



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SUBSISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TEMA:

**Estado actual del desarrollo de los cuidados paliativos en el
cantón Portoviejo**

AUTOR:

Delgado Saldarriaga Luis Marcelo

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS

TUTOR:

Real Cotto Jhony Joe

Guayaquil, Ecuador

19 de junio de 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Delgado Saldarriaga Luis Marcelo**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Cuidados Paliativos**.

TUTOR (A)

f. _____
Real Cotto Jhony Joe

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Vallejo Martínez Mariana Concepción

Guayaquil, a los 19 días del mes de junio del año 2026.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Delgado Saldarriaga, Luis Marcelo

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estado actual del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo**, previo a la obtención del título de **Especialista en cuidados paliativos**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 19 días del mes de junio del 2026

EL AUTOR:

f. _____
Delgado Saldarriaga, Luis Marcelo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Delgado Saldarriaga Luis Marcelo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estado actual del Desarrollo de los Cuidados Paliativos en el cantón Portoviejo**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de junio del 2026

EL AUTOR:

f. _____
Delgado Saldarriaga Luis Marcelo

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Trabajo_de_Titulacion_Delgado_Saldarriag

ID : 94072670af9da8f9838ec932b6ce192a841d088e



4%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Trabajo_de_Titulacion_Delgado_Saldarriag.txt
Tamaño del archivo original : 1,68 MB
Número de palabras : 16.574

Depositante : Mariana Concepción Vallejo Martínez
Fecha de depósito : 25 de junio de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 25 de junio de 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y a su Unidad de Posgrado, por brindarme el espacio académico para mi formación como especialista, permitiéndome profundizar en una disciplina que dignifica la vida y el proceso de morir.

De manera especial, expreso mi más profunda gratitud a mi tutor de tesis, y amigo el Dr. Jhony Joe Real Cotto, por su invaluable orientación técnica, su paciencia y su compromiso constante con la excelencia científica. Sus conocimientos y visión crítica fueron fundamentales para dar forma a este diagnóstico del sistema paliativo local

A las Autoridades de salud y educación del Cantón Portoviejo, por la apertura institucional y el interés que permitió el acceso a la red de salud del Ministerio de Salud Pública y Carreras de salud. Sin su apoyo, este estudio no habría sido posible

A los informantes clave —gestores, académicos y personal de salud— que dedicaron su tiempo para responder a los instrumentos de esta investigación, aportando la evidencia necesaria para visibilizar la realidad de los cuidados paliativos en Portoviejo.

Finalmente, a mi familia, por su apoyo incondicional durante estos años de especialización y por ser el motor que me impulsa a trabajar cada día por el alivio integral del sufrimiento y la defensa de una muerte digna.

Luis Marcelo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

DEDICATORIA

A Dios, por ser la luz que guio mis pasos en las noches de estudio y la fortaleza que sostuvo mis manos en los momentos de mayor fragilidad frente al sufrimiento ajeno.

A mi madre bella, mi primer ejemplo de amor incondicional; gracias por tus oraciones, por tu fe inquebrantable y por enseñarme que la mayor nobleza reside en el servicio. A mi familia, por ser el refugio seguro adonde siempre pude volver a descansar el alma tras largas jornadas de hospital.

A mis docentes, por su sabiduría y por rescatar en mí la verdadera esencia de nuestra vocación; gracias por enseñarme que la medicina no solo trata cuerpos, sino que, ante todo, acompaña personas.

A mis compañeros residentes de la especialidad y colegas de turnos; solo nosotros conocemos el peso del desvelo, el valor de un café compartido en la madrugada y el lazo invisible que nos une tras cada batalla ganada o perdida. Gracias por ser mis hermanos de armas y por hacer del camino una experiencia de vida compartida.

Finalmente, a mis pacientes y sus familias. Ustedes han sido mis mejores maestros, recordándome cada día que, aunque no siempre podamos curar, siempre podemos aliviar, consolar y amar hasta el último suspiro.

Luis Marcelo



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3	JUSTIFICACIÓN	3
1.4	VIABILIDAD	3
1.5	OBJETIVOS	4
1.5.1	OBJETIVO GENERAL	4
1.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.6	HIPÓTESIS.....	4
1.7	VARIABLES.....	4
2	MARCO TEÓRICO.....	6
2.1	TEORÍAS GENERALES	6
2.1.1	HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	6
2.1.2	FUNDAMENTOS Y OBJETIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	7
	Responsabilidad Ética y Derechos Humanos:.....	7
	Sostenibilidad y Salud Pública:.....	8
	El Modelo de "Dolor Total" y Transdisciplinariedad	8
	Objetivos de los Cuidados Paliativos	8
	2.1.3. Filosofía de los Cuidados Paliativos y Bioética al final de la vida.	9
	Filosofía de los cuidados paliativos	9
	Bioética en cuidados paliativos:.....	10
2.2	TEORÍAS ESPECÍFICAS	11
2.2.1	LOS INDICADORES ESPECÍFICOS DE LA OMS.....	11
2.2.2	Modelos de atención y niveles de complejidad en CP.	14
2.2.2	MARCO LEGAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ECUADOR. ..	16
	Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025)	16
2.2.3	ACCESO A FÁRMACOS ESENCIALES Y USO DE OPIOIDES.....	17
2.2.4	INDICADORES REGIONALES	18

2.2.5	SITUACIÓN DEL MERCADO Y MARCO LEGAL EN EL ECUADOR	18
2.2.6	FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN CP	19
2.2.7	Desafíos en la Práctica y Educación Continua	20
2.2.8	Investigación y producción científica en Cuidados Paliativos	20
2.2.9	La brecha global y regional de conocimiento	20
2.2.10	Mandato Legal y Políticas de Investigación en Ecuador	21
2.3	REFERENTES EMPÍRICOS	21
2.3.1	ESTUDIOS PREVIOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS MUNDIAL.....	21
2.3.2	Estudios previos sobre Cuidados Paliativos Regional américa	23
2.3.3	Estudios previos sobre Cuidados Paliativos en Ecuador	24
3	MATERIALES Y METODO	26
3.1	MATERIALES	26
3.1.1	LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
3.1.2	PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1.3	RECURSO EMPLEADOS.....	26
3.1.4	UNIVERSO Y MUESTRA	27
3.2	METODOS	27
3.2.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.2.2	PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.2.3	Criterios de Inclusión y Exclusión	29
	Criterios de inclusión	29
3.2.4	Operacionalización de las Variables de Investigación.....	30
3.2.5	METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	31
	Gestión y Procesamiento de Datos	31
	Estrategia de Análisis Estadístico	32
3.2.6	INTERPRETACIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS	32
3.2.7	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	33
4	PRESENTACION DE RESULTADOS	34
4.1	Caracterización de la oferta de servicios y unidades que brindan cuidados paliativos en los establecimientos de salud del cantón Portoviejo, por niveles de atención.	34
4.2	Disponibilidad de medicamentos esenciales utilizados en cuidados paliativos en los distintos niveles de atención del cantón Portoviejo.	36

4.3	Formación universitaria y la capacitación continua del personal de salud en cuidados paliativos en el cantón Portoviejo.	38
4.4	Políticas, normativas e investigaciones locales relacionadas con los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo.....	39
4.5	Realidad actual del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo.....	41
5	DISCUSION	42
6	CONCLUSIÓN	45
7	RECOMENDACIONES	46
8	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
9	ANEXOS	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD Y OFERTA NOMINAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PORTOVIEJO.....	34
TABLA 2 MODALIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CONFORMACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS EN LAS UNIDADES CON EQUIPOS DE CP.	35
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE LOS INFORMANTES CLAVE SEGÚN PERFIL PROFESIONAL Y CARGO FUNCIONAL	35
TABLA 4 RELACIÓN ENTRE LA TIPOLOGÍA INSTITUCIONAL, EXISTENCIA DE REGISTROS Y COBERTURA ASISTENCIAL EFECTIVA EN CP.....	35
TABLA 5 DISPONIBILIDAD FÍSICA DE STOCK Y TIPIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS POR NIVELES DE ATENCIÓN	36
TABLA 6 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EL STOCK FÍSICO DE FÁRMACOS COADYUVANTES PARA SÍNTOMAS PALIATIVOS.....	36
TABLA 7 BARRERAS OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO SISTÉMICO DE LA GESTIÓN PROVINCIAL	37
TABLA 8 DIAGNÓSTICO DE LA CAPACITACIÓN TÉCNICA Y DISPOSICIÓN FORMATIVA EN CUIDADOS PALIATIVOS POR NIVELES DE ATENCIÓN.....	38
TABLA 9 INTEGRACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS MALLAS CURRICULARES DE PREGRADO POR CARRERA E INSTITUCIÓN.	38
TABLA 10 ESTADO DE LA ESPECIALIZACIÓN DE CUARTO NIVEL, PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y DIFUSIÓN ACADÉMICA EN CUIDADOS PALIATIVOS.	39
TABLA 11 BARRERAS PARA LA FORMACIÓN Y ESTATUS DE ADECUACIÓN ANTE EL PLAZO LEGAL DE 200 DÍAS (LEY 2025) PARA REFORMA ACADÉMICA	39
TABLA 12 ESTATUS DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE GOBERNANZA Y POLÍTICA PÚBLICA LOCAL	39
TABLA 13 TRIANGULACIÓN: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y USO DE EVIDENCIA EN LA RED DE CP, EL "PISO" DE LA CASA.	40
TABLA 14 ESTADO DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA EN PORTOVIEJO, BAJO EL MARCO DE LA LEY CP 2025.	40
TABLA 15 APLICABILIDAD REAL DE NORMATIVAS, PROTOCOLOS Y ESPACIOS DE DIFUSIÓN SOCIAL ..	41
TABLA 16 SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PORTOVIEJO: RESUMEN DE INDICADORES ESTRATÉGICOS.....	41

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS COADYUVANTES Y EL ALIVIO DE SÍNTOMAS PALIATIVOS	37
--	----

RESUMEN

Introducción: Los Cuidados Paliativos (CP) son esenciales para garantizar una vida digna hasta el final; a nivel mundial solo el 14% de quienes los necesitan los reciben. En Portoviejo, la implementación de este modelo enfrenta desafíos estructurales frente a la reciente Ley Orgánica de 2025.

Objetivo: Evaluar el desarrollo de los CP en el cantón Portoviejo. **Métodos:** Investigación observacional, descriptiva y transversal de diseño censal. Se evaluó el desarrollo del sistema utilizando el modelo de la "Casa de los Cuidados Paliativos" de la OMS. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios estructurados y validados, aplicados a través de formularios digitales. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva. **Resultados:** Se identificó una red fragmentada donde solo el 17,8% de las unidades cuenta con equipos de CP, con una cobertura efectiva de apenas el 18,75% de los pacientes necesitados. El acceso a fármacos es crítico con un 0% de disponibilidad de morfina oral en el primer nivel de atención. En formación, las carreras de pregrado local excluyen la asignatura como materia troncal. Y pese al conocimiento de la ley, la ejecución presupuestaria es del 0% y la investigación local es inexistente, con cero tesis defendidas en 5 años. **Conclusiones:** La realidad actual de Portoviejo es la de un sistema legalmente avanzado, operativamente incipiente, situándose en un Nivel de Desarrollo Inicial. La profunda desconexión entre el marco normativo y la práctica clínica vulnera el derecho humano al alivio integral del sufrimiento y el respeto a una muerte digna.

Palabras Clave: *cuidados paliativos, indicadores de salud, morfina, políticas de salud, atención en salud, legislación sanitaria.*

ABSTRACT

Introduction: Palliative Care (PC) is essential to ensure a dignified life until the end; globally, only 14% of those who need it receive it. In Portoviejo, the implementation of this model faces structural challenges in light of the recent 2025 Organic Law. **Objective:** To evaluate the development of PC in Portoviejo Canton. **Methods:** Observational, descriptive, and cross-sectional research with a census-based design. The development of the system was assessed using the WHO "House of Palliative Care" model. Data collection was carried out through structured and validated questionnaires administered via digital forms. Statistical analysis included descriptive statistics. **Results:** A fragmented network was identified where only 17.8% of health units have PC teams, with an effective coverage of just 18.75% of patients in need. Access to medication is critical, with 0% availability of oral morphine at the primary level of care. Regarding training, local undergraduate programs exclude the subject as a core requirement. Despite awareness of the law, budgetary execution is at 0%, and local research is non-existent, with zero theses defended in five years. **Conclusions:** Portoviejo's current reality is that of a legally advanced but operationally incipient system, placing it at an "Initial Development Level." The profound disconnection between the regulatory framework and clinical practice violates the human right to comprehensive relief of suffering and respect for a dignified death.

Keywords: Palliative Care; Health Indicators; Morphine; Health Policy; Delivery of Health Care; Health Legislation.

