racional de opioides y otros medicamentos esenciales para la atención en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud</p>	1. Garantizar la disponibilidad, acceso y uso racional de opioides y medicamentos de cuidados paliativos	Consumo de opioides fuertes por cápita	Número	1,5	CONSEP, JIFE, Alias Latinoamericano de Cuidados Paliativos, reportes OMS-OPS	Reporte anual	Reporte anual	Reporte 2017	Dirección de Medicamentos e Insumos Estratégicos, Dirección Nacional de Discapacidades, ENFARMA, ARCSA, CONSEP
	2. Revisar y actualizar los medicamentos necesarios en cuidados paliativos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos	Número de actualizaciones de medicamentos en el CNMB	Número	CNMB 2013	Auerdo Ministerial, Publicación del CNMB	1	1	2	Viceministerio de Atención Integral en Salud, Dirección Nacional de Discapacidades, Dirección de Medicamentos, Comisión Interinstitucional de Cuidados Paliativos, CONASA
<p><b>Lineamiento Estratégico 4:</b> Fomentar en la sociedad una cultura de conocimiento, actitud y práctica en cuidados paliativos</p>	1. Desarrollar diferentes mecanismos de información y educación sobre cuidados paliativos y su utilidad en las patologías que los requieren	Número de campañas de información y educación a nivel nacional de las necesidades y los derechos a la atención paliativa y de los servicios de cuidados paliativos	Número	-	Campañas publicitarias, spots radiales, Boletines, etc	3	3	9	Dirección Nacional de Discapacidades, Dirección Nacional de Educación y comunicación para promoción de salud, Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa
	2. Fomentar el voluntariado capacitado en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud	Porcentaje de servicios de CP con programa de voluntarios en CP capacitados y activos	Porcentaje	-	Inscripción de Voluntarios, Fotos, reportes, certificados	20%	30%	75%	Dirección Nacional de Normalización del Talento Humano, Dirección Nacional de Interculturalidad, der echo y participación social en salud, Servicios de cuidados paliativos en todos los niveles de atención
<p><b>Lineamiento Estratégico 5:</b> Promover y desarrollar la investigación, la generación del conocimiento, de información y la aplicación de principios biotéticos en cuidados paliativos, con enfoque de género e interculturalidad.</p>	1. Generar líneas de investigación en cuidados paliativos con enfoque de igualdad intercultural, de género e intergeneracional y las necesidades específicas de grupos prioritarios	Número de Investigaciones en cuidados paliativos realizadas en el país	Número	-	Investigaciones, Publicaciones,	3	3	9	Dirección Nacional de Discapacidades, SENESCYT, INSPI, Dirección de Inteligencia en Salud
	Formar equipos multi e inter disciplinarios de investigación en cuidados paliativos	Número de Equipos multi e inter disciplinarios conformados en el país en investigación de cuidados paliativos	Número	-	Reportes, Informes, Rendición de Cuentas	1	1	3	Dirección Nacional de Discapacidades, SENESCYT, INSPI, Dirección de Inteligencia en Salud

## Anexo 2. Programas y proyectos

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p><b>Lineamiento estratégico 1:</b> Desarrollar un marco jurídico normativo y administrativo que permita la efectiva incorporación de los cuidados paliativos a los servicios de salud a nivel nacional</p>	<p><b>DISEÑO DE MARCO NORMATIVO PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS</b></p>	<p>1. Licenciamiento de establecimientos de salud que ofertan servicios de cuidados paliativos.</p>
<p><b>Lineamiento Estratégico 2:</b> Incorporar e implementar las prestaciones de cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud, con enfoque intercultural, de género e intergeneracional</p>	<p><b>IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b></p>	<p>2. Capacitación a profesionales de la salud en cuidados paliativos</p>
		<p>3. Adquisición de equipos y dispositivos médicos para la atención en cuidados paliativos.</p>
		<p>4. Creación de la red de atención en cuidados paliativos.</p>
<p><b>Lineamiento Estratégico 3:</b> Garantizar la disponibilidad, acceso y uso racional de opioides y otros medicamentos esenciales para la atención en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud</p>	<p><b>ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS</b></p>	<p>5. Provisión de medicamentos esenciales para la atención en cuidados paliativos.</p>
<p><b>Lineamiento Estratégico 4:</b> Fomentar en la sociedad una cultura de conocimiento, actitud y práctica en cuidados paliativos</p>	<p><b>EMPODERAMIENTO DE LA CIUDADANÍA EN LA ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS</b></p>	<p>6. Formación de la ciudadanía en cuidados paliativos</p>
		<p>7. Implementación de Voluntariado en cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud.</p>
<p><b>Lineamiento Estratégico 5:</b> Promover y desarrollar la investigación, la generación del conocimiento, de información y la aplicación de principios bioéticos en cuidados paliativos, con enfoque de género e interculturalidad</p>	<p><b>FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ECUADOR</b></p>	<p>8. Apoyo a la investigación científica en cuidados paliativos con enfoque intercultural.</p>

## Anexo 3. Indicadores

FICHA METODOLÓGICA		
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Número de personas atendidas en cuidados paliativos	
<b>DEFINICIÓN</b>	Número de personas que presentan enfermedades crónicas, avanzadas con pronóstico de vida limitado NECPAL positivo o identificadas por diagnóstico clínico de un médico especialista., que reciben atención paliativa en un servicio, hospital o establecimiento.	
FÓRMULA DE CÁLCULO		
Sumatoria del total de pacientes atendidos por primera vez en cuidados paliativos en un servicio, hospital o establecimiento		
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS		
<p><b>Instrumento NECPAL:</b> Es una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, que combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad. Se puede aplicar a los pacientes crónicos oncológicos y no oncológicos con enfermedad avanzada en todos los niveles de salud, con la intención de identificar pacientes que requieren medidas paliativas.</p> <p><b>Paciente NECPAL positivo:</b> es quien en el Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® presenta:          -Pregunta sorpresa (pregunta 1) con respuesta NEGATIVA, y          -Al menos otra pregunta (2, 3 ó 4) con respuesta POSITIVA, de acuerdo con los criterios establecidos.</p> <p><b>Atención paliativa.-</b> es el abordaje sistemático de las necesidades multidimensionales de las personas y familias y/o cuidadores con enfermedades crónicas, avanzadas, practicada por un equipo interdisciplinario competente, con ética clínica y la planificación de decisiones anticipadas como metodologías para tomar decisiones, la gestión de caso y la atención continuada como metodologías de seguimiento.</p>		
METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
A partir de la información brindada al inicio de la atención de pacientes en cuidados paliativos, que consta en el <i>Parte mensual para pacientes en Cuidados paliativos – primera consulta</i> , en un servicio, hospital o establecimiento. Se realiza la suma de los totales, a nivel nacional.		
<b>LIMITACIONES TÉCNICAS</b>	---	
<b>UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES</b>	Personas atendidas en cuidados paliativos	
<b>INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR</b>	Número total de personas atendidas en cuidados paliativos	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Parte mensual para pacientes en Cuidados paliativos – primera consulta	
<b>PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES</b>	Mensual, anual	
<b>DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS</b>	No aplica	
<b>NIVEL DE DESAGREGACIÓN</b>	<b>GEOGRÁFICO</b>	Nacional
	<b>GENERAL</b>	Nacional
	<b>OTROS ÁMBITOS</b>	No aplica
<b>INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA</b>	No aplica	

