

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

SUMARIO:

Págs.

FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDO:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

00017-2022 Apruébese la “Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026” 2

FUNCIÓN DE TRANSPARENCIA Y CONTROL SOCIAL

RESOLUCIÓN:

SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA POPULAR Y SOLIDARIA - SEPS:

SEPS-IGT-IGJ-IFMR-DNLQSF-2016-217 Liquidese la Cooperativa de Ahorro y Crédito LLANKAK RUNA Ltda., domiciliada en el cantón Ambato, provincia de Tungurahua 70

No. 00017-2022

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado garantizar, sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;
- Que,** la referida Constitución de la República manda: *"Art. 32.- 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 sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho 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 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."*;
- Que,** el artículo 35 de la referida Constitución 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. (...). El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad."*;
- Que,** la Norma Suprema, 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."*;
- Que,** el artículo 154 de la Constitución de la República manda: *"A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión. (...)."*;
- Que,** el artículo 341 de la Carta Fundamental estipula que: *"El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad."*;

- Que,** en el artículo 360 de la Constitución de la República se dispone: *"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."*;
- Que,** de conformidad con lo prescrito en el artículo 361 de la Norma Ibídem, el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, que será la responsable de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector:
- Que,** la Constitución de la República determina: *"Art. 363.- 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. (...). 5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución."*;
- Que,** en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, realizada en Ginebra-Suiza del 19 al 24 de mayo de 2014, se emitió la Resolución WHA67.19 *"Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida"*, en la que se insta a los Estados Miembros: *"1. a que formulen, refuercen y apliquen, según convenga, políticas de cuidados paliativos en apoyo del fortalecimiento integral de los sistemas de salud, con miras a incorporar en la totalidad del proceso asistencial unos servicios de asistencia paliativa basados en criterios científicos, costo eficaces y equitativos, y ello en todos los niveles, con énfasis en la atención primaria, la atención comunitaria y domiciliaria y los programas de cobertura universal; (...)."*;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud dispone: *"Art. 4.- 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 esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias."*;
- Que,** el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *"1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento; (...); 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, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario. (...)."*;

- Que,** el artículo 10 de la Ley Ibídem estipula 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, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de dicha Ley;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 69 señala: *“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 saludables, 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.”;*
- Que,** el Código Orgánico Administrativo dispone: *“Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública.”;*
- Que,** a través de Decreto Ejecutivo No. 485 expedido el 7 de julio de 2022, publicado en el Segundo Suplemento del Registro Oficial No. 111 de 22 de julio de 2022, el Presidente Constitucional de la República designó al doctor José Leonardo Ruales Estupiñan, como Ministro de Salud Pública;
- Que,** mediante Acuerdo Ministerial No. 00000101 publicado en el Registro Oficial No. 415 de 29 de marzo de 2011, el Ministerio de Salud Pública dispuso: *“Art. 1.- 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.”;*
- Que,** con Acuerdo Ministerial No. 00005232 publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 321-A de 20 de mayo de 2015, el Ministerio de Salud Pública aprobó y autorizó la publicación de la *“Norma de Atención de Cuidados Paliativos”*, que tiene como objetivo general: *“Establecer los principios, condiciones, situaciones y mecanismos de provisión de la atención de salud en cuidados paliativos para las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y*

con pronóstico de vida limitado, así como a sus familias y/o cuidadores en el lugar donde se encuentren.”;

- Que,** a través de Acuerdo Ministerial No. 00005223, publicado en el Tercer Suplemento del Registro Oficial No. 429 de 2 de febrero de 2015, la Ministra de Salud Pública en funciones a la fecha, aprobó y autorizó la publicación del documento denominado *“Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015.2017”*, instrumento cuyo objeto es: *“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.”;*
- Que,** el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, en su Objetivo 6, *“Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”*, tiene, entre otras, las siguientes Políticas: *“6.1 Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, persona LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad. 6.2 Asegurar el acceso universal a las vacunas y la adopción de medidas sanitarias para prevenir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas en la población. (...)”;*
- Que,** el informe técnico No. 16 DNPMSNS 2022 de 17 de mayo de 2022, elaborado por la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud y por la Dirección Nacional de Discapacidades y aprobado por la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública y por el Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud, en el Acápite *“Antecedentes”* manifiesta que: *“(...). No brindar una adecuada atención en cuidados paliativos incrementa el riesgo de continuar realizando tratamientos en muchas ocasiones inútiles, que causan un mayor perjuicio en la vida del paciente y su familia. (...). En el contexto de la salud pública, existen funciones esenciales, que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para mejorar la salud de las poblaciones. Es así que es responsabilidad del Estado ofrecer un sistema de salud efectivo e integral que cuide a sus ciudadanos hasta el final de la vida. Entre las funciones que el Estado posee en el ámbito de los cuidados paliativos, están: 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. La Política, por lo tanto, deberá abordar el cumplimiento de estas funciones, estableciendo los mecanismos y estructuras necesarias para ello.”;*
- Que,** en el literal g. del Acápite *“Marco Legal”* del referido informe técnico se señala: *“Con fecha del 25 de mayo de 2019 luego de la reunión con el Sr. Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, (Dr. Carlos Durán) se presenta los resultados del Plan de Cuidados Paliativos y se toma la decisión de la actualización y formulación de la Política Nacional de Cuidados paliativos. (...)”;*
- Que,** en el informe ibídem se concluye: *“1. El Ministerio de Salud Pública con la finalidad de cumplir con la sentencia 679-18-JP/20 y acumulados ha visto favorable la coordinación con las diferentes instancias internas y externas del*

Sistema Nacional de Salud, a fin de cumplir con la disposición de crear la Política Nacional de Cuidados Paliativos misma que remplazará al Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017.”; y,

Que, mediante memorando No. MSP-VGVS-2022-0599-M de 1 de junio de 2022, la Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, Subrogante a la fecha, remitió al Coordinador General de Asesoría Jurídica en informe técnico antes referido y solicitó: “(...) se realicen los trámites necesarios para expedir el Acuerdo Ministerial a través del cual se oficializará la “Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026”.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar el documento denominado “Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026”, instrumento que contiene disposiciones que deben ser observadas en los servicios de asistencia paliativa del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Artículo 2.- Disponer que la “Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026”, sea aplicada de manera obligatoria en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar la “Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026” en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA.- Deróguense todas las disposiciones de igual o menor jerarquía que se opongan al presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial No. 00005223, publicado en el Tercer Suplemento del Registro Oficial No. 429 de 2 de febrero de 2015, con el que el Ministerio de Salud Pública aprobó y autorizó la publicación del documento denominado “Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017”.

DISPOSICIÓN FINAL

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

15 SET. 2022



Firmado electrónicamente por:
**JOSE LEONARDO
RUALES
ESTUPIÑAN**

Dr. José Ruales Estupiñan
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



Razón: Certifico que el presente documento es materialización del Acuerdo Ministerial Nro. 00017-2022, dictado y firmado por el señor Dr. José Leonardo Ruales Estupiñan, **Ministro de Salud Pública**, el 15 de septiembre de 2022.

El Acuerdo en formato digital se custodia en el repositorio de la Dirección Nacional de Secretaría General al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Lo certifico.-



Firmado electrónicamente por:

**CECILIA
IVONNE ORTIZ**

Mgs. Cecilia Ivonne Ortiz Yépez
**DIRECTORA NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**Política Nacional
de
Cuidados Paliativos**

2022 - 2026

Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador



Juntos
cumplimos

Ministerio de Salud Pública

Autoridades:

Dr. José Rúaless Ministro de Salud Pública del Ecuador

Mgs. María Gabriela Aguinaga Viceministra de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Mgs. Carmen Guerrero Viceministra de Atención Integral en Salud

Mgs. Sandra Salazar Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud

Mgs. Andrea Prado Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Dr. Edy Quizhpe Director Nacional de Discapacidades

Mgs. Francisco Enríquez Director Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Ficha catalográfica:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026:
Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema
Nacional de Salud, 2022, pág.; tab; gra

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública, Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026.
Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, julio
del 2022, Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública

Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan

Teléfono: +593-2-381-4400 / +593-2-381-4450

Página Web: www.msp.gob.ec

Diseño e impresión:

Impreso en Quito - Ecuador

Se reservan todos los derechos del MSP, bajo el protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Colaboradores grupo de redacción

- Ximena Pozo Pillaga, MD, Punto focal de cuidados paliativos en la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública.
- Alexandra Jaramillo Montalvo, Mgs. Especialista Dirección Nacional de Discapacidades
- Lilian López Chávez, Psc. Analista Dirección Nacional de Discapacidades
- Julia Fernández Figueroa, Psc. Analista Dirección Nacional de Discapacidades
- Susana Álvarez Realpe, Trabajadora Social, Dirección Nacional de Discapacidades
- Rosa Proaño Daza, Mgs, Analista Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
- Belén Araujo Pazmiño, Mgs, Especialista de la Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud
- Ángela Viteri Guerrero, MD. Responsable Centro de Atención Integral a Personas con Cáncer del Ministerio de Salud Pública + 16 octubre 2020.
- Tatiana Fernández Dávila, MD. Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos/Médica Internista Clínica Nuestra Señora de Guadalupe.
- Mercedes Díaz Cueva, MD, Internista del Hospital Solón Espinosa SOLCA Quito.
- Patricia Granja Hernández, MD; MPH. Salud Pública, Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito

Revisión interna

- Diana Molina, MD, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
- Indira Proaño, MD, Dirección Nacional de Normatización
- Johana Mozo, Ing, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
- Andrea Garzón, Ing, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud
- Pilar Álvarez, Mgs, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
- Silvia Álvarez, Bqf, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
- José Aucapiña, MD, Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
- María Elena Santillán, MD, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
- Andrés Molina, MD Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano en Salud
- Delia Molina, MD, Dirección Nacional de Promoción de la Salud Social en Salud
- Isabel Clavijo, Mgs, Dirección Nacional de Participación Social en Salud
- Hilda Basabanda, Ing, Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
- Carlos Román, Ing, Dirección Nacional de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
- Katherine Simbaña, Mgs, Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud
- Hiparía Criollo, Ing, Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud
- Eco. Andrea Tapia Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud

Revisión externa

- Marinka Gallo, MD, ABEI (Asociación Benefactora de Enfermos Incurables), Quito
- Diana Proaño, Psc, Centro de Atención Integral a Personas con Cáncer, Quito
- Myrman Ruiz, Trabajadora Social, Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, Quito
- Lourdes Jerves, FASEC (Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer), Cuenca
- Diego Jimbo, MD, FUPEC (Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer), Cuenca
- Gabriela Moya, MD, FECUPAL (Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos), Quito
- Daniela Suarez, Psc, FECUPAL (Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos), Quito
- Andrea Portilla, Psc, Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, Quito
- Betty Fey Espinoza, Psc, Cuidados paliativos, Hospital Francisco Icaza Bustamante, Guayaquil
- Ricardo Tixi, Oncólogo, Hospital de la Policía, Quito
- Mirian Ruiz, Pediatra, Cuidados paliativos, Hospital Francisco Icaza Bustamante, Guayaquil
- Pablo Muñoz, Geriatra, Hospital Docente de Calderón, Quito
- Erika Herrera, Oncóloga, Cuidados paliativos, Hospital Eugenio Espejo, Quito
- Ramiro Rueda, Anestesiólogo, Hospital de las Fuerzas Armadas, Quito
- Darío Nevarez, Oncólogo, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito
- Ana Lucía Figueroa, Médica Familiar, Cuidados paliativos, IESS Quito Sur, Quito
- Mariano Morales, MD, Responsable Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo IESS, Guayaquil.
- Viviana Araujo, Médica Familiar, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Puyo
- Lida Ordóñez, Medico familiar, Clínica Sagrado Corazón de Jesús, Quito
- Roberto Bermeo, Medico Cuidados Paliativos, SOLCA, Machala
- Sandra Rodríguez, Médica Internista, Cuidados paliativos, SOLCA, Portoviejo
- María Cristina Cervantes, Médico Internista, Unidad de Cuidados Paliativos SOLCA, Quito
- Yessenia Apolo, Trabajadora social, SOLCA, Quito
- Nancy Lino, Anestesióloga, Universidad Espiritu Santo, Guayaquil
- Paula Hidalgo, PhD, Psc, Universidad de Las Américas, Quito
- Michelle Grunauer, PhD, MD, Universidad San Francisco de Quito, Quito
- Viviana Dávalos, PhD, MD, Universidad Técnica Particular de Loja, Loja
- Dalia Elena Vega Veloz, Lcda. en Enfermería, Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, Quito
- Katty Lozano, Médica Familiar, Distrito 17D03, Quito
- Patricia Bonilla, Anestesióloga Universidad Técnica Particular de Loja, Loja

Presentación

El Ministerio de Salud Pública impulsa el “Plan de Creación de Oportunidades”, el que plantea dentro de sus objetivos *“Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.”*

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado, así como su familia y/o cuidadores, garantizando el derecho a la salud de las personas durante todo el ciclo de vida.

El Ministerio de Salud Pública en calidad de Autoridad Sanitaria Nacional de la República del Ecuador, considera necesario y oportuno impulsar el desarrollo de la atención paliativa en el Sistema Nacional de Salud.

La Política Nacional de Cuidados Paliativos prioriza la dignidad de las personas con necesidad de atención paliativa, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y la comunidad.

Dr. José Rúaless Estupiñan
Ministro de Salud Pública del Ecuador

Tabla de Contenido

Presentación.....

Tabla de Contenido.....

CAPÍTULO I.....

1.1. Introducción

1.2. Antecedentes.....

1.3. Justificación

1.4. Marco Legal.....

CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Política Nacional de Cuidados Paliativos

2.2. Cuidados Paliativos.....

CAPITULO III. ANÁLISIS SITUACIONAL

3.1. Características de los Cuidados Paliativos a Nivel Mundial

3.2. Características de los Cuidados Paliativos a Nivel Nacional

3.2.1. Análisis de la Prevalencia en Ecuador

3.2.2. Análisis de los Recursos.....

3.2.3. Análisis de los Medicamentos:.....

3.2.4. Análisis de la Formación del Talento Humano.....

CAPITULO IV. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES.....

4.1. Identificación de Actores Internos

4.2. Identificación de Actores Externos

CAPTULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1. Árbol de Problemas.....

5.2. Árbol de Objetivos

5.3. Articulación de la Política de Cuidados Paliativos con el Plan Nacional de Creación de Oportunidades.

5.3.1. Principios de la Política Nacional de Cuidados Paliativos

5.3.2. Alineación al Plan Nacional de Creación de Oportunidades

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo General

5.4.2. Objetivos Específicos

5.4.3. Ámbito.....

5.4.4. Roles y Funciones de las Unidades Orgánicas para la Implementación de la Política de Cuidados Paliativos.....

5.4.5. Articulación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos.....

CAPITULO VI. LINEAS ESTRATÉGICAS Y LINEAS DE ACCIÓN.....

6.1 Lineamiento Estratégico 1

6.2 Lineamiento Estratégico 2

6.3. Lineamiento Estratégico 3

6.4. Lineamiento Estratégico 4

6.5. Lineamiento Estratégico 5

6.6. Lineamiento Estratégico 6

CAPITULO VII. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES44

CAPITULO VIII. GLOSARIO

CAPITULO IX. SIGLAS.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS.....

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Modelo de Salud Pública

Ilustración 2: Estrategia de atención terapéutica en Cuidados paliativos, Adaptado de OMS

Ilustración 3: Dolor Total

Ilustración 4: Modelo Multidimensional de Necesidades

Ilustración 5: Comercialización de morfina en gramos en Ecuador

Índice de Tablas

Tabla 1: CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA EN ADULTOS (A PARTIR DE LOS 20 AÑOS), ECUADOR 2020

Tabla 2: : NÚMERO DE DEFUNCIONES OCURRIDAS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO, POR GRUPO DE EDAD PEDIÁTRICO, SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA*, ECUADOR 2020.....

Tabla 3: NÚMERO DE DEFUNCIONES OCURRIDAS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO, POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA*, ECUADOR 2020

Tabla 4: DATOS DE DEFUNCIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS, DETALLADOS EN SU RESPECTIVO GRUPO ETARIO 2020.....

Tabla 5: ATENCIONES BRINDADAS A USUARIOS POR PROVINCIA, SEGÚN CAUSA ESPECIFICA (ATENCIÓN PALIATIVA - Z515), MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2017 – 2020

Tabla 6: SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ECUADOR.....

Tabla 7: INSTITUCIONES QUE BRINDAN CUIDADOS PALIATIVOS.....

Tabla 8: CANTIDADES DE OPIOIDES COMERCIALIZADOS en mg

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud desde su actividad coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, busca mantener el liderazgo en la salud mundial enfocándose en el siglo XXI, y es una responsabilidad compartida que permita un acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva, contra amenazas que trascienden las fronteras y aumentan las brechas de desigualdad que impiden una atención con dignidad y con igualdad de derechos (1).

Es menester de los países desarrollar políticas enfocadas a enfermedades no transmisibles, que garanticen una continuidad y calidad de atención dentro de un sistema de salud sustentable y con capacidad resolutive altamente efectiva; los cuidados paliativos son parte de las metas dentro del cumplimiento de estos acuerdos. En el año 2019, el 50% de los países miembros reportaron tener cuidados paliativos dentro de sus políticas nacionales, con un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de adultos y niños que enfrentan enfermedades potencialmente mortales (2).

La dignidad del ser humano está sobre los adelantos científicos y la investigación. La ética principalista, la ética de la responsabilidad, el cuidado de sí mismo y de los otros, lleva al hombre a cuestionarse lo que significa el respeto a la vida humana desde su inicio hasta sus últimos instantes de vida, acepta el carácter moral del ser humano, promueve la calidad de vida del paciente y no solamente el tiempo de sobrevida o la ausencia de síntomas (3). La bioética en cuidados paliativos es un gran apoyo para este fin, otorgándole el valor de ineludible e impostergable. El actuar terapéutico paliativo va encaminado a la búsqueda de la calidad de atención multidimensional al ser humano frágil, vulnerable, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de vida y brindar la asistencia y acompañamiento hasta el devenir de la partida inminente (4).