1 INTRODUCCIÓN

Los Cuidados Paliativos (CP) representan un modelo de atención integral centrado en la persona, cuyo propósito es prevenir y aliviar el sufrimiento de pacientes, adultos y niños, que enfrentan enfermedades crónicas, avanzadas o progresivas que limitan la vida (1-2). Esta disciplina ha evolucionado desde sus raíces en el movimiento Hospice hacia una filosofía que integra el control impecable del dolor y otros síntomas físicos con el soporte psicosocial y espiritual, permitiendo que el paciente viva con dignidad y rodeado de sus seres queridos hasta el fallecimiento (3).

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a los CP como un componente esencial de la Cobertura Sanitaria Universal y una responsabilidad ética de los sistemas de salud, promoviendo su evaluación a través del modelo conceptual de la "casa de los cuidados paliativos", que analiza el desarrollo mediante indicadores de políticas, disponibilidad de medicamentos, formación académica e investigación (4).

Este estudio tiene como propósito evaluar el estado actual del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo, provincia de Manabí. La investigación se fundamenta en la aplicación de los indicadores técnicos de la OMS para diagnosticar la realidad local frente a los estándares internacionales y el nuevo marco legal nacional. (5). El estudio describe y caracteriza de manera pormenorizada cuatro dimensiones críticas: la oferta de servicios en los tres niveles de atención, el acceso real a medicamentos esenciales (con énfasis en opioides), el nivel de formación de los profesionales de salud y la aplicabilidad de las normativas vigentes. Mediante un enfoque observacional y descriptivo, esta investigación busca identificar las brechas existentes en el sistema de salud local para generar evidencia científica que sirva de base para la planificación de políticas públicas efectivas en la región.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, el sufrimiento grave relacionado con la salud está en aumento; se estima que más de 56,8 millones de personas requieren cuidados paliativos anualmente, de las cuales el 78% reside en países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, la brecha de acceso es alarmante: solo el 14% de quienes los necesitan reciben esta atención efectivamente (6). En Ecuador, aunque se ha dado un paso histórico con la promulgación de la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos en marzo de 2025, la implementación de servicios sigue siendo heterogénea y dispar entre las provincias (7).

A nivel mundial, la brecha entre la necesidad y el acceso a cuidados paliativos es crítica: se estima que anualmente 56,8 millones de personas requieren este tipo de atención, de las cuales el 78% reside en países de ingresos bajos y medianos (5,6). Sin embargo, solo el 14% de quienes los necesitan reciben asistencia paliativa efectiva (5). Esta situación se agrava por barreras estructurales como la falta de financiamiento, infraestructura inadecuada y escasez de talento humano capacitado (6). En el contexto de Ecuador, aunque se ha avanzado con la Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026, el desarrollo sigue siendo incipiente y desigual (7). El consumo de opioides en el país es un indicador alarmante de esta brecha: reportando un consumo total de tan solo 2,5 mg equivalentes de morfina por habitante, cifra que se encuentra significativamente por debajo de la media latinoamericana de 7,018 mg/hab (7,8). En el cantón Portoviejo, la realidad operativa revela una implementación limitada que contrapone los cimientos del modelo de la "casa de los cuidados paliativos" propuesto por la OMS (2). Se identifican tres nudos críticos fundamentales que sustentan este estudio:

Disparidad en el acceso y oferta de servicios: Existe una concentración de recursos en los grandes centros hospitalarios urbanos, mientras que las áreas rurales presentan dificultades persistentes para acceder a servicios básicos y atención domiciliaria (7,9). Esta fragmentación del sistema impide una cobertura equitativa para los pacientes manabitas.

Se evidencia una falta de conocimientos técnicos actualizados en el personal de salud. Estudios en la región indican que el nivel global de actitudes y conocimientos en CP suele ser moderado a bajo, siendo la toma de decisiones

clínicas y el pronóstico vital los puntos más débiles (10). Menos del 18% de las escuelas de medicina en el país integran formalmente la materia de CP en su currículo de pregrado (7).

A pesar de que la morfina oral es el estándar de oro para el manejo del dolor severo, su disponibilidad en Portoviejo es intermitente (11). La reglamentación restrictiva y la opiofobia actúan como barreras críticas que privan a los pacientes de un alivio adecuado (11).

La promulgación de la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos el 27 de marzo de 2025 establece nuevas obligaciones de atención multimodal e interdisciplinaria (12). No obstante, la magnitud exacta del cumplimiento de estos parámetros legales en Portoviejo es desconocida actualmente, lo que impide la toma de decisiones basadas en evidencia científica para fortalecer el sistema local y dignificar la etapa final de la vida en la región

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es estado actual del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La importancia de esta investigación radica en el reconocimiento de los CP como un derecho humano fundamental. Evaluar el desarrollo en Portoviejo mediante indicadores validados permitirá identificar fortalezas y debilidades institucionales. Los resultados proporcionarán datos clave para orientar la toma de decisiones, optimizar la asignación de recursos y mejorar la formación del talento humano, contribuyendo finalmente a reducir la inequidad en el acceso y garantizando una atención de calidad que dignifique la etapa final de la vida en la población manabita.

1.4 VIABILIDAD

El estudio fue técnica y operativamente factible. Se contó con el respaldo institucional de las autoridades de Salud (MSP) y el apoyo de las autoridades académicas de la Universidad Técnica de Manabí (UTM), la Universidad San Gregorio de Portoviejo (USGP) y la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Asimismo, existe la apertura para recolectar datos en

SOLCA, IESS e instituciones privadas del cantón Portoviejo, disponiendo de los recursos materiales y el acceso a informantes clave necesaria para el cumplimiento de los objetivos.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado actual del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo - Manabí, mediante indicadores de la OMS.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la oferta de servicios y unidades que brindan cuidados paliativos en los establecimientos de salud del cantón Portoviejo, de acuerdo con los niveles de atención.
2. Analizar la disponibilidad de medicamentos esenciales utilizados en cuidados paliativos en los distintos niveles de atención del cantón Portoviejo.
3. Identificar la formación universitaria y la capacitación continua del personal de salud en cuidados paliativos en el cantón Portoviejo.
4. Examinar la existencia y aplicabilidad de políticas, normativas e investigaciones locales relacionadas con los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo.

1.6 HIPÓTESIS

No aplica

1.7 VARIABLES

Las variables de este estudio se han seleccionado y operacionalizado bajo el marco conceptual de la "casa de los cuidados paliativos" propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este modelo permite una evaluación multidimensional a través de indicadores de políticas, medicamentos, formación e investigación.

Dado que el nivel de investigación es descriptivo, no se establecen variables dependientes o independientes, sino un conjunto de variables que caracterizan el desarrollo del sistema local.

Oferta de servicios y unidades: Referente a la tipología de los establecimientos, niveles de atención y la inclusión de CP en sus paquetes de prestaciones básicas.

Gestión de pacientes: Estimación de la población con necesidades paliativas y el número real de pacientes atendidos en las unidades del cantón.

Disponibilidad de fármacos esenciales: Evaluación del acceso a analgésicos según la lista de la OMS, con énfasis en la morfina oral de liberación inmediata y la identificación de barreras normativas para su prescripción.

Talento Humano y Formación: Perfil de los profesionales, niveles de formación formal (pregrado y posgrado) y existencia de programas de capacitación continua.

Gobernanza y Políticas: Nivel de conocimiento y aplicación de la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025), existencia de protocolos internos, planes locales y autoridades de coordinación.

Investigación y Producción Científica: Registro de artículos científicos publicados y eventos académicos (congresos o jornadas) realizados en el cantón relacionados con el tema.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 TEORÍAS GENERALES

2.1.1 HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La historia de los Cuidados Paliativos (CP) se remonta a las raíces etimológicas de la palabra latina *Hospitium*, que originalmente describía el sentimiento cálido entre anfitrión y huésped, y posteriormente el lugar físico donde se brindaba acogida (13). Sus precursores más remotos se encuentran en los hospicios medievales situados en las rutas de peregrinaje, donde se atendía a viajeros, enfermos y moribundos con una finalidad primordialmente caritativa y espiritual, buscando que el paciente muriera "en buena muerte", rodeado de sus seres queridos (3,13).

El término "Hospice" fue utilizado por primera vez para referirse específicamente al cuidado de los moribundos en Lyon, Francia, en 1842, por Mme. Jeanne Garnier, quien fundó la Asociación de Mujeres del Calvario (3). A finales del siglo XIX y principios del XX, esta inspiración llevó a la creación de instituciones emblemáticas como el *Our Lady's Hospice* en Dublín (1879) y el *St. Joseph's Hospice* en Londres (1905) (3).

El surgimiento del movimiento Hospice moderno y la medicina paliativa contemporánea tiene un hito fundamental en 1967, con la fundación del *St. Christopher's Hospice* en Londres por Cicely Saunders (11,13). Saunders, enfermera, trabajadora social y médico, revolucionó la atención al final de la vida al introducir el concepto de "Dolor Total", el cual integra las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales del sufrimiento (3,14). Su modelo demostró que un control impecable de síntomas, unido a una comunicación empática y soporte interdisciplinario, mejora drásticamente la calidad de vida de los enfermos terminales (13).

A nivel internacional, la filosofía de Saunders se expandió rápidamente:

Canadá: Balfour Mount introdujo en la década de los 70 el término "Cuidados Paliativos" en el *Royal Victoria Hospital* de Montreal, prefiriendo esta

denominación para diferenciarla de la estructura física del hospicio e integrarla en los hospitales generales (3).

Estados Unidos: El movimiento se consolidó en 1974 con la apertura del primer hospice en Connecticut, enfocándose principalmente en la atención domiciliaria y logrando su inclusión en los servicios de Medicare en los años 80 (3,13).

Organización Mundial de la Salud (OMS): En 1980, la OMS incorporó oficialmente el concepto de CP, integrándolo inicialmente en su programa de control del cáncer y evolucionando hacia las definiciones actuales que abarcan enfermedades crónicas y progresivas de todas las edades (13,15). En América Latina, el desarrollo comenzó a mediados de los años noventa en países como Argentina, Colombia, Brasil y Chile, enfrentando retos comunes como la baja disponibilidad de analgésicos opioides y la necesidad de políticas sanitarias específicas para la región (3,13).

2.1.2 FUNDAMENTOS Y OBJETIVO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Fundamentos de los cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos (CP) se erigen hoy no como una opción asistencial, sino como un imperativo ético y un derecho humano inalienable (6, 12,20). Su fundamento principal es el reconocimiento de la dignidad intrínseca del ser humano, la cual debe ser preservada especialmente en condiciones de alta fragilidad y vulnerabilidad al final de la vida (7, 19). De acuerdo con el consenso internacional, se definen como los cuidados holísticos activos destinados a personas de todas las edades que padecen un sufrimiento grave relacionado con la salud (SGS), con el fin último de optimizar su calidad de vida y la de sus familias (16, 19).

La necesidad de expandir el modelo paliativo se basa en tres pilares argumentativos fundamentales:

Responsabilidad Ética y Derechos Humanos: La Asamblea Mundial de la Salud califica a los CP como una "responsabilidad ética de los sistemas de salud" (2, 20). No brindar alivio al dolor y al sufrimiento innecesario se

considera hoy una falla en el deber de cuidado y una vulneración al derecho fundamental a la salud integral (6, 19, 20). La bioética paliativista, basada en los principios de beneficencia y justicia, busca que la tecnología médica no deshumanice el proceso de morir, evitando tanto el abandono del paciente como el encarnizamiento terapéutico o futilidad médica (19, 21).

Sostenibilidad y Salud Pública: Desde una perspectiva de gestión, la integración temprana de los CP demuestra ser una estrategia costo-efectiva. Una asistencia paliativa oportuna reduce significativamente las hospitalizaciones innecesarias en unidades de cuidados intensivos y el uso ineficiente de recursos de emergencia, permitiendo que el sistema de salud sea más equitativo y sostenible (11, 15). Al centrarse en las necesidades reales del paciente en su domicilio o comunidad, se mejora la eficiencia operativa del sistema nacional de salud (7, 11).

El Modelo de "Dolor Total" y Transdisciplinariedad: El argumento clínico se aleja de la medicina tradicional fragmentada para adoptar el concepto de "Dolor Total" desarrollado por Cicely Saunders. Este enfoque sostiene que el sufrimiento no es solo físico, sino una amalgama de dimensiones psicológicas, sociales y espirituales que requieren una intervención transdisciplinar (4, 14, 17). En este modelo, el equipo de salud debe romper jerarquías para permitir que médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales colaboren horizontalmente junto a la familia y la comunidad (4, 18).