<b>RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL</b>	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2017. Modelo de Atención Integral de Salud – Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR</b>	<p>-Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. <i>Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales</i>. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: <a href="http://ico.gencat.cat">http://ico.gencat.cat</a>. Autorización del uso del <i>Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®</i>, para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013</p> <p>-Ministerio de Salud Pública. Cuidados paliativos, Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2014. Disponible en: <a href="http://salud.gob.ec">http://salud.gob.ec</a></p> <p>-Norma de atención de cuidados paliativos, MSP 2014</p>	
<b>FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA</b>	Diciembre 2014	
<b>FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA</b>	----	
<b>SINTAXIS</b>		
No aplica		
<b>CLASIFICADOR SECTORIAL</b>	Salud	15
<b>ELABORADO POR</b>	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP)	

<b>FICHA METODOLÓGICA</b>	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Consumo de opioides fuertes per cápita</b>
<b>DEFINICIÓN</b>	Consumo anual de opioides fuertes en equivalencia a morfina, excluyendo meperidina en Ecuador, per cápita
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
$\frac{\text{Consumo de opioides fuertes (*) en equivalencia a morfina (excluyendo meperidina) /año}}{\text{Número total de habitantes}}$	
(*) morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo, metadona	
<b>DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS</b>	
<p><b>Población definida:</b> número total de habitantes de Ecuador.</p> <p>Las variables con respecto a ME. 1 son:</p> <p>Incluir la metadona en el grupo de medicamentos seleccionados: la metadona se utiliza ampliamente en Latinoamérica como analgésico de primera línea y en rotación de opioides (2, 3, 4, 5). No incluirla afectaría negativamente la percepción del consumo real de opioides en cuidado paliativo en la Región.</p>	

Excluir meperidina: el uso de meperidina en la región continúa siendo principalmente para el manejo de dolor agudo y en cuidado paliativo es muy limitado. Incluirla afectaría positivamente la percepción de consumo real de opioides en cuidado paliativo en la Región.

El denominador es per cápita. El denominador poblacional proveerá información más acertada acerca de la disponibilidad de opioides para todos los pacientes con necesidades paliativas, no solo los pacientes terminales con cáncer.

**Numerador:** Consumo de opioides fuertes (\*) en equivalencia a morfina (excluyendo meperidina) /año

**Denominador:** número total de habitantes

#### METODOLOGÍA DE CÁLCULO

A partir de la información brindada por CONSEP, JIFE, INEC:

**-Numerador:** se considera el total de consumo de opioides fuertes (\*) en equivalencia a morfina (excluyendo meperidina) /año

**-Denominador:** se considera el número total de habitantes

Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre el total de consumo de opioides fuertes (\*) en equivalencia a morfina (excluyendo meperidina) /año, y, el número total de habitantes.

<b>LIMITACIONES TÉCNICAS</b>		---
<b>UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES</b>		Miligramos per cápita
<b>INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR</b>		Consumo de opioides fuertes per cápita
<b>FUENTE DE DATOS</b>		<b>Insumos del Numerador:</b> CONSEP, JIFE <b>Insumos del Denominador:</b> INEC
<b>PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES</b>		Anual.
<b>DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS</b>		Línea base de 1.5 del país
<b>NIVEL DE DESAGREGACIÓN</b>	<b>GEOGRÁFICO</b>	Nacional
	<b>GENERAL</b>	Nacional
	<b>OTROS ÁMBITOS</b>	No aplica
<b>INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA</b>		No aplica
<b>RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL</b>		CONSEP: Control y fiscalización de sustancias estupefacientes, psicotrópicas, precursoras y medicamentos que las contienen
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR</b>		1.De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, Torres I, Vargas Y, Herrera E, (2013). Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1ra edición. Houston: IAHP Press 2.Bruera, Eduardo et al. "Treatment of pain and other symptoms in cancer patients: patterns in a North American and a South American hospital". Journal of Pain and Symptom Management 5.2, 1990: 78-82 3.De Simone Gustavo. Palliative Care in Argentina. Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy. Jan 2004, Vol. 17, No. 3-4: 23-43 4.Moyano JR, Figuers A. The medical consumption of opioids in Colombia, 1997-2007. Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy 24.4 (2010): 367-373 5.Cherny N. Is oral methadone better than placebo or other oral/transdermal opioids in the management of pain? Palliative Medicine July 2011, 25: 488-493

<b>FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA</b>	Diciembre 2014	
<b>FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA</b>	----	
<b>SINTAXIS</b>		
No aplica		
<b>CLASIFICADOR SECTORIAL</b>	Salud	15
<b>ELABORADO POR</b>	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP)	

<b>FICHA METODOLÓGICA</b>	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de escuelas de medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado</b>
<b>DEFINICIÓN</b>	Número de escuelas de medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado, expresado como porcentaje del número total de escuelas de medicina de Ecuador
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
$\frac{\text{Número de escuelas de medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado/año} \times 100}{\text{Número total de escuelas de medicina}}$	
<b>DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS</b>	
<p><b>Se entiende por formación en pregrado:</b> asignatura o módulo específico que incluya los fundamentos básicos de cuidado paliativo. Se consideran fundamentos básicos de cuidado paliativo:</p> <p>Identificación, evaluación y manejo de síntomas más frecuentes            Abordaje de aspectos físicos, psicológicos y sociales            Comunicación con paciente, familia y cuidador.</p> <p><b>Numerador:</b> Número de escuelas de medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado/año  <b>Denominador:</b> Número total de escuelas de medicina</p>	
<b>METODOLOGÍA DE CÁLCULO</b>	
<p>A partir de la información brindada por las escuelas de medicina del país y el SENESCYT:</p> <p><b>-Numerador:</b> se considera el total de escuelas de medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado/año  <b>-Denominador:</b> se considera el número total de escuelas de medicina</p> <p>Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre el total de escuelas medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado, y, el número total de escuelas de medicina por 100.</p>	
<b>LIMITACIONES TÉCNICAS</b>	---
<b>UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES</b>	Porcentaje
<b>INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de escuelas de medicina que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<p><b>Insumos del Numerador:</b> Pensun de cada universidad</p> <p><b>Insumos del Denominador:</b> SENESCYT</p>

<b>PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES</b>		Anual
<b>DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS</b>		No aplica
<b>NIVEL DE DESAGREGACIÓN</b>	<b>GEOGRÁFICO</b>	Nacional
	<b>GENERAL</b>	Nacional
	<b>OTROS ÁMBITOS</b>	No aplica
<b>INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA</b>		No aplica
<b>RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL</b>		SENESCYT
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR</b>		De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, Torres I, Vargas Y, Herrera E, (2013). Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1ra edición. Houston: IAHPC Press
<b>FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA</b>		Diciembre 2014
<b>FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA</b>		----
<b>SINTAXIS</b>		
No aplica		
<b>CLASIFICADOR SECTORIAL</b>	Salud	15
<b>ELABORADO POR</b>	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP)	