El presente documento evidencia el interés que el Ecuador tiene por atender a las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado y a sus familias y/o cuidadores, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

1.2. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la disponibilidad, accesibilidad, investigación y recursos para cuidados paliativos son limitados (5). La detección y atención temprana de pacientes con necesidad de cuidados paliativos, permite mejorar la calidad de vida, evita que se continúen realizando tratamientos que en muchas ocasiones son fútiles y causan un mayor perjuicio en la vida del paciente y su familia. Los costes también se reflejan como gastos innecesarios y mal uso de recursos que podrían ser efectivos en pacientes con patologías susceptibles de curación (6).

Los cuidados paliativos han demostrado efectividad, eficiencia y satisfacción, al contar con diversos indicadores de calidad, así como con modelos de evaluación y mejora de la calidad. Existe experiencia y evidencia suficiente para implementarlos en todos los niveles del sistema sanitario. Es responsabilidad del Estado ofrecer un sistema de salud efectivo e integral que cuide a sus ciudadanos hasta el final de la vida (6).

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, están: 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. La Política por tanto, deberá abordar el cumplimiento de estas funciones, estableciendo los mecanismos y estructuras necesarias para ello (7).

El modelo de salud pública de la OMS 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 a la comunidad 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. Cada componente tiene resultados a corto, medio y largo plazo que deben ser medidos, se resume en el siguiente gráfico:

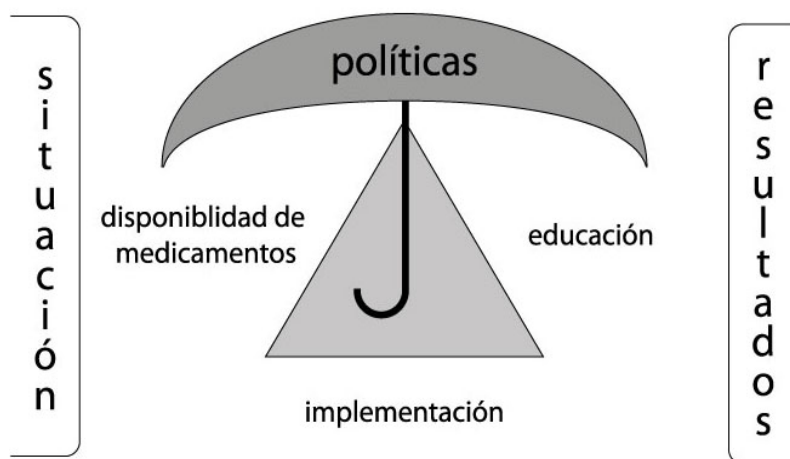


Ilustración 1: Modelo de Salud Pública

Fuente: OMS(8).

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, sigue los lineamientos de la OMS, establece e implementa Políticas de Salud, para cumplir con los mandatos de la Constitución de la República del Ecuador (2008), por lo que, emitió el Acuerdo Ministerial número 101, publicado en el Registro Oficial No. 415 de 29 de marzo de 2011, con el que 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 Acuerdo Ministerial No. 00005232 publicado en la Edición Especial del Registro Oficial

No. 321-A de 20 de mayo de 2015 se implementó la Norma de Atención de Cuidados Paliativos que establece los principios, condiciones, situaciones y mecanismos de provisión de la atención de cuidados paliativos; la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2014) emitida mediante Acuerdo Ministerial 00004862 de 7 de mayo de 2014, cuyo objetivo es estandarizar los procedimientos de atención sanitaria; la Guía de Cuidados Paliativos del ciudadano, emitida mediante Acuerdo Ministerial 00004481 de 5 de noviembre de 2013, cuyo fin es informar a la población. Con esto se da cumplimiento a lo establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en concordancia con los Planes Nacionales vigentes.

A continuación, se detalla los resultados del Plan Nacional de Cuidados paliativos 2015-2017:

- Norma de Atención en cuidados paliativos, publicada con Acuerdo Ministerial Nro. 5232 de fecha 18 de febrero de 2015.
- Curso básico de Cuidados Paliativos con duración de 16 horas, para equipos calificadoros de discapacidad del I y II nivel en los años 2015 y 2016, con un total de 967 participantes.
- De 22 Escuelas de Medicina a nivel nacional, 4 incluyen cuidados paliativos (18%).
- De 34 Escuelas de Enfermería a nivel nacional, 2 incluyen cuidados paliativos (6%).
- Convenio internacional con el Instituto Catalán de Oncología, Programa Quality, Centro colaborador de la OMS para programas públicos de cuidados paliativos, asesoró en la realización del Plan Nacional de cuidados paliativos 2015-2017, facilitó la formación de 4 profesionales con Maestría en Cuidados Paliativos, en el Sistema Nacional de Salud; con el compromiso de que dichos profesionales realicen una maestría y/o especialidad en cuidados paliativos en el país.
- Inclusión de las prestaciones de cuidados paliativos en el tarifario nacional.
- Unidad de cuidados paliativos, en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en la ciudad de Quito, dispone de 9 camas, para pacientes mayores de 18 años.
- Establecimiento especializado en cuidados paliativos: Centro de Atención Integral para Personas con Cáncer, ubicado en la ciudad de Quito, atiende a personas que provienen de otras provincias.
- Equipos de soporte mixto de cuidados paliativos en los hospitales: Francisco Icaza Bustamante (Guayaquil), Eugenio Espejo (Quito), Abel Gilbert (Guayaquil) y General de Macas (Macas).
- EL Comité de Ética Asistencial del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, incluye profesionales de cuidados paliativos.
- Un total de 4498 personas atendidas en cuidados paliativos (no constan los datos del Hospital Francisco Icaza Bustamante), de los cuales:
 - Año 2015 = 2590
 - Año 2016 = 1034
 - Año 2017 = 874 a julio de 2017
- Actualización de los medicamentos necesarios en cuidados paliativos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, 2015.
- Un equipo de voluntarios en cuidados paliativos en el Centro de Atención Integral para personas con Cáncer, Quito; equivalente al 16% de los 6 equipos existentes a nivel nacional que brindan atención pública en Cuidados Paliativos.

De la evaluación de la implementación del Plan Nacional, se evidencian las siguientes actividades pendientes:

- Disponibilidad de morfina en presentaciones orales (sólido oral de liberación prolongada y líquido oral de liberación rápida).
- Programa de capacitación intermedia semipresencial y virtual en cuidados paliativos para los profesionales de salud de I y II nivel de atención
- Información estadística de las instancias donde se realiza cuidados paliativos.
- Campañas de información y educación sobre cuidados paliativos a la ciudadanía.
- Creación de equipos y líneas de investigación en cuidados paliativos.
- Norma para licenciamiento de establecimientos de salud que presten servicios de cuidados paliativos.

1.3. Justificación

El Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017 es un logro para la salud pública del Ecuador, y alcanzó algunas de las metas planteadas, sin embargo, existen importantes desafíos para lograr el acceso de la población a la atención paliativa: limitado número de profesionales capacitados, insuficiente disponibilidad de opioides, provisión de servicios de manera aislada, escasa o ausente educación en pregrado y postgrado en las diferentes disciplinas, medicina, enfermería, psicología, trabajo social – que se traduce en continuar en la categoría 3a del “Nivel de desarrollo”, según el modelo de la Worldwide Palliative Care Alliance (9).

La autoridad sanitaria nacional, sensible a las necesidades de los ciudadanos, dispone la realización de la Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022 - 2026, con el objetivo de fortalecer la implementación del servicio de atención en cuidados paliativos en el país.

1.4. Marco Legal

a) La Constitución de la República del Ecuador 2008:

Art.3.- Son 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 agua para sus habitantes.

El Art. 11.- ordena que el ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios: (...) 6. "Todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía."

Art. 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".

El Art. 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 (...)."

El Art. 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".

El Art. 66.- reconoce y garantizará a las personas: "(...) 2. El derecho a una vida digna, que asegure la salud (...)."

El Art. 341.- señala que: *"El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.*

En el Artículo 360 preceptúa 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 Art. 361.- "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, el Art. 363.- señala 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 (...)."

El Art. 363, numeral 7, establece como responsabilidad del Estado, garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y proveer la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población; prevaleciendo en el acceso a medicamentos, los intereses de salud pública sobre los económicos y comerciales.(10)

b) De las Declaraciones Internacionales:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Art. 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" (11).

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;

La 67.^a Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 2014, insta a los Estados Miembros al fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (12).

La Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, Art. 6.- Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población (13).

Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado.

Considerando que, La "Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" fue adoptada en Washington DC, Estados Unidos, el 15 de junio de 2015 durante el Cuadragésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de Estados Americanos.

Y, por cuanto, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador, conforme dispone la Constitución de la República, mediante Decreto Ejecutivo N° 659, de 28 de enero de 2019, RO Número 426 de 12 de febrero de 2019, ha ratificado la "Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores", y se compromete a cumplirla y llevar a cabo las estipulaciones que contiene (...).

Convención Internacional Sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (siglas en inglés CEDAW), ONU, 1979: El artículo 2 establece: "*Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer (...)*" (14).

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), OEA, 1994: Se reconoce el ejercicio pleno y libre de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres y la protección a esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e Internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos (15).

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, ONU, 1993: Por primera vez se reconoce en un instrumento internacional la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos y se hace condenan todas las formas de violencia física, sexual y psicológica (16).

V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, ONU 1994: En esta conferencia se incorpora la declaración de los derechos sexuales y reproductivos como un grupo de derechos humanos (17).

Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1999 Reafirma las declaraciones de la Convención del mismo tema y ratifica la necesidad de asegurar a las mujeres el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y todas las libertades fundamentales. Otorga facultades al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (18).

Convención sobre los Derechos del Niño: En el artículo 19 se establece que: *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.*

“(...) 2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.”

En el artículo 23 se refiere a: *“1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”*.

Por su parte, el artículo 39, estipula: *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño (19).*

c) La Ley Orgánica de Salud:

El Art. 4, 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 obligatorias.

El Art. 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. (...)".

El Art. 10, 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 (...)".

El Art. 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" (20).

d) La Ley de Derechos y Amparo al Paciente, prescribe:

Art. 2.- Derecho a una Atención 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."

Art. 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" (21).

e) Acuerdos Ministeriales:

El Acuerdo Ministerial No. 00000101 publicado en el Registro Oficial No. 415 de 29 de marzo de 2011, 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 el derecho 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.

El Art. 2 del citado Acuerdo 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 de la salud.

Dando cumplimiento a este Acuerdo, el Ministerio de Salud Pública, dispuso: 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 (23).

Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos que se deben prestar en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, diagnóstico oportuno, 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 instrumentos 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 la Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Con Acuerdo Ministerial No. 5169, publicado en el Registro Oficial Edición Especial No. 348 de 6 de agosto de 2015, se aprobaron los “Lineamientos Operativos para la Implementación del MAIS”.

El objetivo general del Modelo de Atención Integral de Salud es: “Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales” (24).

CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Política Nacional de Cuidados Paliativos

La Política Pública es la directriz general que refleja la prioridad y voluntad política del gobierno para modificar una situación determinada, en este caso acerca de los Cuidados Paliativos.

La Política Nacional de Cuidados Paliativos ejerce la rectoría de los servicios de asistencia paliativa de manera integrada en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la formación de profesionales de la salud, motivar la investigación científica, la educación a la población, y asegurar la disponibilidad de medicamentos.

2.2. Cuidados Paliativos

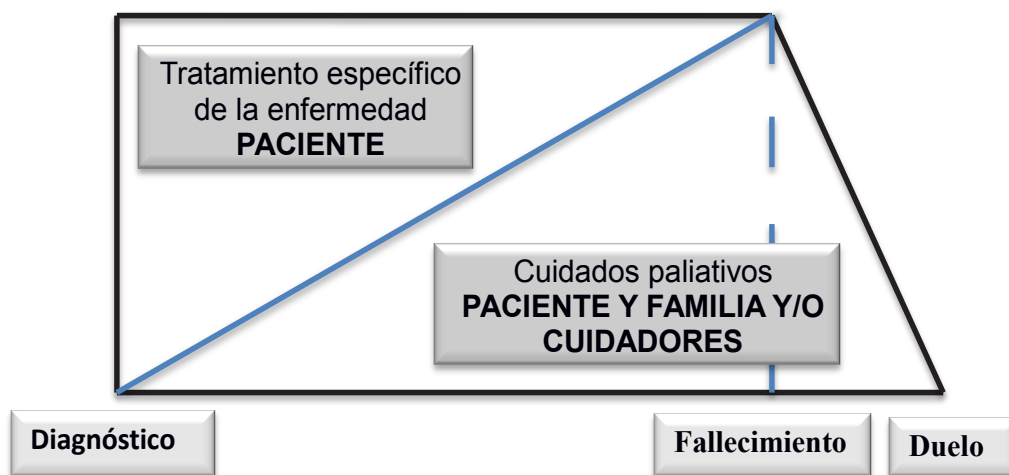
El cuidado paliativo, mediante su modelo de atención integral, proporcionado por un equipo interdisciplinario, mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (5).

La atención de cuidados paliativos según la OMS 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 aceleran ni retrasan 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" (5).

Según una nueva definición de consenso: los cuidados paliativos son los cuidados holísticos activos de las personas de todas las edades con un sufrimiento grave relacionado con la salud debido a una enfermedad grave y especialmente a las personas que se encuentran cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (25).

En el gráfico 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.



*Ilustración 2: Estrategia de atención terapéutica en Cuidados paliativos, Adaptado de OMS
Elaboración: equipo de redacción 2021*

Las personas con enfermedades crónicas, avanzadas, con pronóstico de vida limitado al igual que sus familias tienen múltiples necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, que se interrelacionan y potencian, causando dolor total como lo describió Dame Cicely Saunders (26):

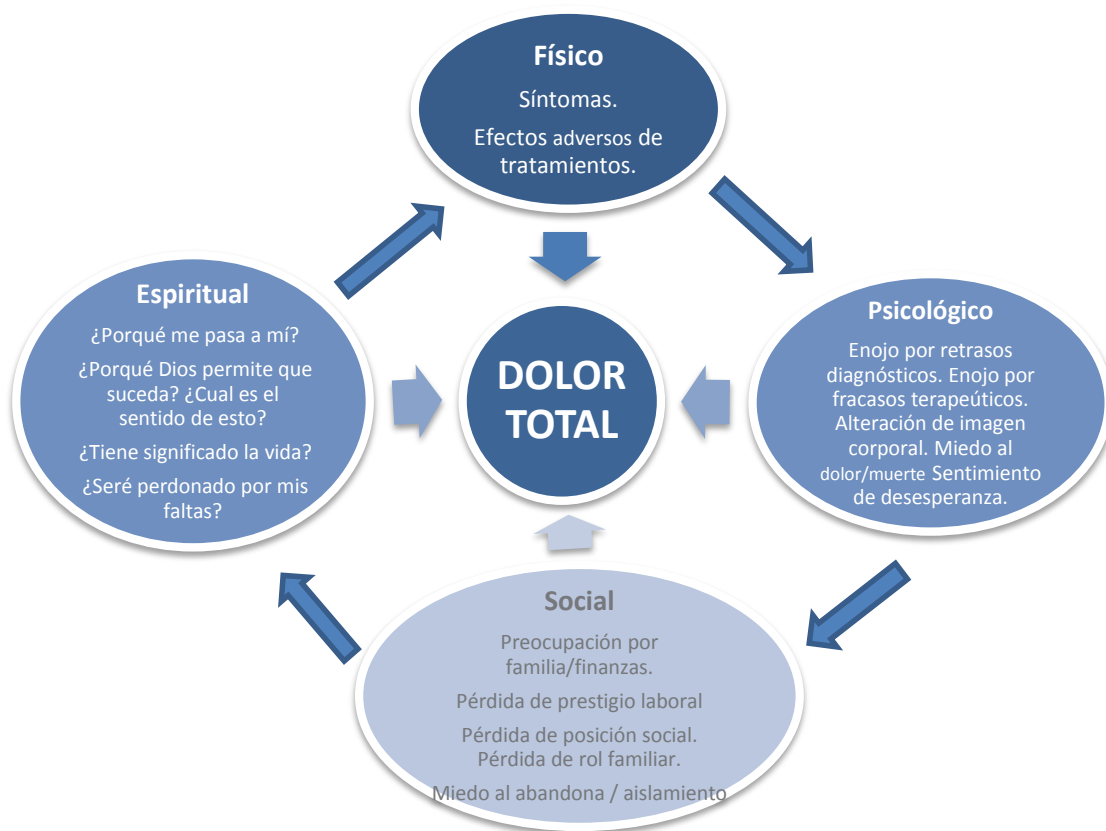


Ilustración 3: Dolor Total
Fuente: Saunders C, 1983. Elaboración: equipo de redacción 2021

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 (27):