Objetivos de los Cuidados Paliativos

Bajo el sustento argumentativo previamente expuesto, los objetivos estratégicos de los Cuidados Paliativos (CP), alineados con los estándares de la OMS y la normativa nacional ecuatoriana, se resumen en los siguientes puntos (2, 7, 12):

Alivio del sufrimiento: Identificación temprana y tratamiento impecable del dolor y otros síntomas físicos que generan distrés, como la disnea y la anorexia, utilizando para ello las mejores evidencias clínicas disponibles (5, 16, 18).

Afirmación de la vida: Considerar la muerte como un proceso natural y normal del ciclo vital, manteniendo una postura ética que no intenta acelerar el fallecimiento (eutanasia) ni retrasarlo de forma artificial (distanasia o encarnizamiento terapéutico) (12, 15).

Soporte Multidimensional: Integrar el apoyo psicológico, social y espiritual como parte esencial del plan de cuidados, reconociendo que las necesidades existenciales y trascendentales son tan prioritarias como las biológicas (4, 16, 17).

Acompañamiento a la familia: Ofrecer un sistema de apoyo integral que ayude a los cuidadores a adaptarse durante la enfermedad del paciente y a gestionar de manera saludable el proceso de duelo posterior (5, 15, 17).

Garantía de Autonomía: Facilitar la comunicación abierta y la toma de decisiones informadas, respetando los valores, creencias y preferencias del individuo, promoviendo el uso de documentos de voluntades anticipadas según lo estipula la ley (7, 12).

2.1.3. Filosofía de los Cuidados Paliativos y Bioética al final de la vida.

Filosofía de los cuidados paliativos

La filosofía de los Cuidados Paliativos (CP) se fundamenta en la restauración de una medicina profundamente humanística, que sitúa la dignidad intrínseca del ser humano como el valor supremo por encima de los adelantos tecnológicos y la investigación biomédica (7, 19). Este paradigma reconoce que la persona, incluso en estados de extrema fragilidad o cercanía a la muerte, posee un valor inalienable que el sistema de salud tiene la obligación ética de proteger y honrar (19, 20).

El cimiento filosófico central es el modelo de "Dolor Total", desarrollado por Cicely Saunders, que conceptualiza el sufrimiento como una experiencia multidimensional donde convergen necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que interactúan entre sí (14, 18). Bajo este enfoque, la unidad de cuidado deja de ser exclusivamente el paciente para integrar a la familia, reconociendo la naturaleza relacional del sufrimiento y la necesidad de un acompañamiento transdisciplinar que trascienda el modelo médico hegemónico tradicional (17, 18).

Bioética en cuidados paliativos:

La bioética en los CP se rige por una ética de la responsabilidad y el cuidado compasivo, orientada a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades graves, incurables o crónicas (12, 19). En el contexto ecuatoriano, la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025) establece que la bioética debe guiar las decisiones difíciles, promoviendo la compasión, la humanidad y el uso responsable de los medicamentos (12).

La provisión de CP es reconocida hoy como una responsabilidad ética ineludible de los sistemas de salud para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (2, 12, 20). Sus pilares éticos incluyen:

- Autonomía: El respeto absoluto al derecho del paciente a participar activamente en la toma de decisiones informadas sobre sus tratamientos y a actuar conforme a sus valores (12).
- Beneficencia y No Maleficencia: La obligación de procurar el máximo bienestar (confort) y evitar cualquier intervención fútil, invasiva o desproporcionada que no contribuya a la calidad de vida (12, 19).
- Justicia y Equidad: Garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso gratuito y oportuno a servicios de calidad, eliminando las disparidades entre áreas urbanas y rurales (12).

Bioética al final de la vida: La bioética al final de la vida busca rescatar el derecho a una vida digna hasta el último momento, garantizando un trato compasivo que incluya la consideración de los valores, creencias y deseos personales en un entorno que favorezca el bienestar físico y emocional (12, 19). Según la normativa nacional, la persona en fase final de vida tiene derecho a recibir una atención integral que respete la muerte como un proceso natural y normal del ciclo vital (7, 12, 15).

El objetivo ético principal en esta fase no es la mera prolongación de la existencia biológica, sino la preservación de la calidad de vida, permitiendo que el paciente viva tan activamente como sea posible y esté rodeado de sus seres queridos hasta su fallecimiento (12, 15, 19).

Dilemas bioéticos: En la etapa final de la vida surgen dilemas complejos que requieren una distinción clínica y ética precisa basada en la normativa vigente: CP vs. Eutanasia: Es fundamental clarificar que los CP ni aceleran ni retrasan la muerte; mientras que la eutanasia implica la administración deliberada de fármacos en dosis letales para causar la muerte anticipada a petición del paciente, los CP centran su esfuerzo en el alivio del sufrimiento respetando el tiempo natural (12, 22, 23).

Obstinación Terapéutica o Distanasia: Representa el uso de tratamientos fútiles que solo prolongan la agonía sin beneficio real. La bioética paliativa promueve la adecuación del esfuerzo terapéutico para evitar este encarnizamiento y permitir una muerte natural con dignidad (12).

Sedación Paliativa y Doble Efecto: Se utiliza ante síntomas refractarios (insoportables). Su intención ética es el alivio del distrés mediante la disminución de la consciencia, aceptando que la muerte puede ser un efecto secundario previsible dada la fragilidad del paciente (principio del doble efecto) (22, 23).

Voluntad Vital Anticipada: Es la herramienta para garantizar la autonomía, permitiendo que la persona decida sobre los cuidados médicos y el rechazo a acciones desproporcionadas antes de perder su capacidad de discernimiento (12, 23).

Objeción de Conciencia: Derecho constitucional de los profesionales de la salud a no atender demandas incompatibles con sus convicciones morales, asegurando siempre que la atención integral del paciente no sea interrumpida (23)

2.2 TEORÍAS ESPECÍFICAS

2.2.1 LOS INDICADORES ESPECÍFICOS DE LA OMS

Para evaluar el desarrollo de los Cuidados Paliativos (CP), la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido un marco conceptual sólido que permite medir el progreso de los sistemas de salud mediante un conjunto de indicadores factibles (2). Este modelo se basa en la premisa de que los CP deben ser integrados en todos los niveles de atención y para todas las patologías, no limitándose únicamente a pacientes oncológicos (5, 24).

La selección de estos indicadores responde a cuatro atributos técnicos fundamentales para garantizar la calidad de la información recopilada.

Periodicidad: Capacidad de recolectar datos de manera continua a través de sistemas de vigilancia y encuestas nacionales.

Validez: Ausencia de distorsiones o sesgos en la medición de lo que se pretende evaluar, como la calidad del acceso a fármacos.

Oportunidad: Disponibilidad de los datos en el momento preciso para la toma de decisiones políticas y sanitarias.

Estratificación: Posibilidad de desglosar los indicadores por subgrupos, niveles de atención o áreas geográficas (urbana/rural), lo cual es crítico para identificar inequidades. Bajo este rigor metodológico, la OMS promueve el modelo de la "casa de los cuidados paliativos", que estructura el desarrollo de la disciplina en cuatro dimensiones o dominios estratégicos (2, 11):

Políticas y Gobernanza: Evalúa la existencia de planes nacionales, normativas legales específicas y la asignación de presupuestos destinados a la atención paliativa (2, 24). En este ámbito, se busca que los CP sean reconocidos como un componente esencial de la Cobertura Sanitaria Universal (2, 20).

Disponibilidad de Medicamentos: Se centra en el acceso real a fármacos analgésicos opioides, especialmente la morfina oral de liberación inmediata, considerada el estándar de oro para el manejo del dolor severo (2, 5, 24).

Formación y Educación: Mide la inclusión de los CP en los currículos de pregrado y posgrado de las facultades de ciencias de la salud, así como la oferta de programas de capacitación continua para los profesionales en ejercicio (2, 24).

Prestación de Servicios e Investigación: Analiza la oferta de unidades especializadas en los tres niveles de atención y la producción científica local que permita mejorar las prácticas clínicas basadas en evidencia (2, 11).

El consenso internacional subraya que el uso estratégico de estos indicadores debe orientarse a responder una pregunta fundamental para los gestores de salud: ¿cuáles son las acciones prioritarias actuales para cerrar la brecha de acceso y aliviar el sufrimiento grave relacionado con la salud? (2, 6).

El modelo de la "casa de los cuidados paliativos" propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este marco conceptual actualizado no es solo una metáfora visual, sino un sistema interconectado donde el desarrollo de una dimensión depende directamente de la solidez de las demás.

Los pilares y la estructura que conforman este modelo se basa en (2):

El Núcleo: La persona con necesidades paliativas: En el centro de la casa, como eje central y razón de ser del modelo, se encuentran las personas con sufrimiento grave relacionado con la salud (SGS) y sus familias (3,4). Este enfoque garantiza que toda acción en políticas o medicamentos tenga como objetivo final la mejora de la calidad de vida y el respeto a la dignidad del paciente, reconociendo sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales (6)

Los Cimientos: Políticas de salud y Empoderamiento: Políticas de Salud: Representan el compromiso político y liderazgo expresado en marcos normativos, reglas y directrices. Incluyen el desarrollo de un marco legal que garantice el acceso a servicios y medicamentos, así como el financiamiento e inclusión de los cuidados paliativos en el conjunto de prestaciones del sistema nacional de salud. Empoderamiento de personas y comunidades: Es la capacidad de la sociedad para participar activamente en la toma de decisiones sobre su propia salud (7). Este componente es fundamental para asegurar que el cuidado sea transparente y que los pacientes puedan expresar sus valores y preferencias mediante documentos de voluntades anticipadas (8).

El Piso: La investigación científica constituye el suelo del edificio, por donde caminan los profesionales que atienden al paciente (3). Su función es generar evidencia científica contrastada para orientar la toma de decisiones clínicas y la organización eficiente de los servicios de salud, permitiendo que la medicina paliativa avance basada en datos reales de la población (12).

Los Pilares o Paredes: Medicamentos y Formación: Estos componentes soportan la estructura operativa de la atención: **Uso de medicamentos esenciales:** Se centra en asegurar la disponibilidad y el acceso a fármacos para aliviar el dolor y otros tipos de sufrimiento, con énfasis en los analgésicos opioides como la morfina de liberación inmediata en todos los niveles de

atención (4,13). Formación y Capacitación: Hace referencia a la integración de los cuidados paliativos en los currículos de pregrado de medicina y enfermería, la existencia de especialidades médicas y programas de educación continua que desarrollen competencias tanto básicas como avanzadas en el personal de salud (12).

El Techo: El techo representa la prestación de servicios que protege al paciente. Estos deben estar integrados en todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario) y plataformas (hospitales, centros de salud comunitarios y atención domiciliaria) (17). Un sistema sostenible debe equilibrar los recursos especializados con la capacidad resolutive de la atención primaria de salud (APS) para lograr la Cobertura Sanitaria Universal (18).

2.2.2. Modelos de atención y niveles de complejidad en CP.

Los modelos de atención en Cuidados Paliativos (CP) se diseñan para garantizar una respuesta adaptada a la complejidad de las necesidades de cada paciente, integrándose de manera transversal en todos los niveles del sistema nacional de salud (2, 7, 20). La organización de estos servicios busca transitar de un modelo centrado únicamente en el hospital hacia uno de redes integradas, donde la atención primaria juegue un rol fundamental en el alivio del sufrimiento grave relacionado con la salud (21, 25).

De acuerdo con la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025), el sistema nacional en Ecuador se rige por cuatro características operativas esenciales (12):

- **Multimodal:** Al integrar diversas modalidades de atención (hospitalización, ambulatoria y domiciliaria) para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes.
- **Interdisciplinario:** Compuesto por profesionales de distintas disciplinas (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales) para una evaluación holística.
- **Complementario:** Permite que los distintos niveles de atención se apoyen mutuamente a través de convenios de colaboración.

- **Solidario:** Establece un marco de responsabilidad compartida en la atención a los más vulnerables (12).

Niveles de complejidad y plataformas de atención, la provisión de CP se organiza según el grado de especialización técnica y la plataforma donde se entrega el cuidado (12, 17, 25):

- **Atención Generalista (Nivel Básico):** Se desarrolla principalmente en el primer nivel de atención (centros de salud y medicina familiar). Su objetivo es la identificación temprana de necesidades paliativas y el manejo de síntomas de baja complejidad. Es el nivel clave para garantizar la cobertura sanitaria universal (7, 21).
- **Atención Especializada (Nivel Avanzado):** Destinada a pacientes con síntomas refractarios o dilemas bioéticos complejos. Se implementa a través de dos estructuras principales (13, 25):
- **Unidades de Cuidados Paliativos (UCP):** Equipos con dedicación exclusiva que cuentan con camas propias en hospitales de segundo y tercer nivel para el control agudo de síntomas (12, 25).
- **Equipos de Soporte (ES):** Equipos interdisciplinarios que brindan consultoría y apoyo técnico a otros servicios hospitalarios o de atención domiciliaria, sin gestionar necesariamente camas propias (25, 26).
- **Atención Domiciliaria:** Es el eje del modelo paliativo moderno, buscando que el paciente permanezca en su entorno familiar el mayor tiempo posible. Requiere una coordinación estrecha entre el equipo especializado y el personal de atención primaria para garantizar la continuidad del cuidado (12, 25).