<b>FICHA METODOLÓGICA</b>	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de escuelas de enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado</b>
<b>DEFINICIÓN</b>	Número de escuelas de enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado, expresado como porcentaje del número total de escuelas de enfermería de Ecuador
<b>FÓRMULA DE CÁLCULO</b>	
$\frac{\text{Número de escuelas de enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado/año} \times 100}{\text{Número total de escuelas de enfermería}}$	
<b>DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS</b>	
<p><b>Se entiende por formación en pregrado:</b> asignatura o módulo específico que incluya los fundamentos básicos de cuidado paliativo. Se consideran fundamentos básicos de cuidado paliativo:                      Identificación, evaluación y manejo de síntomas más frecuentes                      Abordaje de aspectos físicos, psicológicos y sociales                      Comunicación con paciente, familia y cuidador.</p> <p><b>Numerador:</b> Número de escuelas de enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado/año  <b>Denominador:</b> Número total de escuelas de enfermería</p>	

METODOLOGÍA DE CÁLCULO		
A partir de la información brindada por las escuelas de enfermería del país y el SENESCYT:		
- <b>Numerador:</b> se considera el total de escuelas de enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado/año		
- <b>Denominador:</b> se considera el número total de escuelas de enfermería		
Finalmente para obtener el valor de la tasa, se realiza el cociente entre el total de escuelas enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado, y, el número total de escuelas de enfermería por 100.		
<b>LIMITACIONES TÉCNICAS</b>	---	
<b>UNIDAD DE MEDIDA DE LAS VARIABLES</b>	Porcentaje	
<b>INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de escuelas de enfermería que ofrecen formación en cuidado paliativo en pre-grado	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	<b>Insumos del Numerador:</b> pensun de cada universidad <b>Insumos del Denominador:</b> SENESCYT	
<b>PERIODICIDAD DEL INDICADOR Y/O LAS VARIABLES</b>	Anual	
<b>DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS</b>	No aplica	
<b>NIVEL DE DESAGREGACIÓN</b>	<b>GEOGRÁFICO</b>	Nacional
	<b>GENERAL</b>	Nacional
	<b>OTROS ÁMBITOS</b>	No aplica
<b>INFORMACIÓN GEO – REFERENCIADA</b>	No aplica	
<b>RELACIÓN CON INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL</b>	SENESCYT	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR</b>	De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, Torres I, Vargas Y, Herrera E, (2013). Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP. 1ra edición. Houston: IAHP Press	
<b>FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA METODOLÓGICA</b>	Diciembre 2014	
<b>FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA FICHA</b>	----	
SINTAXIS		
No aplica		
<b>CLASIFICADOR SECTORIAL</b>	Salud	15
<b>ELABORADO POR</b>	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública (SNGSP)	

**11. Referencias Bibliográficas**

1. Davies E, Higginson I. Hechos Sólidos en Cuidados paliativos en Europa. ISBN 92 890 10916, OMS; 2004
2. WHO Library. Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. 2007
3. Organización Mundial de la Salud. Resumen de orientación Programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión. Segunda edición, 2002; v.
4. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en el cáncer. Con una guía sobre la disponibilidad de opioides. Segunda edición, Ginebra 1996; 3
5. Gureje O, Von KM, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primare Care. JAMA 1998 Jul 8; 280(2):147-51
6. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to asses pain in cancer and other diseases. Pain 1983 Oct 17 (2): 197-210
7. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en el cáncer. Con una guía sobre la disponibilidad de opioides. Segunda edición, Ginebra 1996; 19
8. Hanks GW et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. British Journal of cancer. 2001, 84(5), 587-593
9. Higginson IJ, Evidence Based palliative care. BMJ 1999; 319:462-3
10. Gómez Batiste X. et al. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. Med Clin (Barc). 2010; 135(2): 83-89
11. Stjernsward J et al. The Public Health Strategy for Palliative Care. J of Pain and Symptom Management Vol. 33 No. 5 May 2007: 486-493
12. World Health Organization. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. London, January 2014; 37
13. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Constante C, Mitchell GK. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Pall Med 2014; 28(4):302-311. doi:10.1177/0269216313518266
14. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006; 32: 5-12.
15. Anuario de Defunciones Generales 2010. Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC
16. Estadística de cada institución: ABEI, FECUPAL, Fundación Jersey, Hospital General N.-1 de las FFAA, SOLCA Quito. 2010.
17. GLOBOCAN 2008, Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer, disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
18. Ministerio de Salud Pública. Política Pública para el control del cáncer en el Ecuador. 2013-2023. Documento borrador.
19. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Gestión de estadística y registros médicos. Egresos hospitalarios (Cáncer C00.0 a C99.9) Año 2010
20. Pastrana T, De Lima L, Pons JJ, Centeno C. (2013) Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición Cartográfica 2013. Houston: IAHPC Press. pp: 55
21. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Organización Mundial de la Salud. Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional. Preparada por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y la Organización Mundial de la Salud para su uso por las autoridades nacionales competentes. Naciones Unidas, Nueva York 2012
22. CONSEP, Publicación Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
23. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
24. Saunders C. The Management of Terminal Illness. London: Edward Arnold, 1967
25. Ferris F, et al. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice. Journal of pain and symptom management. Vol. 24 No. 2 August 2002
26. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. 2012; 39
27. Gómez Batiste X, Stjernsward J. Programas públicos OMS de Cuidados paliativos. Extraído del capítulo V del libro: Organización de servicios y programas de Cuidados paliativos .Eds. Xavier Gómez Batiste, Josep Porta, Albert Tuca, Jan Stjernsward. ARAN, Madrid 2005. pp: 153-276.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto de Estrategia de Cuidados paliativos del Sistema Nacional de salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
31. Davies E, Higginson I. Better palliative care for older people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2004.
32. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330 (7498): 1007-11
33. Programa Marco de Cuidados Paliativos de Extremadura. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud, 2002.
34. Sanz J, Pascual A. Medicina paliativa: ¿un lugar en el currículo? *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 737-738.
35. Gómez Batiste X. et al. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135 (4): 179-185
36. Herrera Molina et al. Primer nivel asistencial en Cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Aten Primaria*. 2006; 38 (Supl 2): 85-92
37. Rocafort Gil J et al. Equipos de soporte de Cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria*. 2006;38(6):316-324
38. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de Cuidados paliativos Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. [www.msps.es](http://www.msps.es)
39. Gómez Batiste X, Paz S, Porta Sales J, Espinoza J, Trelis J, Esperalba J. Basic principles, definitions and concepts on the organization of public health palliative care programmes and services. The 'Quality' Observatory (OQ) – WHO Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes (WHOCC\_ICO). Institut Catala d' Oncología, 2009
40. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OPS, 2002
41. Gómez Batiste X et al. Design, implementation and evaluation of Palliative Care Programs and Services with a Public Health WHO perspective. The 'Quality' Observatory (OQ) – WHO Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes (WHOCC\_ICO). Institut Catala d' Oncología, 2011
42. Gómez Batiste X, Espinosa J, Martínez-Muñoz M, Trelis J, Calle C. How to design and implement Palliative Care Public Health Programmes: Foundation measures available at: <http://www.inconcologia.net>
43. Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Ministerio de Sanidad y Consumo, Fundación Avedis Donabedian. Indicadores y estándares de calidad en Cuidados Paliativos. 2006
44. Stjernsward J. Georgia National Palliative Care Programm. Report. Disponible es: [http://www.parliament.ge/files/619\\_8111\\_336972\\_Paliativi-Eng.pdf](http://www.parliament.ge/files/619_8111_336972_Paliativi-Eng.pdf)
45. WHO: Cancer pain Relief and Palliative Care. WHO Technical Report Series No. 804, WHO, Geneve 1990
46. Palliative Care Policy for Kerala. Disponible en: <http://www.nabuur.com/files/attach/2009/08/task/palliativecare.pdf>
47. Council of Europe. Recomendación Rec (2003) 24 del Comité de Ministros de los estados miembros sobre organización de Cuidados Paliativos.
48. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud Actualización 2010-2014. Madrid.
49. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Evaluación de la Estrategia de Cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2012
50. Stjernsward J et al. Integrating Palliative Care into National Policies. *J of Pain and Symptom Management* Vol. 33 No. 5 May 2007: 514-520
51. Gómez Batiste X, et al. The Catalonia World Health Organization Demonstration Project for Palliative Care Implementation: Quantitative and Qualitative Results at 20 years. *Journal of pain and symptom management* Vol. 43 No. 4 April 2012: 783-794
52. Georgian National Program For Palliative Care (Action Plan for 2011 – 2015). Disponible en: <http://www.parliament.ge/files/janmrteloba/paliatiuri/pc-nat-2011-2015-en.pdf>
53. Gómez Batiste X, Espinosa J. Grupo Nominal de programas públicos: Criterios de selección. Definición de Grupo de liderazgo. Disponible en: <http://www.inconcologia.net>
54. Altisenttrotta R et al. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados paliativos .Comité de ética de la SECUIDADOS PALIATIVOS AL. *Med Pal (Madrid)* Vol. 9 No 1; 37-40, 2002
55. Open Society Institute y Equitas – International Centre for Human Rights Education. Los Cuidados paliativos y los Derechos Humanos: Una Guía de Recursos. 2007