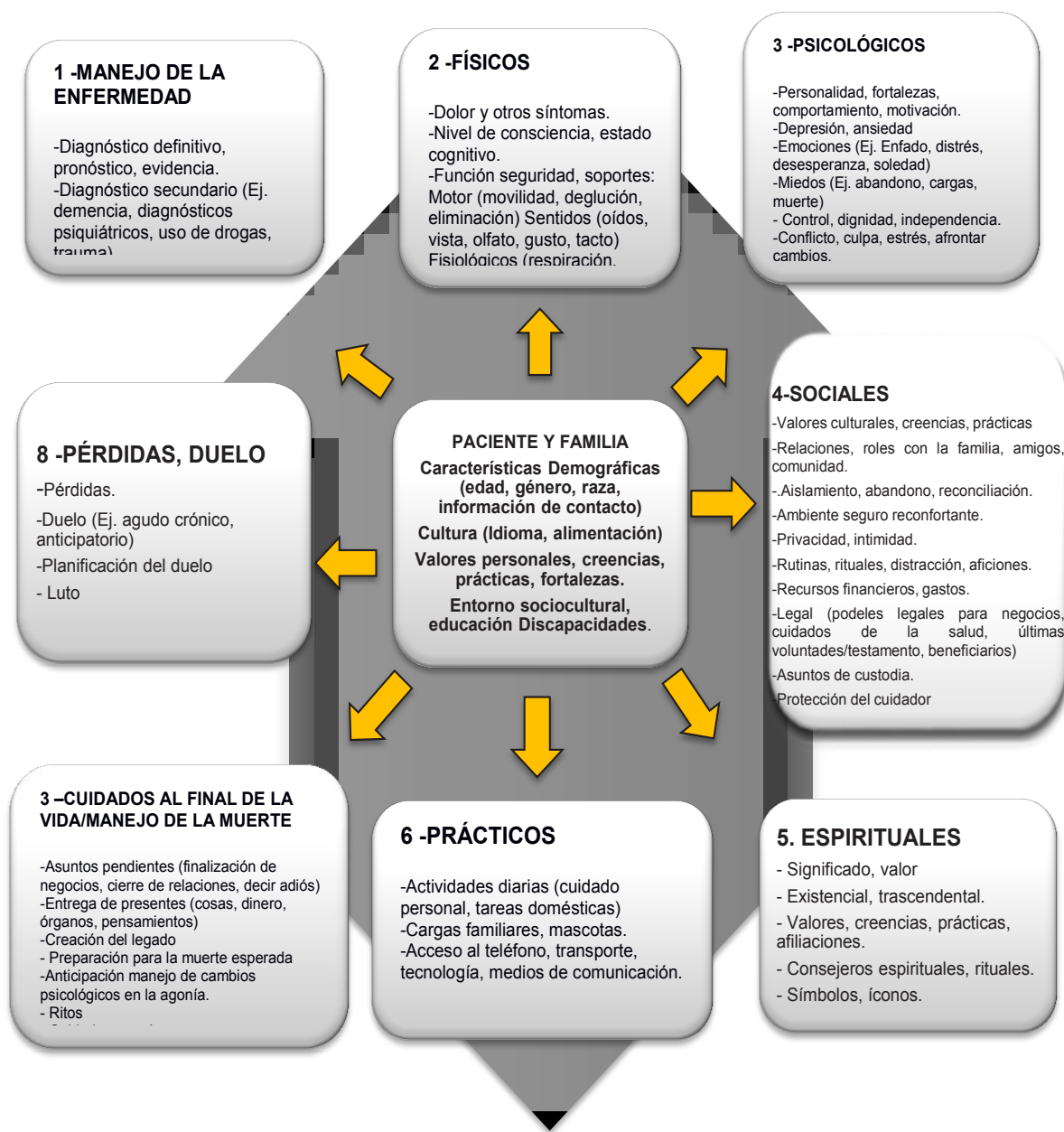


Ilustración 4: Modelo Multidimensional de Necesidades
 Adaptado de Gómez-Batiste X. et al(28): (modificado de Ferris et al)

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 restablece en 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.

CAPITULO III. ANÁLISIS SITUACIONAL

3.1. Características de los Cuidados Paliativos a Nivel Mundial

Existe una marcada limitación en la disponibilidad, accesibilidad y recursos para cuidados paliativos, de los 40 millones de personas que requieren cuidados paliativos anualmente, el 34% son pacientes oncológicos y el 66% restante corresponde a pacientes con enfermedades crónicas progresivas con pronóstico de vida limitado, solo el 14% recibe atención paliativa. El 98% de los niños que los requieren viven en países de ingresos bajos y medianos. A pesar de que esta situación ha despertado el interés de los profesionales, menos del 15% han sido formados en este tema en la educación de pregrado, y se realiza muy poca investigación (29).

Entre las patologías que pueden requerir cuidados paliativos están las enfermedades no transmisibles crónicas, como: cáncer, dolencias cardiovasculares, neuropatía obstructiva crónica, insuficiencia renal, hepatopatías crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, enfermedad de Alzheimer u otras demencias y anomalías congénitas; las enfermedades infecciosas como VIH/SIDA, la tuberculosis farmacoresistente y malaria.

La mayoría de los adultos que necesitan asistencia paliativa fallecen de enfermedades cardiovasculares (38,5%) o de cáncer (34%), seguidas por las neumopatías crónicas (10,3%), el VIH/SIDA (5,7%) y la diabetes (4,6%). Las personas necesitadas de cuidados paliativos que fallecen por VIH/SIDA, tuberculosis o hepatitis B o C tienen entre 15 y 59 años, mientras quienes fallecen por la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, neumopatías crónicas, dolencias cardiovasculares, diabetes, artritis reumatoide o cáncer suelen ser mayores de 60 años.

La Red Internacional de Cuidados Paliativos Pediátricos (International Children's Palliative Care Network ICPCN) refiere que los servicios de cuidados paliativos pediátricos son escasos y con personal poco capacitado. Entre las patologías que se benefician están la prematuridad extrema, secuelas neurológicas de enfermedades infecciosas, malformaciones del Sistema Nervioso Central, injuria hipóxica isquémica, enfermedades neuromusculares en cualquier edad, y la fibrosis quística.

Aproximadamente, 25.5 millones de personas de los 56.2 millones que fallecieron en 2015 experimentaron gran sufrimiento relacionado a salud, debido a condiciones que amenazan y limitan la vida. Más del 80% de los 61 millones de personas que viven en países de medianos y bajos ingresos tienen poco acceso a cuidados paliativos y a morfina oral para el alivio del dolor. Es importante recalcar que la opiofobia y la falta de políticas claras para el manejo de opioides sigue siendo una gran barrera para la oportunidad de buscar alivio al dolor, por lo que deberá incluirse como parte de la Agenda Global para alcanzar Objetivos de desarrollo sostenible hasta 2030 (30).

El cáncer es la primera enfermedad que se benefició del tratamiento paliativo. 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 (31), es una de las principales causas de mortalidad en las Américas, en el 2008, causó 1,2 millones de

muerres, un 45% de las cuales ocurrieron en América Latina y el Caribe. Se espera que la mortalidad por cáncer en las Américas aumente hasta 2,1 millones en el 2030.

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 oncológico. 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.

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, 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. El dolor causa un terrible sufrimiento, que generalmente no puede ser medido, es una carga grave para la salud de las personas, y los cuidados paliativos son una gran alternativa para disminuirlo (30).

En el año 2010, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes concluyó que los niveles de consumo de analgésicos opiáceos en más de 121 países eran “insuficientes” o “muy insuficientes” para atender las necesidades médicas básicas.

3.2. Características de los Cuidados Paliativos a Nivel Nacional

3.2.1. Análisis de la Prevalencia en Ecuador

La determinación de la prevalencia real de personas con necesidades de atención paliativa en una población, requiere de estudios específicos y especializados (28). En el país se estima la necesidad de cuidados paliativos utilizando los datos de mortalidad de las patologías propuestas por Beverley McNamara (32), 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, las mismas que fueron incluidas utilizando sus códigos correspondientes en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10). En el 2020 en Ecuador se identificaron 32.064 pacientes adultos (a partir de los 20 años) que corresponde al 28% del total de fallecimientos (33). La Tabla1 muestra los detalles de las causas de mortalidad.

Para estimar el número de pacientes pediátricos que requiere cuidados paliativos, se utilizó los CIE10 de atención de Cuidados paliativos pediátricos del Sistema Nacional de Salud de España (34). En el 2020 Ecuador registro 622 fallecimientos de menores de 15 años, por diagnósticos asociados a condición paliativa (33). La Tabla 2 desglosa estos datos por provincia.

En la Tabla 3 observamos el número de defunciones por patologías definitorias, por

Tabla 1: CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA EN ADULTOS (A PARTIR DE LOS 20 AÑOS), ECUADOR 2020

Nro.	Descripción	CIE 10*	Defunciones	Porcentaje
1	Tumor maligno del estómago	C16	1768	2%
2	Tumor maligno de colon	C18	692	1%
3	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22	751	1%
4	Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	C34	757	1%
5	Tumor maligno de la mama	C50	754	1%
6	Tumor maligno de la próstata	C61	1247	1%
7	Enfermedad de Alzheimer	G30	622	1%
8	Insuficiencia cardíaca	I50	2560	2%
9	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	J44	3066	3%
10	Insuficiencia renal crónica	N18	2604	2%
11	Demás causas con CIE 10 de cuidados paliativos	Z51.5	17243	15%
	Total causa de Mortalidad cuidados Paliativos		32064	28%
	Otras Causas		66.209	57%
	Total General		115.516	100%

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - INEC: 2020.

Elaborado por: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud – DNEAIS

* Enfermedades trazadoras de cuidados paliativos CIE10 de McNamara

Tabla 2: : NÚMERO DE DEFUNCIONES OCURRIDAS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO, POR GRUPO DE EDAD PEDIÁTRICO, SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA*, ECUADOR 2020

Provincia	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años	Total general	
Azuay	13	9	5	5	7	39	6%
Bolívar	----	1	----	----	3	4	1%
Cañar	1	3	----	----	3	7	1%
Carchi	1	1	----	----	1	3	---
Chimborazo	1	1	2	5	2	11	2%
Cotopaxi	----	4	2	3	2	11	2%
El Oro	2	5	5	7	5	24	4%
Esmeraldas	1	2	----	6	2	11	2%
Galápagos	1	----	----	----	----	1	---
Guayas	27	41	67	47	47	229	37%
Imbabura	1	----	----	1	2	4	1%
Loja	3	----	1	----	4	8	1%
Los Ríos	5	3	1	4	6	19	3%
Manabí	8	5	9	15	6	43	7%
Morona Santiago	4	----	1	3	1	9	1%
Napo	----	----	----	2	1	3	---
Orellana	----	----	----	----	2	2	---
Pastaza	1	----	1	2	2	6	1%
Pichincha	31	24	36	32	27	150	24%
Santa Elena	----	1	2	2	----	5	1%
Santo Domingo de los Tsáchilas	7	3	2	1	1	14	2%
Sucumbios	2	----	----	1	2	5	1%
Tungurahua	5	2	1	3	3	14	2%
Total General	114 18%	105 17%	135 22%	139 22%	129 21%	622 100%	

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - INEC: 2020.

Elaborado por: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud – DNEAIS

* Enfermedades trazadoras de cuidados paliativos pediátricos CIE10 del Sistema Nacional de Salud España

provincia y por grupo de edad a partir de los 15 años de edad.

Tabla 3: NÚMERO DE DEFUNCIONES OCURRIDAS POR PROVINCIA DE RESIDENCIA DEL FALLECIDO, POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA*, ECUADOR 2020				
Provincias	15 a 19 años	20 a 64 años	Más de 64 años	Total general
Azuay	13	419	1461	1893
Bolívar	3	88	376	467
Cañar	4	91	357	452
Carchi	2	79	307	388
Chimborazo	2	229	952	1183
Cotopaxi	7	141	731	879
El Oro	3	381	881	1265
Esmeraldas	2	224	373	599
Galápagos	----	6	11	17
Guayas	63	3234	5710	9007
Imbabura	4	227	911	1142
Loja	4	210	689	903
Los Ríos	4	458	925	1387
Manabí	19	814	1931	2764
Morona Santiago	3	33	96	132
Napo	4	25	76	105
Orellana	----	45	42	87
Pastaza	----	27	79	106
Pichincha	41	1597	4446	6084
Santa Elena	7	209	458	674
Santo Domingo de los Tsáchilas	7	304	657	968
Sucumbios	1	53	102	156
Tungurahua	3	285	1250	1538
Zamora Chinchipe	----	13	51	64
Total general	196 1%	9192 28%	22872 71%	32260 100%

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - INEC: 2020.
Elaborado por: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud – DNEAIS
* Enfermedades trazadoras de cuidados paliativos CIE10 de McNamara
* Enfermedades trazadoras de cuidados paliativos pediátricos CIE10 del Sistema Nacional de Salud España

Como se puede observar el mayor número de defunciones en el año 2020 fue en personas de más de 64 años, con las enfermedades tributarias de cuidados paliativos 22872 el 28% de estos grupos etarios (33).

La Tabla 4, incluye la información de defunción en pacientes oncológicos y no oncológicos, en todos los grupos etarios.

Tabla 4: DATOS DE DEFUNCIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS, DETALLADOS EN SU RESPECTIVO GRUPO ETARIO 2020

Provincias	Pediatria			Adolescentes			Adultos		
	Oncológicos	No Oncológicos	Total	Oncológicos	No Oncológicos	Total	Oncológicos	No Oncológicos	Total
Azuay	7	32	39	5	8	13	764	1116	1880
Bolívar	1	3	4	----	3	3	167	297	464
Cañar	1	6	7	3	1	4	153	295	448
Carchi	2	1	3	----	2	2	129	257	386
Chimborazo	3	8	11	2		2	415	766	1181
Cotopaxi	----	11	11	2	5	7	285	587	872
El Oro	4	20	24	----	3	3	457	805	1262
Esmeraldas	3	8	11	----	2	2	238	359	597
Galápagos	----	1	1	----	----	----	5	12	17
Guayas	71	158	229	31	32	63	2820	6124	8944
Imbabura	2	2	4	1	3	4	420	718	1138
Loja	3	5	8	3	1	4	409	490	899
Los Ríos	2	17	19	2	2	4	455	928	1383
Manabí	15	28	43	7	12	19	1020	1725	2745
Morona Santiago	2	7	9	1	2	3	47	82	129
Napo	----	3	3	2	2	4	27	74	101
Orellana	----	2	2	----	----	----	40	47	87
Pastaza	2	4	6	----	----	----	43	63	106
Pichincha	45	105	150	21	20	41	2652	3391	6043
Santa Elena	2	3	5	1	6	7	210	457	667
Santo Domingo de los Tsáchilas	2	12	14	3	4	7	341	620	961
Sucumbíos	3	2	5	1	----	1	55	100	155
Tungurahua	2	12	14	2	1	3	467	1068	1535
Zamora Chinchipe							22	42	64
Subtotal	172	450	622	87	109	196	11641	20423	32064
TOTAL	32884								

Fuente: Registro Estadístico de Defunciones Generales - INEC: 2020.
Elaborado por: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud – DNEAIS

Las atenciones por consulta externa registradas con el código CIE 10 Z51.5, que corresponde a atención paliativa, en el sistema RDACAA del MSP, aumentan progresivamente hasta el año 2019, sin embargo, en el 2020 se reducen probablemente por la pandemia de Covid-19, como se aprecia en la tabla 5, la mayoría de las atenciones fueron realizadas en la provincia de Pichincha.

Tabla 5: ATENCIONES BRINDADAS A USUARIOS POR PROVINCIA, SEGÚN CAUSA ESPECIFICA (ATENCIÓN PALIATIVA - Z515), MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2017 – 2020				
PROVINCIA	2017	2018	2019	2020
AZUAY	50	202	235	139
BOLIVAR	9	5	131	169
CAÑAR	2	2	80	83
CARCHI	61	102	155	112
CHIMBORAZO	28	33	92	65
COTOPAXI	80	51	165	251
EL ORO	122	222	208	261
ESMERALDAS	31	284	1083	836
GALÁPAGOS	1	0	3	1
GUAYAS	51	25	1885	1292
IMBABURA	45	148	185	349
LOJA	28	26	82	176
LOS RIOS	81	147	148	167
MANABI	2	24	375	380
MORONA SANTIAGO	4	3	51	168
NAPO	39	32	270	63
ORELLANA	77	0	291	74
PASTAZA	4	34	7	14
PICHINCHA	3350	2852	6689	4000
SANTA ELENA	11	0	112	136
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	13	46	154	121
SUCUMBIOS	34	5	183	336
TUNGURAHUA	6	16	261	325
ZAMORA CHINCHIPE	80	93	90	122
TOTAL	4209	4352	12935	9561
Fuente: RDACAA: 2021. Elaborado por: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud – DNEAIS				

El INEC, en su Reporte Estadístico de Defunciones del 2019 (35), señala que el 45.5% de personas fallecieron en la casa. Se debe tomar en cuenta que son defunciones generales y se desconoce el tipo de atención recibida. Esta información es relevante con el fin de fortalecer la atención paliativa domiciliaria, la capacitación y seguimiento del servicio brindado.

En Ecuador, según GLOBOCAN 2020, se atendieron 29.273 nuevos casos de cáncer, desagregado en 16.083 mujeres y 13.190 hombres. El número de muertes registradas por cáncer fue de 15.123 casos (36). Los cinco cánceres más frecuentes son de mama, próstata, colon, estómago y tiroides. A nivel mundial, el rango de incidencia de cáncer

estandarizado para la edad es 78.1 años, la probabilidad de tener cáncer antes de los 75 años es 7.3%; en el Ecuador la tasa aumenta al 15.2%. Para el año 2020 se proyectaba un aproximado de 29.950 personas con cáncer y 15.610 personas fallecerían por este grupo de enfermedades (37), según información del INEC el número de personas fallecidas por causas oncológica en Ecuador fue 11.900 personas.

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- (37) de los pacientes que fueron diagnosticados de cáncer en la ciudad de Quito en el período 2011 - 2015, el 18,7% se encontraron en estadio III y el 22,1% en estadio IV, es decir el 41% 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. Situaciones similares son claramente previsibles en los pacientes con las otras patologías crónicas susceptibles de atención paliativa en su fase avanzada.