La integración de enfermeras consultoras especializadas dentro de las salas de medicina general se presenta como un modelo emergente y efectivo para mejorar la capacidad resolutoria y la confianza del personal sanitario en la provisión de cuidados centrados en la persona (26)

2.2.2 MARCO LEGAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ECUADOR.

El marco jurídico de los Cuidados Paliativos (CP) en Ecuador ha experimentado una transformación histórica, pasando de directrices técnicas ministeriales a una protección de rango legal orgánico. Este avance se fundamenta en la Constitución de la República (2008), la cual establece que el Estado debe garantizar la atención prioritaria y especializada a personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad, de manera oportuna y preferente (27)

Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025)

Promulgada el 27 de marzo de 2025, esta ley constituye el eje rector actual para la disciplina en todo el territorio nacional (12). Su objetivo es garantizar una atención integral que permita a las personas vivir con dignidad en cualquier etapa de su enfermedad, desde el diagnóstico de una condición avanzada o incurable (12).

Entre las definiciones y disposiciones más relevantes de esta ley se destacan:
Ámbito de aplicación: Es de cumplimiento obligatorio para todo el Sistema Nacional de Salud (Público y Privado) (12).

Derecho a la etapa final de vida: Se reconoce el derecho a recibir cuidados paliativos y a planificar decisiones anticipadas, incluyendo el rechazo de acciones que produzcan esfuerzos terapéuticos innecesarios o desproporcionados (distanasia) (23).

Estructura del Sistema: El ente rector (Ministerio de Salud Pública) tiene la obligación de proporcionar los servicios, profesionales capacitados, insumos y medicinas necesarias para una vida digna hasta el fallecimiento (12).

Los principios que rigen esta ley aseguran la equidad en el acceso sin discriminación, la universalidad del servicio gratuito en la red pública y la solidaridad entre las instituciones para garantizar la cobertura nacional (12). Además, se enfatiza la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre sus tratamientos y el respeto a la bioética en situaciones de vulnerabilidad (22).

Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026

Antes de la ley, el país ya contaba con la Política Nacional de Cuidados Paliativos, un instrumento técnico diseñado para organizar el modelo de atención integral con enfoque intercultural (7). Este documento establece las disposiciones para que el Sistema Nacional de Salud implemente unidades especializadas y equipos de soporte que alivien el dolor y el sufrimiento físico, emocional, social y espiritual, incluyendo el acompañamiento a la familia en el duelo (7).

Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029

El desarrollo de los CP se integra actualmente en los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029, el cual prioriza el fortalecimiento del sistema de salud para enfrentar el aumento de las enfermedades no transmisibles y el envejecimiento poblacional (28). Este plan busca reducir las brechas de acceso a medicamentos esenciales y mejorar la infraestructura de salud en provincias como Manabí, alineándose con los indicadores de bienestar y dignidad humana establecidos por la OMS (1, 28).

2.2.3 ACCESO A FÁRMACOS ESENCIALES Y USO DE OPIOIDES

La disponibilidad de medicamentos esenciales constituye uno de los pilares o "paredes" fundamentales en el modelo de la "casa de los cuidados paliativos" propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2, 24). Sin un acceso garantizado a fármacos analgésicos y para el control de síntomas refractarios, la prestación de servicios se vuelve inoperante, vulnerando el derecho fundamental del paciente a un alivio efectivo del dolor y del sufrimiento grave relacionado con la salud (12, 18).

Marco Clínico: La Escalera Analgésica de la OMS. Para el manejo sistemático del dolor, la OMS promueve la aplicación de la Escalera Analgésica, un modelo operativo que guía la administración de fármacos según la intensidad del distrés del paciente (2, 5). Este esquema se estructura en tres peldaños fundamentales:

- **Primer peldaño:** Uso de analgésicos no opioides (como paracetamol o AINEs) para el dolor leve (15).

- **Segundo peldaño:** Inclusión de opioides débiles (como el tramadol o la codeína) para dolores de intensidad moderada (15).
- **Tercer peldaño:** Empleo de opioides potentes, donde la morfina oral de liberación inmediata se erige como el fármaco de referencia o "estándar de oro" para el tratamiento del dolor severo (15, 24).

A pesar de que estos insumos son de bajo costo y alta eficacia clínica, el acceso en países de ingresos bajos y medianos es descrito como un "abismo" sanitario, donde solo una minoría de la población que requiere asistencia paliativa recibe el alivio farmacológico adecuado (6, 11).

2.2.4 INDICADORES REGIONALES

El Atlas Latinoamericano de CP: Los datos presentados en el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020 revelan una profunda inequidad en la distribución de recursos en la región (8). Mientras países con modelos avanzados han logrado coberturas significativas, otros territorios mantienen indicadores alarmantes de precariedad en el acceso a opioides (8, 11).

En el contexto específico de Ecuador, el Atlas reporta un consumo total de analgésicos opioides de apenas 2,5 mg/hab, cifra que se sitúa dramáticamente por debajo de la media regional latinoamericana de 7,018 mg/hab (8). Esta brecha evidencia que el alivio del dolor severo es una necesidad insatisfecha para la gran mayoría de la población ecuatoriana con enfermedades terminales o crónicas avanzadas (7, 8).

2.2.5 SITUACIÓN DEL MERCADO Y MARCO LEGAL EN EL ECUADOR

La realidad operativa en el país presenta desafíos estructurales. Se observa que el consumo de medicamentos de marca es notablemente superior al de los genéricos, lo cual incrementa los costos de atención para el sistema público (9). Asimismo, existe una disparidad geográfica crítica donde la infraestructura farmacéutica se concentra en zonas urbanas, dejando a las áreas rurales en una situación de falta de insumos paliativos básicos (9).

Frente a estas barreras, la Constitución de la República (2008) establece que el Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a medicamentos esenciales de forma gratuita para personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad (27). En concordancia, el Plan Nacional de Desarrollo

2025-2029 prioriza el fortalecimiento del sistema de salud para reducir las brechas de atención y mejorar el abastecimiento de fármacos esenciales en provincias como Manabí (28). Finalmente, la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025) impone hoy la eliminación de trámites administrativos desproporcionados que dificulten la prescripción ética y oportuna de analgésicos opioides (12)

2.2.6 FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN CP

La formación y capacitación del personal de salud representa uno de los "pilares" estructurales en el modelo de la "casa de los cuidados paliativos" de la OMS, ya que, sin profesionales competentes, las políticas y los medicamentos no pueden transformarse en una atención de calidad (2). La evidencia internacional señala que la falta de formación académica es, junto a la escasez de medicamentos, el principal obstáculo para la integración progresiva de los CP en los sistemas sanitarios (7).

Obligatoriedad Académica y la Ley de 2025: En el Ecuador, la Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025) marca un hito en la educación médica al establecer, en su Artículo 14, la obligatoriedad de la formación interdisciplinaria (12). Según este mandato, el ente rector de la educación superior debe garantizar que las facultades de ciencias de la salud incluyan los CP en sus mallas curriculares tanto en el nivel de pregrado como de posgrado (12). Esta medida busca revertir la situación actual, donde el conocimiento paliativo suele ser opcional o inexistente en la formación básica del médico y el enfermero (7).

Niveles de Formación y Competencias. *La estrategia nacional propone un modelo de capacitación diferenciado según el nivel de atención y la complejidad de los servicios (7):*

- **Nivel Básico (Sensibilización):** Dirigido a todo el personal del sistema de salud para identificar necesidades paliativas tempranas y realizar derivaciones oportunas (7, 21).
- **Nivel Intermedio:** Enfocado en profesionales de atención primaria que requieren competencias para el manejo de síntomas comunes y apoyo emocional básico (7, 25).

- **Nivel Avanzado (Especialización):** Destinado a los miembros de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) y equipos de soporte, quienes deben poseer títulos de cuarto nivel debidamente registrados (12, 18).

2.2.7 Desafíos en la Práctica y Educación Continua

A pesar de los avances normativos, persiste una brecha significativa en las actitudes y conocimientos del personal hospitalario, lo que a menudo deriva en una atención fragmentada o en el uso inadecuado de fármacos opioides (10, 22). Los estudios sugieren que la educación no debe limitarse al aula; modelos como la inclusión de enfermeras consultoras especializadas en salas generales han demostrado ser efectivos para incrementar la confianza del staff y mejorar la coordinación de los cuidados al final de la vida (15,26).

2.2.8 Investigación y producción científica en Cuidados Paliativos

La investigación científica constituye el "piso" o suelo de la estructura técnica en el modelo de la "casa de los cuidados paliativos" propuesto por la OMS (2, 24). Su función es proporcionar la base de evidencia necesaria sobre la cual se asientan todos los demás componentes de la atención, permitiendo que las decisiones clínicas y políticas no sean empíricas, sino basadas en datos contrastados (2, 24). Sin una producción científica robusta, el sistema de salud carece de herramientas para medir resultados y optimizar la organización de los servicios (2).

2.2.9 La brecha global y regional de conocimiento

A nivel mundial, existe un "abismo" en la generación de conocimiento relacionado con el alivio del sufrimiento grave. La evidencia indica que la investigación en Cuidados Paliativos (CP) representa una fracción mínima de la producción bibliográfica en salud, concentrándose mayoritariamente en países de altos ingresos (6, 11). Esta disparidad limita la capacidad de los países de ingresos bajos y medianos para diseñar modelos de atención que respondan a sus realidades epidemiológicas, culturales y económicas específicas (6, 8).

En la región latinoamericana, el Atlas de Cuidados Paliativos (2020) subraya que la falta de indicadores de investigación locales es uno de los mayores obstáculos para el desarrollo de la disciplina (8). La carencia de datos sobre

el consumo real de opioides, la prevalencia de síntomas y la efectividad de los modelos domiciliarios impide que los gestores de salud tomen decisiones informadas para cerrar las brechas de acceso (2, 8, 11).

2.2.10 Mandato Legal y Políticas de Investigación en Ecuador

En el contexto nacional, el marco normativo actual ha elevado la investigación a una categoría de responsabilidad estatal. La Ley Orgánica de Cuidados Paliativos (2025), en concordancia con la Política Nacional 2022-2026, establece que el ente rector de la salud debe fomentar y promover la investigación científica técnica en materia paliativa (7, 12). Este mandato busca incentivar estudios que no se limiten al ámbito clínico, sino que aborden la transdisciplinariedad, integrando dimensiones psicológicas, sociales y espirituales del cuidado (4, 7).

El Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029 resalta que el fortalecimiento de la producción científica local es indispensable para alcanzar la soberanía en salud y mejorar la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables, especialmente en provincias con necesidades crecientes como Manabí (27, 28). La generación de evidencia local se presenta, por tanto, como una herramienta ética para garantizar que el alivio del dolor sea un derecho humano efectivo y no solo un enunciado legal (12, 19).

2.3 REFERENTES EMPÍRICOS

2.3.1 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS MUNDIAL

El análisis de la evidencia global permite dimensionar el "abismo" sanitario existente entre la necesidad de cuidados y el acceso real a servicios paliativos. Los estudios previos se centran en la estandarización de indicadores, el mapeo del desarrollo por países y la cuantificación del sufrimiento humano (6).

El Mapa Mundial y el Ranking Global de Cuidados Paliativos (2025): El referente empírico más actual es el "Primer Ranking Global de Cuidados Paliativos: Mapa Mundial 2025", liderado por Tripodoro et al. y el Observatorio Global ATLANTES (1, 11). Este estudio analizó datos de más de 187 países, utilizando un marco técnico renovado de la OMS para detectar áreas de

mejora en todas las regiones del mundo (6,11). La investigación destaca por evaluar 14 indicadores distribuidos en seis dimensiones clave: políticas de salud, disponibilidad de medicamentos esenciales, educación, servicios especializados, investigación y participación de la sociedad (7, 9). Este estudio es el primer hito histórico que logra una comparativa global exhaustiva para fomentar el desarrollo de la especialidad (6, 8).

La Evolución del Sufrimiento Grave Relacionado con la Salud (1990-2021): La actualización de la Comisión Lancet (2025), dirigida por Knaul et al., constituye un estudio empírico longitudinal fundamental que documenta la evolución del sufrimiento grave relacionado con la salud (SGS) a nivel mundial (6). Los hallazgos revelan una brecha de inequidad alarmante: el 78% de la necesidad mundial de cuidados paliativos se concentra en países de ingresos bajos y medianos, donde las barreras de acceso a servicios básicos son más profundas y el alivio del dolor es drásticamente limitado (2, 6).