56. Secretaría de Derechos humanos. Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. La dignidad humana. Filosofía, bioética y derechos humanos. Serie Debates y Nuevos Desafíos. Buenos Aires 2010
57. Gómez Batiste X, et al. How to design and implement palliative care public health programmes: foundation measures. An operational paper by the WHO Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes at the Catalan Institute of Oncology. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2012;00:1-6. doi:10.1136/bmjspcare-2012-000215
58. Gómez-Batiste x, et al. How to desing and implement Palliative Care Public Health Services: Foundation measures available at: <http://www.iconcologia.net>
59. Ferris F, et al. Implementing Quality Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 33 No. 5 May 2007: 533-541
60. Gómez Batiste X, et al. Ensure quality public health programmes: a Spanish model. *European Journal of Palliative Care*, 2008; 15(4)
61. Smith T. Cassel B. Cost and Non-Clinical Outcomes of Palliative Care. *Journal of pain and simptom management* Vol 38 No. 1 July 2009: 32- 44
62. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Pascual J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO®: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d' Oncologia. Accesible en: <http://www.inoncologia.net>
63. De Lima L, Perez-Castells M, Berenguel M, Monti C, Aguilar A, Ahumada M, Ramirez L, Torres I, Vargas Y, Herrera E, (2013). *Indicadores de Cuidado Paliativo ALCP*. 1ra edición. Houston: IAHPC Press
64. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Esperalba J. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® Identificación de Pacientes con Enfermedades Crónicas Evolutivas y Necesidades de Atenciones y Medidas Paliativas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Accesible en: <http://ico.gencat.cat>. Autorización del uso del *Instrumento NECPAL CCOMS-ICO®*, para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por los autores en Octubre 2013
65. Ministerio de Salud Pública. Cuidados paliativos, Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
66. Ministerio de Salud Pública. Norma de atención de cuidados paliativos. Quito: MSP 2015
67. Bruera, Eduardo et al. "Treatment of pain and other symptoms in cancer patients: patterns in a North American and a South American hospital". *Journal of Pain and Symptom Management* 5.2, 1990: 78-82
68. De Simone Gustavo. Palliative Care in Argentina. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. Jan 2004, Vol. 17, No. 3-4: 23-43
69. Moyano JR, Figuers A. The medical consumption of opioids in Colombia, 1997-2007. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy* 24.4 (2010): 367-373
70. Cherny N. Is oral methadone better than placebo or other oral/transdermal opioids in the management of pain? *Palliative Medicine* July 2011, 25: 488-493

---

**No. NAC-DGECCGC15-0000003**

**SERVICIO DE RENTAS INTERNAS**

**DEDUCIBILIDAD DE GASTOS PERSONALES  
CORRESPONDIENTES A LA UNIDAD FAMILIAR**

El artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador señala que las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley.

El artículo 300 de la Constitución de la República del Ecuador establece que el régimen tributario se regirá por los principios de generalidad, progresividad, eficiencia, simplicidad administrativa, irretroactividad, equidad, transparencia y suficiencia recaudatoria.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 7 del Código Tributario, en concordancia con el artículo 8 de la Ley de Creación del Servicio de Rentas Internas, es facultad del Director General del Servicio de Rentas Internas expedir las resoluciones, circulares o disposiciones de carácter general y obligatorio necesarias para la aplicación de las normas legales y reglamentarias.

El primer inciso del artículo 10 de la Ley de Régimen Tributario Interno señala que, en general, con el propósito de determinar la base imponible sujeta al impuesto a la renta, se deducirán los gastos que se efectúen con el propósito de obtener, mantener y mejorar los ingresos de fuente ecuatoriana que no estén exentos.

El numeral 16 del artículo 10 de la Ley de Régimen Tributario Interno, establece que las personas naturales podrán deducir, hasta en el 50% del total de sus ingresos gravados sin que supere un valor equivalente a 1.3 veces la fracción básica desgravada de impuesto a la renta de personas naturales, sus gastos personales sin IVA e ICE, así

como los de su cónyuge e hijos menores de edad o con discapacidad, que no perciban ingresos gravados y que dependan del contribuyente. Los gastos personales que se pueden deducir corresponden a los realizados por concepto de arriendo o pago de intereses para adquisición de vivienda, educación, salud, y otros que establezca el Reglamento para la Aplicación de la Ley de Régimen Tributario Interno. En el Reglamento se establece el tipo del gasto a deducir y su cuantía máxima, que se sustentará en los documentos referidos en el Reglamento de Comprobantes de Venta y Retención, en los que se encuentre debidamente identificado el contribuyente beneficiario de esta deducción.

El artículo 34 del Reglamento para la aplicación de la Ley de Régimen Tributario Interno establece que las personas naturales podrán deducirse sus gastos personales, sin IVA ni ICE, así como los de su cónyuge o conviviente e hijos menores de edad o con discapacidad, que no perciban ingresos gravados y que dependan del contribuyente.

Con base en la normativa constitucional, legal y reglamentaria anteriormente señalada, el Servicio de Rentas

Internas recuerda a los contribuyentes que apliquen la deducibilidad de gastos personales en la liquidación del impuesto a la renta, en el caso de unidades familiares, lo siguiente:

Para la deducibilidad de gastos personales, estos deberán estar respaldados en comprobantes de venta autorizados, conforme lo señala el Reglamento de Comprobantes de Venta, Retención y Documentos Complementarios; dichos comprobantes podrán estar a nombre del contribuyente o de cualquier integrante de la unidad familiar del contribuyente. No cabe la deducibilidad de un mismo gasto por más de una vez o en diferentes contribuyentes

Se entiende por unidad familiar la integrada por los cónyuges no separados legalmente, hijos menores de edad no emancipados e hijos con discapacidad sin importar su edad. En los casos de separación legal o cuando no exista vínculo matrimonial, la unidad familiar será la formada por los convivientes integrantes de la unión de hecho y sus hijos menores de edad no emancipados y los mayores de edad con discapacidad que dependan de uno u otro.