Si bien, los cuidados paliativos se implementan en enfermedades crónicas con pronóstico de vida limitada, la pandemia de SARS-Cov2 / Covid 19, nos enfrentó a la necesidad de conocer y aplicar cuidados paliativos en todos los niveles, principalmente temas como el uso de opioides para el manejo de la disnea, la atención del duelo, el cuidado de los equipos de profesionales, entre otras necesidades, sin dejar de mencionar que nos enfrentó a la muerte inesperada, inmediata y cercana, lo vivido durante la pandemia es una oportunidad para valorar la importancia de los cuidados paliativos en los profesionales de la salud y en la población, una oportunidad para la reflexionar acerca del final de la vida.

3.2.2. Análisis de los Recursos

La atención en cuidados paliativos en nuestro país es dada por instituciones públicas y privadas, las que realizan esfuerzos individuales en procura de brindar esta atención. Aunque sus esfuerzos son bien reconocidos por la sociedad, lamentablemente, tienen un carácter local y no están articulados al Sistema Nacional de Salud.

La tabla 6 indica los servicios de Cuidados Paliativos por provincia, detallando los que tienen unidades donde ingresan pacientes, atención por consulta externa, equipo de atención domiciliaria y equipo hospitalario.

Tabla 6: SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ECUADOR.

Provincia	Prestador del servicio	Unidades de pacientes ingresados	Consulta externa	Equipo de atención domiciliaria*	Equipo de soporte hospitalario
AZUAY	SOLCA		X		X
	FASEC	X		X	
	Hospital José Carrasco Arteaga		X		X
	Hospital Aida León de Rodríguez Lara				X
	Hospital José Félix Valdivieso				X
	CS Totoracocha		X	X	
	CS Chiquintad		X	X	
	CS El Paraíso		X	X	
	CS de Ricaurte		X	X	
BOLIVAR	CS Guanujo		X	X	
CAÑAR	CS Biblián		X	X	
	CS Azogues		X	X	
	CS Déleg		X	X	
	CS La Troncal		X	X	
CARCHI	CS San Isidro		X	X	
CHIMBORAZO	Hospital Geriátrico Doctor Bolívar Argüello P.		X		X
	CS Calpi		X	X	
COTOPAXI	CS Pangua		X	X	
IMBABURA	CS Atuntaqui		X	X	
LOJA	SOLCA		X		X
	HUTPL		X		X
	Casa de enfermos terminales Loja	X			
	Hospital Básico de Vilcabamba		X		X
	CS Catamayo		X	X	
PICHINCHA	ABEI	X	X		
	FECUPAL	X	X	X	
	Hospital Militar		X		X
	SOLCA		X		X
	Clínica Nuestra Señora de Guadalupe	X			
	Instituto Psiquiátrico Sagrado corazón	X			
	Hospital Vozandes		X		X
	Hospital IESS del Sur	X			
	San Juan de Dios	X			
	Palcare Ecuador			X	
	Hospital Metropolitano		X	X	X
	Centro de Cuidados Paliativos Mitad del Mundo	X			
	Hospital de atención integral del adulto mayor	X	X		X
Hospital Eugenio Espejo		X		X	

	Centro de apoyo integral para personas con cáncer	X	X		
	Hospital Docente de Calderón				X
	Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora				X
	CS Calderón		X	X	
	CS Conocoto		X	X	
	CS Guamani		X	X	
	CS Cotacollao		X	X	
	CS Nanegalito		X	X	
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	CS de la Rumiñahui		X	X	
TUNGURAHUA	Fundación Divina Misericordia	X	X		
	Unidad anidada del Hospital Básico Pelileo		X	X	
	CS Patate		X	X	
EL ORO	SOLCA		X	X	X
	CS San Martín		X	X	
	CS Hualtaco		X	X	
ESMERALDAS	CS Hugo Solórzano		X	X	
GUAYAS	SOLCA		X	X	X
	La casa del hombre doliente	X			
	Hospital Francisco Icaza Bustamante		X	X	X
	Hospital Abel Gilbert	X			X
	Hospital Luis Vernaza				X
	Hospital Teodoro Maldonado Carbo		X		X
	Hospital general Guasmo sur		X		X
	CS La Laguna		X	X	
LOS RIOS	Hospital Nicolás Cotto Infante				X
	Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo				X
	CS Palenque		X	X	
MANABI	SOLCA		X	X	X
	Fundación Cottolengo	X			
	CS San Isidro		X	X	
	CS Bachilero Tosgua		X	X	
SANTA ELENA	CS San Judas Tadeo		X	X	
MORONA SANTIAGO	Hospital general Macas		X		X
	CS Limón Indaza		X	X	
NAPO	Hospital José María Velasco Ibarra		X		X
PASTAZA	Hospital Básico IESS Puyo		X	X	X
SUCUMBIOS	Hospital Básico Shushufindi				X
	CS Cascales		X	X	
ZAMORA CHINCHIPE	CS Zumbi		X	X	
GALAPAGOS	Hospital Oskar Jandl				X
TOTAL		15	58	42	30

Amarillo: Antes del Plan Nacional 2015-2017
 Celeste: Posterior al Plan Nacional 2015-2017
 Rosado: IESS, ISSFA

Fuentes: Directorio de Cuidados Paliativos en el Ecuador, 2019.(38)
 -Comunicación personal de los establecimientos que no constan en el Directorio de ASECUP
 *Incluye equipos de calificación de discapacidad y de atención integral en salud
 Elaborado por Dra. Ximena Pozo, octubre de 2019

En la Tabla 7 se resume la información de la tabla 6, se observa el incremento de la atención en el sector público dado por los servicios de primer nivel son usualmente equipos de calificación de discapacidad y equipos de atención integral en salud, que realizan visitas domiciliarias, que incluyen Cuidados paliativos.

	Públicas	Privadas	Total
2015 (enero)	1	15	16
2019 (hasta octubre 9)	55*	7	62
Total	56	22	78

Fuentes: Directorio de Cuidados Paliativos en el Ecuador, 2019.(38)
 -Comunicación personal de los establecimientos que no constan en el Directorio de ASECUP
 *Incluye equipos de calificación de discapacidad y de atención integral en salud
 Elaborado por Dra. Ximena Pozo, octubre de 2019

3.2.3. Análisis de los Medicamentos:

Los medicamentos de mayor demanda en cuidados paliativos son aquellos que controlan el dolor. En lo referente a opioides tenemos importantes limitaciones con respecto a disponibilidad y acceso. En Ecuador, el uso total de opioides (expresado en mg equivalentes de morfina por habitante) es de 2.5 mientras que la media de Latinoamérica es de 7.018mg/hab (9).

En la Tabla 8 se describe la cantidad de opioides que se comercian en el país, en el año 2018 la comercialización de morfina casi triplicó la cantidad del año anterior, lo cual es muy importante porque es el opioide potente de primera elección indicado por la OMS, dado su beneficio de costo eficacia. En general se observa un incremento en la comercialización de los opioides potentes, lo cual aporta a un mejor control del dolor severo. Sin embargo, también se incluye al remifentanil y al fentanilo que son usados principalmente en anestesia.

Sustancia	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Morfina	1.764,00	3.052,10	3.204,00	4.737,00	11.544,12	8.892	12.186
Oxicodona	9.165,00	9.231,00	7.807,00	11.853,00	13.609,00	16.629	9.989
Fentanilo	265	112,6	226,8	194,94	316,89	282,98	740.786
Remifentanilo	749	609,9	544,8	678,86	856,38	836,9	968.72

Fuente: Ministerio de Gobierno – enero 2022
 Elaboración: Equipo de redacción PNCP 2022

En el gráfico 5 se observa cómo en el 2018 se incrementa la comercialización de morfina en el Ecuador. Este es el resultado de la acción pública y privada: el Ministerio de Salud a través del Fondo Estratégico de la OPS, realizó la importación de sólido oral de acción retardada, y varias instancias privadas importaron el líquido oral. Si bien es un importante avance, éste no se mantuvo en el tiempo, no fue suficiente para cubrir la demanda y su disponibilidad fue limitada, en especial en sitios geográficos alejados de las grandes ciudades.

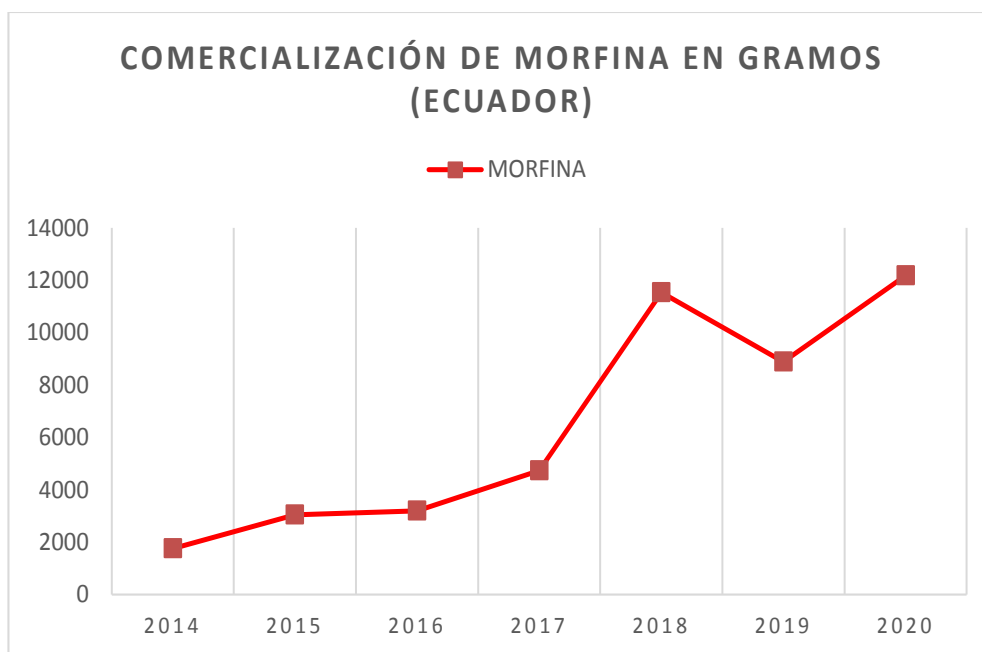


Ilustración 5: Comercialización de morfina en gramos en Ecuador

Elaboración: equipo de redacción PNCP 2021

3.2.4. Análisis de la Formación del Talento Humano

En el país los profesionales que brindan el servicio en Cuidados paliativos han realizado maestrías, diplomados, cursos o pasantías. En la SENESCYT se encuentran registrados 28 títulos en Cuidados paliativos (diplomados y maestrías), de los cuales 11 corresponden a médicos y 17 a profesionales de enfermería. No existe ningún título registrado en profesionales de psicología o trabajo social.

Ecuador dispone de tres Postgrados de Cuidados paliativos para médicos, uno en la ciudad de Guayaquil y dos en Quito, los mismos que iniciaron en el 2018 y 2022 respectivamente, al momento 14 especialistas se encuentran egresados.

Cuidados Paliativos es materia de pensum en siete programas de postgrado de medicina en la ciudad de Quito y uno en Loja. Es materia optativa y de pensum en el pregrado de medicina y enfermería en algunas universidades del país. Se realizan cursos presenciales y online que involucran a profesionales y no profesionales.

CAPITULO IV. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES

4.1. Identificación de Actores Internos

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 de la Política Nacional de Cuidados paliativos. Los principales actores identificados fueron:

ACTORES INTERNOS	
Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Institución que ejerce plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.
Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Regular, direccionar, diseñar, organizar y articular la gestión del Sistema Nacional de Salud mediante la promulgación de políticas, modelos, normas y otras directrices estratégicas; así como la negociación de convenios, conciliación de intereses y coordinación de acciones que garanticen la efectiva gobernanza del sector.
Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios	Garantizar la provisión de servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública, para contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud de la población, con calidad, calidez y un enfoque de atención integral, en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados.
Dirección Nacional de Discapacidades	<p>Proveer Insumos para proyectos de normas técnicas y protocolos específicos para la prevención, diagnóstico temprano, atención especializada y calificación de las personas con discapacidad, necesidad de cuidados paliativos y de salud mental.</p> <p>Realizar Programas de capacitación a personas cuidadoras de personas con discapacidad severa, cuidados paliativos y enfermedades mentales.</p>
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud	<p>Coordinar el cumplimiento de la aplicación de normas guías protocolos y procedimientos para la atención integral de las personas, familia y comunidad, en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de la zona.</p> <p>Desarrollar estrategias para asegurar la implementación de políticas y normas de dotación y mantenimiento de infraestructura y equipamiento, de acuerdo a las necesidades de la zona y de acuerdo a los lineamientos del nivel central.</p> <p>Planificar y controlar la ejecución de los proyectos de políticas públicas, leyes, reglamentos y otros instrumentos legales, en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública en la zona.</p>
Unidad Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud	Informe de la ejecución de las normas técnicas y protocolos específicos para la prevención, diagnóstico temprano, atención especializada y rehabilitación de personas con discapacidad, salud mental, adicciones y

Establecimientos de Salud de la Red Pública Integral de Salud	necesidades de cuidados paliativos, en el distrito.
	Ejecución de la Planificación establecida en la Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Fuente: Estatuto Organizacional del Ministerio de Salud Pública, 2011

4.2. Identificación de Actores Externos

ACTORES EXTERNOS		
SECTOR PÚBLICO	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Entidad del gobierno que se encarga de ejecutar las políticas de inclusión económica y social, tiene como misión ejecutar planes, programas y estrategias en beneficio de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.
	Secretaría Nacional de Educación Superior Ciencia y Tecnología – SENESCYT	Entidad del gobierno ecuatoriano que ejerce la rectoría de la política pública en los ejes de su competencia. Tiene como misión coordinar acciones entre la Función Ejecutiva y las instituciones del Sistema de Educación Superior. Es uno de los tres organismos que conforman el sistema de educación superior, junto con el Consejo de Educación Superior (CES) y el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior del Ecuador (CACES).
	Secretaría Técnica de Planificación “Planifica Ecuador”	Entidad de derecho público, con autonomía administrativa y financiera adscrita a la Presidencia de la República. Está a cargo de la planificación nacional de forma integral, así como de todos los instrumentos del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa (SNDPP).
	Red de Universidades Públicas	Son las instituciones Educativas universitarias que ya están implementando el currículo de Cuidados Paliativos tanto en pregrado como postgrado. Estas son: Universidad Central del Ecuador Universidad de Cuenca
	Red Pública Integral de salud	Esta 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.

	CONADIS. Consejo Nacional para la Igualdad de las Discapacidades	Organismo autónomo de carácter público que ejerce sus atribuciones a nivel nacional, donde ejecuta, dicta y coordina acciones en el área de discapacidad. Es una entidad democrática, donde participan todas las organizaciones públicas y privadas vinculadas con las diferentes discapacidades. Su propósito es la prevención, integración y elevación de la calidad de vida de las personas con discapacidad, como así desarrollar y articular en todos los sectores de la comunidad.
SECTOR PRIVADO	Red Privada complementaria en salud	Conjunto de prestadores de Servicios de Salud privados con y sin fines de lucro, que forman parte del Sistema Nacional de Salud.
	Organizaciones que brindan cuidados paliativos	El Hospice San Camilo, a cargo de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), cuenta con 25 camas para atención de adultos y 3 camas para atención pediátrica.
		La Casa del Hombre Doliente en Guayaquil, cuenta con personal médico, de enfermería, y con recursos adicionales.
	La Casa Hogar Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI) en Quito, con capacidad de 51 camas de las cuales se destinan el 70% para pacientes en cuidados paliativos, según la necesidad.	
SOLCA. Sociedad de Lucha contra el Cáncer	Es una institución privada de servicio social sin fines de lucro que consciente de la importancia de la educación para la salud trabaja en diferentes aspectos orientados a: Información y educación sanitaria Prevención y diagnóstico precoz Formación profesional Investigación Ayuda al enfermo y su familia Rehabilitación y reincorporación social. Dentro de su cartera de servicio a nivel nacional oferta atención en cuidados paliativos en la modalidad de consulta externa, hospitalización y visitas domiciliarias como parte del manejo integral del paciente oncológico privado y referido por la red pública de salud. En Quito y Guayaquil disponen de equipo de soporte hospitalario, con disponibilidad de camas según las áreas de intervención.	
Red de Universidades Privadas	Son varias las instituciones Educativas universitarias que implementan el currículo de Cuidados Paliativos tanto en pregrado como postgrado. Estas son: Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) Universidad de las Américas (UDLA) Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE) Universidad Católica Santiago de Guayaquil (UCSG)	

		Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL)
	Sociedades Científicas	Actualmente son muchas las sociedades científicas que reconocen a los cuidados paliativos como parte integral de su experticia, entre otras son: Asociación Ecuatoriana para el Estudio de Dolor (AEETD) Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología (SEA) Sociedad Ecuatoriana de Oncología Clínica (SEO) Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica y Gerontología (SECUGG) Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar (SEMF) Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna (AEMI)
	Asociaciones privadas de pacientes	En la ciudad de Cuenca: La Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer (FASEC) creada desde la década del 80, con capacidad de 25 camas. Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer (FUPEC), oficina para apoyo a familiares, como voluntariado en diferentes actividades.
	ASECUP. Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos.	Promueve la atención activa, continua, integral y solidaria con eficiencia, empatía y calidad a las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como a sus familiares y acompañantes, para que vivan con dignidad, en las mejores condiciones posibles y respetando la voluntad del individuo.
ORGANISMOS INTERNACIONALES	Organización Panamericana de la Salud.	Organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve la estrategia de atención primaria en salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos, participa en la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes y el cáncer, que afectan cada vez más a la población de los países en desarrollo de América.
	Organización Mundial de la Salud.	Organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Los 196 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por medio de la Asamblea Mundial de la Salud, siendo el Ecuador uno de ellos. La Asamblea está compuesta por representantes de todos los Estados Miembros de la OMS.
	Observatorio "Quality". Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados (CCOMS-ICO).	Es un programa del Instituto Catalán de Oncología para la promoción de la calidad en la atención paliativa. Su objetivo es promover el desarrollo de programas que garanticen la atención a personas en etapa final de la vida, así como a sus familias. Fueron asesores del equipo redactor del Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017.