Estrategias de Evaluación y Consenso Internacional de Indicadores: Para medir este desarrollo, estudios de revisión sistemática como los de Sánchez Cárdenas et al. (2021) han subrayado que las estrategias de evaluación deben ser multidimensionales y flexibles para adaptarse a los contextos nacionales (2,29). En esta misma línea, el trabajo de Arias-Casais et al. (2019) logró un consenso internacional entre expertos para definir los indicadores de salud que hoy permiten monitorear el progreso de los sistemas de salud paliativos a escala global (2,30).

Recomendaciones Globales para la Promoción (PAL-LIFE): El Documento de Posición Oficial liderado por Centeno et al. (2018) presenta el consenso de 13 expertos mundiales sobre las recomendaciones prioritarias para la promoción de los CP (24). Este estudio identifica 13 grupos de interés clave (legisladores, universidades, farmacéuticas, entre otros) y establece hojas de ruta para que la morfina esté disponible y los cuidados paliativos se integren en la atención primaria como un derecho humano inalienable (20,24).

El Diagnóstico Situacional de la OMS: Finalmente, los informes técnicos de la Organización Mundial de la Salud sobre enfermedades no transmisibles han

servido como diagnósticos situacionales empíricos (5, 15). Estos documentos estiman que, de los más de 56,8 millones de personas que experimentan sufrimiento innecesario anualmente, apenas el 14% recibe asistencia paliativa (2, 15). Estas cifras sustentan la necesidad ética de implementar modelos de gestión innovadores, como la inclusión de enfermeras consultoras especializadas, para mejorar la cobertura en todos los niveles de atención (2, 26).

2.3.2 Estudios previos sobre Cuidados Paliativos Regional américa

En el contexto latinoamericano, el referente empírico de mayor envergadura es el "Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020", coordinado por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) (8). Este estudio longitudinal recolectó datos técnicos en 17 países de la región, revelando una profunda brecha asistencial: mientras que la necesidad estimada de atención paliativa es alta, la cobertura real en la región apenas alcanza el 7%, situándose por debajo de la media mundial del 10% (11).

Este estudio documentó un consumo regional promedio de morfina de 7,018 mg equivalentes por habitante, evidenciando una distribución sumamente desigual entre los países. (8), además identificó un crecimiento en el número de equipos, pero señaló que la mayoría se concentran en hospitales de tercer nivel en grandes centros urbanos, dejando desprotegidas a las poblaciones rurales. (8):

Como un modelo de estudio nacional exitoso en la región, destaca la Encuesta Anual de Cuidados Paliativos de Uruguay (2022), la cual aplicó indicadores factibles de la OMS para evaluar su sistema de salud (25). Uruguay es reportado actualmente como el país con la cobertura más alta de América Latina, alcanzando al 69.68% de su población con necesidades paliativas, lo que sirve como referente comparativo para medir el progreso de otros países vecinos (11, 25). Otros estudios regionales han analizado la bioética al final de la vida, contrastando las tendencias de legislaciones sobre la muerte digna y el alivio del distrés en países con marcos legales emergentes (22).

Un estudio referente fundamental es la sistematización de la experiencia de la Clínica Familia en Chile, publicada en la revista *ARS Médica*, la cual analiza el impacto del control de síntomas y el acompañamiento humanístico en pacientes terminales (31). Esta investigación destaca cómo la integración de equipos interdisciplinarios mejora significativamente la percepción de bienestar y dignidad del paciente en la etapa final (31).

Complementariamente, Chile ha liderado la estandarización de procesos mediante su Guía Clínica de Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado, pionera en el Cono Sur para la creación de protocolos paliativos (32).

Arranz et al., han evaluado la efectividad del soporte emocional para los cuidadores y pacientes paliativos (35). Estos estudios subrayan que el desgaste del cuidador es un factor crítico que debe medirse empíricamente para garantizar la sostenibilidad del cuidado domiciliario en la región (35).

2.3.3 Estudios previos sobre Cuidados Paliativos en Ecuador

En el ámbito nacional, la evidencia científica previa ha servido como base para la reciente evolución normativa. El diagnóstico situacional contenido en la Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026 constituye un referente técnico fundamental que identifica las barreras estructurales del sistema ecuatoriano (7).

Ortiz-Prado et al. (2014) investigó sobre el mercado farmacéutico ecuatoriano determinó que el acceso a medicamentos esenciales es limitado por una excesiva concentración de puntos de venta en zonas urbanas y un consumo de medicamentos de marca que supera en 2.3 veces al de los genéricos, encareciendo los tratamientos paliativos (9). Además este estudio visualizó las barreras en la Prescripción de Opioides, ya que demostró empíricamente que el acceso a analgésicos esenciales está condicionado por la dinámica del mercado farmacéutico, donde el bajo stock de opioides en farmacias privadas y las trabas administrativas limitan el derecho al alivio del dolor (9).

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) en su investigación sobre la epidemiología del cáncer en Quito (2011-2015) han servido para proyectar la demanda de servicios basándose en la incidencia de patologías oncológicas avanzadas (34). Estos datos empíricos sustentan la urgencia de fortalecer la

red de CP frente al aumento de enfermedades no transmisibles en el país (7, 34).

Hidalgo-Andrade et al. (2019), en su estudio "*Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en Ecuador*", constituye un antecedente empírico fundamental que identificó la ubicación y tipología de las unidades de CP en el país antes de la ley actual (33). Esta investigación reveló una alta concentración de servicios en Quito y Guayaquil, dejando en evidencia el vacío asistencial crónico en provincias como Manabí (31, 33).

Según los datos del Atlas regional reportados para Ecuador, el consumo de morfina es de apenas 2.5 mg/hab, una cifra significativamente menor a la media latinoamericana, lo que confirma de manera empírica que el alivio del dolor severo es una de las mayores necesidades insatisfechas en el país (7, 8).

El estudio empírico de López-Sánchez (2016), realizado mediante encuestas en hospitales públicos, reveló que existe un nivel de conocimiento deficiente en el personal de salud sobre el manejo paliativo integral (10). Esta investigación concluyó que la persistencia de la "opiofobia" y la falta de formación técnica actúan como barreras directas que privan a los pacientes de una atención digna al final de la vida (10).

El diagnóstico situacional de la Política Nacional 2022-2026 indica que, históricamente, menos del 15% de los profesionales de salud han recibido formación formal en CP durante su educación de pregrado (7, 22). Estos bajos niveles de conocimiento técnico, detectados también en las encuestas de López-Sánchez (2016), actúan como la principal barrera interna para una derivación oportuna a cuidados paliativos en los hospitales públicos (10).

El marco legal en vigencia desde el año 2025 busca responder a estos antecedentes empíricos, estableciendo la obligatoriedad de la formación y la provisión gratuita de insumos paliativos en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud para revertir estos indicadores negativos (12).

3 MATERIALES Y METODO

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se llevó cabo de forma integral en el cantón Portoviejo, provincia de Manabí. El ámbito de estudio abarca los establecimientos de salud de los tres niveles de atención (públicos y privados), así como las instituciones de educación superior del cantón que ofertan carreras en el área de la salud tanto de pregrado como postgrado.

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tiene una duración proyectada de 8 meses, comprendido de septiembre 2025 a mayo 2026, desde que se presentó el proyecto hasta la redacción final. La fase crítica de aplicación de los instrumentos de recolección de datos y trabajo de campo se ejecutó en el mes de marzo 2026.

3.1.3 RECURSO EMPLEADOS

Recursos Humanos

El equipo humano está conformado por el investigador principal (posgradista de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil) y el docente director de tesis. Asimismo, se contará con la participación de informantes clave, que incluyen a líderes de unidades operativas, autoridades de la Coordinación Zonal 4 de Salud y coordinadores académicos de las facultades de Medicina, Enfermería y Psicología

Recursos Materiales

Para la ejecución técnica se utilizarán equipos de computación con acceso a internet, herramientas para la creación de formularios en línea (Google Forms) y paquetes de software para el procesamiento de datos como Microsoft Excel y SPSS

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

La población de estudio está integrada por la red de servicios de salud y academia del cantón, que comprende:

- **Unidades de primer nivel** de atención (MSP e IESS).
- **Establecimientos de segundo y tercer nivel** (públicos y privados).
- **Universidades** locales (UTM, USGP y PUCE) con programas en ciencias de la salud.

Muestra

Debido a que el tamaño de la población es manejable y se busca un diagnóstico exhaustivo, la muestra es igual al universo (estudio censal), por lo que no se aplicará fórmula de cálculo muestral.

3.2 METODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador: Observacional

Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo

Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal

Según el número de variables analíticas: Descriptivo

3.2.2 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Para evaluar la Disponibilidad y acceso a los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo", el método de recogida de estará basado en encuestas, revisión documental y entrevistas a informantes clave.

La ejecución del estudio se fundamenta en un abordaje técnico-metodológico diseñado para capturar la realidad multidimensional de los Cuidados Paliativos, en el cantón Portoviejo. El procedimiento sigue la lógica operativa del modelo de la "casa de los cuidados paliativos" de la OMS, asegurando que la recolección de datos cubra los cimientos (políticas), pilares (fármacos y formación) y techo (servicios) del sistema local.

El método de recolección se basa en la triangulación de información mediante encuestas estructuradas, revisión documental y observación directa. La información se obtendrá a través de los siguientes ejes:

- **Evaluación de la Gestión Sanitaria:** Mediante cuestionarios dirigidos a los responsables de las unidades públicas y privadas del cantón, recolectando datos sobre la tipología de servicios, la dotación de insumos y el cumplimiento de normativas vigentes.
- **Diagnóstico del Componente Académico:** Aplicación de instrumentos a coordinadores de las facultades de Medicina, Enfermería y Psicología para identificar la carga horaria y obligatoriedad de los CP en los currículos de pregrado y posgrado.
- **Identificación de Barreras y Gobernanza:** Entrevistas y cuestionarios a informantes clave (gestores y autoridades zonales) para profundizar en el conocimiento de políticas locales y la identificación de nudos críticos para la prescripción de opioides.

Para garantizar el rigor científico, el proceso se desarrollará en fases:

Fase 1 - Preparación

- **Gestión Institucional:** Elaboración y presentación formal del proyecto ante las autoridades competentes. Obtención de la **Carta de Interés Institucional** de la Coordinación Zonal 4 de Salud y otras instituciones de salud y la autorización de las universidades participantes.
- **Diseño y Planificación:** Elaboración del cronograma detallado y construcción de los formularios de recolección basados en los indicadores factibles de la OMS.
- **Validación:** Ejecución de una prueba piloto de los instrumentos para asegurar la claridad de las preguntas y la pertinencia de las escalas de medición.

Fase 2 - Recolección de datos

- **Consentimiento Informado:** Aplicación del filtro ético mediante la firma obligatoria de la aceptación de cada participante, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información.
- **Levantamiento de Campo:** Ejecución de las encuestas digitales a gestores, líderes de unidades y académicos del cantón.
- **Observación y Verificación:** Validación *in situ* de la existencia de unidades de cuidados paliativos identificables en los establecimientos de salud y cotejo directo de las mallas curriculares vigentes en las instituciones de educación superior.

Fase 3 - Procesamiento y Análisis

- **Sistematización:** Entrada de los datos en bases informáticas, realizando una limpieza y validación para evitar errores de transcripción o duplicidad. Se aplicará la anonimización de los registros para proteger la identidad de las fuentes.
- **Interpretación:** Aplicación de estadística descriptiva. Los hallazgos se presentan mediante tablas y gráfico, facilitando la elaboración del informe final de resultados para la toma de decisiones basada en evidencia

3.2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

1. Unidades de salud activas de todos los niveles (públicas y privadas) ubicadas en Portoviejo.
2. Responsables de gestión de salud a nivel local o provincial y autoridades sanitarias.
3. Coordinadores académicos de las carreras de medicina, enfermería y psicología.

Criterios de Exclusión

1. Cualquier participante potencial que no acepte formalmente el proceso de recolección de información o la firma del consentimiento informado.

3.2.4 Operacionalización de las Variables de Investigación

Dimensión	Variable	Indicador	Unidad de medida	Tipo y Escala
I. Políticas y Gobernanza (Cimientos)	Autoridad Local de coordinación	Existencia de una oficina o responsable de CP en el cantón o Zona 4.	Sí / No	Cualitativa Nominal
	Conocimiento de la normativa nacional	Nivel de conocimiento de la Ley Orgánica y la Política Nacional de CP.	Porcentaje de respuestas correctas	Cuantitativa Discreta
II. Medicamentos Esenciales (Pilares)	Disponibilidad de morfina y opioides	Unidades de salud con stock físico de morfina oral de liberación inmediata.	Proporción (Unidades con stock / Total)	Cuantitativa Continua
	Barreras para la prescripción	Identificación de trabas administrativas o falta de recetas especiales.	Frecuencia de barreras reportadas	Cualitativa Nominal
III. Formación del Talento Humano (Pilares)	Educación formal en pregrado	Escuelas de Medicina, Enfermería y Psicología con CP como materia obligatoria.	Proporción (Escuelas con materia / Total)	Cuantitativa Discreta
	Formación de cuarto nivel	Universidades locales que ofertan posgrados o especialidades en CP.	Número de programas activos	Cuantitativa Discreta
	Capacitación continua	Profesionales responsables de unidades que han	Sí / No / Proporción	Cualitativa Nominal

recibido cursos de CP
en el último año.