**EJEMPLO:**

El señor "AB" se encuentra en relación de dependencia en una empresa del sector privado, forma parte de una unidad familiar conformada por su cónyuge señora "CD", quien obtiene ingresos gravados por servicios profesionales, y dos hijos, uno menor de edad en educación básica, y otro mayor de edad cursando estudios superiores, que depende económicamente de sus padres.

En este caso, para deducir los gastos personales de sus ingresos gravados, ambos cónyuges podrán tomarse por una sola vez los comprobantes de venta de acuerdo al siguiente ejemplo:

Concepto	Emitido por:	Comprobante de venta a nombre de:	Gasto Personal deducible para:
Educación	Escuela "XY"	Del hijo / menor	Señor "AB"
	Universidad "EF"	Del hijo / mayor	Señora "CD"
Alimentación	Supermercado "AC"	Señora "CD"	Señor "AB"
Vestimenta	Almacenes "JK"	Señor "AB"	Señora "CD"

Comuníquese y publíquese.-

Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, a 27 de enero de 2015.

Dictó y firmó la circular que antecede, Ximena Amoroso Iñiguez, Directora General del Servicio de Rentas Internas, en Quito D. M., a 27 de enero de 2015.  
Lo certifico.-

f.) Dra. Alba Molina P., SECRETARIA GENERAL, SERVICIO DE RENTAS INTERNAS.

No. 001-2015

**EL PLENO DEL COMITÉ DE  
COMERCIO EXTERIOR**

**Considerando:**

Que el artículo 305 de la Constitución de la República del Ecuador establece que la creación de aranceles y fijación de sus niveles son competencia exclusiva de la Función Ejecutiva;

Que, el Artículo 304 de la misma Constitución establece entre los objetivos de la política comercial se encuentran: desarrollar, fortalecer y dinamizar los mercados internos a partir del objetivo estratégico, establecido en el Plan Nacional de Desarrollo; regular, promover y ejecutar las acciones correspondientes para impulsar la inserción estratégica del país, en la economía mundial; y, fortalecer el aparato productivo y la producción nacional;

Que de conformidad con el numeral 5 del artículo 261 ibídem, las políticas: económica, tributaria, aduanera, arancelaria, de comercio exterior, entre otras, son competencias exclusivas del Estado Central;

Que mediante Decisión 771 de la Comisión de la Comunidad Andina, se extiende hasta el 31 de diciembre de 2014 los plazos previstos en los artículos 1, 2 y 3 de la Decisión 695, permitiendo a los Países Miembros mantener un grado de flexibilidad en la aplicación de los niveles arancelarios del Arancel Externo Común, en tanto se establezca una Política Arancelaria Comunitaria;

Que el Artículo 71 del Código Orgánico de la Producción, Comercio e Inversiones –COPCI-, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 351 del 29 de

diciembre de 2010, creó el Comité de Comercio Exterior (COMEX), como el órgano encargado de aprobar las políticas públicas nacionales en materia de política comercial;

Que de acuerdo al artículo 72, letra q), del código aludido en el considerando precedente es facultad del Comité de Comercio Exterior diferir, de manera temporal, la aplicación de las tarifas arancelarias generales, o por sectores específicos de la economía, según convenga a la producción nacional o las necesidades económicas del Estado”;

Que, mediante Resolución No. 059 del 17 de mayo de 2012, publicada en el Suplemento de Registro Oficial No. 859 del 28 de diciembre de 2012, se reformó el Arancel Nacional de Importaciones;

Que el Comité de Comercio Exterior, en sesión del Pleno desarrollada el día 12 de enero de 2015, conoció y aprobó el Informe Técnico elaborado por el Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca, el cual recomienda el diferimiento arancelario a 0% ad valorem para la importación de sacos de yute, clasificados en la subpartida arancelaria 6305.10.10.00, hasta el 31 de diciembre de 2017;

En ejercicio de las facultades conferidas en el Art. 70 del Reglamento de Funcionamiento del COMEX, expedido mediante Resolución Nro. 001-2014, de 14 de enero de 2014, en concordancia con las demás normas aplicables:

**Resuelve:**

**Artículo 1.-** Diferir a 0% ad valorem la tarifa arancelaria para la importación de sacos de yute clasificados en la subpartida arancelaria 6305.10.10.00, conforme el siguiente detalle:

Subpartida	Descripción de la Mercancía	UF	Tarifa Arancelaria	OBSERVACIONES
6305.10.10.00	--De yute	u	30%	Diferimiento a 0% ad valorem hasta el 31 de diciembre de 2017

**DISPOSICIÓN FINAL**

La Secretaría Técnica del COMEX remitirá esta resolución al Registro Oficial para su publicación.

Esta Resolución fue adoptada en sesión del 12 de enero de 2015 y entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

f.) Francisco Rivadeneira, **Presidente.**

f.) Víctor Murillo, **Secretario.**

Ministerio de Comercio Exterior.- Certifico que el presente documento es fiel copia del original que reposa en el archivo del COMEX.- f.) Secretario Técnico.

No. NAC-DGERCGC15-0000045

**LA DIRECTORA GENERAL  
DEL SERVICIO DE RENTAS INTERNAS****Considerando:**

Que, conforme el artículo 226 de la Constitución de la República del Ecuador, las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal, ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley;

Que, el artículo 300 de la Constitución de la República del Ecuador señala que el régimen tributario se regirá por los principios de generalidad, progresividad, eficiencia, simplicidad administrativa, irretroactividad, equidad, transparencia y suficiencia recaudatoria. Se priorizarán los impuestos directos y progresivos. La política tributaria promoverá la redistribución y estimulará el empleo, la producción de bienes y servicios y conductas ecológicas, sociales y económicas responsables;

Que, de acuerdo al artículo 1 de la Ley de Creación del Servicio de Rentas Internas, dicha institución se crea como una entidad técnica y autónoma, con personería jurídica, de derecho público, patrimonio y fondos propios, jurisdicción nacional y sede principal en la ciudad de Quito. Su gestión estará sujeta a las disposiciones de la citada ley, del Código Tributario, de la Ley de Régimen Tributario Interno y de las demás leyes y reglamentos aplicables, y su autonomía concierne a los órdenes administrativo, financiero y operativo;

Que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7 del Código Tributario, en concordancia con el artículo 8 de la Ley de Creación del Servicio de Rentas Internas, es facultad del Director General del Servicio de Rentas Internas expedir las resoluciones, circulares o disposiciones de carácter general y obligatorio necesarias para la aplicación de las normas legales y reglamentarias;

Que, el numeral 2 del artículo 2 de la Ley de Creación del Servicio de Rentas Internas señala que esta Administración Tributaria tendrá la facultad de efectuar la determinación, recaudación y control de los tributos internos del Estado y de aquellos cuya administración no esté expresamente asignada por Ley a otra autoridad;

Que, el artículo 20 de la Ley de Creación del Servicio de Rentas Internas señala que las entidades del sector público, las sociedades, las organizaciones privadas y las personas naturales, están obligadas a proporcionar al Servicio de Rentas Internas, toda la información que requiere para el cumplimiento de sus labores de determinación, recaudación y control tributario;