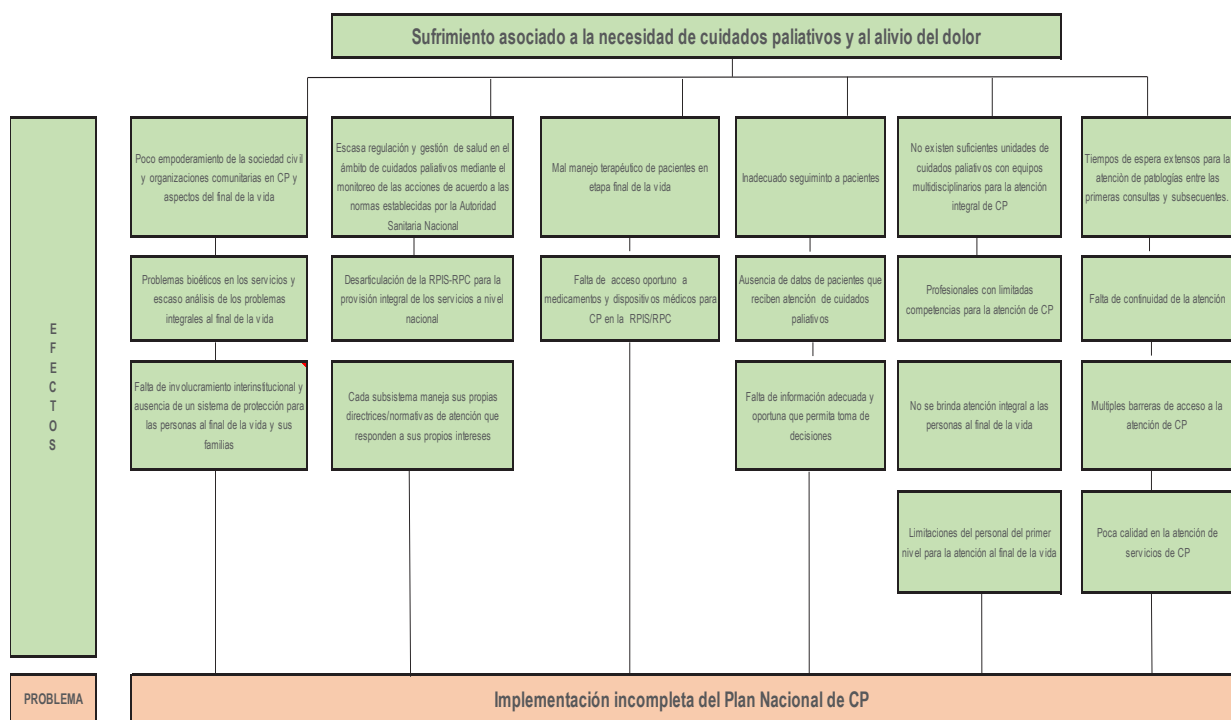
UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.	Agencia de la Organización de las Naciones Unidas con base en Nueva York, provee ayuda humanitaria y de desarrollo a niños y madres en países en desarrollo.
JIFE. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.	Órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial, establecido por un tratado, encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La Junta se estableció en el año 1968.
WHPCA. Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance).	Organización internacional no gubernamental enfocada exclusivamente en el desarrollo mundial de hospice y cuidados paliativos. Son una red de organizaciones nacionales y regionales afiliadas.
IAHPC. Asociación Internacional para Hospicios y Cuidados Paliativos (International Association for Hospice and Palliative Care).	Organización no gubernamental cuya meta es un mundo libre de sufrimiento asociado a la salud, inspirar informar y empoderar a los individuos, gobiernos y organizaciones a mejorar el acceso y optimizar la práctica de los cuidados paliativos.
ALCP. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos.	Organización no gubernamental para el desarrollo y el avance de los cuidados paliativos en Latinoamérica que une a personas que trabajan o tienen interés en cuidados paliativos y se adhieren a la misión de la institución.
ICPCN. Red Internacional de Cuidados Paliativos Pediátricos (International Children's Palliative Care Network).	Organización internacional cuya misión es alcanzar la mejor calidad de vida y cuidados para niños y jóvenes con condiciones limitantes para la vida, sus familiares y cuidadores en todo el mundo, sensibilizando sobre los cuidados paliativos pediátricos, realizando cabildeo para el desarrollo mundial de servicios de cuidados paliativos pediátricos, y compartiendo experiencia, habilidades y conocimiento.

CAPTULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

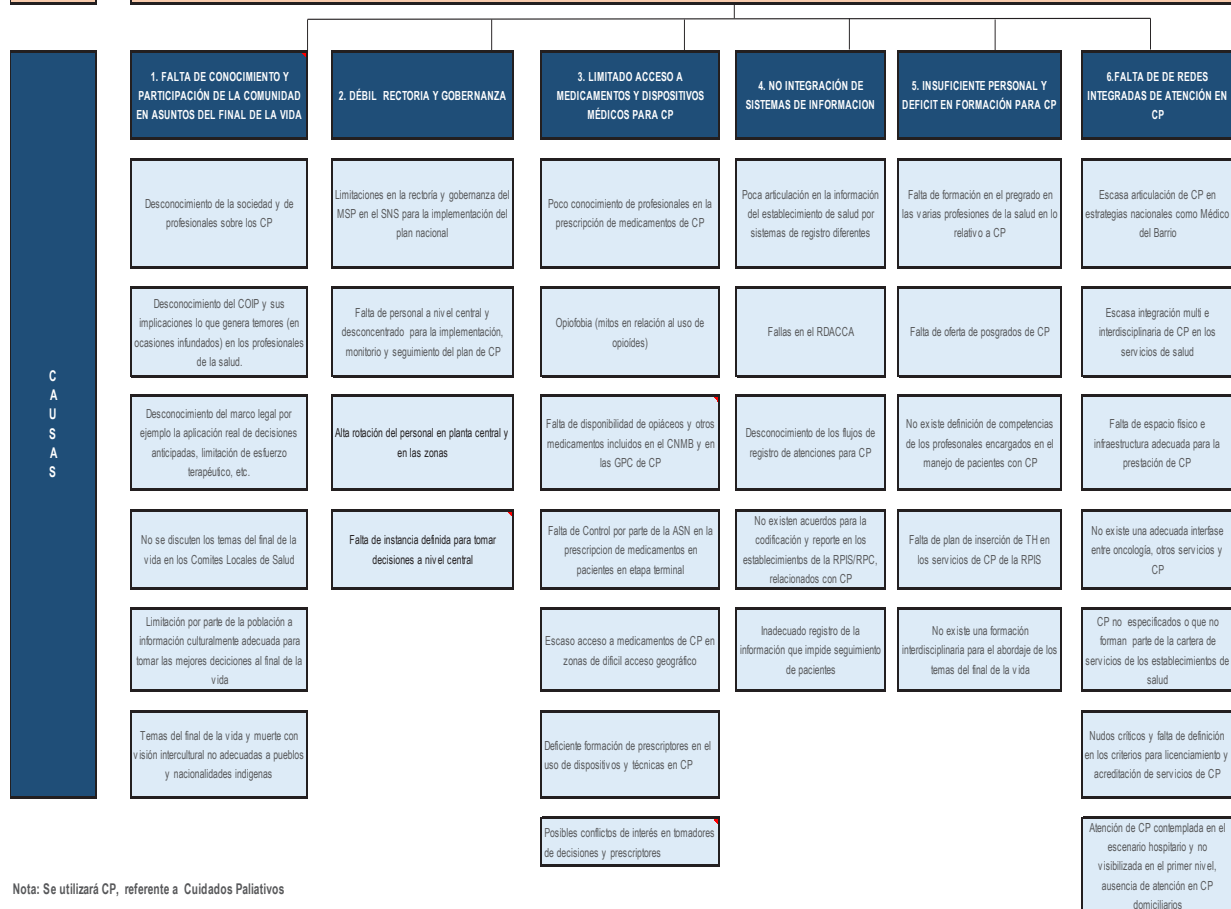
5.1. Árbol de Problemas

Para actualizar el análisis de 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.

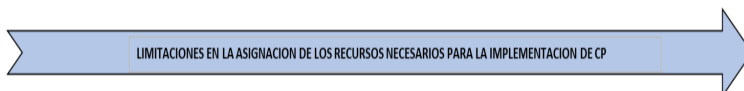
Para la formulación del árbol de problemas se realizaron reuniones con representantes de la Red Pública Integral de Salud, Red Complementaria de Salud, academia, y diversos actores de la sociedad civil, se levantó información para desarrollar la actualización de la Política Nacional de Cuidados Paliativos.



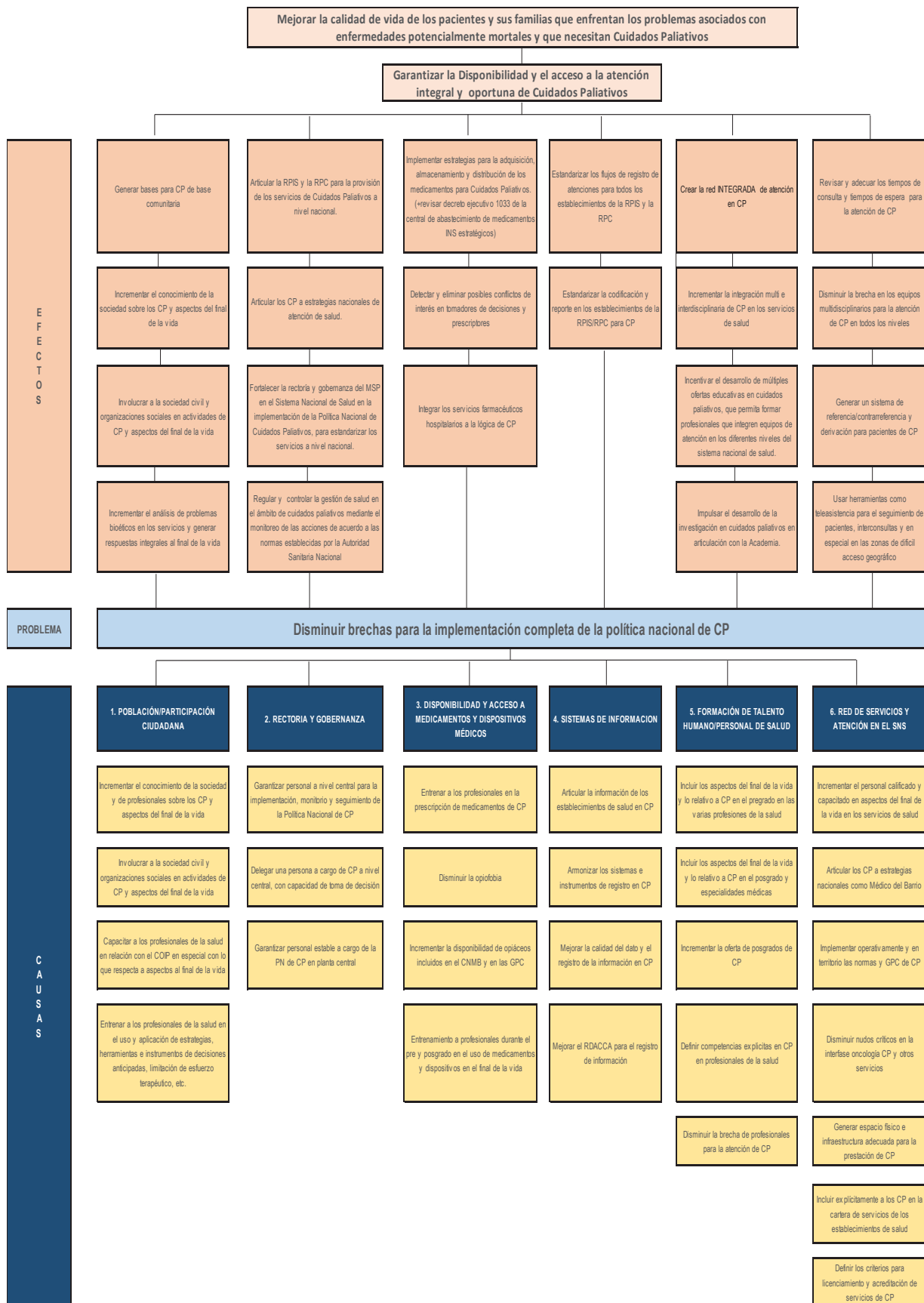
Implementación incompleta del Plan Nacional de CP



Nota: Se utilizará CP, referente a Cuidados Paliativos



5.2. Árbol de Objetivos



5.3. Articulación de la Política de Cuidados Paliativos con el Plan Nacional de Creación de Oportunidades.

5.3.1. Principios de la Política Nacional de Cuidados Paliativos

Acorde al marco legal vigente los principios que guían la Política 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, intersectorialidad. 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.

5.3.2. Alineación al Plan Nacional de Creación de Oportunidades

La Política Nacional de Cuidados paliativos se encuentra alineada al Plan de Creación de Oportunidades, Objetivo 6: *Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.*

Lineamientos Territoriales, Política C1: *Promover servicios de atención integral a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de igualdad.*

Metas: 6.1.6: *Reducir el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud de 31.37% a 26.87%.*

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, deben conocer que el equipo de salud tiene la responsabilidad de brindar atención permanente, continua, de acuerdo a los protocolos de cuidados paliativos, ofreciendo una mejor calidad de vida al paciente a su vez que brinda apoyo para que las familias puedan sobrellevar la enfermedad de su ser querido, incluyendo apoyo emocional en el duelo. Por otro lado, el conjunto de prestaciones por ciclos de vida establece que para lograr la integralidad en la atención y prestaciones de salud el MAIS-FCI reconoce las prestaciones de Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Cuidados Paliativos.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo General

Garantizar la disponibilidad y el acceso a la atención integral y oportuna de cuidados paliativos por parte de la población ecuatoriana, con enfoque intercultural, intergeneracional y de género.

5.4.2. Objetivos Específicos

5.4.2.1. Fortalecer la rectoría, gobernanza, planificación, regulación control y gestión de la autoridad sanitaria nacional en el ámbito de los Cuidados paliativos.

5.4.2.2. Incrementar el conocimiento y la participación de la comunidad en temas relacionados al final de la vida.

5.4.2.3. Asegurar la disponibilidad, calidad y acceso equitativo a medicamentos y dispositivos médicos para Cuidados Paliativos.

5.4.2.4. Armonizar e integrar los sistemas de información en la Red Publica Integral de Salud y Red Complementaria en lo relacionado a Cuidados Paliativos en todos los niveles de atención.

5.4.2.5. Incrementar los profesionales para atención de Cuidados Paliativos y fortalecer su formación interdisciplinaria para un manejo integral.

5.4.2.6. Definir, articular e implementar redes integradas de Cuidados Paliativos para la Red Publica Integral de Salud y Red Complementaria que garanticen el acceso y la continuidad de la atención.

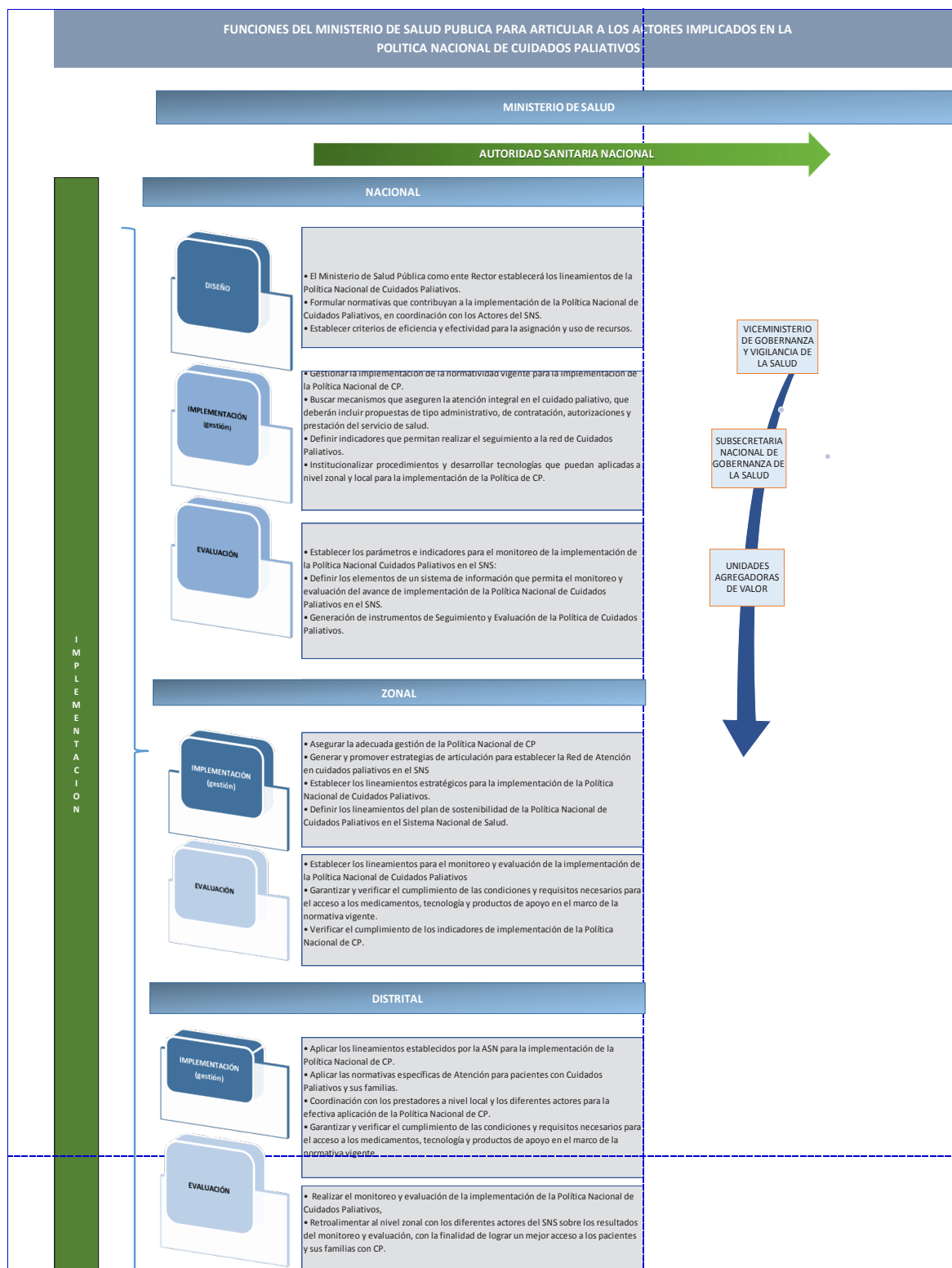
5.4.3. Ámbito

El ámbito de aplicación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos será a nivel nacional de manera obligatoria en el sector público y privado en los servicios de salud, considerando los siguientes criterios: intersectorialidad, equidad en el acceso a medicamentos y cobertura a nivel nacional, se aplicarán de acuerdo a la distribución geográfica, técnica y administrativa establecida por el Estado ecuatoriano.