IV. Servicios y Oferta Asistencial (Techo)	Oferta de servicios por niveles	Establecimientos que cuentan con unidades o equipos de soporte paliativo.	Sí / No por nivel de atención	Cualitativa Nominal
	Paquete prestacional básico	Unidades que incluyen servicios paliativos en su cartera de prestaciones.	Proporción (Unidades con servicios / Total)	Cuantitativa Continua
	Cobertura efectiva	Pacientes con necesidades paliativas que efectivamente reciben atención en la unidad.	Número de pacientes / Proporción	Cuantitativa Discreta
V. Investigación (Piso/Suelo)	Producción científica local	Artículos científicos sobre CP publicados por autores de Portoviejo.	Número de artículos encontrados	Cuantitativa Discreta
	Eventos científicos	Congresos o jornadas de CP realizadas en el cantón en los últimos 2 años.	Número de eventos reportados	Cuantitativa Discreta

3.2.5 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Gestión y Procesamiento de Datos

Una vez finalizada la recolección, los registros serán exportados a una matriz de datos apilados en una hoja de cálculo (Excel) y, posteriormente, al software estadístico para su tratamiento avanzado. Con el objetivo de garantizar la integridad y calidad de la información, se implementó un proceso de verificación y validación sistemática para detectar y corregir posibles errores de transcripción o inconsistencias en las respuestas.

Para facilitar el análisis cuantitativo, se aplicarán las siguientes acciones de control:

- **Anonimización:** Todos los datos serán despojados de identificadores personales para proteger la privacidad de los participantes, organizándose en carpetas estructuradas por tipo de instrumento
- **Codificación Numérica:** Se asignarán códigos numéricos a las respuestas de las encuestas para permitir su procesamiento estadístico.
- **Recodificación de Ítems:** En los casos que amerite medir conocimientos o actitudes, se podrá emplear una escala de 0 a 100, donde 0 representa el nivel más deficiente y 100 la situación óptima.

Estrategia de Análisis Estadístico

El estudio emplea un abordaje mixto de estadística descriptiva e inferencial para interpretar los hallazgos de manera integral:

Estadística Descriptiva: Se caracteriza la realidad actual de los cuidados paliativos en Portoviejo. Se calcularán frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, incluyendo el promedio (media) y la proporción de cumplimiento de los indicadores de la OMS.

Estadística Inferencial: Se aplicó pruebas de Chi-cuadrado para identificar asociaciones significativas entre variables, permitiendo detectar brechas críticas en infraestructura, capacitación y acceso a opioides en el cantón.

Confiabilidad: Se podrá verificar la consistencia interna de los instrumentos mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, asegurando que las respuestas obtenidas sean fiables para el diagnóstico.

3.2.6 INTERPRETACIÓN Y VISUALIZACIÓN DE RESULTADOS

La interpretación de los resultados se basará en el modelo conceptual de la "casa de los cuidados paliativos" de la OMS, evaluando de forma interactiva componentes como políticas de salud, medicamentos esenciales, educación y servicios especializados.

Para mejorar la comprensión de los datos y facilitar la socialización de los hallazgos con los actores clave, la representación gráfica se realizará mediante:

Diagramas de barras: Para mostrar la distribución de frecuencias y comparaciones entre unidades de salud.

Diagramas de cajas (box plots): Para visualizar la dispersión y los valores promedio en variables de formación o stock de insumos.

3.2.7 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La investigación se fundamenta en los principios de la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Se garantiza la confidencialidad absoluta de los informantes con una participación anonimizada y voluntaria mediante la suscripción del consentimiento informado. Se cuenta con las debidas autorizaciones de las autoridades de las instituciones participantes.

4 PRESENTACION DE RESULTADOS

Los hallazgos derivados de la evaluación integral del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo, utilizando como marco orientador el modelo conceptual de la "Casa de los Cuidados Paliativos" propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La investigación sistematiza los datos obtenidos de las 45 unidades de salud de la red asistencial, las 3 universidades locales y la autoridad sanitaria provincial, analizando la interdependencia entre los cimientos (políticas y gobernanza), el piso (investigación), los pilares (disponibilidad de medicamentos y formación académica) y el techo (provisión de servicios integrados)

4.1 Caracterización de la oferta de servicios y unidades que brindan cuidados paliativos en los establecimientos de salud del cantón Portoviejo, por niveles de atención.

El análisis del componente del "Techo" del modelo conceptual de la OMS, evaluando la disponibilidad y distribución de los servicios de cuidados paliativos en las 45 unidades de salud que conforman la red asistencial del cantón Portoviejo. En cumplimiento del primer objetivo específico de esta investigación, se sistematiza la información relativa a la tipología de los establecimientos, la dependencia institucional y la conformación de equipos interdisciplinarios, contrastando la infraestructura existente con la demanda real de la población.

Tabla 1 Estructura de la Red de Salud y Oferta Nominal de Cuidados Paliativos en Portoviejo.

Nivel de Atención	Dependencia Institucional	Unidades con Equipo de CP	Unidades SIN Equipo de CP	Total de Unidades (n=45)	Porcentaje del Nivel (%)	Valor p*
Primer Nivel	MSP / IESS	6	33	39	86,6%	p < 0.05
	Privada	0	0	0	0%	
Segundo Nivel	MSP / IESS	0	2	2	4,4%	
	Privada	0	2	2	4,4%	
Tercer Nivel	MSP (H. Especialidades)	1	0	1	2,2%	
	Privada (SOLCA)	1	0	1	2,2%	
TOTAL		8 (17,8%)	37 (82,2%)	45	100,0%	

Tabla 2 Modalidades de prestación de servicios y conformación de equipos interdisciplinarios en las unidades con equipos de CP.

Nivel de Atención	Unidades con Equipo	Modalidad: Domiciliaria	Modalidad: Hospitalización*	Modalidad: Consulta Externa	Profesionales Integrantes
Primer Nivel	6	6	0	0	Médico y Enfermera (6)
Segundo Nivel	0	0	0	0	
Tercer Nivel	2	0	2	2	Médico esp., Enfermera, Psicólogo y T.S
TOTAL	8	8	3	2	
Porcentaje	17,8%	17,8%	6,7%	4,4%	

Tabla 3 Distribución de los informantes clave según perfil profesional y cargo funcional

Cargo o Función del Informante	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Médico Rural / Odontólogo Rural	5	11,1%
Enfermera	4	8,9%
Médico Familiar	3	6,7%
Director Médico / Gerente	2	4,4%
Médico General	31	68,9%
TOTAL	45	100,0%

Tabla 4 Relación entre la tipología institucional, existencia de registros y cobertura asistencial efectiva en CP

Tipología del Establecimiento	Unidades Encuestadas	Registro de Pacientes	Pacientes Registrados (Población Estimada)	Pacientes con Atención Efectiva
Puesto de Salud	4	0	0	0
Centro de Salud Tipo A	30	2	1 - 3 por unidad	1 - 2 por unidad
Centro de Salud Tipo B y C	5	2	3 - 5 por unidad	1 - 3 por unidad
Hospital General	4	2	5 - 15 por unidad	3 - 5 por unidad
H. Especialidades / Especializado	2	2	30 - 80 por unidad	10 - 15 por unidad
TOTAL	45	8 (17,8%)	Bajo / Disperso	Muy Bajo

4.2 Disponibilidad de medicamentos esenciales utilizados en cuidados paliativos en los distintos niveles de atención del cantón Portoviejo.

La garantía del acceso al alivio del dolor constituye uno de los pilares operativos más críticos del modelo de la OMS para el desarrollo de los cuidados paliativos. En el cantón Portoviejo, la disponibilidad de medicamentos esenciales revela una brecha farmacológica estructural que contraviene el Indicador Estratégico 8 de la Organización Mundial de la Salud, el cual exige la accesibilidad de morfina oral en la Atención Primaria de Salud (APS).

Tabla 5 Disponibilidad física de stock y tipificación de medicamentos analgésicos por niveles de atención

Nivel de Atención	Unidades con Stock General	Morfina Oral (Lib. Inmediata)	Morfina Inyectable / Otros Opioides Potentes**	Tramadol (Opioide Débil)	Coadyuvantes (Antieméticos / Psicótropos)
Primer Nivel (n=39)	23	0	0	7	25
Segundo Nivel (n=4)	4	0	2	2	5
Tercer Nivel (n=2)	2	1	2	1	2
TOTAL	30	1 (2,2%)	4 (8,9%)	10 (22,2%)	32 (71,1%)

Tabla 6 Relación entre el nivel de atención y el stock físico de fármacos coadyuvantes para síntomas paliativos

Nivel de Atención	¿Dispone de Coadyuvantes?	Antieméticos (Metoclopramida / Haloperidol)	Corticoides y Ansiolíticos (Dexametasona / Midazolam)	Otros (Aines / Butilescopolamina / Gabapentina)
Primer Nivel (n=39)	27 (68,4%)	25	16	13
Segundo Nivel (n=4)	4 (100%)	5	4	4
Tercer Nivel (n=2)	2 (100%)	2	2	2
TOTAL	33 (73,3%)	32	22	19

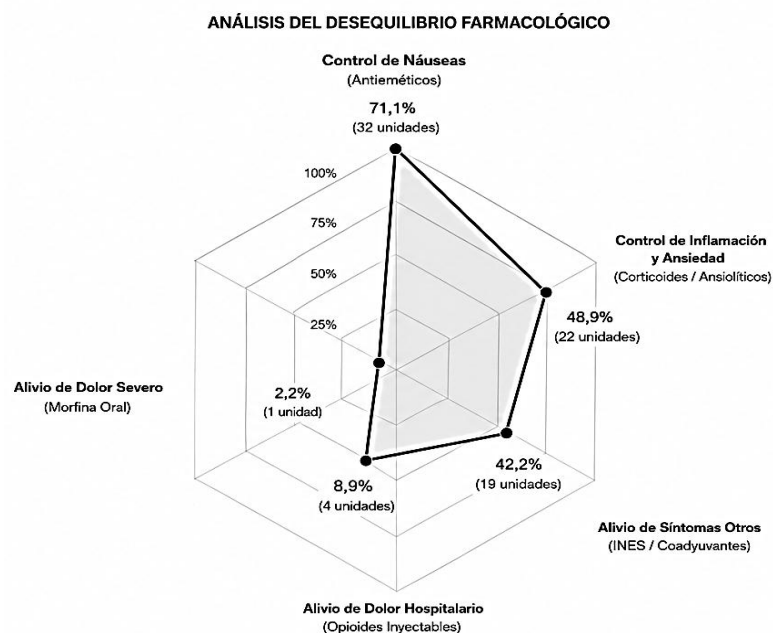


Gráfico 1 Disponibilidad de fármacos coadyuvantes y el alivio de síntomas paliativos

Tabla 7 Barreras operativas para la implementación de Cuidados Paliativos según el nivel de atención y diagnóstico sistémico de la Gestión Provincial

Nivel de Gestión / Atención	Unidades (n)	Escasez de Talento Especializado	Falta de Presupuesto y Recursos	Trámites y Dificultades Administrativa	Inexistencia de Protocolos Locales	Diagnóstico de la Gestión Provincial (Hallazgo Clave)
Primer Nivel	39	34 (87,2%)	36 (92,3%)	29 (74,4%)	35 (89,7%)	Equipos de atención domiciliaria.
Segundo Nivel	4	4 (100%)	3 (75,0%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	Derivaciones regulares por falta de flujo.
Tercer Nivel	2	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	1 (50,0%)	Convenios Inexistentes
TOTAL	45	38	39	33	38	Ausencia de un modelo operativo integrado en el cantón.
		84,4%	86,7%	73,3%	84,4%	
Gestión Provincial (Rectoría)	N/A	80% Brecha detectada	100%	Normas de control de opioides excesivamente rígidas (100%).	Nula emisión de normativa tras la Ley 2025.	El sistema opera bajo una "Parálisis por Desconexión" normativa y financiera.

4.3 Formación universitaria y la capacitación continua del personal de salud en cuidados paliativos en el cantón Portoviejo.