Que, el artículo 73 del Código Tributario, prevé que la actuación de la Administración Tributaria, se desarrollará con arreglo a los principios de simplificación, celeridad y eficacia;

Que, conforme el literal e) del numeral 1 del artículo 96 del Código Tributario son deberes formales de los

contribuyentes o responsables, cumplir con los deberes específicos que la respectiva ley tributaria establezca;

Que, de acuerdo con el artículo 99 de la Codificación del Código Tributario, los datos e información que posee la Administración Tributaria con respecto a sus contribuyentes, responsables o terceros, deben ser utilizados únicamente para fines tributarios de acuerdo con la ley;

Que, el artículo 17 de la Ley de Turismo establece que el Ministerio de Turismo coordinará con otras instituciones del sector público las políticas y normas a implementarse, a fin de no afectar el desarrollo del turismo;

Que, de acuerdo al artículo 39 de la Ley de Turismo, el ministerio rector de la política turística determinará y regulará, a través de Acuerdo Ministerial, la contribución del uno por mil sobre el valor de los activos fijos que deberán pagar anualmente todos los establecimientos prestadores de servicios al turismo;

Que, el artículo 78 del Reglamento General a la Ley de Turismo establece que los procedimientos de recaudación de algunos de los recursos señalados en la ley serán los siguientes:

1. La contribución del 1 por mil sobre activos fijos, determinada en el literal a) del artículo 40 de la Ley de Turismo, pagarán todos los establecimientos prestadores de servicios turísticos. Para el cálculo de dicha contribución se exigirá lo siguiente:

a. Personas jurídicas: Los balances presentados a la Superintendencia de Compañías, debidamente aprobados, correspondientes al año inmediato anterior. Requisito que se exigirá a los establecimientos que se encuentran registrados en el Ministerio, previo a la renovación de la licencia anual de funcionamiento;

b. Personas naturales: Al momento de obtener el registro, deberán hacer una declaración juramentada, en el formulario preparado por el Ministerio de Turismo para tal efecto, sobre el monto de los activos fijos que posee el establecimiento; y,

c. Para establecimientos registrados y de propiedad de personas naturales: Igualmente declararán bajo juramento sus activos fijos, como al momento de la renovación de la licencia única anual de funcionamiento.

El pago de esta contribución se efectuará hasta el 31 de julio de cada año. Vencido este plazo, el contribuyente pagará un interés calculado de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 20 del Código Tributario.

Previo la obtención del registro de turismo las personas naturales o jurídicas deberán pagar los valores correspondientes que se establecen en el presente reglamento;

Que, el artículo 115 del Reglamento General de Operaciones del Fondo Mixto de Promoción Turística y Asignación de Competencias a los Órganos del Ministerio de Turismo en esta materia, dispone que la multa aplicable por el retraso en el pago de la contribución del uno por mil

sobre el valor de los activos fijos, será del 3% del monto de dicha contribución, por mes o fracción de mes vencido, incrementándose el 1.1 por ciento por cada mes adicional de retraso, que no podrá excederse de un semestre; y,

En ejercicio de sus facultades legales,

**Resuelve:**

**Expedir las normas para la declaración de la contribución del uno por mil sobre el valor de los activos fijos prevista en la Ley de Turismo**

**Artículo 1. Ámbito de aplicación.-** Aprobar las normas para la declaración de la “*Contribución del uno por mil sobre el valor de los activos fijos*” prevista en la Ley de Turismo.

**Artículo 2. Sujeto pasivo.-** La contribución del uno por mil sobre el valor de activos fijos, prevista en el literal a) del artículo 39 de la Ley de Turismo, la pagarán todos los establecimientos prestadores de servicios al turismo.

**Artículo 3. Forma de declaración y pago.-** Los sujetos pasivos de esta contribución deberán presentar la declaración de manera anual, mediante el formulario No. 106 “*Formulario Múltiple de Pagos*” considerando para el efecto el código 8147 denominado “*Contribución para la promoción del turismo 1 por mil a los activos fijos.*”, mismo que se encontrará a disposición de los sujetos pasivos a través del portal web institucional [www.sri.gob.ec](http://www.sri.gob.ec).

El pago de esta contribución podrá realizarse únicamente a través de *Convenio de débito u Otras Formas de Pago*, opción prevista en la sección *Forma de pago* inserta dentro del Formulario 106. No se aceptará el pago utilizando notas de crédito ni compensaciones.

**Artículo 4. Información a reportar.-** Los sujetos pasivos obligados a presentar la declaración deberán incluir la información que solicite el Servicio de Rentas Internas en sus formularios y anexos.

**Artículo 5. Plazo de presentación.-** Los sujetos pasivos obligados deberán presentar la declaración hasta el 31 de julio de cada año con la información correspondiente al periodo inmediato anterior.

Cuando una fecha de vencimiento coincida con días de descanso obligatorio o feriados, aquella se trasladará al siguiente día hábil.

**Artículo 6. Intereses y multas.-** En caso de que la declaración y el pago de la contribución referida en la presente resolución se realicen fuera de los plazos señalados en el Reglamento General a la Ley de Turismo y en la presente resolución, el sujeto pasivo deberá pagar las multas e intereses que correspondan de conformidad con la normativa señalada.

**DISPOSICIÓN TRANSITORIA.-** Las declaraciones correspondientes al pago por la contribución del uno por mil sobre el valor de activos fijos de los periodos fiscales 2012 y 2013 deberán ser pagados hasta el 31 de julio del 2015 en el formulario previsto en la presente resolución, y pagar las respectivas multas e intereses.

**DISPOSICIÓN FINAL.-** La presente resolución entrará en vigencia a partir del día siguiente a su publicación en el Registro Oficial.

Comuníquese y Publíquese.-

Dictó y firmó la Resolución que antecede, la Econ. Ximena Amoroso I., Directora General del Servicio de Rentas Internas, en la ciudad Quito, D.M., a 27 enero de 2015.

Lo certifico

f.) Dra. Alba Molina, Secretaria General, Servicio de Rentas Internas.

---

No. NAC-DGERCGC15-0000053

**LA DIRECTORA GENERAL  
DEL SERVICIO DE RENTAS INTERNAS**

**Considerando:**

Que el artículo 227 de la Constitución de la República del Ecuador determina que la administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación;

Que mediante Ley No. 41, publicada en el Registro Oficial No. 206 de 02 de diciembre de 1997, se creó al Servicio de Rentas Internas como una entidad técnica y autónoma, con personalidad jurídica de derecho público, patrimonio y fondos propios, jurisdicción nacional y sede principal en la ciudad de Quito;

Que de conformidad al numeral 1 del artículo 7 de la referida Ley de Creación, el Director General del Servicio de Rentas Internas ejerce la representación legal, judicial y extrajudicial del Servicio de Rentas Internas;

Que el artículo 67 de la Ley Orgánica del Servicio Público dispone que la autoridad nominadora debe designar a los ganadores de los concursos de méritos y oposición, actividad que es conveniente desconcentrar para asegurar la eficiencia de los correspondientes procedimientos administrativos;

Que a través de la Resolución No. NAC-DGERCGC14-00872, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 367 de 04 de noviembre de 2014, reformada por la Resolución No. NAC-DGERCGC14-00965, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 382 de 25-XI-2014, esta Dirección General delegó varias de sus atribuciones; y,

Que es conveniente, por agilidad en la gestión de esta Administración Tributaria, que los directores zonales y provinciales puedan representarla en el inicio de los

procesos penales y en los procedimientos disciplinarios ante otras instituciones públicas y que el Director Nacional Jurídico atienda directamente los requerimientos de información que formularen los órganos jurisdiccionales a la Dirección General de la entidad.