5.4.4. Roles y Funciones de las Unidades Orgánicas para la Implementación de la Política de Cuidados Paliativos

El Viceministerio de Atención Integral de Salud, a través de la Subsecretaría Nacional de Provisión de Salud es la instancia de la Autoridad Sanitaria Nacional encargada del seguimiento e implementación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022 – 2026 en conjunto con la Dirección Nacional de Discapacidades como parte de su misión, atribuciones y responsabilidades establecidas en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública.

La implementación de la política a nivel territorial se realizará a través de sus unidades desconcentradas de la siguiente manera:



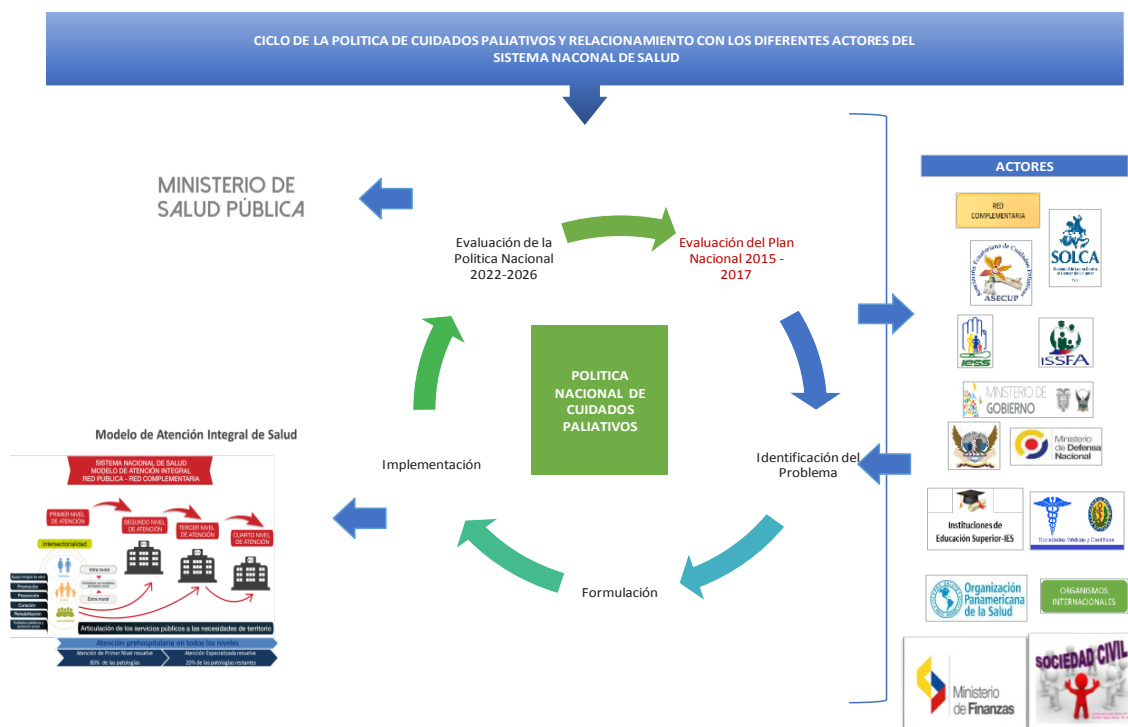
La implementación de la política a nivel territorial se realizará a través de sus unidades desconcentradas de la siguiente manera:

Provisión de Servicios de Salud
Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud

Discapacidades

- Informes de la implementación de políticas públicas, planes y programas, para la atención a personas con discapacidad, problemas de salud mental, adicciones y necesidades de cuidados paliativos y portadoras de enfermedades catastróficas, raras y/o huérfanas, en coordinación con los ámbitos de su competencia a nivel zonal.
- Informe zonal de la aplicación de las normas técnicas, protocolos específicos y estándares de calidad para la prevención, diagnóstico temprano, atención especializada y rehabilitación de personas con discapacidades.
- Informes de los requerimientos y ejecución de procesos de capacitación del talento humano en el ámbito de su competencia, en coordinación con los distritos y las unidades de Talento Humano respectivas.
- Consolidado zonal de informes de monitoreo y evaluación de aplicación de las políticas y ejecución de los planes y proyectos, en el ámbito de su competencia.

5.4.5. Articulación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos



CAPITULO VI. LINEAS ESTRATÉGICAS Y LINEAS DE ACCIÓN

6.1 Lineamiento Estratégico 1

Fortalecer el rol rector de la Autoridad Sanitaria Nacional en todos los aspectos que aborda esta Política para incrementar el acceso de la población a atención de Cuidados Paliativos, *a través de:*

Líneas de acción

- 6.1.1. Regular y controlar la gestión de salud en el ámbito de cuidados paliativos mediante el monitoreo del cumplimiento de las normas y protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 6.1.2. Monitoreo y evaluación de la implementación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos.

6.2 Lineamiento Estratégico 2

Incrementar el conocimiento y la participación intersectorial y de la sociedad civil en temas relacionados con Cuidados Paliativos y al final de la vida, *a través de:*

Líneas de acción:

- 6.2.1. Ejercicio efectivo de derechos de la ciudadanía en temas relacionados al final de la vida.
- 6.2.2. Incentivar la generación de redes de apoyo comunitario para personas con enfermedades en fase terminal y sus familias.

6.3. Lineamiento Estratégico 3

Garantizar el acceso efectivo y la gestión integral del suministro de medicamentos y dispositivos médicos en todos los niveles de atención para la Atención de Pacientes con Cuidados Paliativos, *a través de:*

Líneas de acción:

- 6.3.1. Asegurar la disponibilidad y el acceso a medicamentos y dispositivos médicos acorde a las Guías de Práctica Clínica y protocolos de atención.

6.4. Lineamiento Estratégico 4

Armonizar e integrar los sistemas de información en la Red Publica Integral de Salud y Red Complementaria en lo relacionado a Cuidados Paliativos en todos los niveles de atención, *través de:*

Líneas de acción:

- 6.4.1. Estandarizar los sistemas informáticos del reporte de atenciones en Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud.

6.5. Lineamiento Estratégico 5

Contar con profesionales competentes para la atención de Cuidados Paliativos en todos los niveles de atención, a través de:

Líneas de acción:

6.5.1. Fomentar la oferta académica y capacitación continua de Cuidados Paliativos en el país.

6.5.2. Impulsar el desarrollo de la investigación en Cuidados Paliativos como competencia de los profesionales de la Salud.

6.6. Lineamiento Estratégico 6

Definir, articular e implementar servicios y redes integradas de Cuidados Paliativos para la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria que garanticen la calidad, continuidad y efectividad de la atención, en todos los niveles, través de:

Líneas de acción:

6.6.1. Articular la Red Publica Integral de Salud y la Red Complementaria para la provisión de los servicios de Cuidados Paliativos a nivel nacional.

6.6.2. Articular los Cuidados Paliativos a estrategias nacionales de atención de salud.

CAPITULO VII. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES

Con el fin de dar operatividad a la Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022 – 2026 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 esta política.

LINEAMIENTO ESTRATEGICO 1.- Fortalecer el rol rector de la Autoridad Sanitaria Nacional en todos los aspectos que abarca esta Política para incrementar el acceso de la población a atención de Cuidados Paliativos.													
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año				Responsable	
								2022	2023	2024	2025		2026
1.1. Regular y controlar la gestión de salud en el ámbito de cuidados paliativos mediante el monitoreo del cumplimiento de las normas y protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional	Número de Normativas administrativas y clínicas emitidas y difundidas sobre Cuidados Paliativos	Total de Documentos normativos actualizados y emitidos a nivel nacional: Guía de Práctica Clínica, Norma de Atención, de Cuidados paliativos expresadas en número.	Número de documentos normativos con Acuerdos Ministeriales emitidos para el Sistema Nacional de Salud	Número	2	Documentos emitidos	2 documentos emitidos: Actualización de la Guía de Práctica Clínica, Norma de atención de Cuidados paliativos	NA	1	1	NA	MSP	
	Número de socializaciones de Normativas administrativas y clínicas realizadas a nivel nacional	Total de socializaciones de documentos normativos realizados a nivel nacional, expresadas en número	Número total de socializaciones de documentos normativos realizados a nivel nacional, expresadas en número	Número	2	Número de documentos socializados en el Sistema Nacional de Salud	Guía de Práctica Clínica, Norma de atención de Cuidados paliativos en digital socializados a nivel nacional	2	2	2	2	MSP	
Actividades	Porcentaje de Instituciones del Sistema Nacional de Salud capacitados en los documentos normativos de Cuidados Paliativos	Total de Instituciones del Sistema Nacional de Salud capacitados en los documentos normativos de Cuidados Paliativos expresado como porcentaje del total de las instituciones del Sistema Nacional de Salud	Instituciones del Sistema Nacional de Salud capacitados en los documentos normativos de Cuidados Paliativos / Total de Instituciones del Sistema Nacional de Salud por 100	Porcentaje	0	Informes de capacitaciones realizadas	Instituciones del Sistema Nacional de Salud 100% capacitados Guía de Práctica Clínica, Norma de atención de Cuidados paliativos	NA	25%	50%	75%	100%	MSP
	1.1.1 Actualizar la Norma de Atención de Cuidados paliativos												
	1.1.2 Actualizar la Guía de Práctica Clínica de Cuidados paliativos												
	1.1.3 Actualizar la Guía del Cuidadano de Cuidados paliativos												
	1.1.4. Generación de mesas técnicas para la creación de la Norma para el licenciamiento de los servicios de cuidados paliativos en todos los niveles de atención de salud.												
1.1.5. Fortalecer la Dirección Nacional de Discapacidades en la gestión de Cuidados paliativos.													

Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año					Responsable
								2022	2023	2024	2025	2026	
1.2 Monitoreo y evaluación de la implementación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos	Porcentaje de avance de la implementación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos	Porcentaje de avance de las metas de la Política nacional de cuidados paliativos alcanzadas expresadas en porcentaje/ metas planificadas de la política nacional de cuidados paliativos por 100.	Metas alcanzadas/metas planificadas	Porcentaje	0	Informes de cumplimiento de las Metas de la Política Nacional de Cuidados Paliativos	100%	15%	25%	20%	20%	20%	MSP
Actividades													
1.2.1 Conformar un comité intersectorial consultivo de seguimiento de la implementación de la Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026, liderado por la Dirección Nacional de Discapacitados.													
1.2.2 Definir el instrumento que se va a utilizar para el monitoreo y sus variables.													
1.2.3 Generar un sistema on-line de avance de la implementación de la política.													
1.2.4 Publicar oficialmente el reporte anual de cumplimiento de indicadores.													
1.2.5 Evaluación de medio término de la implementación de la política en el año 2024, en la cual se podrán repenitar indicadores y metas conforme a los resultados obtenidos.													

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 2: Incrementar el conocimiento y la participación intersectorial y de la sociedad civil en temas relacionados con Cuidados paliativos y el final de la vida.												
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año				Responsable
								2022	2023	2024	2025	
2.1. Ejercicio efectivo de derechos de la ciudadanía en temas relacionados al final de la vida	Porcentaje de Comités ciudadanos locales y distritales de salud capacitados en el enfoque de derechos en temas relacionados al final de la vida	Número de Comités ciudadanos locales y distritales de salud que participan en capacitaciones virtuales y/o presenciales con enfoque de derechos en temas relacionados al final de la vida.	Número de Comités ciudadanos locales y distritales de salud que participan en capacitaciones virtuales y/o presenciales con enfoque de derechos en temas relacionados al final de la vida. Total de Comités ciudadanos locales y distritales de salud que participan en capacitaciones en enfoque de derechos temas relacionados al final de la vida por 100	Porcentaje	0	Informes y actas de capacitación.	Cumplimiento de 4 capacitaciones anuales	4	4	4	4	MSP
	Número de Campañas de socialización de los derechos a la Sociedad Civil sobre aspectos del final de la vida	Número de Campañas comunicacional sobre los derechos de las personas al final de la vida	Campañas comunicacionales realizadas	Número	0	Informes y Materiales comunicacionales	Cumplimiento de 1-2 Campañas anuales	1	2	2	2	2
Actividades	2.1.1 Desarrollo de actividades comunicacionales a la población en general que informen sobre: Cuidados Paliativos y su importancia.											
	2.1.2 Establecer grupos de apoyo específicos, para personas que requieren entrenamiento en manejo de pacientes de cuidados paliativos.											
	2.1.3 Desarrollar espacios de diálogo con diversos actores de la sociedad referente a fase final de la vida y derechos de los pacientes.											
	2.1.4. Difundir el manejo de la voluntad vital anticipada en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.											
	2.1.5 Desarrollar espacios de intercambio de saberes en instituciones académicas respecto a las siguientes temáticas: fase final de la vida, cuidados paliativos, calidad de vida, entre otros.											
	2.1.6. Mesas Informativas y de participación de la sociedad civil con enfoque de derechos en temas relacionados al final de la vida.											
	2.1.7. Campañas de socialización de los derechos de la Sociedad Civil sobre aspectos del final de la vida.											

Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año				Responsable
								2022	2023	2024	2025	
2.2. Incentivar la generación de redes de apoyo comunitario para personas con enfermedades en fase terminal y sus familias	Número de instituciones u organizaciones que brindan cuidados paliativos que cuentan con voluntarios en el Sistema Nacional del Salud.	Total de número de instituciones u organizaciones que brindan cuidados paliativos que cuentan con voluntarios en el Sistema Nacional del Salud.	Número de instituciones u organizaciones que brindan cuidados paliativos que cuentan con voluntarios en el Sistema Nacional del Salud.	Número	0	Voluntarios por instituciones u organizaciones	3 Equipos de voluntarios a nivel nacional anual.	1	3	3	3	MSP
	Porcentaje de comités locales con planes locales de salud que consten Cuidados paliativos de acuerdo a la definición de su problemática en base al Análisis situacional de salud, diagnóstico situacional y perfil epidemiológico del territorio	Porcentaje total de Comités locales con Agenda de trabajo en Cuidados Paliativos	Porcentaje de Comités locales de salud con plan local de salud de temas relacionados al final de la vida / Número total de comités locales de salud, por 100	Porcentaje	0	Reportes de los comités locales	20 % De Comités Locales con Plan de Cuidados Paliativos anual.	20,00%	20%	20%	20%	MSP
Actividades												
2.2.1 Incluir en los plenes locales de los comités ciudadanos locales de salud, a nivel distrital zonal y sectorial temas relacionados con cuidados paliativos.												
2.2.2 Incentivar a las Universidades y otros centros académicos a la participación activa de estudiantes y docentes en procesos capacitación y formación de voluntarios en cuidados paliativos.												
2.2.3 Emitir lineamientos para los Comités Locales de Salud en el desarrollo de planes y acciones relacionados a los cuidados paliativos en la comunidad.												
2.2.4. Emitir Lineamientos para el trabajo del voluntariado comunitario en cuidados paliativos.												
2.2.5. Generar mesas técnicas para analizar los diferentes mecanismos de protección social interinstitucional.												
2.2.6. Inclusión del tema de jubilación inmediata en mesas técnicas.												
2.2.7. Gestiones y acercamiento a las instancias involucradas (RPIS - MDT - AN) para la protección laboral, de los cuidadores y familiares de personas en cuidados paliativos (cartilla de cuidador).												
2.2.8. Capacitaciones a funcionarios públicos y privados sobre protección social a pacientes en cuidados paliativos												
2.2.9. Campañas informativas relacionadas a la protección social a acentes en cuidados paliativos.												
2.2.10. Mesas de trabajo interinstitucionales sobre mecanismos de protección social a pacientes en cuidados paliativos.												