La formación académica y la capacitación técnica del talento humano constituyen el segundo pilar operativo fundamental dentro del modelo de la OMS para garantizar la calidad y sostenibilidad de los cuidados paliativos. En el cantón Portoviejo, este componente presenta un rezago estructural que condiciona la capacidad resolutoria del sistema de salud y limita el cumplimiento de los derechos establecidos en la normativa nacional vigente

Tabla 8 Diagnóstico de la capacitación técnica y disposición formativa en cuidados paliativos por niveles de atención

Nivel de Atención	Profesionales con Formación Específica en CP	Unidades con Programa Interno de Capacitación	Disposición a recibir capacitación (Sí)
Primer Nivel (n=39)	6 (15,4%)	2 (5,1%)	37 (94,9%)
Segundo Nivel (n=4)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)
Tercer Nivel (n=2)	2 (100,0%)	1 (50,0%)	2 (100,0%)
TOTAL	10 22,2%	3 6,7%	44 97,8%

Tabla 9 Integración de Cuidados Paliativos en las mallas curriculares de pregrado por carrera e institución.

Institución Educativa	Carreras Evaluada	Inclusión General (f/%)	Tipo de Asignatura por Carrera			Intensidad Horaria	Prácticas Clínicas	Formación Interdisciplinar**
			Enfermería	Medicina	Psicología			
UTM (Pública)	3	1 (33,3%)	Transversal	Opcional	No	< 40 horas	Sí	No (Aislada)
PUCE (Privada)	3	0 (0,0%)	Transversal	No	No	< 40 horas	No	No
USGP (Privada)	2	0 (0,0%)	No	No	N/A*	Ninguna	No	No
TOTAL	8	2 (25,0%)	2	1	0		25,0%	12,5%

*Carreras evaluadas: Enfermería, Medicina y Psicología según la oferta de cada IES . **Interdisciplinar: Según el Art.

11 de la Ley 2025 que exige el trabajo conjunto entre profesiones

Tabla 10 Estado de la especialización de cuarto nivel, producción científica y difusión académica en Cuidados Paliativos.

Universidad	¿Especialidad en CP	Contenido en otros Posgrados	Tesis de CP Defendidas (2020-2025)	Artículos de CP Publicados (5 años)	Eventos Académicos
UTM	No (En diseño)	Sí (1)	0	0	0
PUCE	No	No	0	0	0
USGP	No	No	0	0	0
TOTAL	0	1	0	0	0
PORCENTAJE	0%	33,3%	Crítico	Crítico	Crítico

Tabla 11 Barreras para la formación y estatus de adecuación ante el plazo legal de 200 días (Ley 2025) para reforma académica

Variable / Hallazgo Técnico	Nivel Pregrado (n=8)*	Nivel Posgrado (n=2)**	Diagnóstico de Consenso Académico
Falta de Docentes Especialistas	62,5% (5)	50,0% (1)	Déficit Estructural: Escasez de expertos con cuarto nivel para impartir la cátedra.
Escasa disponibilidad de campos clínicos	37,5% (3)	100,0% (2)	Nudo Crítico Operativo: El posgrado se ve asfixiado por la falta de unidades de práctica habilitadas.
Baja prioridad institucional	12,5% (1)	100,0% (2)	Desconexión Estratégica: El posgrado percibe menor interés institucional frente a áreas curativas.
Recepción de Directrices Oficiales*	0% (No)	0% (No)	Vacío de Liderazgo: Ninguna institución ha recibido normativa secundaria para la reforma.
Avance de Reforma Curricular (200 días)	75,0% en espera	50,0% en espera	Parálisis Normativa: La adecuación está estancada por falta de guías del ente rector.

4.4 Políticas, normativas e investigaciones locales relacionadas con los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo

Tabla 12 Estatus de cumplimiento de indicadores de gobernanza y política pública local

Dimensión de Evaluación	Resultado en Gestión Provincial	Resultado en Unidades (n=45)	Hallazgo Clave (Triangulación de Datos)
Existencia de Autoridad Local de CP (Ind. 5 OMS)	No (100%)	15,6% (Sí)	Vacío de Liderazgo: El 84,4% de la red no reconoce una autoridad de coordinación técnica.
Emisión de Normativa Secundaria Local	No (100%)	N/A	Inacción Normativa: No existen guías técnicas locales para aplicar la Ley de 2025 en el cantón.
Conocimiento de la Ley Orgánica 2025	Sí (100%)	64,4% (Sí)	Brecha Cognitiva: 1 de cada 3 responsables de unidades desconoce la normativa vigente.
Adaptación institucional a la Ley	Análisis de brechas	8,9% (Sí)	Parálisis Operativa: El 88,9% de las unidades no ha iniciado procesos de adecuación.

Tabla 13 Triangulación: Producción científica, líneas de investigación y uso de evidencia en la red de CP, El "Piso" de la Casa.

Variable de Investigación	Unidades de Salud (n=45)	Unidades de Posgrado (n=3)	Unidades de Pregrado (n=8)	Consenso de la Red (Hallazgo Clave)
Participación en investigaciones locales	15,6% (Sí)	33,3%	25,0%	Marginal: La red asistencial está desconectada de los proyectos académicos.
Tesis defendidas (2020-2025)	N/A	0 100%	0 100%	Vacío Absoluto: No se genera conocimiento de cuarto nivel sobre la realidad local.
Líneas coordinadas con el MSP	N/A	0% (No)	25,0%	Desarticulación: La academia no investiga los nudos críticos que el ente rector necesita resolver.
Uso de evidencia para protocolos	48,9% (No)	0% (No)	N/A	Gestión Empírica: El 100% de la autoridad local no utiliza datos locales para planificar.

Tabla 14 Estado de convenios interinstitucionales y ejecución presupuestaria en Portoviejo, bajo el marco de la Ley CP 2025.

Dimensión Operativa (Ley 2025)	Situación en la Gestión Provincial (Cantonal)	Situación en Establecimientos de la Red (Púb./Priv.)	Diagnóstico de Aplicabilidad Local
Suscripción de Convenios (Art. 16)	Inexistente (100%): No se han iniciado gestiones para articular la red.	Nula (0%): Ausencia de flujo técnico de pacientes entre MSP, IESS y Privados.	Desarticulación Sistémica: El sistema opera en "compartimentos estancos" sin coordinación.
Reorganización Presupuestaria (Trans. 3ra / Art. 18)	Estancada (0%): Se encuentra únicamente en fase de "Análisis de brechas".	Crítica (55,6%): Las unidades señalan la falta de presupuesto como barrera mayor.	Inacción Financiera: Se incumple el plazo legal de 200 días para la adecuación de fondos.
Planes Estratégicos / POA	Vacío (100%): El POA vigente no contempla metas de expansión de CP.	Invisibilidad: El servicio no es reportado como prioridad en la agenda local.	Vacío de Planificación: La muerte digna no es un objetivo de gestión en Portoviejo.

Tabla 15 Aplicabilidad real de normativas, protocolos y espacios de difusión social

Variable de Aplicabilidad / Difusión	Resultado en Unidades de Salud (n=45)	Resultado en Academia (n=10)*	Hallazgo Crítico (Triangulación)
Nivel de Aplicabilidad Real	60% Parcial / 40% Nula	N/A	Inacción Técnica: El 100% de la red opera sin una aplicación total de la normativa.
Protocolos Internos alineados	22,2% (Sí)	N/A	Desactualización: 4 de cada 5 unidades carecen de guías locales alineadas a la Ley 2025.
Difusión Académica (Congresos)	N/A	30,0%	Debilidad de Difusión: El posgrado (50%) y pregrado (25%) muestran baja actividad científica. [36, 609; 37, 616]
Grupos de Apoyo / Soc. Civil	0%	0%	Vacío Ciudadano: Ausencia total de grupos de defensa de derechos del paciente paliativo.

4.5 Realidad actual del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo

Tabla 16 Situación de los Cuidados Paliativos en Portoviejo: Resumen de Indicadores Estratégicos

Componente de la "Casa" (OMS)	Indicador Clave	Realidad Actual (Hallazgo Crítico)	Nivel de Desarrollo
Cimientos (Políticas)	Conocimiento de la Ley vs. Ejecución Presupuestaria	El 64,4% conoce la Ley Orgánica de 2025, pero la ejecución presupuestaria específica es del 0%.	Inicial
Piso (Investigación)	Generación de evidencia científica local	Cero (0) tesis de posgrado en 5 años y nula articulación entre la Academia y el MSP para resolver nudos críticos.	Crítico / Inexistente
Pilar 1 (Medicamentos)	Disponibilidad de Morfina Oral en el Primer Nivel	0% de disponibilidad en los centros de salud de la red primaria. El acceso está centralizado en hospitales de tercer nivel.	Deficitario
Pilar 2 (Formación)	Inclusión en mallas curriculares (Medicina)	0% de inclusión como materia troncal/obligatoria en las facultades de Medicina del cantón (es opcional o inexistente).	Inicial
Techo (Servicios)	Unidades con servicios de CP activos	Solo el 17,8% (8 unidades) cuenta con equipo. El 82,2% de la red asistencial carece del servicio.	Fragmentado

5 DISCUSION

Este estudio analiza la realidad del desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo, utilizando como marco de referencia el modelo conceptual de la "Casa de los Cuidados Paliativos" de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este modelo establece que un sistema robusto se construye sobre cuatro pilares operativos: cimientos (políticas y gobernanza), piso (investigación), pilares (medicamentos y formación) y el techo (provisión de servicios integrados). La radiografía obtenida en Portoviejo describe un sistema en un nivel de desarrollo "Inicial", donde existe un reconocimiento legal avanzado pero una ejecución operativa incipiente.

La investigación revela que el 17,8% de las unidades de salud en Portoviejo cuentan con equipos de CP. No obstante, el hallazgo más crítico reside en la brecha de cobertura efectiva: de los pacientes registrados con necesidades paliativas, solo el 18,75% recibe atención real. Aunque este porcentaje local es ligeramente superior al 14% del promedio mundial reportado por la OMS (1), se destaca que la oferta se concentra parcialmente en niveles de mayor complejidad, dejando al primer nivel con un abandono absoluto de oferta).

Esta fragmentación sistémica sitúa a Portoviejo en la categoría de países con "servicios de asistencia paliativa aislados", una condición que afecta al 32% de las naciones a nivel global. Esta centralización hospitalaria vulnera la Declaración de Astaná (2018), la cual exige que los CP sean un componente central de la Atención Primaria de Salud (APS) para garantizar la equidad, especialmente en zonas rurales (10-11). En contraste, países líderes como Uruguay han alcanzado coberturas del 69,68% mediante la integración obligatoria en todos los niveles asistenciales (12).

La disponibilidad de medicamentos es el pilar más deficitario detectado. La morfina oral de liberación inmediata (estándar de oro de la OMS) tiene una presencia del 0% en el primer nivel de atención de Portoviejo. Este hallazgo representa un incumplimiento directo del Indicador Estratégico 8 de la OMS,

que demanda la accesibilidad de este fármaco en la APS para evitar el sufrimiento innecesario en el hogar (15-16).

A pesar de que el 66,7% de las unidades reporta un stock general, la realidad local muestra un predominio de antieméticos (71,1%) y analgésicos débiles como el Tramadol. Esta "falsa sensación de abastecimiento" se alinea con la Política Nacional de 2022, que sitúa el consumo de opioides en Ecuador en 2,5 mg/hab, (17), cifra muy inferior a la media latinoamericana de 7,01 mg/hab. (18). Las barreras identificadas en la gestión provincial (100% de incidencia en normas de control rígidas) actúan como un bloqueo sistémico, confirmando que la reglamentación restrictiva sigue privando a la población de un alivio adecuado del dolor (7).

El pilar de capacitación presenta un rezago profundo: el 75% de las carreras de salud locales excluyen los CP de su malla curricular y el 100% de las facultades de Medicina no la imparten como materia troncal. Este vacío contraviene el Indicador 9 de la OMS y las recomendaciones nacionales e internacionales que instan a la academia a ofrecer formación básica obligatoria para todos los futuros profesionales del rae de la salud (15-22)

Consecuentemente, el 77,8% del personal responsable de las unidades en Portoviejo nunca ha recibido formación técnica en la materia. Otros estudios regionales reportan niveles de conocimiento deficientes, como el del Hospital Universitario del Rosario (Colombia), donde se identificó a la "perspectiva práctica" como el punto más débil de los profesionales (23-24). En Portoviejo, la falta de especialistas genera un círculo vicioso, ya que el 62,5% de las universidades reporta escasez de docentes especializados y un 100% de falta de campos clínicos (Hospices) para prácticas.

En cuanto a las políticas (cimientos), existe una "parálisis por desconexión": aunque el 64,4% de los gestores conoce la Ley Orgánica de 2025 (27), la ejecución presupuestaria es del 0%, manteniéndose estancada en un "análisis de brechas". Este hallazgo confirma que un marco legal avanzado no garantiza el acceso si no existen mecanismos financieros específicos, un

desafío común en países de ingresos medios donde el CP recibe una mínima priorización financiera (29-30).