En ejercicio de sus atribuciones,

**Resuelve:**

**Artículo 1.-** Reformar el artículo 1 de la Resolución No. NAC-DGERCGC14-00872, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 367 de 04 de noviembre de 2014, previamente reformada por la Resolución No. NAC-DGERCGC14-00965, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 382 de 25-XI-2014, de la siguiente forma:

a) Sustituir los numerales 3 y 4 por los siguientes:

*“3) Al Director Nacional Jurídico del Servicio de Rentas Internas la facultad para emitir actos preparatorios, de mero trámite, devolución o archivo en los procedimientos de absolución de consultas tributarias. También se delega al Director Nacional Jurídico y a los directores zonales responder los requerimientos de información que formularen los órganos jurisdiccionales al Director General del Servicio de Rentas Internas;*

*4) A los directores zonales y directores provinciales del Servicio de Rentas Internas la facultad de designar o sustituir, mediante oficio, a los abogados que como procuradores deban intervenir en juicio en defensa de los intereses institucionales o de la autoridad demandada. De igual forma, delega a los directores zonales y directores provinciales del Servicio de Rentas Internas la facultad para representar a la institución al promover procesos penales, hasta antes de la presentación de la acusación particular, y de actuar en los procedimientos administrativos disciplinarios ante otras instituciones públicas;”.*

b) Sustituir el literal a) del numeral 9 por el siguiente:

*“a) Al Director Nacional de Talento Humano y a los directores zonales y provinciales del Servicio de Rentas Internas sus facultades para suscribir convenios marcos e individuales de pasantías, de práctica pre profesionales y de devengación. Adicionalmente, se delega al Director Nacional de Talento Humano y a los directores zonales la facultad de designar a los ganadores de los concursos de méritos y oposición”.*

**Artículo 2.-** Ratificar las actuaciones de los directores zonales y provinciales del Servicio de Rentas Internas en los procesos penales y en los procedimientos administrativos disciplinarios, desde el 01 de noviembre de 2014 hasta la fecha de publicación de esta resolución en el Registro Oficial.

**Disposición General Única.-** Esta resolución entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

**Publíquese.-** Dado en Quito, Distrito Metropolitano, a 28 de enero de 2015.

Firmó la resolución que antecede, Ximena Amoroso Í., **DIRECTORA GENERAL DEL SERVICIO DE RENTAS INTERNAS**, en Quito D. M., a 28 de enero de 2015.

Lo certifico.

f.) Dra. Alba Molina, Secretaria General, Servicio de Rentas Internas.

---

**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO  
DEL CANTÓN PABLO SEXTO**

**Considerando:**

Que: El Art. 301 de la Constitución de la República dispone que sólo por acto normativo de órgano competente se podrá establecer, modificar, exonerar y extinguir tasas y contribuciones. Las tasas y contribuciones especiales se crearán y regularán de acuerdo con la ley;

Que: El Art. 240 de la Constitución de la República, consagra que los gobiernos autónomos descentralizados de las regiones, distritos metropolitanos, provincias y cantones, tendrán facultades legislativas en el ámbito de sus competencias y jurisdicciones territoriales;

Que: El Art. 264, numeral quinto de la Constitución de la República establece que los gobiernos municipales tienen entre sus competencias exclusivas sin perjuicio de otras que determine la ley, crear, modificar o suprimir mediante ordenanzas, tasas y contribuciones especiales de mejoras, en el ámbito de sus competencias y territorio;

Que: El Art. 186 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización expresa que en relación a la facultad tributaria, los gobiernos municipales podrán crear, modificar, exonerar o suprimir mediante ordenanzas, tasas, tarifas y contribuciones especiales de mejoras generales o específicas, por el establecimiento o ampliación de servicios públicos que son de su responsabilidad, el uso de bienes o espacios públicos, y en razón de las obras que ejecuten dentro del ámbito de sus competencias y circunscripción, así como la regulación para la captación de las plusvalías

Que: El literal a) del Art. 57 del Código Orgánico de Ordenamiento Territorial, Autonomías y Descentralización, dispone que al concejo municipal le corresponde, el ejercicio de la facultad normativa en las materias de competencia del gobierno autónomo descentralizado municipal, mediante la expedición de ordenanzas cantonales, acuerdos y resoluciones;

Que: El literal c) del Art. 57 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización dispone que al Concejo Municipal le corresponde crear, modificar, exonerar o extinguir tasas y contribuciones especiales por los servicios que presta y obras que ejecute;

Que: El inciso tercero del artículo 5 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, define a la autonomía administrativa como la capacidad de ejercer plenamente la facultad de organización y de gestión de sus talentos humanos y recursos materiales para el ejercicio de sus competencias y cumplimiento de sus atribuciones;

Que: Con fecha 26 de diciembre del 2013 la comisión de contribución especial de mejoras, presenta el informe técnico final del cálculo para el cobro de contribución espacial por mejoras del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto de las obras comprendidas entre el periodo 2007-2012, con el 0% de subsidio y a un año plazo

Que: Con Fecha 27 de diciembre del 2013 se llevo a efecto una sesión Extraordinaria del Concejo Cantonal de Pablo Sexto, fecha en la que se aprueba en primera instancia la Ordenanza que Regula las Contribuciones Especiales por Mejoras del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto, de esa manera y por dichas circunstancias inmediatamente se conformó la Comisión Especial para que analice y emita un informe para la aprobación en segunda instancia de la Ordenanza que Regula las Contribuciones Especiales por Mejoras del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto.

Que: Con fecha 03 y 14 de enero de 2014, ha mantenido reuniones la comisión especial para analizar los porcentajes de subsidio, años plazo a cobrar y elaboración del Plan de Recuperación de Inversiones Realizadas entre el periodo 2007 – 2012, mismas que constan de nueve obras.

Que: Con fecha Pablo Sexto, 14 de enero de 2014 la comisión especial designada eleva a conocimiento de concejo municipal el informe de la Comisión Especial del Concejo Municipal de Pablo Sexto, después del análisis y cálculo para el cobro de contribución especial por mejoras del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto.

Que: Con fecha 20 de enero del 2014 del concejo municipal de Pablo Sexto, resuelven aprobar en segunda y definitiva instancia la Ordenanza que Regula las Contribuciones Especiales por Mejoras del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto, considerando el Estudio Socio-Económico de la Población, misma que fue presentada en el Informe Técnico respectivo.

Que: Mediante Oficio N.- 030 de fecha 11 de noviembre de 2014, la Ing. Diana Morocho Directora de Servicios Corporativos solicita se incorpore a la Ordenanza que Regula las Contribuciones Especiales por Mejoras del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto, la resolución N.- 04 emitida por el Concejo Municipal del Cantón Pablo Sexto, efectuada el 20 de enero del 2014.