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 3: Garantizar el acceso efectivo y la gestión integral del suministro de medicamentos y dispositivos médicos para la atención de pacientes en cuidados paliativos.													
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año				Responsable	
								2022	2023	2024	2025		2026
3.1. Asegurar la disponibilidad y el acceso a medicamentos y dispositivos médicos acorde a las Guías de práctica clínica y protocolos de atención.	Acceso a morfina	Consumo de morfina por cápita	Consumo de morfina en mg per cápita	mg/per cápita	—	Informe anual del MinGob, ARCSA Y ACESS	6	2	3	4	5	6	MSP
		El abastecimiento de medicamentos que constan en la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos en los establecimientos de salud de la RPPS expresado como porcentaje.	Número de medicamentos que constan en la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos con stock para al menos 2 meses / Total de medicamentos que constan en la GPC de cuidados paliativos, por 100	Porcentaje	55%	Reporte de stock de medicamentos que constan en la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos en los establecimientos de salud de la RPPS que cuentan con atención de cuidados paliativos.	100% de medicamentos que constan en la Guía de práctica clínica de cuidados paliativos con stock para al menos 2 meses.	60%	75%	80%	90%	100%	MSP
		El abastecimiento de dispositivos médicos trazadores para la atención en cuidados paliativos expresado como porcentaje, en los establecimientos de salud de la RPPS.	Número de dispositivos médicos trazadores para la atención en cuidados paliativos con stock para al menos 2 meses / Total de dispositivos médicos trazadores para la atención en cuidados paliativos, por 100	Porcentaje	55%	Reporte de stock de dispositivos médicos trazadores para la atención en cuidados paliativos en los establecimientos de salud de la RPPS que cuentan con atención de cuidados paliativos	100% de dispositivos médicos trazadores para la atención en cuidados paliativos con stock para al menos 2 meses.	65%	75%	80%	90%	100%	MSP
Actividades	3.1.1. Establecer estrategias para mejorar la disponibilidad y el acceso a medicamentos y dispositivos médicos en los establecimientos de salud de la RPPS que cuenten con atención/ servicios en cuidados paliativos, en los tres niveles de atención, incluidas las áreas de difícil acceso geográfico. 3.1.2. Garantizar el acceso a medicamentos y dispositivos médicos en los establecimientos de salud de la RPPS que cuenten con atención/ servicios en cuidados paliativos. 3.1.3. Incluir en las subastas inversas corporativas la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos trazadores para la atención de cuidados paliativos 3.1.4. Priorizar en el POA el presupuesto para el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos trazadores para la atención de Cuidados Paliativos 3.1.5. Revisar y actualizar periódicamente los medicamentos de cuidados paliativos del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y en la Guía de Práctica clínica de cuidados paliativos 3.1.6. Revisar y actualizar periódicamente los dispositivos médicos trazadores para la atención de cuidados paliativos. 3.1.7. Articular acciones con la RPPS y RC para la disponibilidad efectiva de medicamentos para pacientes que requieren cuidados paliativos. 3.1.8. Implementar atención farmacéutica a pacientes en cuidados paliativos. 3.1.9. Establecer estrategias para fomentar la prescripción de medicamentos para cuidados paliativos en el primer nivel de atención con énfasis en las zonas de difícil acceso geográfico												

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 4. Armonizar e integrar los sistemas de información en la RPIS y RPC en lo relacionado a Cuidados paliativos en todos los niveles de atención.													
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año				Responsable	
								2022	2023	2024	2025		2026
4.1. Estandarizar los sistemas informáticos del reporte de atenciones en Cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud	Sistemas informáticos homologados a nivel de datos y estandarizados que permitan hacer el reporte de las atenciones de Cuidados paliativos en la RPIS y RC.	Número de Sistemas informáticos homologados y estandarizados que permita almacenar y procesar información de atenciones de Cuidados paliativos en la RPIS Y RC expresada en número de sistemas que reporten en base al modelo de datos definidos.	Número de sistemas informáticos utilizados para el reporte unificado de atenciones de Cuidados paliativos en la RPIS y RC/Total de Sistemas Informáticos planificados	Número	0	Sistemas informáticos homologados y estandarizados	50% en los establecimientos de salud de la RPIS que cuentan con cuidados paliativos y solca (RC)	10%	10%	10%	10%	50%	MSP RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD RED COMPLEMENTARIA SOLCA
	Establecimientos del Sistema Nacional de Salud que reportan atención en Cuidados paliativos	Porcentaje de Establecimientos del Sistema Nacional de Salud que brindan y reportan atención en Cuidados Paliativos .	Número de establecimientos de salud que reportan las atenciones en Cuidados paliativos/Total de Establecimientos que Cuentan con Servicios de Cuidados paliativos, por 100	Porcentaje	0	Reporte estadístico mensual y anual	Reporte del 100 % de establecimientos	20%	20%	20%	20%	20%	MSP RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD RED COMPLEMENTARIA SOLCA
Actividades	4.1.1. Articular con los integrantes de la RPIS - RC para unificar los sistemas informáticos para el reporte de información de las atenciones de Cuidados paliativos.												
	4.1.2. Talleres para los funcionarios que procesarán la información en Cuidados paliativos.												
	4.1.3. Construir un modelo de datos para reporte unificado y estandarizado de las atenciones de cuidados paliativos incluyendo la unificación de la codificación CIE vigente.												
	4.1.4. Uso de los formularios de registro de atención en Cuidados paliativos y flujo de registro de la información, señalados en la Norma de Atención de cuidados paliativos en los establecimientos de la RPIS-RC												
	4.1.5. Unificar la codificación CIE 10 de las atenciones de Cuidados Paliativos en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.												

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 5. Contar con profesionales competentes para la atención integral de Cuidado paliativos, en todos los niveles de atención												
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año				Responsable
								2022	2023	2024	2025	
5.1. Fomentar la oferta académica y capacitación continua de Cuidados paliativos en el país	Porcentaje de profesionales rurales con conocimientos en cuidados paliativos	Número de profesionales rurales con conocimientos básicos en cuidados paliativos expresado en el porcentaje de profesionales rurales	$\frac{\text{Número de profesionales rurales con conocimientos básicos en cuidados paliativos}}{\text{Total de Profesionales Rurales}} \times 100$	Porcentaje	0	Certificado del curso de los Profesionales Rurales capacitados en Cuidados Paliativos	100%	50%	100%	100%	100%	MSP
	Porcentaje de profesionales de salud de la RPIS y RC capacitados en el manejo de la Guía de Práctica Clínica, Norma de atención y otras	Número de profesionales de salud de la RPIS y RC capacitados en el manejo de la Guía de Práctica Clínica, Norma de atención y otras expresado en porcentaje.	$\frac{\text{Número de Profesionales de salud de la RPIS y RC capacitados en el manejo de la Guía de Práctica Clínica, Norma de atención y otras}}{\text{Total de profesionales de salud de la RPIS y RC}} \times 100$	Porcentaje	0	Informes y actas de asistencia	100%	—	100%	100%	100%	MSP RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD RED COMPLEMENTARIA
	Número de profesionales de salud con título de cuarto nivel en Cuidados paliativos, registrados en SENEKYT y ACCESS	Número de profesionales de salud con título de cuarto nivel en Cuidados paliativos.	Profesionales de la salud con título de cuarto nivel en Cuidados paliativos registrado en SENEKYT y ACCESS	Número	0	Registros del ACCESS y SENEKYT	114	14	20	30	30	MSP SENSESCYT ACCESS
Actividades	5.1.1. Buscar mecanismos para la creación de perfiles para especialistas en Cuidados paliativos.											
	5.1.2. Relacionamiento con la academia para revisión de Mallas curriculares de profesiones de la salud de pre y post grado con el fin de que incluyan competencias básicas en Cuidados paliativos.											
	5.1.3. Reuniones interinstitucionales para generar el perfil profesional en Cuidados paliativos.											
	5.1.4. Definir competencias explícitas en Cuidados paliativos para los profesionales de salud.											
	5.1.5. Coordinar con la academia para impulsar la oferta de posgrados de Cuidados paliativos.											
	5.1.6. Capacitación continua a los equipos de atención integral en temas de Cuidados paliativos.											
	5.1.7. Promover la creación de reconocimientos a las acciones innovadoras en los programas educativos.											

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 6. Definir, articular e implementar servicios y redes integradas de Cuidados paliativos para la RPIS y RPC que garanticen la calidad, continuidad y efectividad de la atención, en todos los niveles.														
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año					Responsable	
								2022	2023	2024	2025	2026		
6.1. Articular la RPIS y la RC para la provisión de los servicios de Cuidados paliativos a nivel nacional.	Porcentaje de establecimientos de primer nivel que brindan atención de cuidados paliativos	Número de establecimientos de primer nivel que brindan atención de cuidados paliativos expresado en porcentaje	$\frac{\text{Número de establecimientos de primer nivel que brindan atención de cuidados paliativos con diagnóstico CIE-Vigente}}{\text{Número de establecimientos totales de primer nivel}} \times 100$	Porcentaje	0	Reporte de atenciones por los establecimientos que tienen la cartera de servicios de cuidados paliativos.	100%	50%	60%	70%	80%	100%	MSP RED PUBLICA INTEGRAL SALUD RED COMPLEMENTARIA	
	Porcentaje de establecimientos de segundo y tercer nivel que brindan atención de cuidados paliativos.	Número de establecimientos de segundo y tercer nivel que brindan atención de cuidados paliativos expresado en porcentaje.	$\frac{\text{Número de establecimientos de segundo y tercer nivel que brindan atención de cuidados paliativos con diagnóstico CIE-Vigente}}{\text{Número de Establecimientos totales de segundo y tercer nivel}} \times 100$	Porcentaje	0	Permisos de funcionamiento (registro de cartera de servicios en la base de datos del ACCESS)	100%	50%	60%	70%	80%	100%	MSP RED PUBLICA INTEGRAL SALUD RED COMPLEMENTARIA	
	Número de centros especializados en cuidados paliativos en la RPIS	Número de centros especializados en cuidados paliativos en la RPIS	$\frac{\text{Número de centros especializados en cuidados paliativos}}{\text{Número de establecimientos de primer nivel que brindan atención de cuidados paliativos}} \times 100$	Numero	0	Permisos de funcionamiento (registro de cartera de servicios en la base de datos del ACCESS)	5	1	1	1	1	1	1	MSP RED PUBLICA INTEGRAL SALUD RED COMPLEMENTARIA
Actividades										6.1.1. Incrementar e personal capacitado en aspectos de cuidados paliativos en los servicios de salud para adultos y niños. 6.1.2. Generar y/o adecuar espacio físico e infraestructura adecuada para la prestación de Cuidados paliativos para adultos y niños. 6.1.3. Desarrollar la atención domiciliar en Cuidados paliativos para adultos y niños. 6.1.4. Desarrollar la Teleasistencia en Cuidados paliativos, en los sitios de difícil acceso. 6.1.5. Implementar la referencia, contra referencia, derivación en los diferentes niveles de atención para manejo de paciente con necesidad de Cuidados paliativos.				

Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Metas por año					Responsable
								2022	2023	2024	2025	2026	
6.2. Articular los Cuidados Paliativos a estrategias nacionales de atención de salud.	Porcentaje de estrategias y políticas nacionales en las que está incluido cuidados paliativos	Número de estrategias y políticas nacionales en las que está incluido cuidados paliativos expresado en porcentaje de estrategias y políticas de salud vigentes.	$\frac{\text{Número de estrategias y políticas que incluyen cuidados paliativos}}{\text{Número de estrategias y políticas nacionales vigentes}} \times 100$	Porcentaje	2	Estrategia del cáncer Estrategia médica del barrio	Incluir Cuidados Paliativos en estrategias nacionales en salud que armenten	1	1	1	1	1	MSP
Actividades													
6.2.1. Elaborar Políticas y Estrategias Nacionales en Salud Integradoras, que permitan implementar la atención en Cuidados Paliativos, en armonía con el modelo integral de atención en salud IMAS.													
6.2.2. Promover el uso de la clasificación internacional de enfermedades en la versión CIE-Vigente y estandarización a nivel nacional.													

CAPITULO VIII. GLOSARIO

Cuidados paliativos: La OMS (29) define los cuidados paliativos (CP) como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes (adultos y niños) y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

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 (39).

Dolor: El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial (40).

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 (39).

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 (39).

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 (39).

Comité de ética asistencial: toda comisión consultiva e interdisciplinar, 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 (41).

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.

Enfoque de derechos humanos: “El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos”(42).

Enfoque de género: “Este enfoque nos permite entender las relaciones de poder existentes entre los sexos, la construcción socio cultural de las identidades de género, y cómo las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquizan a las personas según sus marcas corporales, creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación (43)”

“Además, nos permite una mejor comprensión de las condiciones que implican mayor vulnerabilidad, al mostrar que el binario masculino-femenino y las condiciones históricas jerárquicas entre hombres y mujeres, adolescentes y adultos, entre otros, inciden en las relaciones de entender la sexualidad y la salud según sea la edad, la étnica, la orientación sexual, la condición de salud, el lugar de residencia, el nivel educativo y las condiciones socio económicas. Todas influyen en una doble o triple situación de exclusión social y discriminación, que determina una mayor inequidad y desigualdad en cuanto al acceso a recursos de todo tipo y al ejercicio de derechos”(43).

Enfoque de inclusión social: La aplicación de esta normativa busca promover, reconocer y visibilizar el derecho que tienen todas las personas a no ser discriminadas, especialmente las personas que pertenecen a grupos vulnerables o minoritarios, y con mayor razón si se trata víctimas de Violencia Basada en Género o Graves Violaciones a los Derechos Humanos, a través de acciones que permitan el acceso oportuno a servicios de salud, además de sensibilizar al personal de salud para evitar toda forma de discriminación mediante el respeto de las diversidades.

Enfoque de interculturalidad: Este documento normativo “reconoce la existencia de las distintas comunidades, pueblos y nacionalidades que integran el Estado, respetando todas aquellas expresiones en los diversos contextos culturales. Bajo este enfoque no se aceptan prácticas discriminatorias que favorecen la violencia y/o que obstaculicen el goce efectivo de derechos entre personas de géneros distintos”.

El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención de salud es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

Enfoque Generacional: Este enfoque “establece la necesidad de identificar las relaciones de poder entre las distintas etapas de la vida, reconociendo sus particularidades y los diversos niveles de vulnerabilidad. Las acciones a aplicarse deben considerar las especificidades de cada período dentro del ciclo de vida de los sujetos”.

Enfoque intergeneracional: El Estado debe reconocer la protección integral de los derechos de las personas a lo largo de su vida. Este enfoque implica el reconocimiento de los derechos específicos propios de cada grupo etario, las interrelaciones y las necesidades existentes en las diferentes edades.

Enfoque de interseccionalidad: Este enfoque permite reconocer la complejidad de los procesos que generan desigualdades sociales, por las interacciones entre los diferentes sistemas de subordinación, que se constituyen unos a otros de forma dinámica: género, orientación sexual, etnia, edad, religión, discapacidad, origen nacional, situación socioeconómica, entre otros.

El análisis al que lleva este enfoque orienta la mirada a identificar de qué forma la interconexión entre los diferentes sistemas de subordinación (particularmente sexismo, racismo y clasismo) “contribuyen a la creación, mantenimiento y refuerzo de las desigualdades formales e informales”.

CAPITULO IX. SIGLAS

ABEI: Asociación Benefactora de Enfermos Incurables

AEETD: Asociación Ecuatoriana para el Estudio de Dolor

AEMI: Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna

ALCP: Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos.
ARCSA: Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria
ASECUP: Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos
ASN: Autoridad Sanitaria Nacional
CCOMS-ICO: Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión
COIP: Código Orgánico Integral Penal
CP: Cuidados Paliativos
CS: Centro de Salud
FASEC: Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer
FECUPAL: Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos
GLOBOCAN: Global Cancer Observatory (Observatorio Global de Cáncer)
HUTPL: Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja
IAHPC: Asociación Internacional para Hospicios y Cuidados Paliativos (International Association for Hospice and Palliative Care).
ICPCN: International Children's Palliative Care Network (Red Internacional de Cuidados Paliativos Pediátricos)
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural
MSP: Ministerio de Salud Pública
OEA: Organización de los Estados Americanos
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PRAS: Plataforma de Registro en Atenciones de Salud
PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador
RDACAA: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
RO: Registro Oficial
RPC: Red Privada Complementaria
RPIS: Red Pública Integral de Salud
SEA: Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología
SECUGG: Sociedad Ecuatoriana de Geriatría y Gerontología
SEMF: Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar
SENESCYT: Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
SEO: Sociedad Ecuatoriana de Oncología Clínica
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SNDPP: Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa
SNS: Sistema Nacional de Salud
SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
UCSG: Universidad Católica Santiago de Guayaquil
UDLA: Universidad de las Américas
UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
UTPL: Universidad Técnica Particular de Loja
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHPCA: Alianza Mundial de Hospicios y Cuidados Paliativos (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sundholm M. Organización Mundial de la Salud agenda XXI. Office of the Secretary-General's Envoy on Youth.
2. WHO. PALLIATIVE CARE FOR NONCOMMUNICABLE DISEASES A global snapshot. 2019;1-4. Available from: www.who.int/ncds/management/palliative-care/en
3. Garcia-Caselles P, Miralles R, Arellano M, Torres RM, Aguilera A, Pi-Figueras M, et al. Validation of a modified version of the Gijón's social-familial evaluation scale (SFES): The "Barcelona SFES version", for patients with cognitive impairment. Arch Gerontol Geriatr. 2004 Jan 1;38(SUPPL.):201-6.
4. Figueroa G. Bioética de género en la medicina: Fundamentos y desafíos. Acta Bioeth [Internet]. 2017 [cited 2021 May 4];23(1):83-90. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000100083&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Estud Avancados. 2016;30(88):155-66.
6. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cuba Salud Pública. 2004;30(1):0-0.
7. Organización Panamericana de la salud; Organización Mundial de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal. 2017. p. 15.
8. OMS. Alivio del dolor en el cáncer. Con una guía sobre la disponibilidad de opioides. Ginebra; 1996.
9. Pastrana T, De Lima L, Garralda E, Pons JJ. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 [Internet]. Houston: IAHPC Press; 2021 [cited 2021 Apr 24]. Available from: [http://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/3/Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamerica 2020.pdf?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=difusion_atlas_de_cuidados_paliativos_de_latinoamerica_2a_edicion&utm_term=2021-04-24](http://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/3/Atlas_de_Cuidados_Paliativos_en_Latinoamerica_2020.pdf?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=difusion_atlas_de_cuidados_paliativos_de_latinoamerica_2a_edicion&utm_term=2021-04-24)
10. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la república del Ecuador 2008 norma: publicado: Regist Of. 2008;449(20):38.
11. ACNUR. U. Derechos humanos: artículo 1, igualdad, libertad y dignidad [Internet]. 2018. Available from: https://eacnur.org/blog/derechos-humanos-articulo-1-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
12. Organización Mundial de la Salud. Resolución Wha 67. De Asamblea Mundial De La Salud. Resoluciones Y Decis Anexos. 2014;19:19-24.
13. OEA. CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES. 2015.
14. ONU. Convención Internacional Sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer [Internet]. 1979 [cited 2022 Apr 8]. Available from: [https://www.sacmex.cdmx.gob.mx/storage/app/media/igualdad-sustantiva/Marco Internacional de los Derechos Humanos de las Mujeres/cedaw.pdf](https://www.sacmex.cdmx.gob.mx/storage/app/media/igualdad-sustantiva/Marco_Internacional_de_los_Derechos_Humanos_de_las_Mujeres/cedaw.pdf)