Finalmente, el piso de la estructura —la investigación— es inexistente. Portoviejo reporta cero tesis de posgrado en los últimos 5 años y una nula utilización de evidencia científica por parte de la autoridad local (0%). Esto incumple el Indicador 12 de la OMS y el Art. 17 de la Ley de 2025 (22-32), que obliga al Estado a fomentar la investigación para mejorar la calidad del cuidado. Sin datos locales propios, la gestión en el cantón sigue siendo empírica, alejándose de modelos de éxito como el de Líbano, donde la investigación local permitió integrar los CP en los sistemas de reembolso de seguros (33-34).

La realidad actual de los cuidados paliativos en Portoviejo es la de un sistema legalmente sólido, pero operativamente ausente. Posee los cimientos (Ley nacional), pero carece de los pilares (morfina en APS y formación universitaria) y del techo (servicios integrados), resultando en un acceso desigual que vulnera el derecho humano a una muerte digna y sin dolor para el ciudadano portovejense.

6 CONCLUSIÓN

Tras evaluar el desarrollo de los cuidados paliativos en el cantón Portoviejo bajo los estándares internacionales y el marco legal ecuatoriano, se concluye lo siguiente:

La caracterización de los servicios revela una red asistencial con una oferta altamente fragmentada, concentrada en el segundo y tercer nivel de atención. Esta centralización hospitalaria condena a la población rural y periférica a un abandono absoluto que obliga a traslados penosos para acceder a un derecho básico, manteniendo una cobertura efectiva insuficiente de los pacientes identificados con necesidades paliativas en el cantón.

Existe un incumplimiento crítico del Indicador Estratégico 8 de la OMS, debido a que la disponibilidad de morfina oral de liberación inmediata es del 0% en la Atención Primaria de Salud (APS) de Portoviejo. El stock general reportado (66,7%) se limita mayoritariamente a analgésicos débiles y antieméticos, generando una "falsa sensación de abastecimiento" que incapacita al sistema local para el control efectivo del dolor severo y el sufrimiento en el domicilio

Se identifica un déficit educativo estructural en el cantón. El 75% de las carreras de salud locales excluyen los CP de su formación obligatoria y la oferta de especialización de cuarto nivel es inexistente (0%). Esta carencia académica se traduce en una "analfabetización técnica" en el servicio, donde el 77,8% de los profesionales responsables de las unidades nunca ha recibido capacitación específica, perpetuando un modelo de atención puramente curativo

A pesar de la vigencia de la Ley Orgánica de 2025, Portoviejo presenta una parálisis operativa con una ejecución presupuestaria del 0%. La gobernanza es nominal, al carecer de una autoridad de coordinación local y de convenios de red (Art. 16) que articulen el flujo de pacientes entre lo público y privado. Asimismo, la investigación es el componente más débil del sistema, con cero

tesis de posgrado defendidas en los últimos 5 años, lo que obliga a una gestión empírica y desvinculada de la evidencia local

El estado actual de los cuidados paliativos en Portoviejo se define como un "Nivel de Desarrollo Inicial". El cantón posee los "cimientos" legales nacionales, pero carece de los "pilares" (medicamentos y formación) y del "techo" (servicios integrados) necesarios. Esta desconexión entre la norma y la práctica operativa vulnera el derecho humano de la ciudadanía portovejense a recibir un alivio integral del sufrimiento al final de la vida.

7 RECOMENDACIONES

Con el fin de transitar de un nivel de desarrollo "Inicial" a uno "Integrado" en el cantón Portoviejo, se recomienda:

Para la Autoridad Sanitaria:

Gobernanza y Presupuesto:

- Designar de forma inmediata una Autoridad Cantonal de Coordinación de CP y finalizar la fase de "análisis de brechas" para iniciar la ejecución del presupuesto específico (Art. 18 de la Ley), garantizando la sostenibilidad financiera de los servicios.
- Implementar un stock permanente de morfina oral de liberación inmediata en los Centros de Salud Tipo C y unidades con equipos domiciliarios, simplificando los trámites administrativos y eliminando las barreras burocráticas que hoy centralizan el fármaco en los hospitales.
- Conformar y habilitar equipos básicos de CP (médico, enfermera y psicólogo) en las áreas rurales y periféricas de Portoviejo para romper la fragmentación actual y reducir coberturas de atención insuficientes.

Para las Instituciones de Educación Superior:

- Cumplir con el plazo legal de 200 días para integrar la asignatura de Cuidados Paliativos como materia troncal obligatoria en las carreras de

Medicina y Enfermería, y como contenido transversal en Psicología y Trabajo Social.

- Activar programas de cuarto nivel (especialidades y maestrías) en medicina y enfermería paliativa para cubrir la brecha del 80% de personal sin formación técnica detectada en el cantón.
- Establecer convenios marco con el MSP para desarrollar líneas de investigación local sobre prevalencia de síntomas y necesidades de la población de Portoviejo, utilizando estos datos para la actualización de protocolos clínicos locales.

Para la Gestión de la Red de Salud (Pública y Privada):

- Suscribir convenios interinstitucionales que permitan el intercambio fluido de insumos analgésicos y la referencia técnica de pacientes entre el sector público (MSP, IESS) y el privado, asegurando la continuidad del cuidado en la transición hospital-domicilio.
- Realizar campañas de socialización dirigidas a la ciudadanía sobre sus derechos paliativos y la disponibilidad de la Voluntad Vital Anticipada, fomentando la creación de grupos de apoyo de la sociedad civil en el cantón.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Tripodoro VA, López Fidalgo JF, Pons JJ, Connor SR, Garralda E, Bastos F, et al. First-Ever Global Ranking of Palliative Care: 2025 World Map Under the New WHO Framework. *J Pain Symptom Manage*. 2025;70(3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.07.026>.
2. Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles. Ginebra: OMS; 2022. ISBN 978-92-4-004564-4.
3. Centeno C. Historia de los cuidados paliativos. Salamanca: Centro Regional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor (SECPAL); 1988.
4. Peñaranda LM. The utopia of transdisciplinary palliative care. *Salud Integral y Comunitaria*. 2024;2:89. DOI: <https://doi.org/10.62486/sic202489>.
5. OMS. Organización Mundial de la Salud. Palliative care [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
6. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, et al. The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: an update to the Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief. *Lancet Glob Health*. 2025;13(3):e422–e436. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00512-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00512-4).
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022-2026. Quito: MSP; 2022.
8. Pastrana T, De Lima L, Garralda E, Pons JJ. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. Houston: IAHPC Press; 2021.
9. Ortiz-Prado E, Galarza C, Cornejo León F, Ponce J. Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(1):57–62.
10. López-Sánchez JR. Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. *Rev Cienc Salud*. 2016;14(1):53-61. DOI: <https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.05>.

11. ATLANTES. Observatorio Global de Cuidados Paliativos. Análisis Global de CP: Dossier de Prensa. Pamplona: Universidad de Navarra; 2025.
12. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Cuidados Paliativos. Registro Oficial Tercer Suplemento No. 8, 28 de marzo de 2025.
13. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Bol Esc Med UC. 2007;32(1):16-22.
14. Saunders C, Baines M. Living with Dying. The management of terminal disease. Londres: Oxford University Press; 1983.
15. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
16. 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. 2020;60(4):754-764. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.027>.
17. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Golaszewski D, Levinson M, et al. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Palliative Care Principles. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):106-123. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00427-X](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00427-X).
18. 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;161(9):1976–82. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
19. Zang Z, Hong Y, Yang J. Humanising end-of-life care in China: Ethical reflections on the barriers to hospice development. Acta Bioethica. 2025;31(2):245-260. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2025000200245>.
20. World Health Organization. Resolution WHA67.19: Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Ginebra: WHO; 2014.
21. World Health Organization. Declaration of Astana: Primary Health Care. Ginebra: WHO; 2018.

22. Aznar Sala FJ, Garrido Vila Á, Cano Mollá P. Análisis estadístico comparativo de la eutanasia en el mundo: posibles tendencias. *Persona y Bioética*. 2025;29(1):e2913. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2025.29.1.3>.
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial No. 00059-2024: Reglamento para la Aplicación de la Eutanasia Activa. Registro Oficial; 2024.
24. Centeno C, et al. Documento de Posición Oficial sobre la Promoción Global de Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la PAV. *J Palliat Med*. 2018;21(10):1405-1412. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0387>.
25. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Informe sobre situación de los cuidados paliativos en Uruguay según los indicadores de la OMS. Montevideo: MSP; 2022.
26. Zhai Y, et al. Embedding a Palliative Care Nurse Consultant Within a General Medicine Ward: A Prospective Observational Study. *J Clin Nurs*. 2025;00:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.70088>.
27. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi: Registro Oficial 449; 2008.
28. Secretaría Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029: Ecuador No Se Detiene. Quito; 2025.
29. Sánchez-Cárdenas MA, et al. Evaluation of the development of palliative care in the world: a systematic review of indicators. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):125. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00825-z>.
30. Arias-Casais N, et al. Consensus Building on Health Indicators to Assess PC Global Development With an International Group of Experts. *J Pain Symptom Manage*. 2019;58(3):445-453. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.024>.
31. Reyes MM, Nervi F, Santi B. Cuidados Paliativos y Control de Síntomas en Chile. *ARS Médica*. 2005;11(11).
32. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. Santiago; 2005.
33. Hidalgo-Andrade P, et al. Directorio de Recursos de Cuidados Paliativos en Ecuador, 2019. Quito; 2019.
34. Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Epidemiología del Cáncer en Quito 2011-2015. 16ª ed. Quito; 2019.

35. Arranz P, et al. Intervención emocional en Cuidados Paliativos: Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.

9 ANEXOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Delgado Saldarriaga, Luis Marcelo**, con C.C: # **0920556925** autor/a del trabajo de titulación: **Estado actual del Desarrollo de los Cuidados Paliativos en el cantón Portoviejo** previo a la obtención del título de Especialista en Cuidados Paliativos en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **19 de junio de 2026**

f. _____

Nombre: **Delgado Saldarriaga, Luis Marcelo**

C.C: **0920556925**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:		Estado actual del Desarrollo de los Cuidados Paliativos en el cantón Portoviejo	
AUTOR(ES)		Luis Marcelo Delgado Saldarriaga	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)		Jhony Joe Real Cotto	
INSTITUCIÓN:		Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
FACULTAD:		Subsistema de Posgrado/Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud	
CARRERA:		Especialización en Cuidados Paliativos	
TÍTULO OBTENIDO:		Especialista en Cuidados Paliativos	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		19 de junio de 2026	No. DE PÁGINAS: 52
ÁREAS TEMÁTICAS:		Salud, Medicina, Cuidados Paliativos.	
PALABRAS KEYWORDS:	CLAVES/	Cuidados paliativos, indicadores de salud, morfina, políticas de salud, modelos de atención en salud, legislación sanitaria, Ecuador. Keywords: Palliative Care; Health Indicators; Morphine; Health Policy; Delivery of Health Care; Health Legislation; Ecuador; World Health Organization.	
RESUMEN Introducción: Los Cuidados Paliativos (CP) son esenciales para garantizar una vida digna hasta el final; a nivel mundial solo el 14% de quienes los necesitan los reciben. En Portoviejo, la implementación de este modelo enfrenta desafíos estructurales frente a la reciente Ley Orgánica de 2025. Objetivo: Evaluar el desarrollo de los CP en el cantón Portoviejo. Métodos: Investigación observacional, descriptiva y transversal de diseño censal. Se evaluó el desarrollo del sistema utilizando el modelo de la "Casa de los Cuidados Paliativos" de la OMS. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios estructurados y validados, aplicados a través de formularios digitales. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva. Resultados: Se identificó una red fragmentada donde solo el 17,8% de las unidades cuenta con equipos de CP, con una cobertura efectiva de apenas el 18,75% de los pacientes necesitados. El acceso a fármacos es crítico con un 0% de disponibilidad de morfina oral en el primer nivel de atención. En formación, las carreras de pregrado local excluyen la asignatura como materia troncal. Y pese al conocimiento de la ley, la ejecución presupuestaria es del 0% y la investigación local es inexistente, con cero tesis defendidas en 5 años. Conclusiones: La realidad actual de Portoviejo es la de un sistema legalmente avanzado, operativamente incipiente, situándose en un Nivel de Desarrollo Inicial. La profunda desconexión entre el marco normativo y la práctica clínica vulnera el derecho humano al alivio integral del sufrimiento y el respeto a una muerte digna.			
ADJUNTO PDF:		☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:		Teléfono: +593-985049192	E-mail: farmacos637@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):		Nombre: Vallejo Martínez Mariana Concepción Teléfono: +593- 998089192 E-mail: mariana.vallejo@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			