En ejercicio de sus facultades consagradas en el Art. 240 de la Constitución, en concordancia al Art. 53 y literal a) del Art. 57 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomías y Descentralización; expide la siguiente

**REFORMA A LA ORDENANZA QUE REGULA  
LAS CONTRIBUCIONES ESPECIALES POR  
MEJORAS DEL GOBIERNO AUTÓNOMO  
DESCENTRALIZADO DEL CANTÓN  
PABLO SEXTO**

**Art. 1.-** Se reemplaza el artículo 31, por el siguiente:

**Art. 31. Del régimen de subsidios.-** El Concejo del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto, previo informe de la comisión de contribución especial por mejoras, podrá mediante resolución subsidiar hasta el 50% del costo de la obra contratada con cargo a su presupuesto, analizando previamente la capacidad económica real de pago de los contribuyentes o beneficiarios.

**Art. 31.1.-** Para la recuperación del gasto en inversiones se procederá con el siguiente calendario:

**Obras a cobrarse a partir del año 2015**

Sistema de Desechos Sólidos de Pablo Sexto,

Puente sobre el Rio Aserrió de la comunidad el Rosario,

Muros de encauzamiento del río Tunanza.

**Obras a Cobrarse a partir del año 2016:**

Alcantarillado Sanitario de Pablo Sexto,

Alcantarillado Sanitario para el Rosario.

**Obras a Cobrarse a partir del año 2017:**

Sistema de Agua Potable del Cantón Pablo Sexto.

Sistema de Agua Potable para la Comunidad de el Rosario.

**Obras a Cobrarse a partir del año 2018:**

Sistema de Alcantarillado Pluvial de Pablo Sexto.

**Art. 31.2.-** Los subsidios en las obras indicadas serán de la siguiente manera:

El 50% a diez años plazo de la obra del Sistema de Agua Potable del Cantón Pablo Sexto que tiene una inversión total de 572.041,00 USD.

El 50% a diez años Plazo de la obra Sistema de Alcantarillado Sanitario de Pablo Sexto que tiene una inversión total de 775.408,95 USD.

El 50% a cinco años Plazo de la obra Sistema de Desechos Sólidos de Pablo Sexto que tiene una inversión total de 134.094,28 USD.

El 50% a diez años Plazo de la obra Sistema de Alcantarillado Pluvial de Pablo Sexto que tiene una inversión total de 530.417,95 USD.

El 40% a tres años Plazo de la obra Muros de encauzamiento del río Tunantza que tiene una inversión total de 48.798,37 USD.

El 50% a diez años plazo de la obra Sistema de Agua Potable para la comunidad del Rosario que tiene una inversión total de 62.706,14 USD.

EL 50% a 10 años plazo de la Obra Sistema de Alcantarillado Sanitario para el Rosario que tiene una inversión total de 275.443,75 USD.

El 50% a diez años plazo de la obra Puente sobre el Río Aserri de la comunidad el Rosario que tiene una inversión total de 28.645,95 USD.

**Art. 2.-** La presente reforma a la ordenanza, entrará en vigencia una vez que sea aprobada por el Concejo Cantonal del Gobierno Autónomo descentralizado del Cantón Pablo Sexto y publicada en el Registro Oficial.

Dado y firmado en la sala de sesiones, en la ciudad de Pablo Sexto, a los 05 días del mes de diciembre del 2014.

f.) Tlgo. Rafael Antuni Catani, Alcalde.

f.) Abg. Ricardo Buestán, Secretario del Concejo

SECRETARÍA DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO.- CERTIFICA, la presente REFORMA A LA ORDENANZA QUE REGULA LAS CONTRIBUCIONES ESPECIALES POR MEJORAS DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DEL CANTÓN PABLO SEXTO, fue discutida y aprobada por el Concejo Cantonal de Pablo Sexto, en primera y segunda instancia en dos sesiones efectuadas los días 28 de noviembre y el 05 de diciembre del año dos mil catorce respectivamente.

Pablo Sexto a 05 de diciembre del año 2014

f.) Abg. Ricardo Buestán, Secretario del Concejo.

Señor Alcalde del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto.

En uso de las atribuciones legales que me confiere el inciso cuarto del Artículo 322 del Código Orgánico de Ordenamiento Territorial, Autonomías y Descentralización, adjunto remito a su autoridad tres ejemplares originales de la **“REFORMA A LA ORDENANZA QUE REGULA LAS CONTRIBUCIONES ESPECIALES POR MEJORAS DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DEL CANTÓN PABLO SEXTO”** que fuere debidamente debatido y aprobado por

el concejo cantonal en dos sesiones ordinarias efectuadas los días 28 de noviembre y el 05 de diciembre del año dos mil catorce respectivamente; para que de acuerdo a su acertado criterio, proceda a aprobarla u observarla de conformidad con la Ley.

Pablo Sexto, 08 de diciembre del 2014

f.) Abg. Ricardo Buestán Guamán, Secretario del Concejo.

En uso de las atribuciones legales que me confiere el inciso cuarto del Art. 322 del Código Orgánico de Ordenamiento Territorial, Autonomías y Descentralización SANCIONO la precedente **REFORMA A LA ORDENANZA QUE REGULA LAS CONTRIBUCIONES ESPECIALES POR MEJORAS DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DEL CANTÓN PABLO SEXTO**”, que fuere debidamente debatido y aprobado por el Concejo Cantonal, en primera y segunda instancia en dos sesiones ordinarias efectuadas los días 28 de noviembre y el 05 de diciembre del año dos mil catorce respectivamente y dispongo su inmediata publicación en el Registro Oficial.

f.) Tlgo. Rafael Antuni Catani, Alcalde del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto.

SECRETARÍA DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO.- CERTIFICA: que la precedente **“REFORMA A LA ORDENANZA QUE REGULA LAS CONTRIBUCIONES ESPECIALES POR MEJORAS DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DEL CANTÓN PABLO SEXTO”**, fue sancionado por el Tlgo. Rafael Antuni, conforme el texto que antecede, en el lugar y fecha descrita.

Pablo Sexto a 09 de diciembre del año dos mil catorce

f.) Abg. Ricardo Buestán Guamán, Secretario del Concejo.

SECRETARÍA DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO.- CERTIFICA: que la precedente **“REFORMA A LA ORDENANZA QUE REGULA LAS CONTRIBUCIONES ESPECIALES POR MEJORAS DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DEL CANTÓN PABLO SEXTO”** fue publicada con efectos generales para la jurisdicción cantonal, En la Gaceta oficial del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Pablo Sexto; en carteles dispuestos en los lugares más concurridos de la ciudad de Pablo Sexto y en la página web institucional, tal como prevé el Art. 324 del Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización.

Pablo Sexto a 12 de diciembre del 2014.

f.) Abg. Ricardo Buestán Guamán, Secretario del Concejo.

El REGISTRO OFICIAL no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su promulgación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.



**REGISTRO OFICIAL**  
ORGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

# Suscríbese



**Quito**  
Avenida 12 de Octubre N 23-99 y Wilson  
Edificio 12 de Octubre - Segundo Piso  
Teléfonos: 2234540 - 2901629 Fax: 2542835  
3941-800 Ext. 2301

**Almacén Editora Nacional**  
Mañosca 201 y 10 de Agosto  
Telefax: 2430110

**Guayaquil**  
Malecón 1606 y 10 de Agosto  
Edificio M.I. Municipio de Guayaquil  
Teléfono: 2527107



[www.registroficial.gob.ec](http://www.registroficial.gob.ec)