15. OEA. CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER “CONVENCION DE BELEM DO PARA” [Internet]. 1994 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
16. OHCHR. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer | OHCHR [Internet]. 1993 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
17. ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. 1994;
18. OHCHR. Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer | OHCHR [Internet]. 1999 [cited 2022 Apr 8]. Available from: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/default-title>
19. UNICEF. CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. 2006 [cited 2022 Apr 8]; Available from: www.unicef.es
20. Congreso Nacional del Ecuador. Ley organica de la salud. Regist Of. 2012;(Suplemento 423).
21. Congreso Nacional del Ecuador. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Regist Of. 2006;Suplemento.
22. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. 2017;84.
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 2012;
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos Implementacion Del Modelo De Atencion Integral De Salud. Dir Nac Articul la Red Pública y Complement Salud. 2014;1–118.
25. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020 May [cited 2020 Jun 22];0(0). Available from: <http://www.jpmsjournal.com/article/S0885392420302475/fulltext>
26. Saunders C, Baines M. Living with Dying. The management of the terminal disease. Londres.: Oxford University Press; 1983.
27. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, et al. Cancer Pain Relief Committee. Vol. 24, Journal of Pain and Symptom Management. 2002.
28. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliat Med. 2014 Apr;28(4):302–11.
29. OMS. Cuidados paliativos. In: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. 2018. p. 1–3.
30. Knaul FM, Farmer P, Krakauer E, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Vol. 391, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2018. p. 1391–454.
31. Wild C, Weiderpass E, Stewart B, editors. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer

- Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.; 2020.
32. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDAJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J Pain Symptom Manage.* 2006;32(1):5–12.
 33. INEC. Registro Estadístico de Defunciones Generales, 2020. 2020.
 34. Grupo de trabajo del Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Cuidados paliativos pediátricos en el SNS: Criterios de atención. 2014;62.
 35. INEC. Registro Estadístico de Defunciones Generales, 2019. 2019.
 36. WHO. World fact sheets cancers. Vol. 419, Globocan 2020. 2020 Oct.
 37. Sociedad de Lucha contra el Cáncer / Registro Nacional de Tumores. Epidemiología del Cáncer en Quito 2011-2015. 16th ed. Cueva, P.; Yépez, J.; Tarupi W, editor. Quito; 2019.
 38. Hidalgo-Andrade P, Mascialino G, Acosta-Varas P, Marcillo AB, Mendoza M, Miño D, et al. Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en Ecuador, 2019. Quito; 2019.
 39. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica. 2014.
 40. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020 Sep;161(9):1976–82.
 41. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003.
 42. MSP. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). 2013.
 43. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género [Internet]. MSP. Quito; 2014. Available from: <http://somossalud.msp.gob.ec/>

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 2. Códigos Cie-10 de enfermedades susceptibles de cuidados paliativos pediátricos	
Causa de defunción	Código CIE-10
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	B20-B25, B44, B90-B92, B94
II. Tumores	C00-D48
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	D55-D56, D57, D58-61, D63-D64 D66-D77, D81-D84, D86, D89
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólica	E22-E25 (excepto E24.4) E31-E32, E34-E35, E70-E72, E74-E80, E83, E84, E85, E88, E90
V. Trastornos mentales y del comportamiento	F01-F04, F72-F73, F78-F79, F84.2
VI. Enfermedades del sistema nervioso	G10-G13, G20-G26, G31-G32, G35-G37, G41 G45-G46, G60-G64, G70-G73, G90-G91, G93-G96, G98-G99, G80-G83
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	I11- I13, I15, I20-I25, I27-I28, I31, I34-I37, I42, I50- I51, I69- I70, I77, I85, I89
X. Enfermedades del sistema respiratorio	J43-J44, J47, J82, J84
XI. Enfermedades del sistema digestivo	K72-K77
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M07-M08, M30-M32, M35, M40-M41, M43, M85, M95
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	N07, N11-N13, N15- N16, N18-N19, N25-N29, N31- N33
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	P00- P03, P07- P08, P10- P11, P20-P29, P35-P37, P39, P52-P57, P77, P90, P91
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q07, Q20-Q28, Q30-Q34, Q38-Q45, Q60-Q62, Q64, Q77-Q81, Q85-Q87, Q89-Q93
Otros	Y85-Y89

Fuente: Sanidad, 2014.

Política Nacional de Cuidados Paliativos

2022-2026
Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador



Gobierno
del Encuentro

Juntos
lo logramos

RESOLUCIÓN No. SEPS-IGT-IGJ-IFMR-DNLQSF-2016- 217**HUGO JÁCOME ESTRELLA
SUPERINTENDENTE DE ECONOMÍA POPULAR Y SOLIDARIA****CONSIDERANDO:**

- Que,** el artículo 309 de la Constitución de la República del Ecuador señala que las entidades de control del sistema financiero nacional, se encargarán de preservar su seguridad, estabilidad, transparencia y solidez; y, el literal b) del artículo 147 de la Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria, al determinar las atribuciones de esta Superintendencia, dispone: *“Velar por la estabilidad, solidez y correcto funcionamiento de las instituciones sujetas a su control”*;
- Que,** los numerales 3) y 25) del artículo 62 del Código Orgánico Monetario y Financiero, en concordancia con el artículo 74 del Código ibídem, señalan entre otras como función de la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, autorizar la liquidación de las entidades que conforman el Sector Financiero Popular y Solidario y designar liquidadores;
- Que,** el artículo 299 del Código Orgánico Monetario y Financiero indica que: *“Liquidación. Las entidades del sistema financiero nacional se liquidan voluntariamente o de manera forzosa, de conformidad con las disposiciones de este Código.”*;
- Que,** el artículo 303 del Código mencionado dispone: *“Causales de liquidación forzosa. Las entidades del sistema financiero nacional se liquidan de manera forzosa, por las siguientes causas: (...); 5. Por pérdidas del 50% o más del capital social o el capital suscrito y pagado, que no pudieran ser cubiertas con las reservas de la entidad; (...)*;
- Que,** el artículo 304 del mismo Código establece: *“Resolución de liquidación forzosa. Cuando el organismo de control llegase a determinar que la entidad financiera está incurso en una o varias causales de liquidación forzosa, y no fuera posible o factible implementar un proceso de exclusión y transferencia de activos y pasivos, procederá a emitir la resolución de liquidación forzosa de la entidad.”*;
- Que,** el artículo 307 del Código Orgánico Monetario y Financiero, a la letra manda: *“Contenido de la resolución de liquidación. En la resolución de liquidación voluntaria o forzosa se dispondrá, al menos, lo siguiente:*
1. *La liquidación de la entidad financiera;*
 2. *La revocatoria de las autorizaciones para realizar actividades financieras;*
 3. *El retiro de los permisos de funcionamiento;*
 4. *El plazo para la liquidación, que en ningún caso podrá superar los dos años;*
 5. *Designación del liquidador; y,*
 6. *La cesación de funciones del administrador temporal.*

En el caso de liquidación forzosa, en la resolución se solicitará que la Corporación del Seguro de Depósitos, Fondo de Liquidez y Fondo de Seguros Privados pague el seguro a los depositantes.

La resolución de liquidación de una entidad financiera será motivada, suscrita por el titular del correspondiente organismo de control, gozará de la presunción de legitimidad y debe cumplirse desde la fecha de su expedición.

La resolución de liquidación deberá inscribirse en los registros correspondientes. El organismo de control supervisará la gestión integral del liquidador.”;

Que, el artículo 308 del Código antes señalado dispone que *“La resolución de liquidación regirá a partir de la fecha de su expedición, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.”;*

Que, el artículo 309 del Código ibídem establece que *“La resolución de liquidación de una entidad financiera deberá ser publicada, por una sola vez, en un periódico de circulación del lugar de domicilio de la institución y en el Registro Oficial, sin perjuicio de su publicidad en otros medios.”;*

Que, el último inciso del artículo 446 del Código Orgánico Monetario y Financiero señala: *“La liquidación de una cooperativa de ahorro y crédito se regirá por las disposiciones de este Código y, supletoriamente, por las de la Ley Orgánica de la Economía Popular y Solidaria.”;*

Que, los incisos primero y tercero del artículo 61 de la Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria, disponen: *“Designación del Liquidador.- El liquidador será designado por la Asamblea General cuando se trate de disolución voluntaria y por la Superintendencia cuando sea ésta la que resuelva la disolución. (...) Cuando el liquidador sea designado por la Superintendencia, ésta fijará sus honorarios, que serán pagados por la cooperativa y cuando sea designado por la Asamblea General de la cooperativa, será ésta quien fije sus honorarios. (...)”;*

Que, el artículo 12 de la Resolución No. 132-2015-F de 23 de septiembre de 2015, emitida por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, mediante la cual se expide la **“NORMA QUE REGULA LAS LIQUIDACIONES DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR FINANCIERO POPULAR Y SOLIDARIO, SUJETAS AL CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA POPULAR Y SOLIDARIA”**, señala: *“Pérdida del 50% o más del capital social, que no puedan ser cubiertas con las reservas de la entidad: Se configura esta causal si una entidad del sector financiero popular y solidario, en un plazo no mayor a 90 días contados a partir de la notificación que reciba de la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, no incrementare su capital social con aportaciones de los socios, para cubrir las pérdidas iguales o mayores al 50% de dicho capital y que no hayan podido ser compensadas por sus reservas. (...)”;*

Que, los incisos primero y cuarto del artículo 23 de la Resolución referida en el considerando anterior, establece: *“El cargo de liquidador de una entidad del sector financiero popular y solidario, lo podrá ejercer: una persona natural o jurídica. En*

el caso de la persona natural, también podrá ser un servidor de la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, o quien haya ejercido el cargo de Administrador Temporal de la entidad en liquidación.

(...) Si la liquidación fuese forzosa el organismo de control fijará los honorarios que deberá percibir el liquidador, así como la caución que deberá rendir por el ejercicio de su cargo, excepto si el liquidador fuere funcionario de la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, o cuando se trate de liquidación voluntaria de la entidad.”;

- Que,** mediante Acuerdo No. 0000096 de 10 de noviembre de 2006, el Ministerio de Bienestar Social, concedió personería jurídica a la Cooperativa de Ahorro y Crédito LLANKAK RUNA Ltda., con domicilio en el cantón Ambato, provincia de Tungurahua;
- Que,** mediante Resolución No. SEPS-ROEPS-2013-002652 de 12 de junio de 2013, este organismo de control, aprobó la adecuación del Estatuto Social de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA.;
- Que,** mediante memorando No. SEPS-SGD-IFMR-DNLQSF-2016-0784 de 26 de agosto de 2016, la Dirección Nacional de Liquidación del Sector Financiero, se pronunció sobre la situación de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA., recomendando a la Intendencia de Fortalecimiento y Mecanismos de Resolución, iniciar el proceso de liquidación forzosa de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA., de conformidad con lo dispuesto en el numeral 5 del artículo 303 del Código Orgánico Monetario y Financiero;
- Que,** mediante memorando No. SEPS-SGD-IFMR-2016-0796 de 29 de agosto de 2016, la Intendencia de Fortalecimiento y Mecanismos de Resolución, sobre la base de lo expuesto en el memorando No. SEPS-SGD-ISF-2016-0593 de 16 de agosto de 2016 de la Intendencia del Sector Financiero; en el informe No. SEPS-IR-DNSES-2016-0935 de 24 de agosto de 2016 de la Intendencia de Riesgos; y, en el informe No. SEPS-IFMR-DNLQSF-2016-0171 de 23 de agosto de 2016 de la Dirección Nacional de Liquidación del Sector Financiero, establece que la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA., ha incurrido en la causal de liquidación forzosa establecida en el numeral 5 del artículo 303 del Código Orgánico Monetario y Financiero, en concordancia con el artículo 12 de la Resolución No. 132-2015-F de 23 de septiembre de 2015, expedida por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera;
- Que,** mediante memorando No. SEPS-SGD-IGJ-2016-1076 de 23 de septiembre de 2016, la Intendencia General Jurídica, emite informe favorable para la liquidación forzosa de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA.;
- Que,** en alcance al memorando No. SEPS-SGD-IFMR-2016-0796 de 29 de agosto de 2016, la Intendencia de Fortalecimiento y Mecanismos de Resolución, mediante memorando No. SEPS-SGD-IFMR-2016-0931 de 29 de septiembre de 2016, informa que el señor Lenin Javier Mosquera García, ha presentado su renuncia irrevocable a

las funciones que venía desempeñando en esta Entidad, por lo que, recomienda, se nombre como liquidadora, a la señora Verónica de los Ángeles Marín Dueñas, servidora de la Institución;

En ejercicio de las atribuciones legales,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Liquidar en el plazo de hasta dos años, contados a partir de la suscripción de la presente Resolución, la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA., con Registro Único de Contribuyentes No. 1891721710001, con domicilio en el cantón Ambato, provincia de Tungurahua, por encontrarse incurso en la causal de liquidación forzosa prevista en el numeral 5 del artículo 303 del Código Orgánico Monetario y Financiero en concordancia con el artículo 12 de la Resolución No. 132-2015-F de 23 de septiembre de 2015, expedida por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera. Durante este tiempo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria, la Cooperativa conservará su personería jurídica, añadiendo a su razón social las palabras “en liquidación”.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Revocar a partir de la presente fecha, todas las autorizaciones que la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA., tuviere para realizar actividades financieras, así como retirar los permisos de funcionamiento que le hubieren sido otorgados.

ARTÍCULO TERCERO.- Designar a la señora VERÓNICA DE LOS ÁNGELES MARÍN DUEÑAS, portadora de la cédula de ciudadanía No. 0502626955-0, servidora de la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, como liquidador de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA., quien no percibirá remuneración adicional por el ejercicio de tales funciones, debiendo posesionarse en el término de diez días hábiles, contados a partir de la expedición de la presente Resolución.

La liquidadora se posesionará ante la autoridad correspondiente y procederá a suscribir en conjunto con el último representante legal, el acta de entrega-recepción de los bienes, el estado financiero y demás documentos de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA., conforme lo previsto en el numeral 1) del artículo 59 del Reglamento General de la Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria y actuará, en el ejercicio de sus funciones, de conformidad con lo dispuesto en el Código Orgánico Monetario y Financiero, la Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria, su Reglamento General y demás normativa aplicable.

ARTÍCULO CUARTO.- Solicitar a la Corporación del Seguro de Depósitos, Fondo de Liquidez y Fondo de Seguros Privados, pague el respectivo seguro a los depositantes.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Disponer a la Intendencia de Talento Humano, Administrativa y Financiera, en coordinación con la Dirección Nacional de Comunicación Social e Imagen Institucional de esta Superintendencia, la publicación de la presente resolución, en un periódico de amplia

circulación en el cantón Ambato, provincia de Tungurahua, domicilio de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LLANKAK RUNA LTDA.

SEGUNDA.- Disponer a la Secretaría General de esta Superintendencia, la publicación de la presente Resolución en el Registro Oficial; así como su inscripción en los registros correspondientes.

TERCERA.- La presente Resolución regirá a partir de la fecha de su expedición, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial. De su ejecución y cumplimiento, encárguese la Intendencia de Fortalecimiento y Mecanismos de Resolución.

CÚMPLASE Y NOTIFÍQUESE.-

Dado y firmado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano, a 14 OCT 2016



HUGO JÁCOME ESTRELLA
SUPERINTENDENTE DE ECONOMÍA POPULAR Y SOLIDARIA

RAZÓN.- Quito, a los 24 días del mes de Febrero de 2021, conforme lo dispuesto en la Disposición General Tercera de la Resolución No. SEPS-IGT-IGJ-INFMR-DNLESF-2020-0677 de 23 de octubre de 2020, que textualmente señala: "**TERCERA.-** Disponer a la Secretaría General de esta Superintendencia que sienta la razón respectiva del presente acto administrativo en la Resolución No. SEPS-IGT-IGJ-IFMR-DNLQSF-2016-217."; se sienta razón de la emisión de la Resolución No. SEPS-IGT-IGJ-INFMR-DNLESF-2020-0677 de 23 de octubre de 2020, relacionada con el presente acto administrativo. Lo certifico.-

María Isabel Merizalde Ocaña

**DIRECCIÓN NACIONAL DE ACCESO A LA INFORMACIÓN
SECRETARÍA GENERAL**

**JUAN DIEGO
MANCHENO SANTOS**
Numero de reconocimiento C=EC
O=SECURITY DATA S.A. 2.
OU=ENTIDAD DE CERTIFICACION DE
INFORMACION.
SERIALNUMBER=01122116921.
CN=JUAN DIEGO MANCHENO
SANTOS
Razon: CERTIFICADO QUE ES FIEL COPIA
DEL ORIGINAL - 6 PAGOS
Localizacion: SG - SEPS
Fecha: 2022.09.14T08:13:09.336-05:00



Ing. Hugo Del Pozo Barrezueta
DIRECTOR

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Telf.: 3941-800
Exts.: 3131 - 3134

www.registroficial.gob.ec

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

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

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 publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.